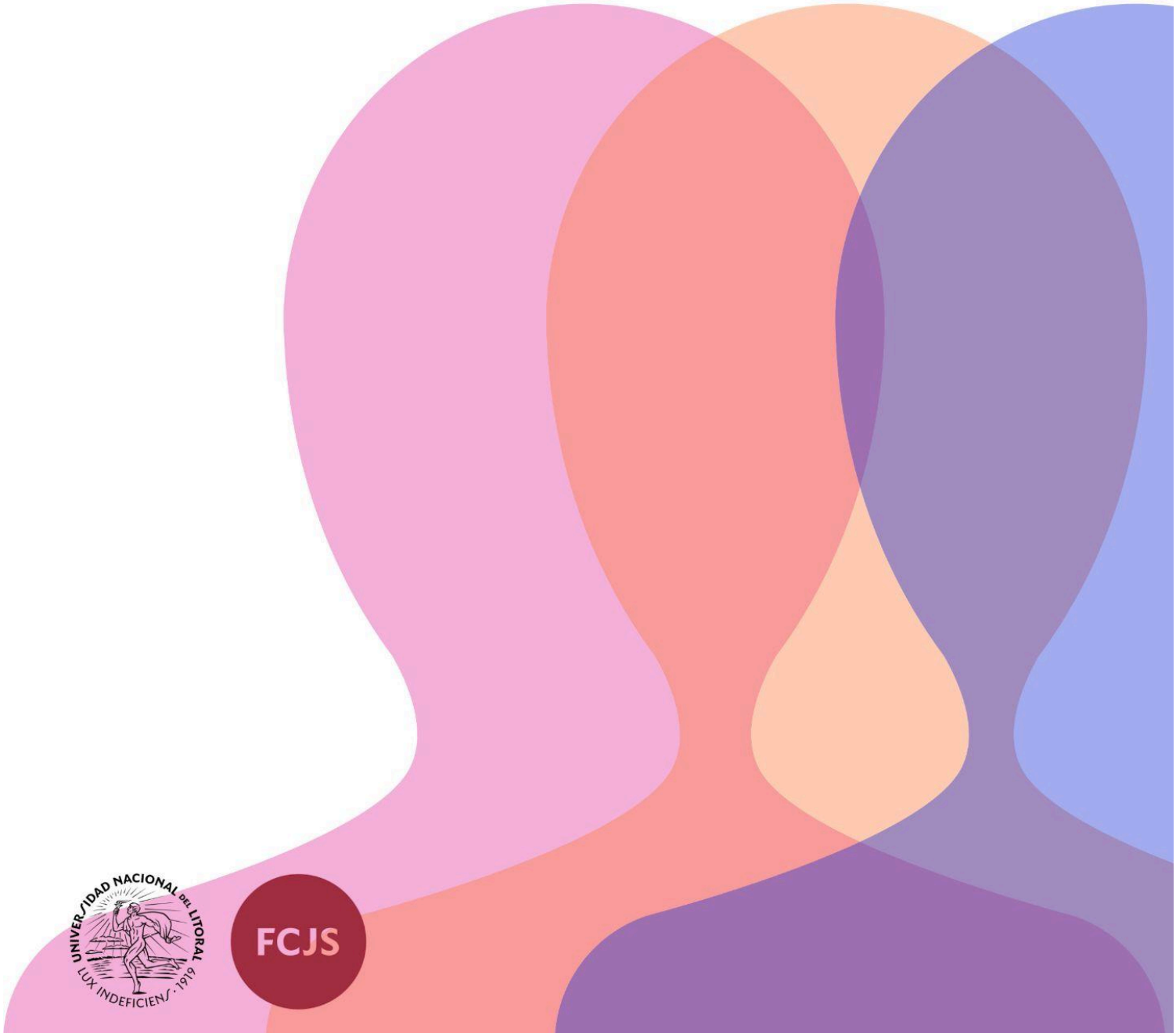
Hilos de la intervención:
El Trabajo Social en la trama de la salud colectiva en el Centro de Salud “Dr. Telmo E. Albrecht”, localidad de Franck, provincia de Santa Fe”. (2023-2025)

TESINA DE GRADO - LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Estudiante: Cecilia María Galleno
Dirección: Dra. Teresa Beatriz Chelotti



Hilos de la intervención:
El trabajo social en la trama de la salud colectiva en el Centro de Salud “Dr. Telmo E. Albrecht”, localidad de Franck, provincia de Santa Fe. (2023-2025)

Universidad Nacional del Litoral

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Licenciatura en Trabajo Social

Estudiante: Cecilia María Galleno

Dirección: Dra. Teresa Beatriz Chelotti

Equipo Docente:

Mg. Gustavo Papili
Dra. Emilia Schmuck
Lic. Guillermina Berkel
Lic. Sergio Peralta
Lic. Melina Chechele

Año: 2026

Agradecimientos

Esta tesina no hubiera sido posible sin las manos, las voces y los abrazos, visibles o invisibles, que me acompañaron en este recorrido. Por eso, quiero agradecer:

Al equipo del Centro de Salud “Dr. Telmo Emilio Albrecht” de Franck, por abrirme las puertas, por compartirme su cotidianeidad, sus experiencias y permitirme entrar en su mundo de trabajo con generosidad y confianza.

A las personas entrevistadas, por dedicarme su tiempo y sus palabras.

A la universidad pública y gratuita; pero particularmente, a la Universidad Nacional del Litoral por haber transformado mi vida.

A Teresa Chelotti, mi directora de tesina, quien me acompañó en este proceso de investigación y escritura, por su paciencia y sus aportes constantes que orientaron mis pasos y me ayudaron a darle forma a este recorrido. Su acompañamiento, tanto académico como humano, dejó una huella en este recorrido.

A las y los docentes de la carrera de la Licenciatura en Trabajo Social que marcaron mi formación; por sembrar en mí las preguntas, las herramientas y el compromiso ético-político que atraviesa este escrito.

A mis hermanas Guadalupe y Magalí, por sostenerme en cada momento con su cariño, acompañándome con amor y complicidad a lo largo de este camino.

A mis padres Cristina y Fabio, por darme la posibilidad de estudiar. Por el esfuerzo y sacrificio. Por su amor, compañía y por enseñarme que los sueños se conquistan con trabajo y ternura.

A mis perros, Toby y Manchi, que con su cariño y lealtad hicieron más livianas las horas de lectura y escritura.

A mis tías, tíos, madrina, primos y primas, por su amor constante, por estar presentes de tantas maneras a lo largo de mi vida y también durante este proceso.

A mis amigos y amigas, de la vida y de la facultad, por ser parte de mi recorrido, por ser mi sostén y por celebrar conmigo cada pequeño logro; por la escucha, los abrazos, las risas compartidas y por ser una red de contención que hizo más liviano este andar, recordándome que nunca estuve sola en este proceso.

Al equipo de trabajo de Dolce MIL, por compartir el día a día, por el apoyo y las charlas que alivian.

A Melani Houriet, amiga, por la portada e ilustración de la carátula.

Y me agradezco a mí, por la constancia, por el esfuerzo, por la capacidad de sostener este camino, por animarme a escribir y reflexionar; porque cada página de esta tesina habla de mi propio proceso de formación y transformación.

Esta tesina es fruto de un camino colectivo. Nada tiene sentido sin personas con quienes compartirlo. A todos y todas que, a lo largo de estos años, de un modo u otro fueron parte: ¡MUCHAS GRACIAS!

Agradecimientos.....3

Índice de siglas..... 7

Resumen.....8

Abstract.....9

Introducción..... 10

CAPÍTULO I: Hilar el comienzo: búsqueda, decisiones y recorridos.....13

1.1 Dimensión epistemológica: tema, preguntas y objetivos.....13

1.2 Fundamentación de la elección del tema..... 14

1.3 Estrategia metodológica.....15

1.3.1 Metodología cualitativa..... 15

1.3.2 Técnicas de recolección de datos.....16

1.3.3 Virajes metodológicos y reconfiguración del campo.....19

1.4 Estado del arte.....19

CAPÍTULO II: Marco teórico.....24

2.1 Configuraciones sociales como categoría de análisis.....25

2.2 Salud colectiva: categoría y horizonte.....29

2.3 Intervención profesional del Trabajo Social.....34

CAPÍTULO III: **La Atención Primaria de la Salud y el campo de salud santafesino: marcos, políticas y organización**.....40

3.1 Atención Primaria de la Salud y el campo de salud provincial: un marco de referencia para el centro de salud y la intervención.....41

3.1.1 Atención Primaria de la Salud: historia, concepto y debates.....41

3.1.2 El campo de salud en Argentina y en la provincia de Santa Fe.....43

3.1.3 Los Centros de Atención Primaria de la Salud en la provincia de Santa Fe.....46

3.1.4 Políticas sociales y programas de alcance provincial y nacional.....47

CAPÍTULO IV: **Donde se traman los vínculos: el Centro de Salud “Dr. Telmo Emilio Albrecht” como escenario**..... 49

4.1 La localidad de Franck: un territorio que se teje en la historia.....50
4.2 Historia viva: orígenes, trayectorias y sentidos del centro de salud “Dr. Telmo Emilio Albrecht”.....52
4.3 El centro de salud por dentro: organización, actores y dinámicas cotidianas.....54
4.3.1 Arquitecturas del cuidado: el espacio como posibilidad.....57
4.3.2 Trayectorias que hacen cuerpo: quiénes habitan el centro de salud..... 59
4.3.3 Entre pasillos y urgencias: tramas interdisciplinares en movimiento.....61
4.3.4 La pertinencia institucional del centro de salud: entre lo local y lo provincial.. 62
4.4 Síntesis del capítulo..... 65
CAPÍTULO V: **El hacer entre manos: intervenir es configurar..... 67**
5.1 La Atención Primaria de la Salud como marco operativo de la intervención profesional y presentación del análisis del trabajo de campo.....67
5.2 Manifestaciones de la cuestión social en la Atención Primaria de la Salud: problemáticas que interpelan..... 69
5.3 Hacer posible lo necesario: estrategias y sentidos de la intervención..... 72
5.3.1 La visita domiciliaria: presencia y lectura del territorio..... 76
5.3.2 El informe social: narrar, fundamentar y disputar sentidos..... 77
5.4 Lo que se siembra: prácticas de prevención y promoción en salud.....78
5.5 Tejer miradas: la intervención profesional desde la perspectiva del equipo de salud. 81
5.6 Hacer con otros/as: la interdisciplina en el centro de salud.....82
5.7 Más allá de las paredes: articulaciones con la comunidad y lo intersectorial.....85
5.8 Recapitulando..... 87
Reflexiones finales.....89
Referencias bibliográficas..... 93
Anexo.....100
Anexo A: Documentos institucionales de creación y nombramiento del Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) “Dr. Telmo Emilio Albrecht”.....100

Índice de siglas

APS: Atención Primaria de la Salud

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

CUD: Certificado Único de Discapacidad

DDS: Determinantes Sociales de la Salud

EduTé: Equipo Interdisciplinario Educativo Terapéutico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SAMCo: Sistema para la Atención Médica de la Comunidad

TUC: Tarjeta Única de Ciudadanía

UNL: Universidad Nacional del Litoral

Resumen

La presente tesina se inserta en el estudio de las configuraciones de la intervención profesional del trabajo social en el campo de la salud. Específicamente, se analizan las configuraciones de la intervención profesional del trabajo social en relación con la promoción, prevención, atención y participación en la atención primaria de la salud en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) “Dr. Telmo Emilio Albrecht” de la localidad de Franck, provincia de Santa Fe (2023-2025).

La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas a trabajadoras/es del CAPS y análisis de documentos institucionales. Este abordaje permitió recuperar experiencias y tensiones propias de la práctica cotidiana, así como reconstruir sentidos que orientan las intervenciones profesionales.

El marco teórico se articuló en torno a tres categorías: configuraciones sociales, desde la perspectiva de Norbert Elias, que posibilitó pensar la intervención como práctica relacional y situada; salud colectiva, que concibe la salud como proceso histórico, social y político; e intervención profesional del trabajo social, como praxis crítica atravesada por dimensiones éticas, políticas, metodológicas e instrumentales.

Desde esta perspectiva, la tesina se inscribió en una perspectiva crítica y situada, buscando aportar a la reflexión sobre el quehacer del trabajo social en la atención primaria de la salud y sus posibilidades de transformación.

Palabras clave: Configuraciones sociales – salud colectiva – intervención profesional del trabajo social.

Abstract

This thesis is part of the study of the configurations of professional social work intervention in the field of health. Specifically, it analyzes the configurations of professional social work intervention in relation to promotion, prevention, care, and participation in primary health care at the "Dr. Telmo Emilio Albrecht" Primary Health Care Center in Franck, Santa Fe province (2023-2025).

The research was developed from a qualitative approach, through semi-structured interviews with Primary Health Care Center workers and analysis of institutional documents. This methodology allowed the recovery of experiences and tensions inherent in daily practice, as well as the reconstruction of meanings that guide professional interventions.

The theoretical framework was structured around three categories: social configurations, from Norbert Elias's perspective, which enabled the understanding of professional intervention as a relational and situated practice; collective health, which conceives health as a historical, social, and political process; and professional social work intervention, understood as a critical praxis shaped by ethical, political, methodological and instrumental dimensions.

From this perspective, the thesis adopted a critical and situated approach, aiming to contribute to reflections on social work practice in primary health care and its transformative potential.

Keywords: Social configurations – collective health – professional social work intervention.

Introducción

La presente tesina se enmarca en el trayecto final de la carrera de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral. El objetivo general de este estudio es analizar las configuraciones de la intervención profesional del trabajo social en relación con la promoción, prevención, atención y participación en la atención primaria de la salud en el CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht" de la localidad de Franck, provincia de Santa Fe (2023-2025).

El interés personal por este tema surgió de un recorrido singular y académico en el que el CAPS ha sido un espacio de referencia desde los primeros acercamientos en 2016. Dicho vínculo permitió reconocer la riqueza y complejidad de la práctica cotidiana en salud, así como la relevancia del trabajo social en la construcción de respuestas colectivas frente a necesidades y problemáticas históricas. En un contexto de constantes transformaciones sociales, políticas y sanitarias, se vuelve imprescindible preguntarse cómo se configuran las intervenciones profesionales, qué tensiones las atraviesan y qué sentidos disputan en el campo de la salud.

El objeto de estudio se delimitó en torno a las configuraciones de la intervención profesional de las profesionales del trabajo social en el CAPS, entendidas no como actos individuales ni meramente técnicos, sino como prácticas históricas, relacionales y situadas. Se parte de la premisa de que la intervención se inscribe en tramas de interdependencia institucional, comunitaria y política, y que a su vez es configurante de esas mismas tramas.

Para abordar esta temática se optó por una metodología cualitativa que incluyó entrevistas semi-estructuradas a integrantes del equipo de trabajo del CAPS y análisis de documentos institucionales. Esta estrategia permitió construir un corpus empírico a partir de las experiencias y sentidos producidos por los actores involucrados, visibilizar tensiones y contradicciones de la práctica, y poner en diálogo las experiencias con los marcos teóricos que orientan este trabajo.

En el marco teórico-conceptual se identificaron en tres categorías centrales. La noción de configuraciones sociales, desarrollada por Norbert Elias, que habilita a pensar las prácticas en clave relacional y procesual. La perspectiva de la salud colectiva, de origen latinoamericano, que concibe la salud como un proceso social, histórico y político, y que cuestiona el paradigma biomédico hegemónico. Y, por último, la categoría de intervención profesional del trabajo social,

entendida como praxis crítica, situada y atravesada por dimensiones éticas, políticas, metodológicas e instrumentales.

Este trabajo se inscribe en un horizonte ético-político que reconoce la salud como derecho y que concibe al trabajo social como actor estratégico en la defensa, ampliación y efectivización de ese derecho. De allí que la presente tesina no se agota en una descripción de prácticas, sino que pretende aportar a la reflexión crítica sobre el quehacer profesional en el campo de la salud, específicamente en el primer nivel de atención.

Ahora bien, la estructura de la presente tesina se organizó en cinco capítulos y las reflexiones finales. El primer capítulo "Hilar el comienzo: búsqueda, decisiones y recorridos" representa el recorrido metodológico, en el que se expone el estado del arte, el diseño de investigación, la estrategia cualitativa adoptada, las técnicas de producción y análisis de la información, así como las decisiones y giros metodológicos que atravesaron el proceso.

El segundo capítulo "Marco teórico" desarrolla el marco teórico, en el cual se despliegan las tres categorías centrales que orientan la investigación: configuraciones sociales, salud colectiva e intervención profesional del trabajo social, procurando no solo definirlas, sino también articularlas en un entramado conceptual común.

El tercer capítulo "La Atención Primaria de la Salud y el campo de salud santafesino: marcos, políticas y organización**"** tiene como propósito situar la atención primaria de la salud (en adelante APS) como estrategia central en el campo de la salud. A partir de la recuperación de sus principales debates históricos y conceptuales, se analiza la organización del campo de la salud según niveles de complejidad y el lugar que ocupan los CAPS como efectores estratégicos del primer nivel de atención. Asimismo, se abordan las políticas y programas provinciales y nacionales que orientan y regulan la práctica sanitaria en el territorio, construyendo un marco de referencia político-institucional que permite comprender las condiciones en las que se desarrollan las prácticas de atención y las intervenciones profesionales.

El cuarto capítulo "Donde se traman los vínculos: el Centro de Salud "Dr. Telmo E. Albrecht" como escenario" se centra específicamente en el CAPS, describiendo su historia, su organización, los actores que lo conforman y el lugar que ocupa en la comunidad de Franck, a fin de contextualizar el escenario donde se despliega la intervención profesional.

En el quinto capítulo "El hacer entre manos: intervenir es configurar", el foco está puesto, primordialmente, en el análisis del trabajo de campo, poniendo en diálogo el material empírico

producido con el marco teórico para comprender cómo se entraman las intervenciones profesionales en la cotidianeidad institucional.

Y, por último, se presentan las reflexiones finales, donde se integran los hallazgos del análisis y se plantean interrogantes y proyecciones para futuras intervenciones profesionales del trabajo social en el campo de la salud.

De este modo, la presente investigación busca no sólo describir una práctica profesional, sino aportar a la construcción de un pensamiento crítico que permita repensar el lugar del trabajo social en el campo de la salud colectiva.

CAPÍTULO I
Hilar el comienzo: búsqueda, decisiones y recorridos

1.1 Dimensión epistemológica: tema, preguntas y objetivos

El tema de la presente tesina es la intervención profesional del trabajo social en la APS en la localidad de Franck. El objeto de investigación es estudiar las configuraciones de la intervención profesional del trabajo social en relación a la prevención, promoción, atención y participación de la atención primaria de la salud en el Centro de Atención Primaria de Salud "Dr. Telmo E. Albrecht" de la localidad de Franck, provincia de Santa Fe (2023-2025)

Por ello, los principales interrogantes planteados son:

- ¿Cuáles son las principales problemáticas que atraviesan la población del área programática del CAPS?
- ¿Qué características adquiere la APS en la localidad de Franck y cómo se materializa en el primer nivel de atención?
- ¿Cómo se construyen las demandas y el campo problemático de intervención en el CAPS?
- ¿De qué modo se configura la intervención profesional del trabajo social en relación con la prevención y la promoción en el marco de la APS?
- ¿Cómo es concebido y significado el trabajo social por los/as integrantes del equipo de trabajo del CAPS y cómo incide en las prácticas interdisciplinarias?

En función de los interrogantes planteados, se delimitó como objetivo general: Analizar las configuraciones de la intervención profesional del trabajo social en relación a la prevención, promoción, atención y participación de la atención primaria de la salud en el CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht" de la localidad de Franck, provincia de Santa Fe (2023-2025).

Para dar cuenta de dicho objetivo general, se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Reconstruir la historia institucional, la organización interna y los lineamientos de funcionamiento del Centro de Salud "Dr. Telmo Emilio Albrecht" a partir de los relatos del equipo de trabajo.
- Conocer la perspectiva de los/as integrantes del equipo de trabajo del Centro de Salud "Dr. Telmo Emilio Albrecht" en relación a la intervención profesional del trabajo social,

particularmente en lo que respecta a la prevención, promoción, atención y participación en atención primaria de la salud.

- Indagar los modos en que se configura la intervención profesional del trabajo social en el Centro de Salud "Dr. Telmo Emilio Albrecht" a partir de las prácticas cotidianas de los/as integrantes del equipo de salud.

1.2 Fundamentación de la elección del tema[1]

La presente tesina surge a partir de diversos interrogantes e inquietudes que emergieron a lo largo de mi proceso de formación en la Licenciatura en Trabajo Social. En este sentido, los tres años de prácticas pre-profesionales que realicé en dos centros de salud de la ciudad de Santa Fe cobraron un valor central y, a su vez, dieron lugar a un particular interés hacia esta temática.

En ese trayecto, tuve la oportunidad de aproximarme al quehacer profesional del Trabajo Social, participando en diversas instancias. Durante esos años, he sido parte de la cotidianeidad del ejercicio profesional, de las demandas que surgían o se presentaban tanto de los efectores de salud como de la población usuaria, de las estrategias llevadas adelante, de las políticas sociales como condicionantes o habilitantes para la intervención profesional. Y, un dato no menor, fue el atravesamiento de la pandemia en algunos de esos años; lo que significó un giro de 180° para (re)pensar las intervenciones.

A su vez, construí un proceso de acercamiento a los barrios en que cada centro de salud se encuentra, a eso que llaman "territorio", a la vida cotidiana de sus habitantes, sus historias, sus costumbres, las identidades, sus problemas colectivos, sus trayectorias, sus resistencias.

Ahora bien, tal como se expuso en el apartado anterior, elegí el CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht" como unidad de estudio de la presente tesina. La relación con el CAPS no se inicia en este proceso de investigación, sino que se remonta al año 2016, cuando realicé un acercamiento a la institución en el marco de una práctica educativa en calidad de estudiante de nivel secundario. Esta experiencia inicial me permitió un primer conocimiento respecto a su lógica institucional, de los equipos de trabajo, de las áreas que lo conforman, de las políticas públicas que allí se despliegan y de las características generales de la población del área programática. No obstante, regresar al CAPS siete años después implicó un significativo desafío, en tanto se trataba de una

[1] Aclaración: si bien la presente tesina se encuentra escrita en la primera persona del plural, en este apartado utilizo la primera persona del singular ya que hago referencia a mi trayecto singular de formación; el cual me derivó en el presente tema de tesina y la delimitación del objeto de estudio.

institución atravesada por transformaciones sustantivas: nuevas condiciones edilicias, modificaciones en los equipos de trabajo y las huellas de la pandemia por Covid-19.

En este sentido, esta trayectoria personal facilitó una inserción cuidadosa al CAPS y me permitió establecer vínculos con actores claves, quienes me ofrecieron una mirada situada, profunda y reflexiva respecto al quehacer cotidiano en la institución.

1.3 Estrategia metodológica

El siguiente apartado pretende deshilar el recorrido metodológico realizado para la presente tesina. A continuación, se presentará la metodología seleccionada, las técnicas de recolección y análisis de datos utilizadas en el trabajo de campo, así como también los criterios utilizados respecto a los/as entrevistados/as y cómo se produjeron esos acercamientos.

1.3.1 Metodología cualitativa

En este sentido, para responder a los objetivos de investigación planteados, se optó por una metodología cualitativa, la cual nos habilitó a comprender los acontecimientos sociales desde las perspectivas de los propios sujetos. Este enfoque "(...) nos permite interpretar las perspectivas de los propios sujetos con quienes realizamos la investigación y para quienes la realizamos, siempre buscando producir algún cambio (...)" (Schettini y Cortazzo, 2016: p.6). Por lo tanto, su propósito es reconstruir y comprender la realidad social, tal como es observada o entendida los propios actores; habilitando nuevas lecturas de aquello que ya es conocido. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Bapstista Lucio, 2006)

Tal como plantea Vasilachis de Gialdino (2006), la investigación cualitativa:

> "(…) se interesa, en especial, por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido; por el contexto y por los procesos; por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia, por su conocimiento, por sus relatos." (p. 28-29)

En esta línea, Taylor y Bogman (1984) definen este tipo de investigación como aquella que "(…) produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable." (p. 20)

El diseño adoptado se inscribe dentro de los denominados diseños flexibles (Mendizábal, 2006), lo que nos permitió realizar ajustes durante el proceso investigativo en función de las condiciones reales del territorio. En este sentido, nos permitió introducir modificaciones en lo que respecta a las líneas de investigación. Por lo tanto, se modificaron los datos producidos, así

como también, aquellos aspectos vinculados a las unidades de estudio y análisis, conforme avanzaba la investigación. Como explica Mendizábal (2006), el concepto de flexibilidad:

> (…) alude a la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación y los propósitos; a la viabilidad de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos; y a la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original durante el proceso de investigación. (p.67)

En lo que refiere a la delimitación metodológica, se definió como unidad de estudio al CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht", ubicado en la localidad de Franck, provincia de Santa Fe. Este efector de salud fue comprendido como el espacio institucional donde se desarrolló el trabajo de campo y en el que se configuran las prácticas profesionales. (Guber, 2004)

En este sentido, la selección de este efector de salud no se sustentó únicamente en criterios de accesibilidad o viabilidad, sino también en su relevancia con el objeto de estudio. El CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht" constituye un espacio donde se despliegan prácticas de atención primaria de la salud en un contexto local específico, en este caso la localidad de Franck, permitiendo analizar de manera situada las formas que asume la intervención profesional del trabajo social en articulación con otros actores del equipo. Así, su trayectoria institucional y su inserción en la comunidad lo configuran como un escenario significativo para indagar las dinámicas de prevención, promoción y atención en el primer nivel de atención de la salud.

La unidad de análisis estuvo conformada por las profesionales de trabajo social y otros/as integrantes del equipo de trabajo del CAPS, cuyas experiencias, relatos y prácticas constituyeron el material empírico central a partir del cual se elaboraron las reflexiones de esta tesina.

La muestra se construyó a través de un recorte intencional, integrado por miembros del equipo de trabajo del CAPS, seleccionados teniendo en cuenta su participación directa en acciones de prevención y promoción de la salud, así como por la relevancia de sus aportes en relación con los objetivos de la presente tesina.

Es menester mencionar que en relación con los criterios éticos que orientan la presente tesina, se resguardó la confidencialidad de las personas participantes, por lo que los nombres utilizados en el presente trabajo han sido reemplazados por seudónimos.

1.3.2 Técnicas de recolección de datos

Para construir el corpus empírico de la investigación se recurrió a algunas técnicas: el análisis documental y la entrevista semiestructurada.

Por un lado, la entrevista semiestructurada resultó particularmente adecuada por su carácter flexible y por la posibilidad que brinda de recuperar sentidos, discursos, trayectorias y experiencias situadas de los/as actores/as involucrados/as. La misma se trata de una técnica propia de la investigación cualitativa que combina una estructura previamente diseñada con la apertura necesaria para permitir la emergencia de sentidos significativos en el diálogo.

Según Restrepo (2016), la entrevista semiestructurada se constituye como un diálogo formal, que no debe confundirse con una conversación espontánea o casual, ya que "(…) supone que se han diseñado de antemano los términos, contenidos y formas de registro del diálogo" (p. 54). En ese marco, la entrevista se formula a partir de preguntas abiertas que permiten al/a la entrevistado/a desarrollar sus puntos de vista con detenimiento, promoviendo así un intercambio orientado pero flexible. A su vez, Tonon de Toscano (2006) destaca que la entrevista semiestructurada no debe pensarse únicamente como un instrumento para recolectar información, sino como una herramienta que habilita la lectura, comprensión y análisis de las subjetividades, los contextos y las situaciones sociales. En este sentido, no se busca la obtención de respuestas estandarizadas, sino la reconstrucción del mundo vivido desde las voces de quienes lo habitan. Por ello, su valor radica tanto en la planificación rigurosa como en la sensibilidad para interpretar el decir, el cómo se dice y lo que subyace en la interacción.

Ahora bien, para el trabajo de campo se elaboraron dos guías de entrevistas semi estructuradas diseñadas teniendo en cuenta los objetivos y preguntas de investigación, contemplando diversas dimensiones como los sentidos de la intervención profesional, configuración del equipo de trabajo, vínculos interinstitucionales y características del CAPS como efector de salud. Una de ellas fue dirigida a las profesionales de trabajo social del CAPS y la otra a otros/as integrantes del equipo de salud. Ambas fueron pensadas como orientaciones flexibles, que permitieran recuperar discursos, trayectorias, ideas, experiencias y sentidos en lo que respecta a la intervención profesional del trabajo social en el marco de la APS, así como reconstruir la historia institucional del centro de salud y las dinámicas interdisciplinares.

Las entrevistas se realizaron de manera presencial en las instalaciones del centro de salud, en espacios previamente coordinados con cada entrevistado/a, respetando su disponibilidad

horaria y garantizando un clima de comodidad y privacidad. El trabajo de campo se desarrolló durante el período comprendido entre marzo del año 2024 y abril del año 2025. Antes de comenzar cada encuentro, se explicó el propósito general de la investigación, se solicitó autorización para grabar la conversación y se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada. La grabación fue acompañada por el uso de un cuaderno de campo, en el cual se registraron observaciones contextuales y otros elementos no verbales relevantes para la posterior interpretación del material.

En todos los casos, las entrevistas fueron guiadas por los ejes temáticos previamente definidos, pero su desarrollo mantuvo un carácter flexible, permitiendo ahondar en aspectos emergentes que surgían a partir del relato de los/as entrevistados/as. Este dinamismo posibilitó la reconstrucción de escenas del quehacer profesional cotidiano, tensiones institucionales, vínculos entre profesionales e interinstitucionales y sentidos atribuidos a la intervención del trabajo social en APS. Las entrevistas, luego, fueron transcritas de forma completa para su análisis, respetando la literalidad del discurso, los silencios y la identidad de los/as participantes.

En lo que respecta a la selección de entrevistados/as, se optó por un muestreo intencional, atendiendo a la relevancia que cada actor/a podía tener en relación con los objetivos de la tesina. Dos de las entrevistas fueron dirigidas a las profesionales de trabajo social del CAPS, así como también a un integrante del equipo de salud (médico).

Asimismo, el proceso de trabajo de campo incluyó instancias de intercambio y conversaciones informales con distintos/as integrantes del equipo de trabajo del CAPS, que tuvieron lugar antes y después de las entrevistas formales, así como en otros momentos de encuentro. Estás instancias se desarrollaron durante el mismo periodo de tiempo de trabajo de campo y fueron registradas en un cuaderno de campo el mismo día de cada encuentro, a partir de notas de carácter descriptivo y reflexivo. Si bien no constituyeron entrevistas grabadas en sentido estricto, aportaron información relevante para contextualizar los relatos y profundizar la comprensión de las dinámicas institucionales y de los sentidos construidos en torno a las intervenciones profesionales.

Como bien se mencionó anteriormente, la elección de los/as participantes estuvo guiada por su trayectoria en la institución, su vinculación con el trabajo cotidiano del CAPS y su potencial para aportar a los ejes centrales de análisis. A partir del vínculo previamente

establecido con el CAPS, fue posible contactar nuevamente a sus integrantes para llevar a cabo las entrevistas, en el marco del trabajo de campo.

Por otro lado, el análisis documental consistió en la consulta de materiales institucionales disponibles en el CAPS, tales como actas, registros internos y documentos de gestión. Esta técnica permitió contextualizar históricamente la conformación del centro de salud, reconstruir parte de su funcionamiento cotidiano, así como también identificar las principales líneas de trabajo, políticas implementadas y transformaciones atravesadas en el tiempo. La consulta de estos documentos no sólo enriqueció la comprensión del entramado institucional, sino que también funcionó como insumo clave para el diseño de las entrevistas y la interpretación posterior de los relatos. En términos analíticos, estos documentos fueron leídos de manera interpretativa, atendiendo tanto a su contenido como a los sentidos institucionales que ponen en juego, y puestos en diálogo con las entrevistas realizadas, permitiendo contrastar, complementar y profundizar las dimensiones abordadas en el trabajo de campo. De este modo, la lectura de estos documentos se articuló no sólo con las entrevistas, sino también con registros de campo y con intercambios sostenidos durante el trabajo de campo con distintos integrantes del equipo de salud, lo que permitió ampliar y complejizar la interpretación del entramado institucional. Parte de estos documentos se incorporan en el apartado de Anexo al final de la presente tesina, a fin de dar cuenta del sustento empírico del análisis realizado.

En este sentido, para el análisis de la información producida se optó por una estrategia de tipo inductiva y emergente, basada en la lectura atenta, la categorización temática y la construcción de núcleos de sentido. Esta tarea implicó una reflexión constante sobre los datos, buscando poner en relación las voces de los/as entrevistados/as con los marcos teóricos y la propia experiencia de campo.

Entonces, por último, el análisis no se sostuvo únicamente en las entrevistas semiestructuradas realizadas sino también en registros de campo y en intercambios con otros actores institucionales que permitieron ampliar y contextualizar las dimensiones abordadas.

1.3.3 Virajes metodológicos y reconfiguración del campo

A lo largo del proceso de construcción y diseño de esta tesina, se produjo un giro en el recorrido metodológico respecto a la unidad de análisis y la unidad de estudio. Esta reconfiguración respondió, fundamentalmente, a situaciones personales vinculadas con la

residencia, la disponibilidad horaria y las condiciones laborales al momento de iniciar el trabajo de campo, que dificultaban sostener el plan inicial.

En este sentido, y atendiendo a estas circunstancias, el campo fue redefinido en función de su viabilidad y accesibilidad. De este modo, el trabajo de campo de la tesina se desarrolló en la localidad de Franck, específicamente en el CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht", institución en la que fue posible concretar la producción empírica de esta tesina. Esta decisión no implicó una pérdida de pertinencia respecto al objeto de estudio, sino más bien una reorientación situada, que permitió profundizar el abordaje desde una cercanía territorial, relacional y afectiva.

En efecto, las decisiones metodológicas que estructuraron esta investigación – desde la elección del objeto hasta el redireccionamiento del campo– estuvieron atravesadas por dimensiones teóricas, institucionales y personales que moldearon el rumbo del trabajo. De este modo, el proceso investigativo no concibió al campo como un escenario previo, dado y estático, sino como una construcción dinámica, resultado del entrecruzamiento entre las condiciones materiales, las decisiones investigativas y las posibilidades concretas de intervención.

En definitiva, estos virajes lejos de debilitar el proceso, lo fortalecieron: al permitir atender a la viabilidad del trabajo de campo sin perder de vista los objetivos iniciales, se consolidó un abordaje riguroso, sensible y coherente con la perspectiva cualitativa adoptada.

1.4 Estado del arte

A partir de la búsqueda de la literatura existente en relación a la intervención profesional del trabajo social en el campo de la salud, y particularmente en la APS, es posible observar que ha sido abordada desde diversas perspectivas. La revisión de estos escritos permite situar la presente tesina dentro del campo disciplinar, teniendo en cuenta tanto los aportes teóricos previos como los vacíos existentes que se busca problematizar. Asimismo, permite identificar las principales líneas de investigación y análisis en torno a las configuraciones de la intervención profesional además de las tensiones institucionales, los sentidos que adquiere la profesión y las condiciones históricas, políticas y territoriales que la atraviesan.

El trabajo de reconstrucción de antecedentes se organiza en tres agrupamientos que permiten ordenar y poner en diálogo los distintos aportes seleccionados en torno al objeto de investigación que nos proponemos. Un primer grupo reúne aquellos escritos que problematizan las tensiones entre las políticas públicas de salud, las condiciones materiales de intervención y el quehacer profesional cotidiano. En este conjunto, se incluyen investigaciones que dan cuenta del

impacto de las políticas neoliberales, los dispositivos institucionales, los modelos hegemónicos de atención y las concepciones de sujeto en las prácticas de intervención, mostrando cómo estas dimensiones condicionan, tensionan y, a la vez, abren márgenes de acción para el trabajo social salud.

El segundo agrupamiento está conformado por producciones que ponen el foco en las estrategias interinstitucionales, territoriales e interdisciplinarias como claves para ampliar y fortalecer las intervenciones en salud. Desde perspectivas vinculadas a la salud pública y la salud colectiva, estos estudios destacan la relevancia del trabajo en red, la construcción de articulaciones con otras instituciones y actores del territorio, así como el desarrollo de prácticas orientadas al abordaje integral y al fortalecimiento de la comunidad.

Por último, el tercer grupo de antecedentes incluye investigaciones que abordan las transformaciones en las prácticas de intervención a partir del contexto de pandemia por Covid-19. Estos trabajos permiten analizar cómo la emergencia sanitaria actuó como un punto de inflexión que visibilizó tensiones preexistentes y, al mismo tiempo, dio lugar a la emergencia de nuevas estrategias, intervenciones y formas de sostenimiento de los vínculos con la población recuperando la creatividad, la cercanía y la lectura situada del territorio como dimensiones centrales del quehacer profesional.

Ahora bien, para comenzar, como se adelantó el primer grupo de trabajos se centra en las tensiones existentes entre las políticas públicas de salud y las condiciones materiales de intervención, así como en su quehacer profesional. Uno de los aportes significativos es el de Cherry y Volpi (2022), quienes reflexionan respecto de las tensiones entre las políticas neoliberales y el trabajo cotidiano de los equipos de salud del primer nivel de atención de APS en la Ciudad de Buenos Aires. Las autoras analizan cómo estas políticas, caracterizadas por la reducción del gasto público, la privatización progresiva o mercantilización de los servicios, debilitan la capacidad del sistema público para responder a las necesidades reales de la población. En este escenario, los equipos de salud se enfrentan a condiciones institucionales marcadas por la escasez de recursos, la alta demanda y las desigualdades sociales persistentes, lo que configura un campo de intervención tensionado entre urgencias inmediatas y políticas públicas insuficientes. Estas condiciones no solo limitan las posibilidades de acción, sino que también inciden profundamente en las prácticas profesionales, que se deben reconfigurar

constantemente para dar respuesta a demandas complejas en contextos de precarización y desfinanciamiento.

Nucci, Crosetto, Bilavick y Miani (2018) analizan, desde una mirada crítica, el quehacer profesional en salud pública y plantean que las intervenciones profesionales del trabajo social se encuentran condicionadas por la configuración de los dispositivos institucionales, los modelos médicos hegemónicos y las tensiones entre lo prescripto y lo posible. Su trabajo invita a reconocer que las intervenciones no son actos neutros, sino decisiones situadas que implican posicionamientos, estrategias y márgenes de acción dispares según el contexto.

En esta línea, González Ramos (2018) estudia las concepciones de sujeto que se reproducen desde las prácticas de intervención, advirtiendo que algunas lógicas pueden reforzar procesos de exclusión si no se revisan críticamente. Sus aportes invitan a reflexionar sobre los marcos de sentido que guían la intervención profesional y la necesidad de construir enfoques más inclusivos y emancipadores.

Burgo González (2012) analiza una experiencia concreta de intervención de trabajo social en un centro de salud bonaerense. Allí, la autora recupera dimensiones claves de la práctica: la escucha, el asesoramiento y la articulación con otros actores institucionales, destacando la capacidad del trabajo social para construir acompañamientos contextualizados en escenarios complejos. Su aporte permite pensar el trabajo social en APS como un hacer que se configura en la práctica cotidiana, atravesado por relaciones sociales y exigencias institucionales.

Un segundo grupo de trabajo ha puesto su atención en las estrategias interinstitucionales y territoriales como herramienta para ampliar el alcance de las intervenciones. En este sentido, Amelotti y Fernández Ventura (2012) subrayan la importancia de la articulación interinstitucional como manera de responder ante problemáticas complejas que exceden las posibilidades de resolución del sistema hospitalario. La construcción de redes entre los diferentes niveles y sectores del sistema de salud y con otras instituciones del territorio, no solo amplía la capacidad de respuesta, sino que, a su vez, favorecen los abordajes integrales y sostenidos en el tiempo.

En esta línea, desde una perspectiva de salud colectiva, Rodríguez Balbis, Puebla y Pellis (2019) llevan adelante un análisis del trabajo de un equipo interdisciplinario en un hospital público provincial orientado a la atención de sujetos/as con enfermedades crónicas. Allí, las autoras destacan la intervención del trabajo social en lo que respecta a la promoción del

autocuidado, la construcción de espacios grupales y el fortalecimiento de las redes comunitarias, poniendo en cuestión la hegemonía biomédica.

Por último, la pandemia de Covid-19 representó un punto de quiebre e inflexión en los modos de intervenir, forzando una redefinición de las prácticas profesionales y de los marcos institucionales tradicionales. Un tercer grupo de estudios seleccionados analizan cómo ese contexto dio lugar a nuevas estrategias y a su vez, visibilizó tensiones preexistentes.

Turchetti y Sánchez (2020) retoman experiencias desarrolladas en el conurbano bonaerense a partir de una perspectiva crítica y territorial. Allí, las autoras señalan que este escenario de emergencia habilitó el despliegue de prácticas instituyentes en disputa con lo ya establecido; por lo que, la lectura situada del territorio resultó fundamental para sostener intervenciones centradas en los derechos, el cuidado y la comunidad. En este aspecto, nos invitan a pensar la intervención como un proceso en constante construcción, atravesado por relaciones sociales y recursos simbólicos y condiciones materiales concretas.

García Godoy, Mattioni, Burwiel y Murdocca (2024) estudian de qué modo las intervenciones profesionales se reconfiguraron durante el período de pandemia, en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, visibilizando nuevas estrategias, así como tensiones institucionales preexistentes. De manera específica, ponen en valor la capacidad del trabajo social para resignificar sentidos en un contexto excepcional, recurriendo a la cercanía, la escucha activa y la construcción y sostén de vínculos como herramientas de intervención.

En consonancia con ello, Escurra (2021), reflexiona respecto a la ruptura en las formas tradicionales de atención durante la pandemia, lo que llevó a repensar las estrategias institucionales. Por lo tanto, identifica y destaca la creatividad de los/as profesionales y la capacidad de otorgar respuestas ante la emergencia y frente a la necesidad de sostener espacios de contención en condiciones inéditas.

Este corpus de artículos nos permite identificar un campo de discusión fértil, activo y diverso en torno a la intervención profesional del trabajo social en salud. Los mismos aportan herramientas conceptuales y experiencias empíricas que iluminan la complejidad del quehacer profesional, donde es posible advertir un interés creciente por problematizar las condiciones institucionales, los modelos de atención, la construcción de redes, la dimensión subjetiva y los posicionamientos ético-políticos que entraman la práctica. Sin embargo, resulta escasa la producción que aborde la intervención profesional en APS desde una mirada situada y relacional.

Por lo que, persiste una vacancia en los estudios que analicen las configuraciones de la intervención en escenarios locales específicos, como los CAPS de pequeñas localidades, donde las dinámicas institucionales, comunitarias y territoriales adquieren otros matices.

CAPÍTULO II

Marco teórico

El siguiente capítulo tiene por finalidad desplegar las categorías teóricas que orientan esta tesina. Se trata de herramientas conceptuales que no se abordan como definiciones cerradas sino como marcos vivos, en tensión, que permiten interrogar el objeto de estudio: las configuraciones de la intervención profesional del trabajo social en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) "Dr. Telmo E. Albrecht" de la localidad de Franck (2023-2025).

En este sentido, se parte de la premisa de que ninguna intervención profesional puede analizarse en abstracto ni de manera aislada. Por el contrario, toda práctica se inscribe en entramados de relaciones sociales, institucionales y comunitarias que la condicionan y, al mismo tiempo, le otorgan sentido. De allí que la categoría de *configuraciones sociales*, desde la perspectiva de Norbert Elias, constituya un punto de partida ineludible: nos permite comprender la interdependencia entre sujetos e instituciones, así como el carácter dinámico y procesual de las prácticas sociales.

La segunda categoría analítica es la de *salud colectiva*, campo de pensamiento y acción latinoamericano que cuestiona la reducción biologicista de la salud y propone concebirla como un proceso histórico, social y político. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para el análisis de un CAPS; en tanto reconoce que la salud no se juega en el plano individual, sino en la vida cotidiana de los territorios, en las condiciones de existencia y en las relaciones de poder que atraviesan a los sujetos y a las comunidades.

Finalmente, se desarrolla la categoría de *intervención profesional del trabajo social*, entendida como una praxis situada y relacional, que articula fundamentos teóricos, posicionamientos ético-políticos y mediaciones institucionales. Lejos de concebirse aquí como técnica neutral o como una mera respuesta mecánica a demandas, la intervención se comprende como un proceso socialmente configurado que, al mismo tiempo, posee capacidad configurante sobre las realidades en las que actúa. En su despliegue cotidiano, el trabajo social no solo gestiona recursos o ejecuta programas, sino que produce sentidos, habilita vínculos y disputa horizontes de posibilidad en los territorios donde interviene. En este marco, pensar la intervención como praxis implica reconocer su politicidad, su dimensión reflexiva y su potencial transformador en el campo de la salud colectiva.

Estas tres categorías son hilos de un mismo tejido teórico que, al entrelazarse, sostienen la mirada de esta investigación. Es decir, no operan de manera independiente, sino que conforman un entramado conceptual común que habilita nuevas lecturas de la intervención profesional. Configuraciones sociales, salud colectiva e intervención profesional son los lentes que, en su diálogo, permiten iluminar con mayor complejidad el objeto de estudio. A lo largo del capítulo se buscará, entonces, desplegarlas de manera articulada, mostrando no sólo sus aportes específicos, sino también las resonancias que se producen entre ellas al ser aplicadas al análisis de la intervención del trabajo social en el CAPS.

2.1 Configuraciones sociales como categoría de análisis

La categoría de configuración social, propuesta por Norbert Elias, ofrece una perspectiva teórica que permite comprender la vida social como una trama dinámica de interdependencias. Esta noción constituye un punto de inflexión en el pensamiento sociológico, en tanto propone superar la clásica dicotomía entre individuo y sociedad, reemplazando esa oposición por una mirada relacional y procesual. Elias (1987) sostiene que las personas no existen como entidades aisladas, ni la sociedad como una estructura externa que las contiene, sino que ambas son dimensiones inseparables de una misma realidad. En sus palabras:

> Aquello que suele separarse mentalmente como si fueran dos sustancias distintas o dos capas distintas del ser humano, su individualidad y su condicionamiento social, no son en realidad más que dos distintas funciones de los seres humanos en sus relaciones mutuas, funciones que no pueden existir la una sin la otra (…) (Elias, 1987, p. 76)

El pensamiento de Elias surge de una crítica a las concepciones dualistas que marcaron la historia de la sociología y la filosofía moderna. Frente a la pregunta sobre si "existe la sociedad" o "solo existen los individuos", el autor responde que esa disyuntiva carece de sentido, pues lo que efectivamente existe son personas entrelazadas en configuraciones. Estas configuraciones no son más que entramados de interdependencia, redes en las cuales las acciones, los afectos, los saberes y las normas se entretejen y transforman continuamente. (Elias, 1987)

Desde esta perspectiva, la interdependencia se erige como condición estructural de lo humano. No hay individuo previo a la sociedad ni sociedad independiente de los individuos, sino una co-constitución permanente entre ambos. Elias (1987) lo expresa de modo contundente:

> (…) No existe un punto de partida de la adherencia social del individuo, no existe un principio ni una cesura en la cual el individuo, como un ser libre de entrelazamientos,

> entre desde fuera (…) en la sociedad, para unirse posteriormente con otras personas (…) (p. 39)

Cada sujeto nace, crece y se desarrolla en un tejido de vínculos que lo constituyen, y a la vez, sus acciones inciden sobre ese tejido. De este modo, la vida social se concibe como una red de relaciones mutuas que se reconfiguran constantemente. Elias recurre a una imagen especialmente ilustrativa para describir esta idea:

> (…) cada uno de los seres humanos que caminan por las calles aparentemente ajenos e independientes de los demás está ligado a otras personas por un cúmulo de cadenas invisibles, ya sean estas cadenas impuestas por el trabajo o por propiedades, por instintos o por afectos (…) El ser humano individual vive, y ha vivido desde pequeño, dentro de una red de interdependencias que él no puede modificar ni romper a voluntad sino en tanto lo permite la propia estructura de esa red (…) (Elias, 1987, p. 25)

Estas "cadenas invisibles" no son metáforas de sometimiento, sino representaciones de la condición relacional que estructura toda vida humana. Elias advierte que estas cadenas "(…) no son tan visibles y palpables como las cadenas de hierro; son más elásticas, variables y alterables, pero no son menos reales y, con toda certeza, tampoco menos firmes (…)" (1987, p. 27). En ellas se condensan las múltiples formas en que las personas dependen unas de otras: en el trabajo, en los afectos, en el lenguaje, en los cuidados, en la producción de sentido.

Ahora bien, estas configuraciones no son armoniosas ni equilibradas de manera permanente. Por el contrario, están atravesadas por tensiones, conflictos y asimetrías de poder. En la concepción de Norbert Elias, el poder no se entiende como una sustancia que alguien posee, sino como una relación de interdependencia fluctuante, donde los equilibrios se modifican constantemente. El autor, al respecto, señala:

> El margen de decisión de los individuos es siempre limitado, pero puede variar mucho, en su forma y en su alcance, de acuerdo con los instrumentos de poder que una persona tenga a su disposición (…) El actuar individual de unos es lo que ata a los otros. Y depende únicamente de las herramientas de poder de las funciones interdependientes, depende de la intensidad de las dependencias mutuas, el que sean unos u otros quienes aten a los demás mediante su actuar (Elias, 1987, p. 70)

De este modo, el poder no se localiza en un punto fijo, sino que circula a través de las redes de relaciones, generando configuraciones específicas en cada contexto histórico. En toda

relación social hay interdependencias recíprocas que definen posiciones relativas, posibilidades de acción y restricciones. Analizar la vida social en términos configuracionales implica, por tanto, comprender cómo los sujetos se vinculan, negocian y se transforman mutuamente dentro de esas tramas.

Elias utiliza una metáfora particularmente potente para ilustrar esta idea: la danza. En ella, los movimientos de cada bailarín solo cobran sentido en relación con los de los demás. Ningún gesto puede entenderse en forma aislada, sino en la coordinación que lo une al conjunto. El autor explica:

> Imaginemos como símbolo de la sociedad a un grupo de bailarines. Pensemos en danzas cortesanas, un minué o un rigodón, quizá también en algunos bailes campesinos. Los pasos e inclinaciones, los gestos y movimientos de cada bailarín están completamente coordinados con los de los otros bailarines. Observando de manera aislada a cada uno de los bailarines sería imposible comprender el sentido, la función de sus movimientos. La manera en que actúa aquí el individuo está determinada por las relaciones mutuas que existen entre los bailarines. Algo similar ocurre con el comportamiento de los individuos en general (Elias, 1987, p. 30)

Así, la sociedad se concibe como una danza en movimiento constante: las posiciones cambian, los equilibrios se alteran y cada acción individual repercute en la totalidad del conjunto. Esta imagen sintetiza el carácter relacional, procesual e histórico del pensamiento eliasiano.

El concepto de configuraciones adquiere además una dimensión temporal. Las relaciones de interdependencia no son estáticas, sino que se transforman a lo largo del tiempo, generando procesos históricos de cambio social. Elias (1939) muestra cómo las transformaciones en los modos de comportamiento, en las normas y en los afectos se articulan con modificaciones más amplias en las configuraciones sociales y en la estructura del poder. Según el autor:

> Estos procesos se dan siempre allí donde, bajo la presión de la competencia, la división de funciones hace posible y necesaria la dependencia mutua de grandes concentraciones humanas (…) donde se establecen funciones que requieren una previsión y reflexión continuas sobre las acciones y las intenciones de los demás, a lo largo de prolongadas cadenas intencionales (Elias, 1939, p. 463)

Elias demuestra que los cambios históricos son inseparables de los procesos de interdependencia creciente. A medida que se complejizan las relaciones humanas, aumentan

también las exigencias de autocontrol, previsión y coordinación entre las personas. Por eso afirma:

> Lo determinante del tipo y el grado de tales avances civilizatorios sigue siendo la amplitud de las interdependencias, el grado de la división de funciones y también la estructura de estas mismas funciones (Elias, 1939, p. 463)

Estas reflexiones resultan relevantes para pensar las prácticas profesionales contemporáneas. En contextos institucionales complejos, donde confluyen múltiples actores y saberes, las acciones individuales están siempre mediadas por tramas de interdependencia. Las configuraciones no solo condicionan las prácticas, sino que también son producto de ellas: se reconfiguran en la interacción, en la cooperación, en el conflicto y en la negociación cotidiana.

Desde esta perspectiva, el concepto de configuración social constituye una herramienta teórica central para analizar las formas de relación, los equilibrios de poder y los procesos de transformación que atraviesan las prácticas humanas. Su potencia radica en permitir una mirada relacional e histórica, capaz de captar las tensiones entre estructura y acción, entre continuidad y cambio, entre autonomía y dependencia.

En el marco de esta tesina, esta categoría se recupera como un lente teórico privilegiado para comprender las dinámicas del campo profesional del trabajo social. Las configuraciones permiten situar las intervenciones profesionales del trabajo social dentro de las redes de interdependencia que las constituyen. No se trata aún de analizar esas intervenciones en detalle, lo cual se desarrollará en apartados posteriores, sino de fundamentar teóricamente la perspectiva configuracional que orientará ese análisis.

Elias ofrece, en suma, una clave conceptual que trasciende la oposición entre lo individual y lo social, proponiendo entender toda práctica humana como parte de un entramado dinámico de relaciones. Esta mirada resulta fecunda para pensar las configuraciones de la intervención profesional del trabajo social, entendidas como procesos que se producen en el encuentro entre actores, instituciones, políticas y comunidades.

Será desde la noción de configuración social que más adelante se abordará cómo la intervención profesional se constituye, se transforma y se redefine en su hacer cotidiano, en diálogo con las tramas históricas y relacionales que la sostienen.

2.2 Salud colectiva: categoría y horizonte

La salud colectiva en América Latina surge como un campo de pensamiento y de prácticas que disputa el sentido mismo de la salud. No se trata de un simple reemplazo terminológico frente a la categoría de salud pública, sino de un viraje epistemológico, político y ético que redefine los modos de comprender, producir y cuidar la vida. La salud colectiva se presenta tanto como un campo de acción y de políticas, así como una herramienta conceptual para analizar los procesos de organización social de la salud, integrando las dimensiones históricas, relacionales y comunitarias que configuran la producción de salud.

Desde este enfoque, la salud colectiva permite interpretar cómo se configuran las prácticas profesionales y comunitarias, situándolas dentro de relaciones sociales y políticas específicas. Como afirman Stolkiner y Ardila (2012), la salud colectiva no se constituye como una escuela homogénea, sino como una "(…) multiplicidad de voces y autores [que] contiene tendencias y diversidades. No construye una definición unívoca de salud y sería antagónico con sus postulados hacerlo." (p. 9) Este campo, entonces, se caracteriza por "(…) la confluencia entre densidad teórica y eficacia pragmática, la articulación entre producción académica rigurosa, práctica política y herramientas de gestión" (Stolkiner y Ardila, 2012, p. 8) y su raíz está en esa particular configuración del campo.

En esta lectura, la salud no es un atributo individual ni un estado biológico, sino un proceso histórico y socialmente determinado. Tal como sostienen las autoras, la epidemiología crítica –una de las ramas de la salud colectiva– revisó "(…) críticamente los modelos de pensamiento causalistas lineales como los dualistas dicotómicos (salud-enfermedad, individual-social, biológico-mental), incorporando la idea de proceso como posibilidad de dar cuenta de la complejidad del fenómeno." (Stolkiner y Ardila, 2012, p. 9)

Por lo tanto, este desplazamiento epistemológico permite comprender la salud como un fenómeno atravesado por condiciones materiales, relaciones de poder y modos de vida. Esta mirada converge con los planteos de la medicina social latinoamericana. Para Menéndez (1988), el modelo médico hegemónico naturaliza a la enfermedad como un hecho individual y oculta que es producción social, resultado de condiciones de vida, trabajo y desigualdad. La salud colectiva reubica, entonces, el foco en los determinantes sociales de la salud[2], las relaciones de poder y la

[2]La noción de Determinantes Sociales de la Salud (DDS) fue impulsada por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2005), que los define como "(…) las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven,

organización de la vida cotidiana; buscando devolver al sujeto su lugar en la historia y en la comunidad, desmontando la ficción del cuerpo aislado. Siguiendo esta línea crítica, Granda (2004) señala que la salud pública se sostiene en

El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte (…) el método positivista (…) el estructural funcionalismo y el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad. (p.5)

En este sentido, Granda (2004) propone, en cambio, entender la salud como "(…) una forma de vivir autónoma y solidaria (…) dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado." (p. 11)

El debate epistemológico también aporta a este desplazamiento. Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (1978) define la salud como el "Completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (p.2). Al respecto, Floreal Ferrara (1975) expresa que significó un profundo avance en su momento para entender la salud; sin embargo, esta conceptualización resulta estática dado que la salud como concepto no puede quedar envuelta solamente en el concepto de bienestar. Para el autor, la salud se expresa cuando los sujetos enfrentan y resuelven los conflictos propios de su existencia. Al respecto, expresa:

> (…) El equilibrio inalterable es muy sospechoso desde el punto de vista de la salud física, mental y social. (…) creemos que esa posición de lucha permanente abarca mejor el concepto de salud (…) creemos necesario pensar que la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone; y cuando de esa lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vivimos, modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. (Ferrara, 1975, p. 120)

Desde esta mirada, Ferrara (1985) afirma que la salud no puede entenderse como contracara de la enfermedad, sino como un proceso que la incluye y la resignifica. En palabras del autor:

---

trabajan y envejecen, así como su acceso al poder, el dinero y los recursos (...)". Los mismos influyen en la inequidades de salud.

> La salud incluye a la enfermedad; no se identifican, son distintas, pero se complementan, porque estar sano significa aceptar la perspectiva de perder tal estado, de romper las normas actuales, adquirir otros valores y enfermar. (…) La enfermedad debe dejar de ser entendida como un fenómeno biológico exclusivamente y concebírsela como parte de la salud e integrada en el conocimiento que hace de la salud un fenómeno de la realidad social (Ferrara, 1985, p. 24-25)

De este modo, la enfermedad no representa una ruptura con la vida, sino una de sus posibles formas de manifestación, un modo de expresar los desequilibrios y las búsquedas propias del vivir. Por lo tanto, esta perspectiva reconoce el carácter dinámico de la existencia y la imposibilidad de un bienestar completo o definitivo de la salud.

Silva Paim y Almeida Filho (1999) destacan que el movimiento de salud colectiva ha permitido un "(...) diálogo crítico y la identificación de contradicciones y acuerdos con la salud pública institucionalizada (…)" (p. 17). De modo que, este movimiento no surge como un simple reemplazo terminológico, sino como una apuesta teórica y política que busca definir "(…) un marco conceptual de la Salud Colectiva, en construcción en América Latina, situando más particularmente sus potencialidades de constitución de un conocimiento transdisciplinar." (Silva Paim y Almeida Filho, 1999, p. 17) Esta perspectiva reconoce la naturaleza interdisciplinaria del campo: "(…) la salud colectiva puede ser considerada como un campo de conocimiento (…) cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud (…)" (Silva Paim y Almeida Filho, 1999, p. 22-23), dando lugar a prácticas transdisciplinarias, multiprofesionales e interinstitucionales.

Almeida Filho (2006) refuerza este giro al situar los procesos de salud-enfermedad en el paradigma de la complejidad, donde el conocimiento es relativo, contextual y no reduccionista: "(…) el pensamiento complejo implica unidad con multiplicidad y unidad en la diversidad." (p. 138). De esta manera, el paradigma de la complejidad introduce una forma alternativa de comprender los fenómenos de salud y enfermedad, superando el reduccionismo causal propio del paradigma biomédico. En palabras del autor:

> Uno de los grandes problemas en el área de la salud es que algunos de sus subcampos toman modelos determinísticos causales como si fuese ésta la única manera de definir el objeto salud-enfermedad. (…) Me arriesgo a decir que el objeto salud-enfermedad es

simultáneamente estructural, sistemático, prototípico, causal y probabilístico. (Almeida Filho, 2006, p. 138)

Esta perspectiva converge, a su vez, con los planteos de Silva Paim (1992), quien subraya el carácter histórico y social de los procesos sanitarios. El autor sostiene que:

> Las formas en que las sociedades identifican sus problemas de salud, buscan su explicación y se organizan para enfrentarlos varían históricamente y dependen de factores determinantes estructurales económicos, políticos e ideológicos. (Silva Paim, 1992, p. 151)

Dicha afirmación permite comprender que la salud no puede ser reducida a fenómenos individuales o biológicos, sino que se configura como parte de un entramado social complejo. En este sentido, Silva Paim (1992) advierte que la salud colectiva debe ser entendida como "(…) una práctica social que (…) no está exenta de la influencia de la estructura social (…)" (p. 151), lo que implica reconocer que las intervenciones en salud están atravesadas por relaciones de poder, por condiciones materiales y por formas históricamente situadas de organización entre Estado y sociedad. Asimismo, el autor plantea que cada sociedad, según sus condiciones históricas y estructurales, desarrolla un modo particular de organizar y comprender la salud, de manera que no existe un modelo único válido para todos los contextos; sino procesos sanitarios construidos en articulación con las dinámicas económicas, políticas y culturales de cada territorio. Esta mirada, profundamente crítica del enfoque tradicional, habilita a pensar la salud colectiva como un campo que cuestiona la adopción acrítica del enfoque de salud hegemónico institucionalizado en los países desarrollados y abre paso a prácticas situadas, integrales y socialmente comprometidas. (Silva Paim, 1992)

En esta línea, los aportes de la medicina social latinoamericana enriquecen la perspectiva de la salud colectiva al subrayar su carácter histórico, político y profundamente crítico. Como señalan Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy (2002), esta corriente surge "(…) como un campo desafiante, por los aportes que ha hecho a la comprensión de los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención y a su complejidad (…)" (p. 134), poniendo en cuestión los límites de la salud pública tradicional y su mirada centrada en variables individuales. La salud colectiva enfatiza que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado[3] "(…) es un proceso

[3] Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) explican que este proceso es una construcción individual y social a través del cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. Y entienden que "la percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de

construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformarlo." (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002, p. 128). Esta perspectiva, anclada en la determinación social, la praxis y la crítica a las desigualdades estructurales, permite comprender la producción de salud como un espacio de disputa, donde los actores sociales participan efectivamente en la construcción de alternativas frente a modelos tecnocráticos y mercantilizados. De este modo, la salud colectiva aporta un marco teórico-político central para pensar las prácticas de intervención en APS, situándolas dentro de las tensiones, luchas y potencialidades que configuran la vida social en América Latina.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, la práctica profesional en salud, incluida la del trabajo social, forma parte de los modos en que una sociedad produce vida y organiza sus formas de cuidado. Lejos de una tarea meramente técnica, la intervención profesional se configura en un entramado de relaciones institucionales, comunitarias y territoriales que inciden en los modos de vivir, enfermar y cuidar. Esta mirada permite comprender la intervención no como un conjunto de procedimientos aislados, sino como una práctica social situada, atravesada por dimensiones políticas, normativas y éticas que modelan las posibilidades de acción y transformación dentro de los sistemas de salud.

En este sentido, la salud colectiva se articula con la categoría de configuraciones sociales al subrayar que los procesos de intervención se desarrollan en redes históricas de interdependencia donde circula el poder, se disputan sentidos y se construyen formas de cuidado colectivo. Esta perspectiva amplía la comprensión del trabajo profesional al destacar su carácter relacional, político y procesual, así como su aporte a la construcción de cuidados organizados socialmente. Al reconocer la complejidad y la historicidad del proceso salud-enfermedad, la salud colectiva se consolida como una categoría clave para pensar intervenciones que no sólo respondan a demandas inmediatas, sino que participen activamente en la producción de vida digna, derechos y transformaciones sociales.

---

creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida." (p. 271). En este sentido, la salud y la enfermedad forman parte de una dinámica relacional atravesada por condiciones materiales de vida, relaciones de poder, modos de organización social y sistemas de significación. Al incluir prácticas de atención-cuidado, se entiende que no se reduce solamente al sistema médico formal sino que se incluyen saberes y estrategias desarrolladas por los propios usuarios/as, las familias y la comunidad.

A partir de este marco conceptual más amplio, resulta posible situar también el lugar que ocupará la Atención Primaria de la Salud. Si bien la APS se constituye en un eje central de la presente tesina, no obstante su desarrollo conceptual no se abordará en profundidad en este capítulo. Ello se debe a que, en esta instancia, la salud colectiva nos ofrece un horizonte teórico más amplio y fértil para situar las intervenciones profesionales en sus tramas históricas, políticas y sociales. La decisión de tomar este enfoque responde a la necesidad de contar con un marco analítico capaz de alojar la complejidad institucional y las configuraciones que emergen del trabajo cotidiano en el CAPS. Será, entonces, en el capítulo siguiente donde retomaremos específicamente la APS, ubicándola dentro del campo conceptual previamente delineado y articulándola con el espacio empírico. De este modo, la salud colectiva funciona aquí como un espectro teórico que permitirá comprender con mayor profundidad la APS como estrategia situada en el territorio.

2.3 Intervención profesional del Trabajo Social

Hablar de intervención profesional del trabajo social supone adentrarse en uno de los núcleos más complejos y debatidos de la disciplina. No se trata de un concepto unívoco ni de un recetario de técnicas así como tampoco puede entenderse como un acto aislado de un/a profesional sobre un/a sujeto individual. Más bien, se entiende como un proceso relacional, situado e históricamente configurado, que se despliega en las tramas sociales donde se inscribe. En esta tesina, la intervención se concibe como una praxis crítica, en tanto articula fundamentos teóricos, posicionamientos éticos-políticos y mediaciones institucionales. De este modo, permite comprenderla simultáneamente como producto de condiciones estructurales y como acción transformadora: configurada por lo social, pero también configurante de nuevas realidades.

Desde esta perspectiva, la intervención profesional se entiende como un hacer situado, que se despliega en escenarios institucionales atravesados por tensiones, demandas y disputas de sentidos. En esta dirección, Susana Cazzaniga la define como "(…) la puesta en acto de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional" (1997, p. 15). La demanda, es, entonces, un punto de partida, pero no un dato neutro: aquello que aparece como demanda está atravesado por contextos institucionales, condiciones sociales y disputas de poder. Por lo tanto, el/la profesional pone en juego estrategias y técnicas fundadas teórica, ética y políticamente, con objetivos específicos y en un escenario nunca lineal.

En esta línea, Margarita Rozas Pagaza (2010) sostiene que la intervención se constituye como *campo problemático*. En palabras de la autora: "Entendemos la intervención como campo problemático en la medida que ella se constituye en el escenario cotidiano donde se objetivan las manifestaciones de la cuestión social y que reconfiguran el mundo social de los sujetos." (Rozas Pagaza, 2010, p. 46). Es decir, las manifestaciones repercuten en la vida cotidiana de los/as usuarios/as[4] y generan tensiones que obstaculizan su reproducción social. Las manifestaciones de la cuestión social actúan como coordenadas que organizan, tensionan y desafían la intervención profesional; no solo en términos materiales, sino también subjetivos: procesos de desafiliación, deterioro de expectativas, precarización y desestructuración de proyectos de vida (Rozas Pagaza, 2010). En este marco, las manifestaciones de la cuestión social operan como coordenadas que estructuran y desafían las prácticas profesionales. Estas coordenadas exceden la dimensión material de la subsistencia: incluyen las marcas subjetivas que dejan los procesos de desafiliación, el deterioro de expectativas y la precariedad en la construcción de proyectos de vida. (Rozas Pagaza, 2010). De este modo, los problemas sociales que llegan a la intervención condensan dimensiones estructurales, institucionales y simbólicas que se expresan en la vida cotidiana de los/as sujetos.

Desde esta posición, los problemas no se conciben como simples o aislados, sino como entramados complejos que condensan dimensiones estructurales, institucionales y simbólicas. De allí que "la cuestión social como eje teórico (...) nos permite una relectura más dinámica y argumentada que trasciende la reducción de la intervención a la simple demanda en relación a los recursos" (Rozas Pagaza, 2010, p. 53). Pensar la intervención como campo problemático implica, entonces, desplazar lecturas simplificadas e instrumentalistas para comprender la complejidad de los procesos sociales que se objetivan en la práctica profesional.

El trabajo social, en tanto profesión, se inserta en estas tramas de la cuestión social y articula dimensiones inseparables en su quehacer. En esta línea, Parra, Basta, Cavalleri, Mendoza, López, Sánchez, Weber y Vdovsov (2009) identifican tres dimensiones: ético-política,

[4] En la presente tesina, se utilizó la categoría de "usuario/a" en lugar de paciente para nombrar a quienes transitan el CAPS, siguiendo la perspectiva de salud colectiva y del trabajo social. Es muy frecuente en la cotidianeidad de los efectores de salud nombrar a los/as sujetos/as como "pacientes". Moreno (2020) explica que el lenguaje tiene una fuerte incidencia sobre el mundo de forma performativa, construyendo categorías que lo "ordenan". La autora expone: "El término paciente proviene del latín *patiens* (padecer, sufrir). Hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar)." (Moreno, 2020, p-139-140) No obstante, respecto a la categoría de usuario/a sostiene que "(...) se constituyen como actores sociales que intentan diferenciar su voz de la de los profesionales y familiares, marcando la importancia de hablar en nombre propio. De este modo, se cuestionan las relaciones de poder instituidas (...)" (Moreno, 2020, p. 137).

técnico-instrumental y teórica-metodológica. Estas dimensiones atraviesan la intervención profesional del trabajo social, así como son inherentes e insolubles entre sí; entendidas no como partes separadas sino como componentes imbricados que orientan toda intervención.

> a) una dimensión teórico-metodológica, (...) la profesión, y su intervención decurrente se encuentra sustentada en una determinada concepción de mundo, de hombre y de sociedad, a partir de la cual se analiza la realidad social y se fundamenta una cierta práctica profesional. b) Una dimensión operativo-instrumental, es decir, a través de determinados instrumentos y técnicas se operativizan los fundamentos teórico-metodológicos. c) Y una dimensión ético-política, pues, las dimensiones antes mencionadas contienen determinados valores que, justamente, guían y orientan la intervención profesional y, por lo tanto, le otorgan una direccionalidad a la profesión. (Parra, Basta, Cavalleri, Mendoza, López, Sánchez, Weber y Vdovsov, 2009, p. 4).

En este marco, la intervención no puede ser entendida como una secuencia de actos técnicos, sino como un proceso dialéctico donde teoría y práctica se co-constituyen. Cazzaniga (2015) sostiene que "(…) el trabajo social no se reduce a un recetario de técnicas, sino que es un campo de saber-hacer en el que se disputan sentidos acerca de lo social y de lo profesional" (p. 28). Así, la intervención implica tomar posición frente a las condiciones sociales, construir estrategias y tomar decisiones en escenarios atravesados por relaciones de poder. Coincidiendo, Nora Aquín (2003) enfatiza que intervenir supone también participar en la producción de significados sociales: el/la trabajador/a social, en sus prácticas, no solo responde a demandas institucionales o a necesidades inmediatas, sino que co-construye sentidos con los/as sujetos/as y colectivos con los que trabaja.

Rozas Pagaza (1999) advierte sobre el riesgo de reducir la intervención a una mirada puramente instrumental, en la que se concibe la intervención como mera respuesta funcional a las demandas de las instituciones. Desde su perspectiva, toda intervención es inevitablemente política, en tanto se inscribe en proyectos societarios y reproduce o disputa las relaciones sociales vigentes.

Tal como se expuso en párrafos anteriores, pensar la intervención como campo problemático, entonces, exige profundizar su anclaje histórico-estructural. Rozas Pagaza (2010) (2015) enfatiza que sus fundamentos se encuentran en la constitución misma de la cuestión social y en el modo en el que el Estado la define como un problema público. Por ello, comprender la

intervención profesional supone situarla en la trama de fuerzas, disputas y condicionamientos que organizan la vida social contemporánea. Aquí, la autora retoma los aportes de Pierre Bourdieu para conceptualizar el campo como un sistema de posiciones y relaciones objetivas con existencia histórica (Bourdieu en Rozas Pagaza, 2015).

Rozas Pagaza (2010) (2015) profundiza la categoría de campo problemático apoyándose en los aportes de Pierre Bourdieu. Retoma, especialmente, la noción de campo como una red de relaciones objetivas y dinámicas que estructuran posiciones, disputas y reglas de juego específicas. En esta línea, cita al autor cuando define que el campo "es un sistema de posiciones y relaciones objetivas [...] que asume también una existencia temporal lo que implica introducir la dimensión histórica en el modo de pensamiento relacional" (Bourdieu en Rozas Pagaza, 2015, p. 108). Al incorporar este marco, Rozas Pagaza busca habilitar comprender que el trabajo social interviene en un espacio configurado por intereses profesionales, exigencias institucionales, orientaciones estatales y experiencias concretas de los/as sujetos. La intervención, entonces, se despliega en una trama de relaciones donde se negocian sentidos, se disputan legitimidades y se ponen en juego distintos capitales (simbólicos, institucionales y profesionales) que inciden en las posibilidades y límites de la práctica cotidiana; y, por lo tanto, debe ser entendida como práctica socialmente construida, más que como una acción individual desvinculada del contexto (Rozas Pagaza, 2015) Desde este marco, la intervención profesional del trabajo social se despliega como una práctica situada en un espacio donde se negocian sentidos, se disputan legitimidades y se ponen en juego distintos capitales (económico, social, cultural y simbólico) que moldean las posibilidades y límites de la práctica cotidiana. La intervención aparece así como una práctica socialmente construida y no como una acción individual desvinculada de la estructura.

Desde esta concepción relacional del campo, se profundiza en el análisis de la implementación de políticas sociales, donde la intervención no solo ejecuta decisiones estatales sino que también identifica tensiones, vacíos, contradicciones y problemas ocultos en el tránsito entre demanda y respuesta (Rozas Pagaza, 2015). Por ello, la intervención profesional es también un espacio de producción de conocimiento sobre cómo se definen los problemas sociales y qué respuestas se consideran legítimas.

Los dispositivos de intervención, lejos de ser neutrales, constituyen "(...) acciones estratégicas, resultado de una cadena de decisiones (...) políticas" (Rozas Pagaza, 2015, p. 114). Por ello, los dispositivos de intervención no pueden entenderse como instrumentos neutros. Por

el contrario, tal como afirma Rozas Pagaza (2015): "(...) los dispositivos no son solamente cuestiones instrumentales; son acciones estratégicas, resultado de una cadena de decisiones principalmente políticas y, por lo tanto, no neutras." (p.114) Esta politicidad se expresa de manera particularmente nítida en la implementación de políticas sociales. Allí, la intervención profesional "(...) no solo pone en acto decisiones que se estructuran en la cadena de poder de las instituciones, sino también descubre los problemas específicos y quizá ocultos en el circuito entre demanda y respuesta o entre divorcio entre problema y solución." (Rozas Pagaza, 2015, p. 112) En consecuencia, el trabajo social no solo ejecuta lineamientos, sino que identifica tensiones, vacíos y nuevas problemáticas, produciendo conocimiento sobre la realidad y disputando sentidos sobre qué se considera problema social, quién es sujeto de derecho y qué respuestas son legítimas.

Ahora bien, trasladar estos aportes al plano de la práctica cotidiana implica reconocer que la intervención profesional no ocurre en un vacío sino que se construye siempre en relación con otras personas, instituciones y reglas. Por eso, el quehacer cotidiano del trabajo social implica tomar decisiones, interpretar situaciones y elaborar estrategias dentro de condiciones concretas. En consecuencia, la intervención profesional no puede reducirse a aplicar políticas sociales, sino que se desarrolla en un contexto donde se cruzan discursos de derechos, prácticas asistenciales, urgencias de la población y límites institucionales.

Estas discusiones adquieren una significación particular en el campo de la salud. Allí, el trabajo social interviene en varios niveles: con sujetos y familias, acompañando procesos de cuidado y acceso a derechos; con la comunidad, promoviendo participación y organización; y con instituciones y el Estado, gestionando recursos y articulando políticas. Desde la salud colectiva, la intervención no se limita al tratamiento de problemáticas individuales, sino que se orienta hacia la transformación de los determinantes sociales de la salud. En este sentido, reconocer la salud como proceso social, histórico y político permite repensar la intervención del trabajo social como parte de un entramado más amplio de producción de vida y de derechos, en articulación con otros actores y disciplinas.

En este punto, la categoría de configuración social, propuesta por Norbert Elias (1987), aporta una clave relacional para comprender la intervención profesional en este campo. Como bien se expuso en párrafos anteriores, Elias plantea que las configuraciones sociales son redes de interdependencia entre sujetos/as, instituciones y estructuras, en las que cada actor ocupa una

posición relativa que condiciona y es condicionada por las demás. Esto es, la intervención del trabajo social se configura en relación con los recursos disponibles, las políticas de salud, las normas institucionales y las condiciones sociales de la población. Sin embargo, estas configuraciones no son estáticas: a través de su quehacer, el/la trabajador/a social también puede reconfigurar relaciones, abrir espacios de participación y disputar sentidos sobre lo que significa la salud en un territorio determinado.

Desde esta mirada, la intervención profesional del trabajo social se inscribe en un doble movimiento: es configurada por las tramas sociales e institucionales en las que se produce, pero también puede contribuir a generar transformaciones simbólicas y materiales en el entramado social. Para esta tesina, el valor de la categoría de configuraciones sociales radica precisamente en permitir analizar cómo se configuran las intervenciones profesionales en el CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht" de la localidad de Franck. No se trata de concebir la intervención como un acto individual del/la profesional del trabajo social, sino como parte de un entramado de relaciones en el que ocupa una posición relativa. El trabajo social aparece así como un nodo en la configuración social de la salud colectiva: interviene en interdependencia con otros actores, en relaciones de poder dinámicas y en un proceso histórico. Pero, a la vez, esa intervención tiene capacidad de reconfiguración: puede ampliar derechos, promover participación o queda atrapada en lógicas asistenciales o instrumentales.

En síntesis, pensar la intervención desde la articulación entre campo problemático, cuestión social, configuraciones sociales y salud colectiva permite comprenderla como un hacer histórico, situado y relacional, que se mueve entre condicionamientos y posibilidades. La intervención del trabajo social se reconoce así como práctica política orientada a ampliar derechos, producir sentidos y construir lo común. Configurar, cuidar e intervenir aparecen como gestos de una misma trama: la de producir salud como forma de vida digna y justicia social.

CAPÍTULO III

La Atención Primaria de la Salud y el campo de salud santafesino: marcos, políticas y organización

Toda intervención profesional acontece en un entramado particular de relaciones, saberes y prácticas. En este sentido, el Centro de Atención Primaria de Salud "Dr. Telmo Emilio Albrecht" no es tan sólo la unidad de estudio en donde se desarrolló el trabajo de campo de esta tesina, sino que se constituye en un escenario clave donde se traman los vínculos, donde se producen los sentidos sobre la salud y donde se encarnan formas concretas de intervención profesional del trabajo social.

Para comprender esta dinámica, resulta necesario situar al CAPS dentro de un marco más amplio: la Atención Primaria de la Salud (APS). La APS, entendida como estrategia de organización del cuidado y promoción de la salud, orienta la práctica en el primer nivel de atención y busca garantizar el acceso universal, la integralidad y la participación comunitaria. (Organización Mundial de la Salud, 1978) Su historia en Argentina, y específicamente en la provincia de Santa Fe, se encuentra ligada a políticas de fortalecimiento del primer nivel, descentralización y expansión de la cobertura de salud, con el objetivo de garantizar la salud como derecho y favorecer intervenciones preventivas y comunitarias.

En este sentido, el CAPS se inscribe en el campo[5] de salud provincial que combina recursos, lineamientos y programas del Ministerio de Salud de Santa Fe con la gestión local de la comuna de Franck. Esta doble pertenencia, entre lo provincial y lo local, condiciona la organización del efector de salud, la distribución de recursos, las estrategias de intervención y la forma en que se articulan los distintos actores del territorio.

Por lo tanto, este tercer capítulo se propone delimitar el encuadre político, organizativo e institucional en el que se inscribe el CAPS. Para ello, se desarrolla la APS como estrategia sanitaria que orienta la organización del campo de salud y estructura el funcionamiento del primer nivel de atención. Desde esta perspectiva, la APS no se presenta solamente como un conjunto de acciones asistenciales, sino como un marco estratégico que define prioridades,

[5] Se utiliza la categoría "campo" dado que, siguiendo a Hugo Spinelli (2010), entendemos que "sistema" significa la idea de un todo dividido en partes y es una mirada simplificada de abordar algo complejo. Por ello, se reemplaza por "campo"; entendiendo que allí convergen actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, donde los diferentes sujetos luchan por consolidar o apropiar el predominio de diversos capitales: económico, social, cultural y simbólico.

modos de organización de los servicios, criterios de accesibilidad y formas de articulación territorial.

A partir de este marco, se sitúa el campo de salud argentino y, particularmente, el de la provincia de Santa Fe, describiendo su organización por niveles de complejidad, la red de efectores y los lineamientos político-programáticos que orientan la práctica cotidiana en el primer nivel. Este recorrido permite comprender las condiciones estructurales, normativas y organizativas que enmarcan el funcionamiento de los CAPS, constituyéndose en un paso necesario para, posteriormente, analizar las prácticas profesionales del trabajo social se despliegan dentro de estos márgenes institucionales.

3.1 Atención Primaria de la Salud y el campo de salud provincial: un marco de referencia para el centro de salud y la intervención

Para comprender de manera integral las prácticas que se despliegan en el CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht", resulta fundamental situarlo dentro del contexto más amplio de APS y del campo de salud santafesino. La APS aquí es entendida como una estrategia orientadora de la intervención profesional; es decir, un marco referencial-operativo que guía la acción del equipo de salud, de modo que también condiciona los modos de articulación interinstitucional y delimita los márgenes de decisión cotidiana.

3.1.1 Atención Primaria de la Salud: historia, concepto y debates

La Atención Primaria de la Salud (APS) constituye un concepto amplio y complejo que requiere remontarse a sus orígenes históricos para comprender su sentido y alcance. Su consolidación como política y estrategia global surge en 1978, durante la Conferencia Internacional de Alma-Ata, en la que representantes de más de un centenar de países, junto con organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales, firmaron la Declaración de Alma-Ata. Esta declaración promovía la ambiciosa meta de "Salud para todos en el año 2000", reconociendo que el acceso equitativo a servicios de salud esenciales era un derecho humano fundamental, aunque las desigualdades existentes dificultaban su cumplimiento (OMS, 1978)

En este contexto, la APS fue definida en este contexto como:

> (…) asistencia sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener cada nivel de su

> desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es eje central y foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada. (OMS, 1978, p. 2)

Entonces, la APS se consolidó internacionalmente a partir de la Declaración de Alma-Ata en 1978, donde se reconoció la salud como un derecho humano fundamental y se propuso un modelo de atención accesible, integral y participativo. Asimismo, establece los principios que se deberían sostener en los sistemas de salud nacionales: integralidad, flexibilidad, universalidad, racionalidad tecnológica, regionalización, descentralización, intersectorialidad, interjurisdiccionalidad, participación social, interdisciplinariedad y capacitación permanente (Ase y Burijovich, 2009). La APS planteaba así, un cambio paradigmático frente a modelos centrados únicamente en la atención médica curativa.

A lo largo de las décadas, la APS experimentó distintos procesos de implementación y reinterpretación. En este sentido, se distinguen dos acepciones. Por un lado, la APS integral, coherente con los principios y las premisas de Alma-Ata: universalidad, equidad, participación social e intersectorialidad. Por otro lado, en los años 80, bajo el contexto de programas de ajuste estructural, se implementó la APS selectiva, limitada a ciertos objetivos sanitarios; lo que representó una reducción parcial de la visión original. Monsalvo (2008) la denominó "el brazo sanitario del neoliberalismo".

Posteriormente, hacia el año 2000, surgieron iniciativas de renovación de la APS a nivel mundial y regional. En este sentido, la Declaración de Bangladesh (2000), surgida en el marco de la Primera Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos, retomó el horizonte marcado por la Declaración de Alma-Ata para reinscribirlo en un escenario global atravesado por las políticas neoliberales. Dicho documento denuncia los efectos de la mercantilización de la salud y de los programas de ajuste estructural y afirma la salud como un derecho humano fundamental, así como una construcción colectiva inseparable de las condiciones materiales de existencia. (Declaración de Bangladesh, 2000)

En nuestro país y particularmente en nuestra provincia, la APS se concibe como una estrategia de organización del campo de salud, atravesando la lógica de los diferentes niveles de atención y orientando la distribución de recursos y la articulación de servicios. Esto permite comprender la APS como un marco operativo y organizativo en tanto guía las prácticas, políticas y programas del sistema sanitario.

3.1.2 El campo de salud en Argentina y en la provincia de Santa Fe

En el campo de salud argentino coexisten tres subsectores particulares: el público, el de las obras sociales o seguridad social y el privado; tres subsectores poco integrados entre sí y fragmentados. (Belló y Becerril-Montekio, 2011)

En este escenario, el subsector público se integra por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial; está financiado con recursos provenientes del sistema impositivo y provee servicios de salud gratuitos a través de una red de hospitales y centros de salud públicos. Respecto al subsector de las obras sociales o de la seguridad social, éste se constituye como un seguro social que cubre a los/as trabajadores/as asalariados/as y sus familiares directos según ramas de la actividad laboral; se realizan aportes tanto por parte del empleador/a como del empleado/a. Y, el tercer subsector, es el privado. Éste se encuentra conformado por diversos profesionales independientes que prestan servicios a usuarios/as asociados/as a obras sociales o a sistemas de medicina prepaga privada y empresas de medicina prepaga, financiado a través de los aportes de sus usuarios/as. (Acuña y Chudnovsky, 2002; Belló y Becerril-Montekio, 2011)

El sector salud en la provincia de Santa Fe ha desarrollado una organización regionalizada a través de nodos de salud, orientada a favorecer la planificación territorial, la articulación entre efectores y la construcción de redes asistenciales. Este modelo procura superar lógicas aisladas de funcionamiento institucional para promover un abordaje integral de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, situando el territorio como dimensión clave de la gestión sanitaria. En este sentido, los nodos articulan efectores de distintos niveles de complejidad dentro de una misma región, favoreciendo la construcción de redes asistenciales, la referencia y contrarreferencia[6], y la coordinación de recursos en función de las necesidades de la

[6] Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) explican que para que los niveles de atención funcionen debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia. El sistema de referencia y contrarreferencia es el mecanismo que articula los distintos niveles de atención, garantizando la continuidad del cuidado. La referencia implica la derivación de un/a usuario/a desde un establecimiento de menor complejidad hacia otro de mayor capacidad resolutiva; la

población. Los seis nodos de salud que conforman esta organización son: 1. Nodo Reconquista (Región 1); 2. Nodo Rafaela (Región 2); 3. Nodo Santa Fe (Región 3); 4. Nodo Rosario (Región 4); 5. Nodo Venado Tuerto (Región 5) y 6. Nodo Ceres (Región 6) (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s.f.)

Desde esta perspectiva, los nodos se constituyen como dispositivos político-organizativos que operativizan la estrategia de APS al fortalecer la red de servicios, ordenar la accesibilidad y favorecer la continuidad de cuidados. De este modo, el subsector público de salud santafesino se configura como una red de servicios interdependientes, donde cada nivel de atención cumple funciones específicas en el marco de una estrategia general que reconoce la APS como eje ordenador.

Esta configuración en red, sustentada en criterios territoriales y en la integración de servicios, se articula operativamente a través de la organización por niveles de complejidad, que estructuran la distribución de responsabilidad, recursos y capacidades de resolución dentro del sistema sanitario provincial.

El campo de salud santafesino se estructura bajo el criterio de niveles de complejidad, entendidos como formas de ordenar los servicios sanitarios según la capacidad de resolución, los recursos disponibles y asignados, el tipo de tecnologías empleadas y la especialización de las prácticas. Siguiendo a Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011), por complejidad se entiende al "(...) número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella." (p. 12)

En este sentido, se reconocen tres niveles de complejidad: el primer nivel de complejidad está conformado por efectores sin internación, como los CAPS. Su función es resolver la mayor parte de las necesidades frecuentes de salud de la población, mediante actividades de promoción, prevención, educación para la salud, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación. Se caracteriza por la cercanía con la comunidad, el abordaje integral de las personas y familias, y el trabajo interdisciplinario, constituyéndose como la puerta de entrada al sistema sanitario. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011)

El segundo nivel de complejidad incluye hospitales de baja y mediana complejidad, con internación y atención especializada. Intervienen ante problemáticas que no pueden resolverse en

contrarreferencia supone el retorno al nivel inicial para su seguimiento y control una vez resuelta la situación de salud.

el primer nivel y requieren mayor capacidad diagnóstica o terapéutica. En este nivel se desarrollan prácticas médicas especializadas, cirugías de mediana complejidad y estudios complementarios, funcionando en articulación permanente con el primer nivel a través de mecanismos de referencia. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011)

Y el tercer nivel de complejidad está integrado por hospitales de alta complejidad orientados a la atención de patologías graves o poco frecuentes que demandan tecnología avanzada, cuidados críticos y alta especialización profesional. Además de la función asistencial, estos efectores suelen desarrollar actividades de investigación, formación y conducción de programas de alcance provincial o nacional. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011)

En la provincia de Santa Fe, esta estructura se consolidó históricamente a través de distintos procesos de organización sanitaria. Un antecedente fundamental es la ley SAMCo[7] (1967) que estableció un modelo de gestión descentralizada para hospitales y centros de salud. Esta normativa sentó las bases para una organización territorial de los servicios, fortaleciendo la red pública y promoviendo la corresponsabilidad entre el Estado provincial y las comunidades locales. A su vez, en el marco de esta organización por niveles de complejidad, Santa Fe consolidó históricamente su red pública de servicios a través de instrumentos normativos que estructuran el funcionamiento de los efectores con internación. En este sentido, la ley provincial n° 10.608 de descentralización hospitalaria (1991) dispone que los establecimientos asistenciales con internación dependientes del Ministerio de Salud se constituyan como personas jurídicas públicas estatales, dotadas de capacidad administrativa y financiera.

En este entramado, los CAPS se configuran como los efectores centrales del primer nivel de atención. Como dispositivos territoriales, materializan la estrategia de APS a través de prácticas multiprofesionales que integran dimensiones biomédicas, sociales y comunitarias. Su ubicación en el territorio, su accesibilidad y su función articuladora con otros niveles del sistema los convierten en espacios estratégicos para la organización del cuidado, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

[7] La palabra SAMCo significa Servicio para la Atención Médica de la Comunidad. El SAMCo como efector de salud fue establecido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la provincia de Santa Fe bajo la ley N° 6.312 en el año 1967. Según la legislación, son entes descentralizados que brindan salud pública a través de la cooperación entre la provincia, el municipio y la cooperadora. Cubre a toda la comunidad y operan bajo un consejo de administración. (Ley 6.312, 1967)

En síntesis, la APS en Santa Fe se configura como estrategia de organización del sistema de salud, que atraviesa los tres niveles de atención[8], orienta la planificación y garantiza, en la medida de lo posible, accesibilidad, equidad y cuidado integral de la población.

3.1.3 Los Centros de Atención Primaria de la Salud en la provincia de Santa Fe

Los Centros de Atención Primaria de la Salud se constituyen en los efectores centrales del primer nivel de atención y se consolidan como puerta de entrada al campo de la salud. Tal como señalan diversos autores, los CAPS expresan territorialmente la heterogeneidad del sector público de salud, configurándose como dispositivos que buscan garantizar accesibilidad, resolver problemáticas de baja y mediana complejidad y desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud. (Ballesteros, 2016; Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011) En este sentido, no sólo representan una instancia asistencial, sino también un espacio estratégico para la producción social de salud en el territorio.

Su expansión en nuestro país se aceleró durante la década de 1990 y, especialmente, tras la crisis socioeconómica de 2001, en un contexto de fortalecimiento del primer nivel de atención de la salud. A partir de 2004, con la implementación del Plan Federal de Salud, se promovieron políticas orientadas a jerarquizar la APS como eje organizador del subsector público, impulsando la consolidación de los CAPS como nodos territoriales fundamentales. En esta línea, el Ministerio de Salud financió la formación de recursos humanos y promovió programas específicos -como el Programa Médicos Comunitarios- orientados a fortalecer el trabajo en el primer nivel. (Ballesteros, 2016)

Desde el punto de vista organizativo y funcional, los CAPS se caracterizan por ofrecer atención integral, incluyendo medicina general, enfermería, odontología, psicología, trabajo social, farmacia, vacunación y, en algunos casos, laboratorio, entre otras áreas. Esta integralidad no se limita a la diversidad disciplinar, sino que se articula con una función comunitaria que abarca el diagnóstico temprano de problemáticas de salud, el acompañamiento de situaciones complejas, la prevención y la construcción de redes de apoyo en el territorio. Asimismo, los CAPS sostienen una fuerte articulación interinstitucional con escuelas, organizaciones sociales,

[8] Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) definen niveles de atención como "(...) una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población." (p.12). De este modo, distinguen tres niveles de atención: el primero es el más cercano a la población, es decir el primer nivel de contacto. Presenta establecimientos de baja complejidad. En el segundo nivel se encuentran los efectores de salud donde se brindan servicios relacionados a distintas especialidades. Y el tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco comunes o patologías que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

servicios de niñez y gobiernos locales (municipios y comunas), lo que amplía su intervención más allá de la atención estrictamente clínica. En términos de gestión cotidiana, combinan turnos programados con atención por demanda espontánea, organizando equipos de trabajo que se ajustan a la dinámica poblacional y a las necesidades específicas del área de referencia.

Diversos estudios han señalado que el primer nivel de atención posee capacidad resolutiva tanto para problemáticas agudas como crónicas, constituyéndose además en el ámbito privilegiado para el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud (Lago, Elorza, Nebel-Mosco y Ripari, 2013). En la provincia de Santa Fe, el CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht" forma parte de esta red de efectores organizada bajo la APS. Las políticas provinciales han impulsado estrategias de fortalecimiento del primer nivel, priorizando la descentralización y la articulación con los gobiernos locales. En este marco, los CAPS se consolidan como nodos territoriales que ordenan la accesibilidad, promueven la continuidad del cuidado y articulan múltiples dimensiones de la intervención sanitaria. De este modo, el CAPS adquiere un rol estratégico en la red pública santafesina, situándose como un espacio privilegiado de intervención para el trabajo social.

3.1.4 Políticas sociales y programas de alcance provincial y nacional

En el análisis del centro de salud, los programas y políticas sociales no constituyen un mero marco normativo extenso, sino un trasfondo que organiza la práctica cotidiana. No se trata únicamente de lineamientos técnicos, sino de decisiones político-institucionales que configuran prioridades, delimitan problemas considerados relevantes y establecen horizontes de intervención para los equipos de salud. Incluirlos en el análisis permite comprender que lo que acontece en el centro de salud se inscribe en una trama más amplia, donde los lineamientos vigentes orientan la planificación y estructuran las posibilidades concretas de acción. Danani (2017) define la política social como "(...) aquellas intervenciones sociales del Estado que producen y moldean directamente las condiciones de vida y de reproducción de vida de distintos sectores y grupos sociales." (p.32). Además, agrega que las políticas sociales no necesariamente mejoran las condiciones de vida: pueden hacerlo, pero ello no es un atributo propio sino de casos específicos; tampoco es un atributo el que empeoren las condiciones de vida.

Desde esta perspectiva, los programas y políticas sociales habilitan recursos, organizan circuitos de atención, finan objetivos sanitarios y moldean, de forma explícita o implícita, la tarea cotidiana de los equipos. En las últimas décadas, tanto a nivel nacional como provincial, se

han implementado diversas estrategias orientadas al fortalecimiento de la APS, que inciden directamente en la organización del trabajo en los CAPS. Entre ellas, se destacan los programas vinculados a la salud materno-infantil, orientados al acompañamiento de las personas gestantes, al control del crecimiento y desarrollo infantil y a la vacunación sistemática; las estrategias destinadas al abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles, que promueven hábitos saludables y sostienen el seguimiento de condiciones prevalentes como hipertensión y diabetes; las políticas de salud sexual y reproductiva, que incluyen la planificación familiar, la atención integral de la adolescencia y la prevención de infecciones de transmisión sexual; y las iniciativas de promoción de la salud comunitaria, que impulsan campañas preventivas y articulaciones interinstitucionales con escuelas y organizaciones del territorio.

Estos programas no solo establecen lineamientos técnicos y operativos, sino que configuran un marco de actuación dentro del cual los CAPS planifican acciones, priorizan demandas y articulan con otros actores. De este modo, las intervenciones profesionales no pueden comprenderse de manera aislada, sino como prácticas situadas en un entramado de políticas públicas que orientan, condicionan y, al mismo tiempo, habilitan determinadas formas de intervención en el primer nivel de atención.

En suma, el CAPS puede comprenderse como un espacio donde convergen dimensiones estructurales e institucionales que exceden su funcionamiento cotidiano. Su organización como efector del primer nivel, su inscripción en estrategias provinciales y nacionales de fortalecimiento de la APS y la presencia de programas específicos configuran un marco que delimita y orienta la intervención en el territorio. En este entramado, el centro de salud se constituye como un nodo de la red pública provincial, atravesado por decisiones políticas, lineamientos programáticos y definiciones estratégicas que organizan recursos, prioridades y responsabilidades.

CAPÍTULO IV

Donde se traman los vínculos:
el Centro de Salud “Dr. Telmo Emilio Albrecht” como escenario

Si en el capítulo anterior, la Atención Primaria de la Salud fue abordada como marco estratégico y político-sanitario que organiza el campo de salud santafesino, situando el Centro de Atención Primaria de la Salud “Dr. Telmo Emilio Albrecht” dentro de una red pública atravesada por lineamientos provinciales y programas específicos, en las páginas que siguen el análisis se desplaza hacia la escala donde ese marco adquiere espesor concreto: el territorio y la institución.

Este capítulo propone detener la mirada en el centro de salud como escenario situado, inscripto en la localidad de Franck y entramado en una historia institucional que no es lineal ni estática, sino construida a partir de trayectorias, decisiones y vínculos. Lejos de pensar al centro de salud como un mero telón de fondo o como exclusivamente un efector de políticas públicas, resulta interesante mostrarlo como un entramado dinámico, cargado de historias, tensiones y sentidos que atraviesan y son atravesados por las prácticas que allí se despliegan; como un espacio donde lo normativo se traduce en prácticas, donde lo provincial dialoga, y en ocasiones tensiona con lo local, y donde las políticas de APS se encarnan en dinámicas cotidianas.

Por lo tanto, a través del relato de sus propios/as trabajadores/as, de los documentos institucionales (véase Anexo A) y de la propia experiencia del trabajo de campo, se pretende recuperar fragmentos de esa historia viva del CAPS y describir sus dimensiones organizativas y cotidianas, como paso necesario para comprender, en los capítulos siguientes, las configuraciones que asume allí la intervención profesional del trabajo social. La APS no se expresa únicamente en normativas o en diseños organizacionales; se materializa en prácticas, decisiones y vínculos cotidianos. En este sentido, el centro de salud es comprendido como escenario donde ese paradigma se encarna, se traduce y, en ocasiones, se tensiona. Lo político-sanitario se vuelve experiencia situada.

En este recorrido, se abordará, en primer lugar, la localidad de Franck como territorio socio-histórico que configura condiciones particulares de intervención. Luego, se reconstruirán los orígenes y sentidos del centro de salud, para dar paso al análisis de su organización interna, sus actores y las dinámicas que atraviesan la vida institucional. La arquitectura edilicia, las trayectorias de quienes lo habitan y las tramas de construcción conjunta que se despliegan entre

pasillos y urgencias permitirán comprender al CAPS como un espacio relacional, donde se configuran prácticas de cuidado, decisiones y modos de hacer.

4.1 La localidad de Franck: un territorio que se teje en la historia

Previo a adentrarnos al centro de salud como escenario, es necesario detenernos en el territorio que lo aloja: la localidad de Franck, fundada en octubre del año 1870, en el marco del proceso de colonización agrícola santafesina, nació del encuentro entre familias inmigrantes (en su mayoría de origen europeo), que buscaban arraigo en una tierra fértil y abierta a la promesa de trabajo. Desde entonces, la localidad se configuró como un tejido comunitario donde la producción lechera, el cooperativismo, las instituciones deportivas y las asociaciones civiles fueron dando forma a un modo particular de habitar y de relacionarse. La localidad de Franck sostiene hasta hoy una identidad comunitaria marcada por el trabajo, la asociatividad y la vida institucional. Su historia productiva y social conforma un contexto que modela las formas de habitar, las dinámicas poblacionales y, en consecuencia, las necesidades y sentidos que adquieren la atención de la salud en Franck.

Franck se ubica en el departamento Las Colonias de la provincia de Santa Fe, a unos 30 kilómetros al oeste de la ciudad capital santafesina y 15 kilómetros al sur de Esperanza, cabecera del departamento. (“La comuna de Franck celebra 151 años de su fundación”, 2021).

El asentamiento original surgió en 1870 a partir de un contrato de colonización entre Mauricio Franck (llevando su nombre) y el gobierno provincial, que permitió parcelar tierras y atraer a personas inmigrantes europeas, en su mayoría italianos, suizos y franceses, interesados en la producción agropecuaria. Si bien no existe un acta formal de fundación, se estima que los primeros colonos arribaron en octubre de 1870, momento que marca la confluencia de dinámicas demográficas y productivas que habrían de consolidar la comunidad local. La denominación inicial de “Colonia de Franck” quedó con el tiempo reducida simplemente a Franck, nombre bajo el cual la comuna fue creciendo y organizándose institucionalmente. (“La historia de Franck”, 2018)

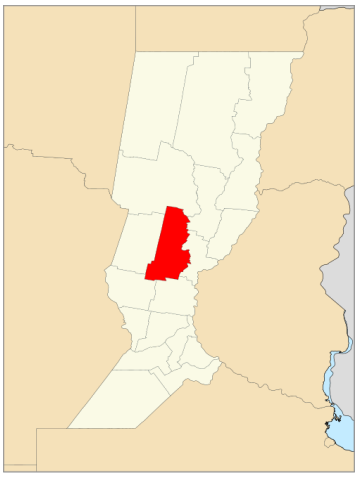


Figura 1:

Las Colonias en la provincia de Santa Fe.

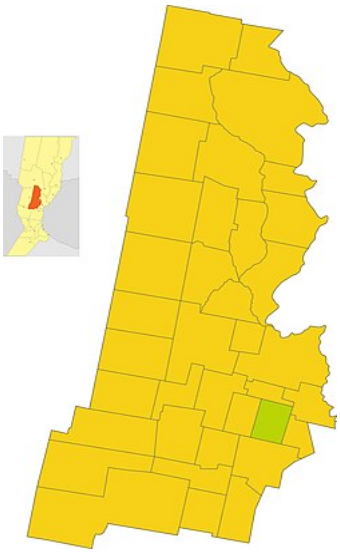


Figura 2:

Franck en el departamento Las Colonias

Nota. Fuente: Internet.

A partir de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, la economía de la zona evolucionó desde cultivos extensivos como trigo y maíz hacia una fuerte presencia de tambos y producción lechera, impulsando la conformación de cooperativas y empresas locales que, con el tiempo se convirtieron en actores significativos del desarrollo productivo regional. De este modo, la localidad de Franck combinó desde sus inicios la producción agrícola y ganadera con el desarrollo industrial. Este rasgo se consolidó durante el siglo XX con la expansión de los tambos y la asociación gremial productiva, que más adelante dio lugar a empresas de mayor escala como Milkaut, fundada por tamberos locales y que se convirtió en una de las industrias más emblemáticas de la región y del país. ("La fundó una colonia de suizos en Santa Fe, se vendió por una deuda millonaria y ahora resurge: el origen de Milkaut", 2023)

En la actualidad, la localidad continúa expandiéndose demográfica y económicamente. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2023), Franck posee alrededor de 6472 habitantes, con una distribución poblacional en crecimiento que refleja movimientos migratorios internos y la atracción de familias que buscan mejores condiciones de vida en un contexto regional. La economía local combina explotaciones agrícolas, tambos, metalúrgicas, industrias de productos lácteos y pymes de servicios, y se caracteriza por una matriz productiva diversificada que incluye fábricas de derivados lácteos, metalurgia, aceite de soja y productos industriales, además de comercios y servicios orientados a la población y su zona de influencia.

La localidad también cuenta con una oferta educativa amplia: desde jardín de infantes hasta educación media y espacios para educación superior a distancia, instituciones culturales,

deportivas y una vida comunitaria activa que articula desarrollo productivo, social y cultural. Esta trayectoria histórica, que combina inmigración, trabajo agropecuario, organización comunal y desarrollo económico configura el telón de fondo sobre el cual se inscribe la intervención en materia de salud y el modo en que la comunidad se organiza y articula sus demandas colectivas.

En este sentido, este contexto histórico y actual configura un territorio con rasgos productivos definidos, una fuerte tradición asociativa y una identidad comunitaria consolidada. Estas características no resultan ajenas al campo de la salud. Por el contrario, modelan perfiles poblacionales, dinámicas de movilidad, formas de organización colectiva y expectativas en torno al cuidado.

Desde la perspectiva de la APS, el territorio no constituye únicamente un espacio geográfico, sino un entramado social e histórico que condiciona y orienta las prácticas institucionales. De este modo, el CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht" no puede comprenderse escindido de este entramado local. La APS, en tanto estrategia político-sanitaria, se materializa en diálogo con una comunidad específica, con su historia migratoria, su cultura asociativa y sus transformaciones recientes. El territorio, entonces, no sólo aloja al centro de salud: lo configura e imprime sentidos.

4.2 Historia viva: orígenes, trayectorias y sentidos del centro de salud "Dr. Telmo Emilio Albrecht"

Hasta aquí, la tesina ha desplegado un recorrido por los fundamentos teóricos y metodológicos que permitieron delimitar las preguntas de investigación, el enfoque metodológico y las estrategias empleadas para construir el objeto de estudio. Ahora bien, para avanzar en esta dirección, en este apartado el objetivo es adentrarse en el territorio concreto donde se tejen los vínculos, las intervenciones y los sentidos recuperados a lo largo del trabajo de campo: el centro de salud "Dr. Telmo Emilio Albrecht", ubicado en la localidad de Franck, en la provincia de Santa Fe. A lo largo de los siguientes párrafos, se reconstruirá su historia, su conformación como efector de salud y sus dinámicas cotidianas, desde una mirada situada, atenta a las trayectorias institucionales y a las voces que lo habitan y configuran.

El CAPS no se constituye en un mero escenario donde se despliega la práctica profesional; sino que es un espacio social cargado de historia, significados y relaciones que moldean y condicionan las intervenciones que allí tienen lugar. Comprenderlo implica atender no solo a su estructura formal, sino a los modos cotidianos en que se produce, habita y resignifica

por trabajadores/as, usuarios/as y otras instituciones locales. En este sentido, rastrear los orígenes del CAPS requiere ir más allá de una cronología de fechas o datos institucionales; supone, ante todo, los relatos de quienes lo habitan y sostienen cotidianamente. Si bien no se dispone de un archivo documental sistemático sobre sus inicios, los testimonios recogidos durante el trabajo de campo permiten reconstruir una memoria construida colectivamente, que da cuenta del modo en que fue configurándose como efector de salud.

A partir de la información recolectada por las entrevistas realizadas, es posible vislumbrar que el CAPS comenzó a funcionar en el año 2004. Su surgimiento respondió tanto a decisiones provinciales orientadas al fortalecimiento del primer nivel de atención como a necesidades locales específicas, en particular la demanda sanitaria que el sector privado no alcanzaba a absorber. Desde sus inicios, se configuró como un efector público destinado a garantizar el acceso a la salud en la localidad y a ampliar la cobertura para sectores que requerían atención cercana.

El origen del CAPS se inscribe en un contexto más amplio de reconfiguración de las políticas sociales posterior a la crisis del año 2001, que redefinió las formas de intervención estatal y la presencia del Estado en el territorio. Tal como señala Claudia Danani (2012), este período estuvo marcado por una recuperación del rol del Estado en la intervención social, a partir de un proceso de redefinición de sus funciones y capacidades, que tensiona las orientaciones neoliberales de la década previa (es decir, los años 90). La autora identifica este momento como una etapa de "contra-reformas", en la que el Estado vuelve a asumir un papel activo en la regulación y provisión de políticas sociales, ampliando su presencia territorial y su capacidad de respuesta frente a la cuestión social. En esta misma línea, Danani (2013) sostiene que las transformaciones del período 2002-2010 implicaron una "(re)politización de las políticas", en tanto las condiciones de vida dejaron de ser abordadas como problemas individuales o residuales para ser reconocidas como parte de disputas colectivas en el campo social. Desde esta perspectiva, las políticas sociales se configuran como un espacio de disputa por los sentidos de la intervención estatal y por las formas legítimas de abordaje de la cuestión social.

En el campo de la salud, estas transformaciones se expresaron en una reafirmación de la APS como eje estratégico para la reorganización del sistema sanitario. Tal como se expuso en párrafos anteriores, el Plan Federal de Salud 2004-2007, impulsado por el Ministerio de Salud de la Nación, sostiene en sus fundamentos que la APS debe concebirse como una estrategia integral

que articule asistencia, la prevención y la promoción de la salud, priorizando el primer nivel de atención y el anclaje territorial de las intervenciones. (Ministerio de Salud de la Nación, 2004). Asimismo, programas nacionales como Remediar iniciado en el 2002 e implementados tras la crisis socioeconómica del año 2001, buscaron garantizar el acceso gratuito a medicamentos esenciales a través de los CAPS, reforzando su capacidad de respuesta frente a demandas sanitarias insatisfechas. (Ministerio de Salud de la Nación, s/f). En el ámbito provincial, estas líneas de acción se articularon con políticas de fortalecimiento de la red pública de atención primaria en Santa Fe, promoviendo la expansión de los CAPS como efectores estratégicos para garantizar el acceso a la salud en el territorio. (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, s/f)

En este marco, y ya en el plano de la experiencia concreta, en sus comienzos, el CAPS contaba con recursos limitados y un equipo de trabajadores/as reducido que, con el tiempo, se fue ampliando tanto en número como en diversidad disciplinar, incorporando así diferentes áreas de trabajo. En este sentido, a lo largo del tiempo, el centro de salud atravesó diferentes transformaciones, tanto en su estructura como en sus modos organizativos y de trabajo. Más allá de su estructura formal, en los relatos, aparece con fuerza la idea de una institución en permanente construcción. Se lo describe como un espacio que, si bien no siempre contó con una planificación formalizada o una estructura rígida, fue consolidando una identidad propia a partir del hacer cotidiano. En las palabras de los/as integrantes del equipo se visibiliza cómo esa identidad institucional anclada en la cercanía, la flexibilidad y la implicación subjetiva se configuraba también a partir de una serie de prácticas cotidianas y vínculos sostenidos en el tiempo.

Así, la historia del CAPS no puede comprenderse como una simple secuencia de eventos administrativos, sino como un proceso colectivo atravesado por decisiones políticas, transformaciones estatales y trayectorias profesionales que, en conjunto, fueron configurando un modo singular de habitar la institución. Esta historicidad resulta fundamental para comprender las dinámicas organizativas y relacionales que actualmente atraviesan al centro de salud.

4.3 El centro de salud por dentro: organización, actores y dinámicas cotidianas

Si el apartado anterior permitió reconstruir los orígenes y sentidos que dieron forma al CAPS, en éste la atención se centra en su organización interna y en las dinámicas que estructuran su funcionamiento cotidiano. El centro de salud se configura como una institución compleja

donde convergen múltiples funciones, disciplinas y lógicas de trabajo que no siempre se articulan de manera lineal ni homogénea.

En este aspecto, la construcción del CAPS como un espacio de referencia en la localidad está íntimamente ligada a la capacidad del equipo para implicarse con los/as usuarios/as, la toma de decisiones colectivas frente a situaciones complejas, reinventando respuestas ante los desafíos, ajustando los tiempos y los modos de atención según cada situación particular. El "saber quién está del otro lado" –en palabras de una de las entrevistadas– no solo hace al trabajo más fluido, sino que también refuerza ese sentido de pertenencia que se cultiva entre pasillos, gestiones y encuentros.

A partir de las entrevistas realizadas, se observa que el CAPS sostiene vínculos activos con diversas instituciones de la localidad. Estas articulaciones interinstitucionales dan cuenta de un entramado territorial amplio que trasciende los límites del edificio. Se mencionan relaciones con escuelas primaria y secundaria, jardín de infantes, el Servicio Local de Niñez y Adolescencia, la comisaría local, el juzgado de paz, los clubes deportivos, entre otras organizaciones locales. Estas articulaciones permiten no solamente la derivación de situaciones específicas, sino también el diseño conjunto de estrategias de abordaje, actividades de promoción y prevención, y el fortalecimiento de redes de cuidado en el territorio. Así, es posible expresar que el CAPS no opera de manera aislada, sino que se encuentra imbricado en una red interinstitucional que potencia su capacidad de intervención, así como refuerza su anclaje comunitario.

El funcionamiento cotidiano del CAPS se encuentra atravesado por una tensión constante entre la urgencia y la planificación. La alta demanda espontánea, la emergencia de nuevas problemáticas sociales y las transformaciones en las políticas públicas obligan a reorganizar tareas y redefinir prioridades. Las decisiones se toman muchas veces en escenarios de recursos acotados, donde la flexibilidad y la capacidad de adaptación se vuelven condiciones centrales para sostener la atención.

Estas tensiones estructurales y organizativas se vieron particularmente intensificadas frente a acontecimientos extraordinarios. En este marco, por ejemplo, la pandemia por Covid-19 puede ser comprendida como un acontecimiento social global que desestabilizó las formas habituales de organización de la vida cotidiana y las prácticas institucionales. Rodríguez Zoya, Petracci y Kaufman (2024) proponen pensar la pandemia como un acontecimiento transicional,

en tanto se trató de un fenómeno cuya magnitud y alcance "(...) modificó -puso en pausa- la cotidianeidad planetaria y los discursos constitutivos y constituyentes de las subjetividades contemporáneas." (p. 1) Por lo que, la pandemia no sólo impactó sobre los sistemas sanitarios, sino que reconfiguró prácticas sociales, vínculos y sentidos, interpelando de manera directa las formas de intervención profesional en los diversos territorios. En este contexto, la pandemia profundizó desigualdades sociales preexistentes y puso en evidencia las condiciones estructurales que atraviesan la vida cotidiana de amplios sectores de la población (Rodríguez Zoya, Petracci y Kaufman, 2024). De este modo, las manifestaciones de la cuestión social se tornaron más visibles y urgentes, tensionando las capacidades institucionales y ampliando las demandas dirigidas a los efectores de salud y a las intervenciones profesionales en el primer nivel de atención.

De este modo, la pandemia por Covid-19 se constituyó como un fuerte punto de inflexión en la cotidianeidad del CAPS. Según relatan sus integrantes, el escenario de emergencia sanitaria transformó no sólo las formas de atención y las estrategias de intervención, sino también las maneras de pensar y habitar la institución. Fue necesario rediseñar los espacios físicos, establecer circuitos diferenciados de atención, reforzar la comunicación interna e implementar nuevas modalidades de trabajo como la atención telefónica o virtual, así como también ampliar el personal de trabajo para dar respuesta a la sobrecarga asistencial. A su vez, se incorporaron estrategias de promoción de la salud orientadas a la prevención del contagio, que supusieron intensificar el vínculo con la comunidad y desarrollar acciones específicas de acompañamiento a familias aisladas o en situaciones de mayor vulnerabilidad.

El trabajo cotidiano en el CAPS se sostiene sobre una red de relaciones entre diferentes áreas y profesionales. No obstante, estas relaciones no se dan de una forma lineal, estructurada ni uniforme; sino que se configuran en la práctica en función de múltiples factores que inciden en la forma de vincularse. Decir que los vínculos no son lineales implica reconocer que no responden a un único camino, procedimiento o protocolo preestablecido. Las articulaciones entre las diversas áreas de trabajo que conforman el CAPS se van tejiendo en función de las situaciones que surgen, del conocimiento en el equipo, de la disposición individual y de las urgencias del momento. En ocasiones, el trabajo compartido emerge más por la experiencia y la voluntad de coordinación entre los/as profesionales que por mandatos institucionales explícitos.

En definitiva, el CAPS no solo se presenta como un espacio de atención de la salud, sino como un entramado de vínculos, decisiones, trayectorias y prácticas que se (re)configuran día a día en función de las urgencias sociales, las políticas de salud y las condiciones materiales de vida. Del mismo modo, este recorrido permite visibilizar que el CAPS no solo es un espacio donde se materializan políticas de salud, sino también un escenario dinámico donde se tramitan relaciones, se negocian sentidos y se construyen colectivamente las formas de hacer. Comprender esta historicidad y estos modos singulares de habitar la institución permite no sólo situar los modos actuales de intervención profesional del trabajo social, sino también abrir preguntas sobre otras formas posibles de hacer en el primer nivel de atención. El CAPS, en tanto espacio social cargado de memoria, relaciones y decisiones cotidianas, se configura como un terreno fértil desde el cual pensar las condiciones de posibilidad, y también los límites, del quehacer profesional en salud.

4.3.1 Arquitecturas del cuidado: el espacio como posibilidad

El CAPS cuenta con una estructura edilicia pensada para albergar diversas áreas de atención, organizadas en función de las especialidades, las dinámicas de trabajo y las necesidades de circulación de usuarios/as y profesionales. A partir de documentos institucionales, de las visitas realizadas durante el trabajo de campo y de la cotidianeidad misma, se observa una disposición física que delimita zonas específicas para las diferentes áreas de trabajo, configurando un orden espacial que estructura la atención.

El acceso a los servicios se organiza mediante un sistema de turnos que distingue entre atención programada y demanda espontánea. Esta modalidad presenta variaciones entre el turno mañana y el turno tarde, lo que incide tanto en la organización de la agenda como en la conformación de los equipos presentes en cada franja horaria. De este modo, la arquitectura no opera de manera aislada, sino en articulación con la organización institucional del trabajo, modelando ritmos, tiempos y formas de encuentro.

La distribución de los espacios impacta en la producción de vínculos y en la forma en que se producen los encuentros cotidianos entre trabajadores/as. Durante el trabajo de campo fue posible observar que la disposición del mobiliario, las puertas de ingreso, la ubicación de las oficinas y los flujos de circulación repercuten en las posibilidades o limitaciones para generar intercambios informales, consultas espontáneas o instancias de reflexión compartida. Así, la arquitectura del CAPS no sólo organiza la atención desde lo técnico, sino que también incide en

la manera en que se configuran las relaciones laborales, los vínculos de confianza y la circulación de saberes entre disciplinas. Así, la organización física e institucional del CAPS delimita funciones, pero también condiciona y habilita los modos en que se tejen las relaciones entre profesionales, las decisiones compartidas y las intervenciones situadas.

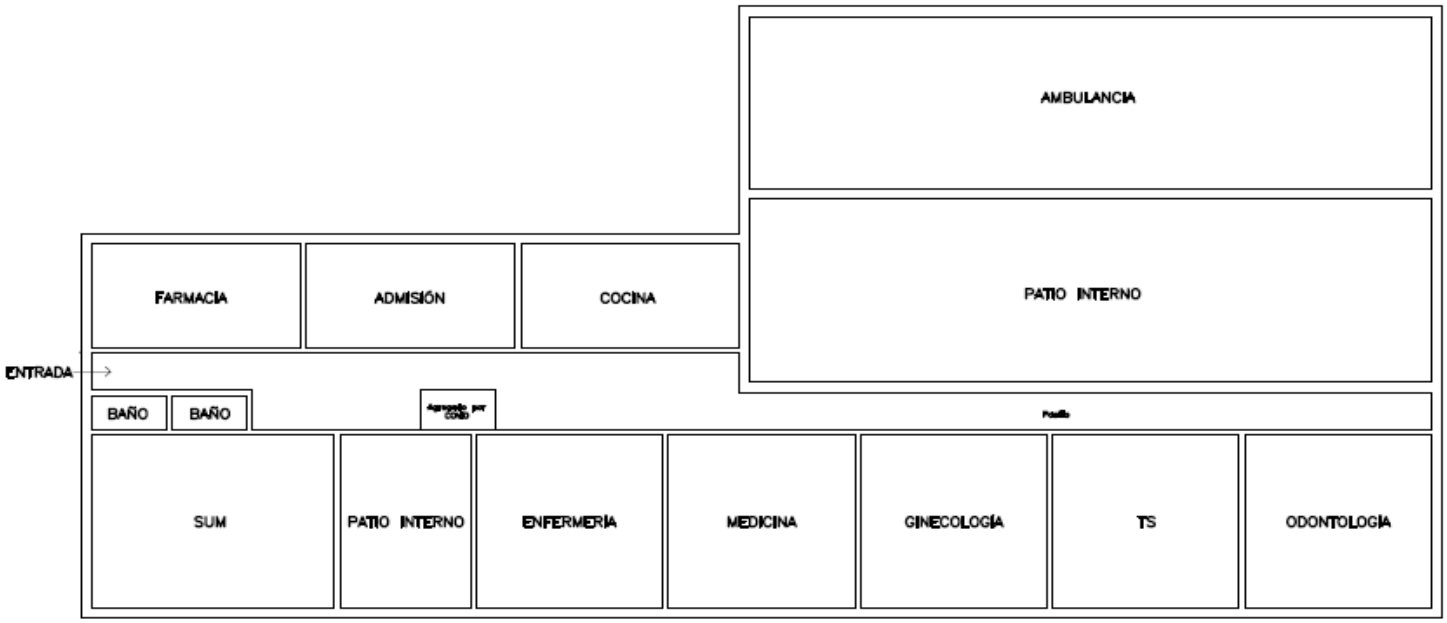
Desde la perspectiva de la APS como marco estratégico y político-sanitario, la organización espacial adquiere relevancia en tanto puede favorecer o dificultar la integralidad del cuidado, el trabajo interdisciplinario y la accesibilidad. Las arquitecturas del cuidado no sólo ordenan funciones técnicas, sino que también producen condiciones para la construcción de confianza, la circulación de saberes y la toma de decisiones compartidas.

Así, la organización física e institucional del CAPS delimita responsabilidades, pero también habilita o restringe modos de encuentro, formas de articulación entre disciplinas y posibilidades de intervención situada en el territorio.

A continuación, se incorpora un plano esquemático del edificio del centro de salud; el mismo permite visualizar la distribución física de las distintas áreas que conforman la institución. Fue elaborado a partir de observaciones realizadas durante el trabajo de campo en el CAPS, a partir de los recorridos por las instalaciones y del registro de la disposición de los distintos espacios. En este sentido, no constituye un plano técnico oficial, sino una representación aproximada de la organización espacial del efector de salud. Este recurso gráfico facilita la comprensión de la organización edilicia y de los flujos de circulación internos, así como también constituye una herramienta analítica que aporta al análisis de las dinámicas cotidianas, los encuentros entre trabajadores/as y usuarios/as, y las condiciones materiales que inciden en las prácticas.

Figura 3.

Plano del CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht".



Nota. Fuente: elaborado por Guadalupe Rocío Galleno (2025).

4.3.2 Trayectorias que hacen cuerpo: quiénes habitan el centro de salud

El equipo de trabajo del CAPS se conforma a partir de una pluralidad de actores que desempeñan funciones específicas según sus saberes disciplinares, pero también en función de sus trayectorias previas y de la historicidad del centro de salud. Las áreas de trabajo que lo integran incluyen: farmacia, admisión, enfermería, pediatría, medicina clínica, ginecología, trabajo social, odontología, psicología, personal de limpieza y bioquímica. Esta heterogeneidad da cuenta de la apuesta por una atención integral, en consonancia con los principios de la APS.

Sin embargo, la composición del equipo no se agota en la enumeración de especialidades. A lo largo del trabajo de campo fue posible advertir que muchas de las personas que integran el centro de salud cuentan con una permanencia prolongada en la institución. Esta continuidad produce algo más que estabilidad: configura memorias compartidas, saberes situados sobre la población y medios específicos de intervenir frente a problemáticas recurrentes. Las trayectorias individuales, al entrelazarse, hacen cuerpo en la institución, sedimentando prácticas, afectos y formas de resolución de lo inesperado que no siempre aparecen en los documentos formales.

El modo en que cada trabajador/a se inserta en el equipo también está atravesado por las condiciones de contratación, la pertenencia o no al sistema público provincial y la estabilidad laboral. Estas dimensiones inciden en la participación en espacios de decisión, en la apropiación

del proyecto institucional y en las posibilidades de proyección a largo plazo. Desde la perspectiva de la APS como marco estratégico y político-sanitario, estas condiciones no son accesorias: forman parte de las bases materiales que sostienen o tensionan la integralidad y la continuidad del cuidado.

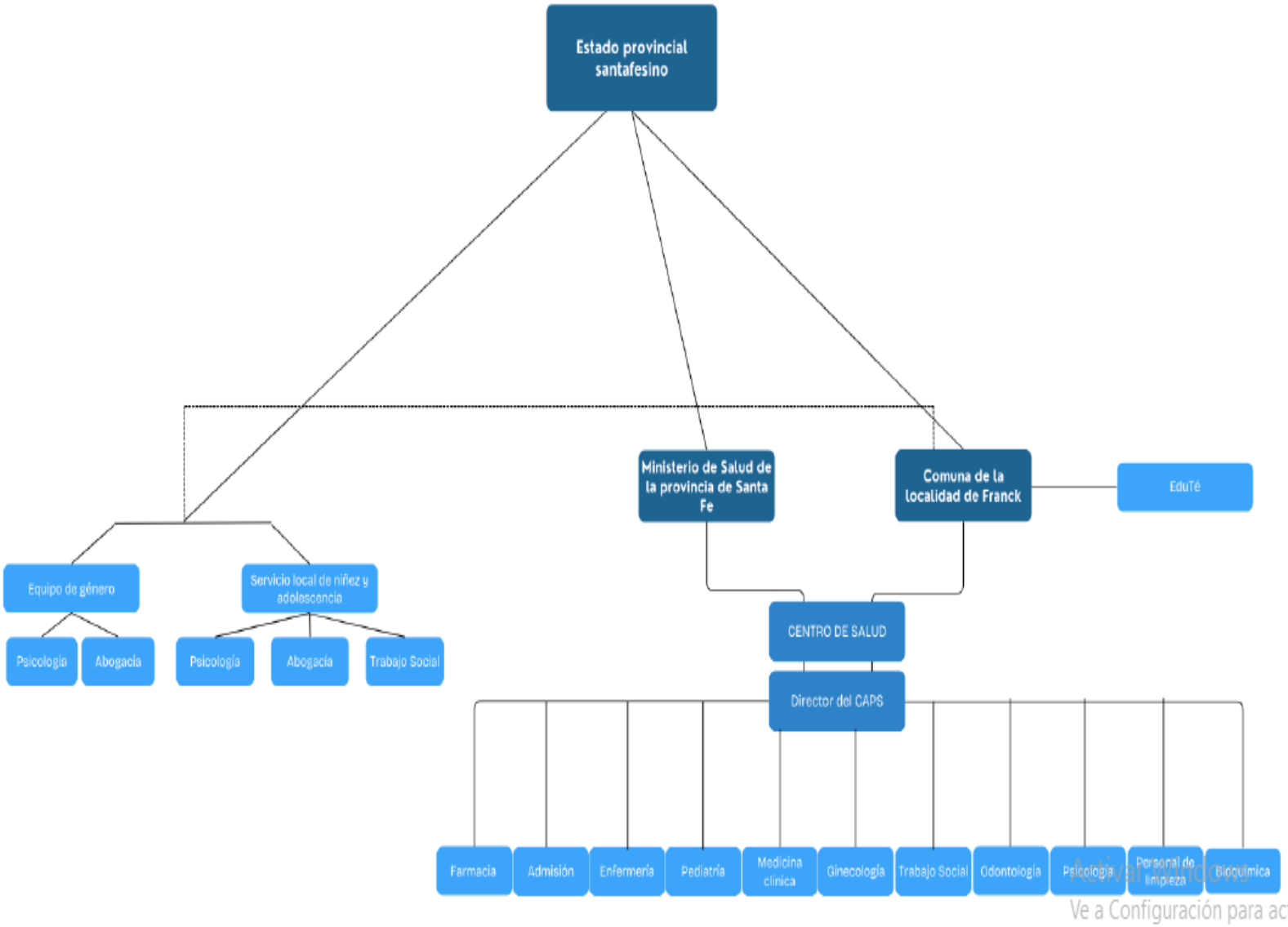
El organigrama institucional[9] permite visualizar la articulación entre los diferentes niveles de gestión y las áreas que componen el CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht". En él se observa la inserción del centro de salud dentro de una red más amplia que involucra al Ministerio de Salud provincial, la comuna local y otros actores territoriales. Esta representación gráfica ordena la estructura organizativa y visibiliza la diversidad de funciones y disciplinas que conviven en la institución.

No obstante, en la práctica cotidiana, las dinámicas laborales desbordan esos esquemas formales. Las decisiones, las consultas y las intervenciones se tejen en pasillos, oficinas compartidas y reuniones informales, en función de trayectorias acumuladas y estrategias colectivas frente a los desafíos del territorio. Así, el centro de salud no es sólo una estructura organizativa, sino un entramado vivo de relaciones donde las trayectorias profesionales, las condiciones laborales y los vínculos construidos en el tiempo configuran la experiencia concreta del cuidado.

Figura 4.

Organigrama del CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht"

[9] Cristina de Robertis y Henri Pascal (2007) definen al organigrama como aquel "(...) documento cuya lectura permite conocer los principios formales de funcionamiento." (p.178) Es decir, es una fotografía que permite ver el paisaje de la organización. Puede asumir la característica de formal o informal. Tiene una atribución legal, pero requiere de su actualización y, muchas veces, no se lleva a cabo. Y, cuando no existe un organigrama formal, es posible llevar adelante su creación. Esto es, se puede construir un organigrama informal en donde se muestran los lazos funcionales y las relaciones jerárquicas. En el CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht" no hay constituido un organigrama como tal formal.



Nota. Fuente: elaboración propia. (2025)

4.3.3 Entre pasillos y urgencias: tramas interdisciplinares en movimiento

En el CAPS, las dinámicas interdisciplinares no se sostienen exclusivamente en dispositivos formales de coordinación, sino que se configuran en la trama cotidiana del trabajo. A partir de los relatos recogidos en las entrevistas y de la observación de campo, se advierte que la articulación entre áreas y disciplinas no responde a un esquema lineal ni homogéneo, sino que se despliega de manera situada, en función de la urgencia, la proximidad y el conocimiento mutuo entre quienes integran el equipo.

Si bien existen mecanismos institucionales de derivación y coordinación, como registros escritos o circuitos establecidos, una parte sustantiva de los intercambios ocurre en

conversaciones informales, consultas espontáneas o decisiones tomadas en espacios intermedios: pasillos, puertas entreabiertas, encuentros breves entre turnos. Allí, la cercanía física y la confianza construida a lo largo del tiempo adquieren centralidad. La interdisciplina, en este contexto, se apoya tanto en la estructura organizativa como en vínculos forjados en la experiencia compartida.

En el devenir institucional, ciertos acontecimientos operaron como puntos de inflexión en estas dinámicas. Como bien se mencionó en párrafos anteriores, uno de estos eventos fue la pandemia por Covid-19; la misma implicó una reorganización abrupta de tareas, espacios y tiempos, intensificando las exigencias laborales y reconfigurando las modalidades de trabajo conjunto. Bajo la presión de la emergencia sanitaria, los espacios de planificación colectiva y reflexión interdisciplinaria se vieron reducidos, mientras que las decisiones debieron resolverse con mayor inmediatez. Las instancias formales de coordinación cedieron lugar a intercambios breves, fragmentados y fuertemente situados, evidenciando tanto la capacidad de adaptación del equipo como la fragilidad de ciertos dispositivos institucionales.

No obstante, estas dinámicas no se desarrollan en un terreno neutral. La interdisciplina en el CAPS se configura en un entramado atravesado por jerarquías disciplinares, distribuciones desiguales de responsabilidad y decisiones que, en última instancia, no siempre se resuelven de manera horizontal. Si bien el trabajo cotidiano habilita instancias de colaboración y consulta mutua, el lugar diferencial que ocupa ciertos saberes introduce tensiones que no siempre se explicitan, pero que inciden en la definición de prioridades, tiempos y modalidades de intervención. En este marco, la centralidad de los intercambios informales opera simultáneamente como fortaleza y como límite: facilita respuestas ante la urgencia, pero también desplaza la sostenibilidad del trabajo conjunto hacia la disposición subjetiva y el compromiso individual.

4.3.4 La pertinencia institucional del centro de salud: entre lo local y lo provincial

El CAPS “Dr. Telmo E. Albrecht” se inscribe en una configuración institucional particular, atravesada por una doble dependencia administrativa y operativa: esto es, responde tanto al Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe como al gobierno comunal de la localidad de Franck. Esta doble pertenencia no es solo una característica formal, sino una condición estructurante de su funcionamiento cotidiano, en la que conviven trabajadores/as contratados/as por la provincia y otros/as contratados/as por la comuna.

Este entrecruzamiento jurisdiccional se expresa en múltiples dimensiones del quehacer institucional: desde la infraestructura y la provisión de insumos hasta la definición de estrategias de intervención. El sostenimiento del CAPS, en términos de recursos materiales y humanos, no se reduce al aporte del Estado provincial. Por el contrario, la gestión comunal asume un rol activo para garantizar las condiciones básicas de funcionamiento. Dicha estructura institucional influye tanto en las condiciones laborales como en los modos de relación con la comunidad, la continuidad de las intervenciones y la posibilidad de construir un proyecto colectivo de salud sostenido en el tiempo.

Por un lado, desde la provincia se aportan recursos fundamentales: designa a gran parte del personal profesional (especialmente médicos/as y enfermeros/as), se establecen lineamientos generales de atención, establece programas y lineamientos prioritarios en salud, y garantiza el acceso a medicamentos, vacunas y políticas de salud pública. A través de la estructura provincial, los/as trabajadores/as adquieren cierta estabilidad laboral y condiciones de contratación reguladas por convenios colectivos.

Por otro lado, el Estado local participa de manera constante en la cotidianeidad del CAPS. Aporta también recursos económicos para el mantenimiento del edificio, provee personal administrativo y de servicios, colabora con insumos menores y participa en la definición de estrategias comunitarias. Además, muchas decisiones prácticas y logísticas del día a día se negocian y resuelven con el gobierno local, lo que le otorga un grado significativo de influencia en el devenir del CAPS. Esta cercanía con la comunidad habilita, a su vez, un vínculo más directo con los actores locales como escuelas, instituciones deportivas, organizaciones sociales, fortaleciendo una lógica de proximidad y presencia estatal situada. La coexistencia de ambos niveles administrativos y políticos introduce tensiones en torno a la toma de decisiones, la implementación de programas y la asignación de recursos. Mientras algunos lineamientos provienen desde el ámbito provincial con criterios estandarizados, el trabajo cotidiano exige respuestas flexibles y contextualizadas. Esta intersección obliga a permanentes negociaciones para articular marcos normativos generales con demandas específicas del territorio.

Desde la perspectiva de la APS, esta doble pertenencia adquiere particular relevancia. La APS supone territorialidad, intersectorialidad y capacidad de respuesta situada; sin embargo, su implementación se encuentra mediada por estructuras administrativas que no siempre dialogan fluidamente entre sí. En ese “entre” institucional, el equipo del CAPS se ve interpelado a

construir estrategias que reconozcan los marcos provinciales sin perder la capacidad de adaptación a las singularidades locales.

Asimismo, esta articulación entre lo local y lo provincial no solo se expresa en términos de recursos administrativos o financieros, sino también en la construcción de redes de trabajo interinstitucionales. El CAPS actúa como un nodo que conecta con otras instituciones del entramado territorial: escuelas primaria y secundaria, el jardín de infantes, el centro de día, la policía y la comuna misma. Estas relaciones de interdependencia permiten desarrollar intervenciones más situadas y sensibles a las dinámicas y necesidades del territorio.

A su vez, en ese entramado se inscriben otros dispositivos que, aunque dependen formalmente de organismos provinciales, desarrollan su actividad en el mismo espacio físico: el Servicio Local de Niñez y Adolescencia y el Equipo de Género. Por su parte, el Servicio Local de Niñez y Adolescencia está conformado por profesionales de trabajo social y de psicología. Su función principal es la de intervenir ante situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, articulando con otros dispositivos del sistema de salud, educativo, judicial y comunitario. Por otra parte, el Equipo de Género está compuesto por profesionales de trabajo social, psicología y abogacía. Su labor se orienta al acompañamiento y abordaje integral de situaciones de violencia por motivos de género, trabajando en estrecha vinculación con instituciones locales, el sistema judicial, las fuerzas de seguridad y el sistema de salud. Aunque estos equipos de trabajo no dependen jerárquicamente del CAPS, su presencia contribuye a ampliar las capacidades de intervención del centro de salud en problemáticas complejas y a fortalecer las estrategias de abordaje interinstitucional e intersectorial en el territorio.

En síntesis, la pertinencia institucional del CAPS se configura como un proceso dinámico que no se agota en su adscripción administrativa, sino que se produce en la interacción entre niveles estatales, disciplinas profesionales y demandas comunitarias. Es en ese cruce –entre lo normado y lo posible, entre lo local y lo provincial– donde el centro de salud va construyendo su legitimidad y su sentido social. Lejos de constituirse como una estructura cerrada, el CAPS se presenta como un espacio de negociación permanente, donde las condiciones político-administrativas inciden directamente en las modalidades de intervención y en las posibilidades de sostener la salud como derecho humano fundamental.

A lo largo de este recorrido, se buscó desentrañar la complejidad que reviste el CAPS como institución situada, atravesada por arquitecturas materiales y simbólicas, por trayectorias

laborales y afectivas, y por dinámicas de trabajo que no siempre responden a estructuras formales, pero que permiten sostener el hacer cotidiano. La coexistencia de lógicas locales y provinciales, los modos singulares de articular saberes entre disciplinas, y los vínculos que se tejen más allá de los roles prescritos, configuran un territorio institucional que se reinventa día a día. Por lo que, lejos de entenderse como un escenario neutral, el CAPS aparece aquí como un nodo en movimiento, donde la intervención profesional se vuelve inseparable de las condiciones en las que se produce, de los márgenes que la constriñen y de las apuestas colectivas que la hacen posible.

4.4 Síntesis del capítulo

El recorrido realizado en este capítulo permitió situar al CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht" como una institución atravesada por múltiples capas de historicidad, sentidos y prácticas que exceden la mera prestación de servicios médicos. Su surgimiento como efector de salud público respondió tanto a políticas provinciales en materia de salud pública como a demandas locales concretas, y desde entonces se ha configurado como un espacio dinámico donde la salud se construye en la trama de relaciones cotidianas, en diálogo permanente con el territorio que lo sostiene.

A lo largo del análisis, se evidenció que el CAPS no puede comprenderse únicamente desde su estructura formal. Su identidad institucional se construye en la articulación entre las arquitecturas materiales, las trayectorias laborales, los vínculos entre quienes integran el equipo de trabajo y una doble pertenencia político-administrativa que lo sitúa entre lo provincial y lo local. En ese entramado, la práctica cotidiana se despliega en tensión constante entre la urgencia y la planificación, entre los lineamientos normativos y las necesidades situadas, entre la organización formal y las estrategias colectivas que emergen para sostener el cuidado.

Asimismo, el CAPS se constituye como un nodo interinstitucional en el que confluyen jurisdicciones, saberes profesionales y actores comunitarios. Desde esta perspectiva, la APS no aparece como un marco abstracto o meramente programático, sino como una estrategia político-sanitaria que se materializa, con posibilidades y límites en el hacer cotidiano. Los principios de la APS: accesibilidad, integralidad, participación y trabajo intersectorial se encarnan en prácticas concretas, aunque atravesadas por tensiones estructurales, jerarquías disciplinares y condiciones administrativas que condicionan su despliegue.

Lo aquí desarrollado no constituye, entonces, una simple descripción institucional, sino la reconstrucción de un espacio social en movimiento, donde la salud se entrelaza con la memoria comunitaria, con las trayectorias de quienes trabajan en el centro y con las demandas cambiantes del territorio. Comprender esta complejidad resulta indispensable para situar el análisis de la intervención profesional del trabajo social, cuyas configuraciones, inevitablemente atravesadas por la historia, la organización y las condiciones materiales del CAPS serán abordadas en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO V

El hacer entre manos: intervenir es configurar

5.1 La Atención Primaria de la Salud como marco operativo de la intervención profesional y presentación del análisis del trabajo de campo

El análisis que se desarrolla en este capítulo se inscribe en la APS, entendida como una estrategia político-sanitaria que orienta la organización de los servicios, las prácticas profesionales y la construcción territorial del cuidado. Desde esta perspectiva, la APS no constituye un marco abstracto ni meramente programático, sino que supone una forma particular de concebir la salud. Tal como señalan Ase y Burijovich (2009), desde su formulación, la APS se presentó como una estrategia capaz de transformar los sistemas de salud, al proponer una reorganización de los servicios que permita mejorar las condiciones de vida y garantizar el derecho a la salud. Esta perspectiva implicó desplazar el eje exclusivamente biomédico de la atención para incorporar dimensiones sociales, comunitarias y preventivas en las políticas sanitarias.

En esta línea, la APS implica una perspectiva integral que excede la resolución de problemas clínicos individuales y se orienta a intervenir sobre las condiciones sociales que inciden en los procesos de salud. De allí que su implementación suponga ampliar la mirada hacia la promoción, la prevención y el trabajo con la comunidad. En palabras de Fariña (2021), la participación social en salud constituye "(...) uno de los pilares fundantes de la Atención Primaria de la Salud (...)" (p.119), lo que supone reconocer que las políticas sanitarias se construyen también en diálogo con los territorios y con los actores que los habitan.

Desde esta perspectiva, los efectores del primer nivel de atención adquieren una relevancia particular en tanto espacios de proximidad con la población y de contacto cotidiano con las problemáticas que atraviesan la vida social. En este sentido, Stolkiner, Comes y Garbus (2011) advierten que la APS posee la potencialidad de transformar sistemas de salud fragmentados y segmentados, promoviendo formas de organización más integrales, articuladas y territorializadas de la atención.

En el caso del CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht", esta orientación se expresa en prácticas concretas que articulan la atención sanitaria con el trabajo territorial: intervenciones interdisciplinarias, acompañamientos sostenidos, derivaciones a otros dispositivos, promoción de hábitos saludables y abordajes que contemplan no sólo al/la usuario/a sino también a su grupo

familiar y su contexto de vida. Así, la APS no aparece como un marco abstracto, sino como una estrategia que se materializa en el trabajo diario de los equipos de salud y en las relaciones que estos construyen con la comunidad.

En la presente tesina, como se mencionó en apartados anteriores, se concibe a la APS como estrategia organizadora del campo de salud, que orienta la intervención profesional en el territorio. Este encuadre permite analizar, en los apartes siguientes, cómo se manifiestan las expresiones de la cuestión social en el primer nivel de atención, qué estrategias se despliegan para abordarlas y cómo se configuran, en la práctica, los sentidos de la intervención profesional del trabajo social.

Por lo tanto, el análisis que sigue se construye a partir de las entrevistas semiestructuradas realizadas tanto a las profesionales de trabajo social, así como a otros/as integrantes del equipo de trabajo del CAPS. En este sentido, este análisis da lugar a una serie de emergentes que surgieron durante el trabajo de campo que permitieron tensionar, ampliar y, en algunos casos, resignificar las categorías teóricas presentadas previamente. Asimismo, se abren nuevas dimensiones analíticas que emergen de las voces recogidas en las entrevistas, cuya potencia radica precisamente en anclar los conceptos a la experiencia situada.

En esta instancia, las categorías teóricas no se presentan como un marco externo al campo, sino como los lentes que permiten leer lo que se configura en la práctica. Las intervenciones del trabajo social, las dinámicas del equipo y las relaciones con la comunidad pueden comprenderse como configuraciones sociales en el sentido de Elías: entramados de interdependencias donde los/as sujetos/as, lejos de actuar aisladamente, se co-determinan mutuamente. En este mismo movimiento, la salud colectiva se manifiesta no como un concepto abstracto, sino como horizonte político que atraviesa la vida del CAPS, donde la salud se produce en relación, en la trama social y comunitaria. La intervención profesional, por su parte, se presenta como praxis configurante; es decir, como un hacer que no sólo responde a lo dado, sino que produce realidad y la transforma.

Como punto de partida, entonces, retomamos nuestra categoría central: *intervención profesional*; entendida como la puesta en acto de los quehaceres profesionales que responden a una demanda social planteada. Para ello, se despliega una serie de estrategias de intervención, que implica la participación de los/as usuarios/as y que, a su vez, se lleva a cabo con el objetivo de fortalecer su relativa autonomía. (Cazzaniga, 1997)

En esta lectura del campo, resulta pertinente recuperar también los aportes de Travi (2001), quien sostiene que la demanda social constituye el punto de partida de la intervención profesional pero no puede confundirse con el problema mismo ya que éste se construye teórica y metodológicamente en el marco de la intervención. Por consiguiente, el diagnóstico no es una etapa previa o estática, sino una práctica dinámica y continua de conocimiento y acción, atravesada por las mediaciones institucionales y las relaciones sociales que configuran cada contexto. Esta perspectiva permite leer el trabajo de las profesionales del centro de salud no solamente en términos de respuesta a las necesidades que se presentan, sino como un proceso de interpretación situada que produce conocimiento y reconfigura las formas de intervenir.

A su vez, como se mencionó en capítulos anteriores, resulta clave para este análisis incorporar la noción de *campo problemático* para así comprender sobre qué se interviene desde el trabajo social, situándonos desde una mirada crítica y compleja. Tal como propone Rozas Pagaza (2010), concebir la intervención como campo problemático implica reconocer su carácter dinámico y situado, donde confluyen manifestaciones de la cuestión social que inciden directamente en las condiciones de reproducción de la vida cotidiana de los/as usuarios/as.

5.2 Manifestaciones de la cuestión social en la Atención Primaria de la Salud: problemáticas que interpelan

A partir del relato de las dos profesionales de trabajo social del CAPS es posible recuperar con nitidez algunas de las manifestaciones actuales de la cuestión social, traducidas en las consultas y demandas que los/as usuarios/as presentan en el área de trabajo social. Estas expresiones no son ajenas a las condiciones materiales de existencia de los/as sujetos/as, sino que, por el contrario, las reflejan y condensan en su forma más inmediata y cotidiana.

En este sentido, ambas profesionales coinciden en señalar que las principales problemáticas que enfrentan están vinculadas con la insuficiencia de ingresos, la inestabilidad habitacional y, en los últimos años, con una creciente preocupación por situaciones de consumo problemático y de salud mental. Se trata de problemáticas que no solo emergen como demandas individuales, sino que evidencian un entramado más profundo de desigualdades estructurales y la ausencia de políticas públicas sostenidas.

> Vivienda es un tema que está trabadísimo. (…) Sobre todo, a la gente que está alquilando y bueno… y tiene muy pocos ingresos. Eso es algo que hace años que está trabado… en esa área de vivienda, lamentablemente. (…) ahora está surgiendo mucho… por supuesto

que no tenemos un nivel de desocupación por ejemplo como en las ciudades, pero eh… hace años que se viene notando mucho que las personas te dicen "no llego a fin de mes" (Trabajadora Social Carla, mayo 2024)[10]

En este punto, la mirada de Travi (2001) complementa la de Rozas Pagaza (2010) al destacar que los problemas sobre los que se interviene no preexisten a la intervención profesional, sino que se construyen a partir de la lectura crítica de la realidad. En el CAPS, las trabajadoras sociales, al interpretar las demandas de los/as usuarios/as producen una delimitación del problema que orienta la intervención y redefine continuamente su objeto de trabajo.

En esta línea, las trabajadoras sociales mencionan el aumento sostenido de solicitudes vinculadas a la entrega de bolsones de alimentos, así como también la gestión de la Tarjeta Única de Ciudadanía (TUC)[11] o la Tarjeta Alimentar[12]. Dichas gestiones, aunque limitadas en su alcance, permiten dar respuesta, al menos parcial, a las situaciones de urgencia alimentaria.

(…) las situaciones o la situación de la familia o la situación particular llevan a tener que coordinar u orientar o intentar gestionar, por ejemplo, de alimentos de la tarjeta única de ciudadanía, que es un monto pequeño… pero lo poco que se tiene… a nivel alimentario provincial. ¿Sí? Entonces, bueno, a través de esa tarjeta hay personas que pueden llegar a tener una cobertura de alimentos. Y las que no, la comuna tiene… eventualmente da un bolsón de mercadería para algunos casos, momentáneamente… según la situación. Tampoco que es eterna la ayuda alimentaria. (Trabajadora Social María, julio 2024)

A estas problemáticas se suma una dimensión que cobra cada vez más centralidad: los problemas de salud mental y las situaciones de adicciones y/o el consumo problemático de drogas y sustancias psicoactivas en las personas de la localidad. Estas situaciones no solo son mencionadas por las profesionales de trabajo social, sino que aparecen de manera recurrente en

[10] Los nombres de las personas entrevistadas han sido modificados con el fin de resguardar su identidad.

[11] La Tarjeta Única de Ciudadanía (TUC) es una ayuda social directa que posibilita la compra de alimentos en comercios adheridos en el territorio de la provincia de Santa Fe. Los destinatarios de este programa son aquellos grupos familiares cuyos montos no superen el salario mínimo, vital y móvil. Y, particularmente, para las personas con celiaquía en situación de vulnerabilidad se encuentra una tarjeta específica con el objetivo de mejorar el acceso a los alimentos saludables. (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s/f)

[12] Tuñón, Poy Piñeiro y Salvia (2021) definen a la Tarjeta Alimentar como una política de complemento integral alimentario. La misma está dirigida a hogares con niños/as de 0 a 6 años; personas con discapacidad sin límite de edad que reciben la Asignación Universal por Hijo y las personas gestantes a partir de los tres meses que cobren la Asignación Universal por Embarazo. Esta tarjeta permite la compra de alimentos y bebidas (no alcohólicas) y no sirve para retirar dinero en efectivo.

las entrevistas al resto del equipo de salud; lo cual da cuenta de una preocupación transversal dentro del CAPS.

> La salud mental está muy relegada, no hay interés. Hacen lo que pueden con los recursos que tienen. Actualmente hay muchas situaciones complejas, después de la pandemia se agudizó mucho más. (Trabajadora Social Carla, mayo 2024)

> (…) coordinaciones desde hace mucho tiempo por adicciones… entonces, también… no hay muchos lugares que reciban… Los que están a nivel provincial están colapsados también… Y bueno, hay familias que tienen también… que no llegan a cubrir un tratamiento… otras personas que no lo pueden hacer y van esporádicamente al psicólogo porque realmente necesitan, quieren… quieren… quieren solucionar… no solucionar, pero buscar alguna ayuda con respecto a la adicción y bueno, lo que se puede dar por ahí es muy poco… (…) ese es un tema… que se da… no solamente en adolescentes, en niños, o sea con padres con problemas de adicción… em… es una problemática recurrente… es un problema que por ahí tiene que ver con lo psicológico, con lo pedagógico… Hay mucha demanda, cada vez crece más… (Trabajadora Social María, julio 2024)

> (…) si tuviera que establecer una… los principales problemas de la comunidad hoy, te diría en número uno… las adicciones… sobre todo las personas jóvenes digamos… muy jóvenes… principalmente, las drogas y el alcohol. (…) Tenes una consulta por adicciones o por consumo problemático de sustancias y la verdad que no sabes cómo ayudarlo, cómo acompañarlo (…) personas que consumen marihuana o cocaína o algún otro tipo de sustancia y lo toman como "ay bueno no pasa nada, yo lo puedo manejar…" y demás. Entonces si vos no lo ves como un problema, cómo lo vas a intentar solucionar. Bueno, yo creo que eso es algo realmente preocupante para los próximos años que vienen porque si consideramos que el consumo de sustancias que dañan el cerebro, que dañan la conducta, tu calidad de vida es algo que está bien y bueno… va a ser difícil la ayuda… Generalmente, la ayuda se pide cuando la persona está en una situación extrema, ¿viste? Y obviamente salir de ahí es muchísimo más difícil que haber salido hace 10 años atrás. (Médico Diego, julio 2024)

Dentro de este recorrido, se vislumbra que las manifestaciones actuales de la cuestión social en este territorio no se agotan en lo material (ingresos, vivienda, alimentación), sino que incorporan dimensiones subjetivas complejas, como la salud mental, los vínculos familiares, las trayectorias de consumo, la soledad, el malestar psíquico. Todas ellas impactan profundamente en las biografías de los/as usuarios/as y, por ende, constituyen también nuevas formas de demanda al sistema de salud y a las prácticas profesionales.

En este contexto, tales demandas se transforman en interpelaciones concretas a la intervención profesional del trabajo social y del equipo de salud en general. Dar respuesta requiere recuperar una mirada integral de la APS como estrategia de atención que supere las respuestas fragmentarias y pueda enraizarse en las realidades locales. En este sentido, estas problemáticas y modos de respuesta no pueden comprenderse sino como parte de una configuración social más amplia, donde los vínculos entre Estado, comunidad y sujetos/as se entrelazan en dinámicas de poder, dependencia y cooperación (Elias, 1987). En este entramado, el CAPS funciona como un nodo relacional en el que se condensan las tensiones propias de la reproducción social: precariedad, desigualdad, fragmentación institucional.

Estas manifestaciones de la cuestión social pueden leerse, desde la salud colectiva, como expresiones concretas de los procesos sociales que producen enfermedad y malestar. No se trata de casos aislados sino de efectos de configuraciones históricas de desigualdad que inciden sobre la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, la intervención profesional se inscribe en la producción social de la salud, reconociendo que “atender una demanda” implica también disputar sentidos sobre lo que significa vivir en una comunidad. De este modo, entonces, estas manifestaciones de la cuestión social revelan que el proceso salud-enfermedad-atención no se explica por variables individuales, sino por las condiciones estructurales y simbólicas que sostienen o deterioran la vida.

Por lo tanto, situar al CAPS como primer nivel de atención implica no sólo reconocerlo como puerta de entrada al sistema de salud, sino también como un espacio clave para pensar estrategias de intervención sensibles al territorio, sostenidas en la escucha, el acompañamiento y la construcción colectiva de respuestas.

5.3 Hacer posible lo necesario: estrategias y sentidos de la intervención

En continuidad con lo desarrollado en el apartado anterior, se torna relevante analizar cómo se despliega la intervención profesional del trabajo social en el CAPS, entendida no solo

como una demanda concreta, sino como un proceso situado que conjuga diagnóstico, acompañamiento, orientación, gestión y articulación interinstitucional.

Desde los relatos de las trabajadoras sociales, se advierte una multiplicidad de tareas que configuran su hacer cotidiano: atención directa a la demanda, asesoramiento, orientación en trámites vinculados a pensiones, jubilaciones, programas sociales, acompañamiento en situaciones familiares complejas, intervenciones frente a problemáticas habitacionales, alimentarias, de salud mental o violencia de género, entre otras. Estas estrategias no son meramente técnicas, sino formas configurantes del vínculo social. La intervención profesional, como plantea Cazzaniga (1997), se construye en la articulación entre las mediaciones institucionales y las condiciones concretas de la vida cotidiana. En este sentido, cada acción se inscribe en una configuración social particular, donde los límites de la estructura se encuentran con la creatividad profesional. Esta dinámica refleja el carácter procesual de la intervención: se configura y reconfigura constantemente en el contacto con los/as otros/as. Las profesionales también destacan la coordinación con instituciones del territorio: comuna, juzgado de pequeñas causas, policía, establecimientos educativos, jardines, empresas privadas, entre otras y con otros efectores de salud de localidades cercanas, lo cual posiciona al trabajo social como un actor nodal en la construcción de redes de atención y acompañamiento.

En este sentido, algunas de las situaciones en las que intervienen incluyen:

- Asesoramiento en gestiones previsionales: jubilaciones y pensiones.
- Acompañamiento en situaciones de conflictos familiares o dificultades comunicacionales.
- Asesoramiento, acompañamiento y gestión en la gestión del Certificado Único de Discapacidad (CUD)[13].
- Intervenciones en situaciones de adicción y/o consumo de sustancias psicoactivas o drogas.
- Problemáticas vinculadas con violencia de género; problemáticas habitacionales; problemáticas alimentarias.

[13] CUD: Certificado Único de Discapacidad. Es un documento público que certifica la discapacidad de la persona y le permite acceder a derechos y prestaciones que brinda el Estado. Es válido en todo el país. La evaluación para su obtención es realizada por una Junta Evaluadora interdisciplinaria que determina si corresponde o no su emisión. Su tramitación es voluntaria y gratuita. (Ministerio de Salud de la Nación, s/f)

- Vínculo con las diversas instituciones de la localidad: comuna, policía, juzgado de pequeñas causas, EduTé[14], jardín de infantes, escuelas primaria y secundaria, clubes deportivos, empresas del sector privado, entre otras.

Leída desde la perspectiva de la salud colectiva, la intervención del trabajo social en el CAPS no se agota en la atención individual, sino que se proyecta hacia la construcción de condiciones colectivas de bienestar. El acompañamiento a familias, la gestión de recursos o las articulaciones interinstitucionales son prácticas que buscan restituir vínculos sociales, disputar sentidos sobre el derecho a la salud y promover la autonomía de los/as sujetos/as. Sin embargo, estas intervenciones se desarrollan en un marco atravesado por limitaciones estructurales y escasez de recursos, lo que obliga a desplegar estrategias creativas y, en ocasiones, recurrir a soluciones de emergencia que tensionan los marcos teóricos-éticos del quehacer profesional.

> (…) lo que es especialidades médicas bueno, no lo encontramos acá en la localidad… quiero decir, tienen que viajar a Esperanza o Santa Fe para atenderse. Bueno, en esas situaciones, la mayoría de las veces nosotros solventamos ese boleto de colectivo tramitándolo desde esta área… ¿está bien? ¿está mal? No sé… la gente tiene que viajar y atenderse… y no perder ese turno. (Trabajadora social Carla, mayo 2024)

En este punto, resulta necesario tensionar la noción de asistencia social desde una perspectiva que permita complejizar su lugar en la intervención profesional. Tal como plantea Melisa Campana Alabarce (2018), la asistencia social ha sido históricamente construida como un campo residual y cargado de sentidos peyorativos, incluso al interior del propio trabajo social. Esto, de cierto modo, ha dificultado su problematización en clave de derecho, relegándola al lugar de respuesta secundaria o meramente paliativa. Sin embargo, recuperar la asistencia como dimensión constitutiva de las protecciones sociales implica desplazarla del registro de la dádiva para situarla en el terreno de los derechos, reconociendo su papel en la atención de problemáticas socialmente construidas.

En esta línea, la situación relatada por la profesional respecto a la gestión del boleto para garantizar el acceso a una consulta médica, puede ser leída más allá de su carácter inmediato. Siguiendo a Campana Alabarce (2018), la asistencia social puede comprenderse como un subsistema de prestaciones, servicios y normativas orientadas a intervenir sobre situaciones de precariedad social. Desde esta perspectiva, la acción de “solventar el pasaje” no se reduce a un

[14] EduTé: Equipo interdisciplinario educativo terapéutico.

gesto asistencial aislado, sino que se inscribe en un entramado más amplio de protecciones que buscan hacer efectivo el acceso a derechos en contextos donde las condiciones materiales lo obstaculizan. Así, la intervención no solo responde a una urgencia, sino que se configura como mediación entre sujetos y derechos.

A su vez, este fragmento también permite inscribir la intervención en una trama más amplia de sentidos en torno a la asistencia social. En este sentido, recuperar los aportes de Eliana Lijterman (2023) permite comprender que estas prácticas no se reducen a respuestas individuales frente a necesidades urgentes, sino que forman parte de modos históricos de intervención del Estado sobre la cuestión social. Desde esta mirada, la asistencia no solo atiende carencias, sino que también configura determinados vínculos entre las instituciones y los sujetos, delimitando formas de acceso, reconocimiento y regulación.

No obstante, tal como emerge en el interrogante de la profesional -"¿Está bien? ¿Está mal?"-, la dimensión asistencial de la intervención no está exenta de tensiones. En términos de Campana Alabarce (2018), toda práctica asistencial produce efectos de subjetivación e integración social. Por un lado, puede contribuir a la inclusión de los sujetos a circuitos institucionales, posibilitando el acceso a bienes y servicios; por otro, puede inscribirse en relaciones asimétricas que refuercen posiciones de dependencia o desigualdad simbólica. En este sentido, el dilema ético no radica únicamente en "dar o no dar", sino en cómo esas prácticas configuran determinados modos de ser sujeto y de vincularse con el Estado.

En este sentido, la intervención profesional no puede agotarse en una respuesta puntual, sino que debe articularse con estrategias de mediano y largo plazo, orientadas a la promoción de derechos, el fortalecimiento comunitario y la construcción de vínculos solidarios.

> Si no puedo brindar una respuesta porque excede mis límites como profesional no me gusta que el paciente se vaya con un no vacío, sino que siempre digo dar un no con un por qué, cargado de fundamentos, que pueda entender por qué no. (Trabajadora Social Carla, mayo 2024)

> (…) por ahí no termina con una gestión… por ahí, hay personas que necesitamos acompañarlas porque si no se quedan en ese proceso y bueno, sin ser invasivos necesitamos buscar alguna estrategia para que no abandonen el proceso de determinadas cosas, determinados tratamientos, tratamientos para niños que son importantes y por ahí los padres no tienen todas las herramientas para acompañar esos procesos y… o…

todavía no están… no se están dando cuenta de la importancia de ese proceso… entonces… intentamos buscar estrategias… (Trabajadora Social María, julio 2024)

En esta línea, Oliva, Pérez y Mallardi (2012) proponen pensar la estrategia de intervención como organizador central del proceso profesional, diferenciándose de la noción tradicional de "método" entendido como un conjunto de herramientas estandarizadas. En su lugar, proponer asumir que la estrategia implica decisiones situadas, con finalidad definida y ajustadas al contexto concreto de cada intervención.

En términos configuracionales, cada estrategia de intervención se construye en un entramado de interdependencias entre profesionales, instituciones y usuarios/as. Estas tramas delimitan las posibilidades y límites de acción, pero también habilitan espacios de creatividad y reconfiguración. Como señala Elias (1987), las configuraciones no son estructuras fijas, sino procesos dinámicos de vínculos recíprocos. En este sentido, la intervención profesional participa activamente en la configuración cotidiana del CAPS como espacio social.

5.3.1 La visita domiciliaria: presencia y lectura del territorio

Una de las herramientas que cobra centralidad en las entrevistas es la visita domiciliaria, concebida no como un trámite administrativo, sino como una forma densa y comprometida de acercamiento al otro. "(…) la visita domiciliaria tiene toda una connotación. No podes ir a hacerla por hacerla.", expresa una de las profesionales del trabajo social. Esto no solo señala una práctica técnica, sino que revela una ética del hacer: la visita domiciliaria implica intención, lectura y responsabilidad.

La visita a la vivienda permite al/la profesional conocer la dinámica familiar, identificar condiciones materiales y vinculares que pueden estar invisibilizadas en el espacio institucional y establecer un vínculo más horizontal y próximo con el/la usuario/a. La presencia en el territorio habilita una forma particular de conocimiento ya que introduce al/la profesional en la trama cotidiana donde se despliega la vida social.

En este sentido, la visita domiciliaria no sólo amplía la información disponible, sino que transforma la forma en que el problema es comprendido. El diagnóstico deja de apoyarse exclusivamente en el relato verbal y se construye a partir de una observación situada, atenta a los vínculos, a los silencios y a las condiciones materiales de existencia. Intervenir y conocer no aparecen como momentos separados, sino como procesos que se configuran simultáneamente en el encuentro.

En el marco de la APS, esta herramienta adquiere un sentido estratégico, en tanto posibilita identificar situaciones de riesgo antes de que se traduzcan en demandas explícitas. La detección de condiciones habitacionales precarias, redes de apoyo frágiles o sobrecargas de cuidado habilita intervenciones orientadas a la prevención. Asimismo, el acompañamiento en el propio entorno favorece el fortalecimiento de capacidades familiares y comunitarias, inscribiendo la práctica en una lógica de promoción más que meramente asistencial.

No obstante, como señalan Oliva y Pagliaro (2012), esta práctica exige un fuerte anclaje ético-político ya que conlleva implicaciones respecto a la intimidad, la legitimidad de la intervención y el sentido del acompañamiento. En este marco, la visita domiciliaria también se configura como una práctica atravesada por tensiones: ingresar al espacio íntimo del hogar supone un delicado equilibrio entre acompañar y no ejercer un control implícito. La presencia institucional en el territorio puede ser interpretada de diversas maneras por las familias, lo que exige una constante revisión del posicionamiento profesional para evitar reproducir lógicas tutelares.

De este modo, la visita domiciliaria se configura como una herramienta que articula presencia, producción de conocimiento, lectura del territorio y posicionamiento ético, revelando la complejidad del quehacer profesional en el primer nivel de atención. En este sentido, lejos de constituir una práctica técnica aislada, la visita domiciliaria se configura como un espacio de producción de conocimiento situado, donde se articulan las lecturas profesionales, las condiciones institucionales y las dinámicas familiares. Desde esta perspectiva, intervenir implica inscribirse en una trama de interdependencia que habilita, pero también condiciona, las posibilidades de acción.

5.3.2 El informe social: narrar, fundamentar y disputar sentidos

Otro recurso destacado por las entrevistadas es el informe social, instrumento que no se limita a una descripción técnica, sino que constituye una forma de visibilizar situaciones de vulnerabilidad, sustentar decisiones y disputar sentidos en el entramado institucional.

> (…) viene la familia, comenta la situación, nosotros evaluamos, hacemos una ficha, hacemos un informe y lo pasamos a la comuna… y desde ahí decimos bueno… esta familia necesita por esta situación durante dos meses o porque no puede lograr tener un programa alimentario a través de la provincia o no entra a través de la tarjeta… (…) Pero hay todo un contexto… nosotros no somos los que administramos recursos, nosotros

solamente evaluamos, elevamos informes y ahí se toma una decisión consensuada. (Trabajadora social María, julio 2024)

El informe, en este sentido, se configura como mediación entre la experiencia singular y la decisión institucional. No es sólo un registro, sino una construcción argumentativa que busca incidir en la asignación de recursos.

Desde la literatura específica, se sostiene que el informe social "(...) es una de las técnicas principales que utiliza el trabajador social para exponer tanto la situación que atraviesa el sujeto con el que se interviene como el accionar profesional ante dicha situación." (Giribuela y Nieto, 2009, p. 17) En este sentido, el informe no sólo describe una realidad, sino que produce una lectura situada de las manifestaciones de la cuestión social y, al mismo tiempo, hace visible la propia intervención profesional.

De este modo, su redacción implica decisiones sobre qué aspectos enfatizar, qué categorías utilizar y cómo fundamentar la demanda en clave de derechos. Estas elecciones no son neutrales: inciden en trayectorias institucionales, habilitan accesos y respuestas legítimas. En el marco de las configuraciones institucionales del primer nivel de atención, el informe se vuelve un espacio donde se articulan saber, poder y responsabilidad ética.

En esta línea, la intervención profesional del trabajo social está regida y contemplada por diferentes normativas; siendo una de ellas, el código de ética profesional del Colegio de Trabajadores Sociales. Como bien mencionamos en párrafos anteriores, la intervención se lleva a cabo a partir de demandas de los/as usuarios/as que devienen de manifestaciones de la cuestión social; por lo que nunca serán predeterminadas, sino que son espontáneas. No obstante, desde el trabajo social las respuestas a estas demandas se encontrarán determinadas por la cotidianeidad y por los recursos disponibles: económicos, vinculares o profesionales. En ese escenario, el informe opera como traducción: convierte la experiencia en argumento y la necesidad en fundamento. Así, el informe social no se agota en la escritura administrativa, sino que se constituye en un acto de narración profesional que visibiliza, fundamenta y disputa sentidos dentro del entramado institucional.

5.4 Lo que se siembra: prácticas de prevención y promoción en salud

Entendemos a la APS como el pilar fundamental sobre el que se estructura y organiza el campo de salud, no solo en términos de accesibilidad y cobertura, sino también como estrategia

orientada a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades desde una perspectiva integral, comunitaria e intersectorial.

En la búsqueda interpretativa por comprender cómo los/as integrantes del equipo de salud del CAPS conciben la APS, emergen en sus relatos algunas aproximaciones compartidas que permiten entrever no solo una definición técnica, sino también una vivencia situada y politizada de su práctica cotidiana.

> (…) para nosotros acá en la comunidad es la mejor herramienta, la más eficiente y… la más eficaz que podemos brindarle a la población… ¿Para qué? Para mejorar su nivel de salud, para mejorar su calidad de vida y… para optimizar los recursos que utilizamos… (…) la puerta de entrada al sistema, al servicio de salud y que esa puerta de entrada signifique no solo una oferta de servicios sino como vos decís, actividades de promoción de la salud, de prevención de la salud y poder resolverle el 80, 90% de sus problemas, yo creo que es un montón. ¿Viste? Pero bueno. También como decíamos anteriormente, muchas veces no… en vez … de decir una frase que siempre se decía… en vez de ser atención primaria, era atención primitiva en salud… ¿Por qué? Porque se entiende como algo menor, como algo que no tiene impacto, que no… que lo puede hacer cualquiera, ¿viste? Entonces no se lo jerarquiza… Y yo creo que eso es un error pero que ya está comprobado en un montón de lugares… Porque si vos aportas recursos a este… a APS, pero bien aportados, de una forma eficiente… Es más… Sin dudas que vos vas a mejorar la calidad de vida de las personas y vas a mejorar todo el sistema de salud (Médico Diego, julio 2024)

> Primer eslabón fundamental en la comunidad que marca los lazos… para poder mantener la salud. Marca los lazos entre personas, entre instituciones, ¿sí? Porque si consideramos que la salud no es solamente estar enfermo estamos equivocados, entonces eh… todo el ámbito, los ámbitos donde se mueven las personas y las mismas instituciones y la misma comunidad em… es la que tiene que contener a una persona para que no caiga en enfermedad (…) Esta atención primaria abarca mucho más que solamente la atención de una enfermedad sino la contención de una persona (…) Pero la atención primaria es eso. Es un eslabón importante de contención anclado en la comunidad (…) la atención y la contención de la comunidad depende de todos. Y si no se logra eso sí, seguro vamos a enfermar. Pero, la idea es no llegar a eso. (Trabajadora Social María, julio 2024)

Estas voces dan cuenta de una mirada crítica pero comprometida con la APS, concebida como algo mucho más amplio que un nivel de atención o una oferta de servicios médicos. La APS aparece aquí como un proyecto político-sanitario, cuyo sentido se ancla en el vínculo entre institución, personas y comunidad, así como en la capacidad de generar estrategias preventivas sostenidas y articuladas.

A partir de lo señalado en las entrevistas podemos comprender que lo sustantivo, aunque no menos complejo de la APS es trabajar desde la prevención y la promoción de la salud. En esta línea, se debe pensar en prevenir problemáticas y no actuar solamente cuando ocurren, si es que la APS es concebida como una estrategia que abarca mucho más que solamente la atención médica.

Tal como se expone en la cita de una de las profesionales de trabajo social, la contención de la comunidad es un deber, una responsabilidad de todos/as, siendo así que es menester la participación activa de otros actores sociales como la comunidad misma y otras instituciones de la localidad. Pero no basta con querer o desear, sino que también un factor importante es la gestión, administración y asignación de recursos económicos dado que tiene sus implicancias políticas e ideológicas. Esto es, la APS debe ser prioridad y objetivo primordial en la construcción y planificación de políticas públicas para fortalecer la salud comunitaria.

Desde la salud colectiva, estas prácticas de promoción y prevención no son meros complementarios del sistema sanitario, sino expresiones de una concepción de la salud como proceso social y político. La comunidad no es receptora pasiva de políticas, sino protagonista de su propio proceso de salud. En este sentido, las acciones desde el CAPS dan cuenta de una búsqueda por configurar salud en lo común, por producir vínculos que restituyan la potencia colectiva. Este enfoque permite trascender la mirada biomédica e incorporar dimensiones simbólicas, afectivas y territoriales del cuidado.

En las palabras citadas, podemos observar una idea clara y compartida acerca de qué significa la APS y cómo pretenden llevar a cabo sus intervenciones teniendo presente la misma. En este marco, el CAPS despliega algunas actividades de promoción y prevención de manera intermitente: encuentros temáticos por efemérides (como la semana de la lactancia materna), charlas sobre enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, y campañas informativas sobre problemáticas coyunturales (como el dengue, la violencia de género, el

Covid-19). También se visibilizan acciones puntuales a través de afiches, cartelería o entregas informativas en la sala de espera.

No obstante, las entrevistas señalan la ausencia de propuestas sostenidas en el tiempo, lo que evidencia una cierta fragilidad institucional para sostener líneas estratégicas de promoción de la salud más allá de las efemérides o urgencias del momento.

La APS, en tanto apuesta integral, convoca necesariamente a una intersectorialidad real que trascienda las fronteras del sistema de salud. En palabras del equipo, la contención de la comunidad no puede recaer exclusivamente en los/as trabajadores/as del CAPS: debe implicar también a las escuelas, clubes, instituciones barriales, medios de comunicación, gobiernos locales y, por supuesto, a la comunidad misma.

Esto exige pensar la salud como proceso colectivo, que no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que incluye el acceso a condiciones dignas de vida: vivienda, alimentación, afectos, vínculos, trabajo, participación social. Desde esta perspectiva, la APS se presenta como una estrategia que se siembra en el tejido comunitario, pero que requiere tiempo, cuidado, recursos y compromiso para dar frutos.

5.5 Tejer miradas: la intervención profesional desde la perspectiva del equipo de salud

Uno de los objetivos específicos que nos planteamos consiste en conocer cómo es percibida la intervención profesional del trabajo social desde la mirada de otros/as integrantes del equipo de salud del CAPS. En las entrevistas se plantearon diversos interrogantes orientados a indagar tres ejes centrales: ¿qué tipo de intervenciones realiza el área de trabajo social?, ¿en qué situaciones se demanda su participación? y ¿cuáles consideran que son sus principales aportes a la institución?

Las respuestas obtenidas permiten recuperar diversas representaciones y valoraciones en torno al quehacer profesional del trabajo social en la APS. A su vez, abren la posibilidad de pensar las condiciones de posibilidad para el trabajo interdisciplinario dentro del CAPS.

De manera general, los testimonios recogidos expresan un reconocimiento significativo hacia la intervención profesional del trabajo social, identificada como una profesión con autonomía, recursos específicos y capacidad para abordar la complejidad de las situaciones sociales que atraviesan a los/as usuarios/as. Se la describe como una disciplina con una mirada integral, orientada tanto al acompañamiento individual como al abordaje comunitario.

> la visión del asistente social o del trabajador social… (…) que por ahí… tiene una visión más integradora, más amplia que yo no tengo… acompaña también en la gestión de recursos eh (…) hablar sobre diferentes situaciones, la consejería, el acompañamiento… con los temas de adicciones también nos pasa eso… que… que… muchas veces uno tiene una consulta, una charla con la asistente… con la trabajadora social… después la trabajadora trata de orientar, de acompañar… (Médico Diego, julio 2024)

Estos pasajes de citas permiten observar que las intervenciones del trabajo social no sólo son percibidas como necesarias, sino también como significativas en la resolución de situaciones concretas. Se destaca su rol en la gestión de recursos, la orientación a usuarios/as y familias, la articulación con otras instituciones, el acompañamiento en problemáticas complejas y su participación en actividades comunitarias o preventivas.

Este reconocimiento, sin embargo, no garantiza por sí mismo la consolidación de prácticas de trabajo sostenidas en el tiempo.Más bien, parece inscribirse en un plano de valoración subjetiva que convive con formas de organización del trabajo donde la articulación queda, en gran medida, sujeta a iniciativas individuales, disponibilidades y afinidades entre quienes integran el equipo. En este sentido, la potencia de la intervención del trabajo social coexiste con ciertos límites estructurales que condicionan su despliegue en clave colectiva.

Un dato relevante que se desprende del trabajo de campo es que la incorporación de la profesión del trabajo social en el CAPS no es reciente, sino que forma parte de su configuración institucional desde los inicios. Esto contribuyó a consolidar un lugar propio para la profesión, no sólo en términos operativos, sino también simbólicos: se reconoce su jerarquía, su capacidad de decisión y su inserción transversal en las distintas áreas del equipo de salud. En este sentido, la identidad profesional del trabajo social se fue construyendo en vínculo con la historia misma del centro de salud, lo cual hoy posibilita sostener un trabajo cotidiano articulado al interior del equipo de salud.

Aunque en las entrevistas se vislumbra un amplio reconocimiento del trabajo social como profesión, también se advierte que las dinámicas interdisciplinarias no siempre se dan en clave estructurada. Muchas de las coordinaciones se desarrollan en el marco de lo informal, lo espontáneo o lo relacional. Si bien esto permite cierta flexibilidad y cercanía, también puede obstaculizar la planificación conjunta y la reflexión colectiva.

La centralidad de lo informal en las formas de articulación no puede ser leída únicamente como una carencia. Por el contrario, da cuenta de la capacidad del equipo para construir respuestas situadas, flexibles y sensibles a la urgencia. No obstante, cuando estas dinámicas no logran traducirse en espacios sistemáticos de encuentro, pueden correr el riesgo de quedar relegadas a lo contingente, dificultando la construcción de acuerdos sostenidos y la producción colectiva de conocimiento sobre la intervención.

La mirada del equipo de salud sobre el trabajo social también puede leerse como parte de una configuración institucional donde se negocian sentidos sobre qué significa intervenir. En esa trama, la intervención profesional aparece reconocida como práctica integradora, que teje las dimensiones sociales y sanitarias del proceso de salud-enfermedad-atención. La salud colectiva encuentra aquí su correlato concreto: la práctica cotidiana como espacio de diálogo interdisciplinario, donde distintos saberes se articulan para sostener la vida. Por lo que, si bien puede afirmarse que existe una disposición subjetiva favorable a la interdisciplina, es necesario seguir pensando estrategias institucionales que consoliden espacios de diálogo profesional sistemáticos, donde las distintas miradas pueden encontrarse para co-construir intervenciones más integrales.

En este sentido, la práctica cotidiana se constituye como un espacio donde la interdisciplina se ensaya, se tensiona y, en ocasiones, se ve limitada. Reconocer estas ambivalencias no implica desestimar su valor, sino precisamente habilitar una mirada crítica que permita fortalecerla. Pensar la intervención en el primer nivel de atención de la salud desde esta clave supone generar condiciones institucionales que la sostengan más allá de las voluntades individuales, inscribiéndola como parte constitutiva del quehacer en salud.

5.6 Hacer con otros/as: la interdisciplina en el centro de salud

En la cotidianeidad del centro de salud “Dr. Telmo E. Albrecht” coexisten historias, saberes, trayectorias profesionales, trabajadores/as y usuarios/as, así como también se presentan situaciones o desafíos que requieren de una mirada integral y abierta. Esa diversidad, lejos de ser un obstáculo, se presenta como la materia prima necesaria para abordar las múltiples problemáticas de la comunidad. Pero entonces, ¿cuál es la clave para intervenir de manera integral en situaciones complejas? Para reflexionar sobre ello, resulta pertinente recuperar las nociones de *multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina*.

Para comenzar, la multidisciplina se caracteriza por la yuxtaposición de disciplinas. Es decir, las diferentes áreas de conocimiento se dedican a su propia especialidad sin tener algún vínculo con las otras disciplinas involucradas. Ello representa una perspectiva atomística de la realidad. En este sentido, este tipo de enfoque se inclina hacia la "súper-especialización" donde cada disciplina se especializa cada vez más, conformando "escuelas" que conllevan al aislamiento y al dogmatismo. (Elichiry, 2009)

En contraste, la interdisciplina surge de la demanda social frente a problemáticas cada vez más complejas. Supone la construcción de un saber en común, no desde las disciplinas mismas, sino desde los problemas concretos que interpelan a la práctica. La perspectiva interdisciplinaria plantea que la realidad no es algo dado, obvio y sencillo, sino que es contradictoria. Trabajar desde esta aproximación implica intercambios disciplinarios produciendo enriquecimiento y transformación mutua. No solo ello, sino que además incluye intercambio de herramientas, así como interacción y cooperación entre las disciplinas. (Elichiry, 2009)

Por último, la transdisciplina plantea una "integración sistémica" de los saberes; donde cada disciplina es importante en su individualidad, siendo que funciona si cada una despliega su quehacer de modo no independiente, sino como parte de un entramado total. Por lo tanto, esta orientación supone un sistema total que involucra de manera integral las diferentes áreas de conocimiento a través y a partir de un marco conceptual en común. (Elichiry, 2009)

En el CAPS, las entrevistas permiten reconocer que la interdisciplina es el eje orientador de las prácticas, aun cuando no siempre se traduzca en instancias formales. Desde la perspectiva de la APS, la salud no se limita a la ausencia de enfermedades, sino que se vincula con las condiciones de vida, la prevención, la promoción y el bienestar de la comunidad. Abordar estas dimensiones requiere necesariamente de miradas compartidas.

> (…) Nosotros teníamos lo que se llamaba la reunión de equipo de salud, donde nos reuníamos una vez por mes y tratábamos de estar todos: los enfermeros, los médicos, las asistentes sociales y demás… y charlábamos sobre cuestiones puntuales o temas generales… La verdad es que eso es algo que tenemos que volver a implementarlo… porque nos enriquecía… porque si bien estamos todos los días juntos y demás, pero a veces no tenemos ese tiempo para charlar sobre ciertos temas donde nos permite bueno, abordarlo de otra manera o escuchar la mirada de otro, tan importante y tan válida como

> la mía. Pero bueno… lo teníamos y lo perdimos. (…) la realidad es tan compleja que si uno cree que la puedo abordar con una consulta o porque habla con el paciente cinco minutos no… uno tiene que… yo, por lo menos… considero que el rol mío es tan importante como el del enfermero, como el del administrativo, como el de la asistente social… Me refiero al punto de vista de la atención, de la contención… de lo que cada uno puede aportar… haciendo el trabajo bien obviamente y comprometido. Yo… A mí me gustan mucho esas reuniones porque logro viste… mirá cómo lo ve… mirá como… digamos… qué es lo que capta que por ahí yo no lo capto o conocen trastiendas de familia, de grupo familiar y demás… (Médico Diego, julio 2024)

> (…) antes de la pandemia se estaba intentando tener ese espacio, pero después ya no. No existe ese espacio común sino lo que hacemos es hablar o encontrarnos por situaciones particulares con otro compañero, donde podemos o no coincidir con nuestras lecturas acerca de la situación. (…) Pero, dentro del CAPS no existe ese espacio constituido como tal. (Trabajadora Social Carla, mayo 2024)

Estos relatos ponen en evidencia que la interdisciplina es reconocida como necesaria y valorada, aunque su práctica sistemática se haya visto debilitada tras la pandemia. Lo que se sostiene es un intercambio cotidiano, muchas veces informal que, si bien permite resolver urgencias, también deja pendiente la creación de espacios colectivos para reflexionar y planificar en conjunto.

Tal como se mencionó en párrafos anteriores, la inserción temprana del trabajo social en el CAPS fue decisiva para consolidar una identidad profesional con autonomía y jerarquía propia, no subordinada a otras disciplinas. Esta presencia histórica fortaleció la posibilidad de pensar al trabajo social como parte esencial del engranaje interdisciplinario, desde un lugar de igualdad con el resto del equipo.

Desde la perspectiva configuracional, la interdisciplina puede pensarse como una forma específica de interdependencia profesional. Los vínculos entre trabajadores/as de distintas áreas no son simplemente cooperaciones técnicas, sino relaciones que configuran modos de hacer, mirar, decidir y actuar colectivamente sobre la salud. En definitiva, la interdisciplina en el CAPS no constituye un ideal abstracto, sino que resulta fundamental para sostener el primer nivel de atención en salud. Aún con tensiones y limitaciones, es posible afirmar que las prácticas que allí se desarrollan muestra la potencia de hacer con otros/as, configurando intervenciones que

apuntan al cuidado, la prevención y la promoción de la autonomía de los/as usuarios/as. Desde una lectura configuracional, la interdisciplina puede entenderse como una red dinámica de relaciones que, lejos de eliminar las diferencias entre campos profesionales, las hace convivir en tensión creativa (Elias, 1987). Es precisamente en esa tensión donde se configura la práctica colectiva del CAPS, una práctica que, en clave de salud colectiva, traduce el ideal de "hacer con otros/as" en formas concretas de intervención. De este modo, la intervención profesional se amplía: deja de ser un acto individual y se vuelve un proceso compartido de interpretación, cuidado y acción.

5.7 Más allá de las paredes: articulaciones con la comunidad y lo intersectorial

Tal como se señaló, en el CAPS se construyen dinámicas interdisciplinarias entre las diferentes áreas que lo integran. Esas fronteras se expanden también hacia afuera de la institución, en lo que se reconoce como *intersectorialidad*. Este modo de trabajo supone coordinar con otros actores institucionales locales y extralocales, con el objetivo de abarcar las situaciones de manera más integral, generando prácticas complementarias y abordajes que recorren múltiples aristas.

En los relatos de las entrevistas se observa que, frente a problemáticas sociales, el CAPS articula con instituciones como la comisaría, el juzgado de pequeñas causas, la comuna, las escuelas: primaria y secundaria, el jardín de infantes, el equipo de EduTé, entre otras. Cada una de estas vinculaciones responde a demandas específicas: desde la validación de un domicilio o la realización de denuncias, hasta la derivación de situaciones complejas relacionadas con género, niñez o adicciones.

En este sentido, la intersectorialidad puede entenderse como la coordinación de intervenciones entre distintas instituciones, orientadas a problemáticas vinculadas con la salud y la calidad de vida, donde la acción de otros actores resulta decisiva (Castell-Florit Serrate, 2007). No obstante, para que esto se concrete, es necesario construir consensos y acuerdos mínimos de intervención, lo que en la práctica implica procesos de negociación cotidiana. Una de las trabajadoras sociales expresa lo siguiente al respecto:

> (…) Hay algunos trámites que si por ahí cambia algún policía y… cambia. Por ejemplo, el trámite para validar el domicilio, que es solamente completar un formulario y hay algunos que no lo saben hacer y que es… un documento que se necesita para hacer la pensión, la ley 5110. Y vos mandabas a la gente y ellos no sabían, bueno… volvían. Les

> daba, se lo escribía… Bueno, hasta que en un momento nos acercamos a la comisaría y bueno le explicamos… y bueno, así en algunas cosas (…) La jueza de pequeñas causas… envía todo lo que sea para género o medidas de distancia, todo eso… siempre intentamos acordar cosas… por ejemplo… que las envíen en sobre cerrado… que acá pasa de entrada, después la dejan acá en el servicio… porque acá en este espacio estamos servicio social, servicio local de niñez y el servicio de género… entonces, compartimos todos el espacio. Y está bueno resguardar la identidad de las personas… si hay algo… o lo mismo con la comisaría si hay alguna denuncia que nos manden en sobre cerrado y para qué servicio es. Eh… esas cosas… se intenta coordinar, eso para aceitar en el día a día (…) (Trabajadora Social María, julio 2024)

Otro ejemplo significativo surge de la articulación entre el CAPS y la escuela primaria de la localidad en torno a la vacunación. Desde el centro de salud se envían notas de autorización a las familias, pero ante la negativa de algunos padres, se organiza un trabajo conjunto con la institución escolar para explicar sobre la importancia de la inmunización, generando instancias de diálogo y sensibilización comunitaria.

La intersectorialidad, en tanto estrategia, recupera el principio de participación comunitaria propio de la salud colectiva: la salud se construye en el territorio, con otros/as, en redes que desbordan los límites institucionales. Estas articulaciones expresan la politicidad de la intervención profesional del trabajo social, que no se agota en la asistencia, sino que busca incidir en las condiciones estructurales que determinan la vida y la salud de la población.

De este modo, es posible afirmar que la intersectorialidad en el CAPS se presenta como una estrategia potente, aunque no exenta de tensiones y limitaciones. Existen articulaciones fluidas y fructíferas que permiten potenciar las capacidades del centro de salud, pero también se registran intentos fallidos o resistencias que dificultan los acuerdos. En cualquier caso, lo intersectorial constituye un componente indispensable de las prácticas en salud: permite que el CAPS trascienda sus paredes, amplíe sus posibilidades de intervención y se inserte en una red comunitaria más amplia, donde la corresponsabilidad y la construcción colectiva son claves para sostener la salud como derecho.

Estas articulaciones intersectoriales son expresiones concretas de lo que la salud colectiva plantea como condición de posibilidad de la salud: la construcción de redes sociales y políticas que sostengan la vida. El CAPS se constituye como un espacio de mediación entre lo estatal y lo

comunitario, donde la intervención profesional se vuelve bisagra, traductora y articuladora de mundos. Esta capacidad de tejer vínculos entre sectores revela la politicidad profunda del trabajo social: intervenir no es sólo gestionar recursos, sino participar en la configuración de un orden social más justo.

5.8 Recapitulando

A lo largo de este capítulo, recorrimos distintas aristas que permiten comprender cómo se configuran las intervenciones del trabajo social en el CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht". Partimos de lo micro, con el análisis de las manifestaciones de la cuestión social que interpelan directamente la vida cotidiana de los/as usuarios/as –como las problemáticas habitacionales, económicas, de salud mental y adicciones–, para luego avanzar hacia lo macro, reconociendo estrategias, articulaciones y sentidos que adquiere la práctica profesional en este espacio de salud.

En primer lugar, observamos que el trabajo social se despliega en un entramado de demandas que expresan las tensiones de la reproducción social y que, en el ámbito de la salud, se traducen en intervenciones múltiples: desde la gestión de recursos y programas hasta el acompañamiento subjetivo en situaciones complejas. En este punto, las estrategias de intervención aparecen como una categoría clave que permite pensar la práctica más allá de un método fijo, visibilizando la creatividad y la toma de decisiones situada de las profesionales.

En segundo lugar, identificamos la importancia de las prácticas de prevención y promoción en salud, propias de la APS, que, si bien no siempre logran sostenerse en el tiempo bajo formatos estables, constituyen un horizonte compartido por el equipo de salud, donde se reconoce la necesidad de fortalecer la calidad de vida y la participación comunitaria.

Finalmente, analizamos la articulación intersectorial con instituciones locales y extralocales, la cual amplía el campo de acción del CAPS y permite construir respuestas más integrales. Aquí se evidencian tanto experiencias valiosas de coordinación como tensiones derivadas de la burocracia o de la falta de consensos, lo que refleja los límites y desafíos de estas prácticas.

En diálogo con las categorías teóricas centrales que guían esta tesina, es posible afirmar que las intervenciones del trabajo social en el CAPS se configuran en la intersección de múltiples tramas. Desde la perspectiva de configuraciones sociales, las prácticas se entienden como procesos de interdependencia entre actores, instituciones y políticas, donde cada intervención

profesional se inscribe en relaciones históricamente construidas. La salud colectiva aporta al horizonte ético y político que permite reconocer esas intervenciones como parte de un proceso social de producción de vida y de derechos, más allá de lo clínico o asistencial. Y la intervención profesional, en tanto praxis crítica, se revela aquí como práctica configurante: al tiempo que responde a condiciones dadas, también produce transformaciones, reordena vínculos y abre sentidos nuevos sobre la salud en el territorio.

Este capítulo demostró que la intervención profesional del trabajo social en la APS no puede pensarse de manera aislada, sino en relación con una red de actores, disciplinas e instituciones. Las categorías de estrategias de intervención, interdisciplina e intersectorialidad se revelan como ejes fundamentales para comprender cómo se construye el hacer profesional en este territorio. Más allá de las dificultades, se destaca la centralidad del compromiso cotidiano, la creatividad y la capacidad de tejer vínculos como condiciones que sostienen la práctica y habilitan la salud como derecho.

Las configuraciones de la intervención del trabajo social en el efector de salud muestran que el hacer profesional no es un acto técnico, sino un proceso político y relacional que se trama entre condicionamientos estructurales y posibilidades de transformación. Pensar la intervención desde la configuración social y la salud colectiva permite reconocer la potencia creadora del trabajo social en la producción de salud, en la disputa por sentidos y en la construcción de lo común.

En definitiva, las categorías de configuración social, salud colectiva e intervención profesional no se presentan aquí como conceptos aislados, sino como hilos que, al entrelazarse, permiten comprender la densidad del hacer cotidiano en el CAPS “Dr. Telmo Emilio Albrecht”. La intervención del trabajo social se configura en la interdependencia entre sujetos, instituciones y territorios; se orienta por un horizonte ético-político que reconoce la salud como derecho; y se actualiza en cada gesto de intervención que busca hacer posible lo necesario. En ese entretejido, siempre móvil e inacabado, se configura la potencia transformadora del trabajo social en el primer nivel de atención de la APS.

Reflexiones finales

Antes de adentrarnos en lo que nos compete en este apartado final, resulta necesario hacer una breve mención al contexto que estamos atravesando como estudiantes de la universidad pública. Transitamos tiempos de organización y de lucha en defensa del derecho a una educación pública, gratuita y de calidad debido a los diferentes intentos del actual gobierno nacional por desfinanciarla y de limitar el acceso de amplios sectores sociales. En este aspecto, estar escribiendo estas líneas y particularmente esta tesina, adquiere un valor particular, genera el doble de alegría: no solo representa el cierre de un recorrido académico, sino también un acto de resistencia y compromiso, sostenido en la convicción de que la realización personal sólo es posible en una comunidad que también se realiza.

El proceso de elaboración de esta tesina estuvo marcado por momentos complejos, revisiones y reescrituras, que quedaron plasmados en estas páginas como parte del aprendizaje transitado. Este recorrido no fue lineal, sino que estuvo signado por modificaciones, reformulaciones y virajes metodológicos que lejos de ser un obstáculo, se convirtieron en una oportunidad para profundizar la mirada sobre el objeto de estudio. El proceso de escritura, con sus idas y vueltas, fue una de las experiencias más significativas de la formación académica ya que permitió la reflexión en relación a la práctica profesional desde una perspectiva diferente: la de quien se detiene a pensar en lo que hace, en cómo lo hace y en qué condiciones ese hacer adquiere sentido. Por ello, alcanzar esta instancia final me permite dimensionar la relevancia de haber cursado una carrera en la Universidad Nacional del Litoral, experiencia que se constituye en una de las más significativas para mí.

Desde esta perspectiva y como futura trabajadora social, considero imprescindible la construcción de estrategias que amplíen el acceso a los servicios de salud y de cuidados, siempre reconociendo al otro como sujeto de derechos. Asegurar este principio no es responsabilidad exclusiva del trabajo social, sino que requiere del compromiso de todos los integrantes de los equipos de salud en la construcción de respuestas colectivas, articuladas e interdisciplinarias, capaces de superar las fragmentaciones propias de los sistemas biomédicos y asistencialistas.

Ahora bien, el recorrido realizado permitió adentrarse en las múltiples aristas que atraviesan la intervención profesional del trabajo social en el campo de la atención primaria de la salud.

Lo que comenzó como una inquietud por comprender la intervención del trabajo social en un CAPS, se convirtió en una oportunidad de descubrir que el quehacer profesional no se presenta como una serie de técnicas aplicadas, sino que se construye en un espacio relacional e interdependiente, donde los vínculos entre profesionales, usuarios/as y el territorio generan condiciones que moldean continuamente la intervención.

El análisis del trabajo de campo permitió reconocer y situar al CAPS "Dr. Telmo Emilio Albrecht" como un espacio estratégico de proximidad y territorialidad. Su inserción en la trama comunitaria posibilita construir prácticas de salud que trascienden la lógica binaria salud/enfermedad y que, en cambio, se orientan a procesos de cuidados colectivos. Analizar la trayectoria institucional, los modos en que se organiza y el vínculo con la comunidad permitió ver que el trabajo social no llega a un territorio "vacío", sino que interviene en un espacio cargado de memorias, prácticas y expectativas. En este sentido, el trabajo social en APS se mueve en un delicado equilibrio entre la atención de lo inmediato y la construcción de lo colectivo. Por un lado, responde a situaciones urgentes, a demandas concretas, a necesidades que no admiten espera. Por otro lado, intenta tejer redes comunitarias, abrir espacios de participación, fortalecer procesos de cuidado más amplios.

La interdisciplina apareció como desafío y oportunidad. Lejos de constituir una mera suma de saberes, se manifestó como un espacio de negociación, diálogo y aprendizaje mutuo. De este modo, la intervención se construye no sólo desde el saber específico, sino desde la capacidad de sostener vínculos y construir respuestas colectivas. Por lo tanto, lo interdisciplinario y lo intersectorial aparecen aquí no como consignas abstractas, sino como condiciones de posibilidad para intervenir sin reproducir lógicas fragmentarias. La práctica cotidiana muestra que los problemas de salud no pueden comprenderse ni resolverse desde una sola disciplina, y menos aún desde un enfoque exclusivamente médico. La interdisciplina, cuando es vivida en la práctica concreta, habilita diálogos, tensiones y acuerdos que enriquecen las intervenciones y potencian las respuestas.

La tesina se inserta en un campo de discusión que busca desplazar miradas individualizantes hacia perspectivas que conciban la salud desde lo colectivo, lo territorial y lo relacional. La elección de la categoría de configuraciones sociales, desde Norbert Elias, ofreció un lente teórico para comprender estas dinámicas. Pensar la intervención como configuración permitió escapar de miradas que la reducen a procedimientos meramente técnicos, para situarla

como un entramado de relaciones, tensiones y equilibrios cambiantes. De este modo, abrió una forma de pensar la profesión: como una práctica que nunca es autosuficiente, sino tejida siempre con otros/as. Entonces, la categoría no operó únicamente como marco interpretativo, sino como una herramienta analítica que permitió comprender cómo la intervención se produce y reconfigura en la práctica concreta.

Reflexionar sobre este proceso también implicó reconocer las tensiones y contradicciones que atraviesan la práctica: entre lo que la institución exige y lo que la comunidad necesita; entre los recursos disponibles y los horizontes deseados; entre la planificación y la irrupción de lo imprevisto. Estas tensiones no deben leerse como fallas, sino expresiones de la vitalidad de la práctica. En ellas se pone en juego la dimensión creativa de la intervención. A su vez, esta tesina permitió profundizar en la dimensión ética del quehacer profesional. Intervenir no es solamente aplicar técnicas; es un acto de cuidado y reconocimiento del/la otro/a. Escuchar, acompañar y respetar las trayectorias singulares emergieron como dimensiones centrales del trabajo social en salud, sosteniendo procesos que no pueden medirse únicamente en resultados cuantificables. En el CAPS, el quehacer profesional se sostiene siempre con otros/as: otros/as trabajadores/as, otras instituciones, otros saberes y, sobre todo, con los/as usuarios/as, cuyas voces y experiencias otorgan sentido al trabajo cotidiano. Esa red de interdependencias es, precisamente, la materia viva de la intervención.

Al mirar hacia el campo académico, este escrito se ofrece como un aporte ya que, en primer lugar, muestra que el concepto de configuraciones sociales permite abrir preguntas nuevas sobre cómo se configura la intervención profesional. En segundo lugar, porque articula con el enfoque de salud colectiva, mostrando que la intervención no puede pensarse sólo en términos clínicos o asistenciales, sino como un proceso profundamente social y relacional. Y, en tercer lugar, porque refleja la riqueza de la práctica cotidiana en APS, dando cuenta de la complejidad que muchas veces queda invisibilizada en las políticas y documentos institucionales.

Al mismo tiempo, abrió nuevas preguntas. Una de ellas, que permanece como horizonte de reflexión, es si, aún en condiciones de vulnerabilidad social, existe la posibilidad de que un sujeto se constituya como tal y luche, en la clave que Floreal Ferrara propone: una lucha que no niega la fragilidad, sino que la transforma en potencia vital frente a la adversidad. Esta pregunta no se resuelve en los límites de esta tesis, pero puede constituir un punto de partida para la práctica profesional misma, que siempre está llamada a preguntarse por los sujetos con los que

interviene y por las condiciones en que se juegan sus posibilidades de vida. Además, abre otro abanico de preguntas:

- ¿Cómo se configuran las intervenciones en otros CAPS con realidades distintas y diversas?
- ¿Cómo seguir pensando la salud colectiva en contextos donde predominan miradas fragmentarias o individualizantes?

Como bien se mencionó, responder a estas preguntas excede los límites de esta tesis, pero invita a seguir pensando, investigando y practicando el trabajo social en clave de configuraciones.

En este recorrido, entonces, las categorías de configuración social, salud colectiva e intervención profesional no solamente orientaron el análisis, sino que también se revelaron como modos de pensar la realidad social. Desde la perspectiva de Elias, las configuraciones permitieron reconocer que las prácticas del CAPS se tejen en un entramado de interdependencias, donde nadie actúa en soledad. La salud colectiva, en tanto campo latinoamericano de pensamiento y acción, aportó el horizonte ético- político desde el cual comprender que la salud no se produce únicamente en los consultorios, sino en la vida cotidiana, en los vínculos, en los territorios. Y la intervención profesional del trabajo social, concebida como praxis crítica, fue el hilo que articuló ambas dimensiones: la posibilidad de leer las configuraciones y, al mismo tiempo, de transformarlas. En definitiva, pensar la intervención como configuración implica reconocer su carácter dinámico, relacional y transformador, en tanto se produce en tramas sociales concretas y, al mismo tiempo, incide sobre ellas.

Tal vez de eso se trate finalmente: de seguir tejiendo. Tejer vínculos, saberes y horizontes posibles en medio de tramas sociales desiguales. Tejer salud como práctica de lo común. Tejer intervención como acto que resiste la indiferencia y afirma la vida. En ese hacer colectivo, el trabajo social encuentra su sentido más profundo: intervenir no como quien irrumpe, sino como quien acompaña el pulso de una comunidad que busca sostenerse, cuidarse y reinventarse cada día.

Referencias bibliográficas

Acuña, C. H. y Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI); Universidad de San Andrés.

Aire Digital. (2021, 7 de octubre). La comuna de Franck celebra 151 años de su fundación. https://www.airedesantafe.com.ar/sociedad/la-comuna-franck-celebra-151-anos-su-fundacion-n224982

Almeida Filho, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Salud Colectiva, 2(2). 123-146. https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/61

Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales, 75. 5-30. https://web.amr.org.ar/2023/03/19/cuaderno-no-75/

Amelotti, F. y Fernández Ventura, N. (2012). Estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional. Revista Margen. (66). 1-21. https://www.margen.org/suscri/numero66.html

Ase, I. y Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Revista Salud Colectiva, 5(1). 27-47. https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/229

Ballesteros, M. S. (2016). Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. Geograficando, 12(2), 1-14. https://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar/article/view/Geoe015

Belló, M. y Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. Salud Pública Mex, 53(2), 96-108. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5032

Burgo González, S. (2012). La intervención profesional individual familiar en el marco de la Atención Primaria de la salud. Trabajo interdisciplinario e intersectorial. ¿Realidad o desafío? Revista margen. (66). 1-15. https://www.margen.org/suscri/numero66.html

Campana Alabarce, M. (2018). La asistencia social como derecho: integración y precariedad. Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales 18(27). https://portal.amelica.org/ameli/journal/184/184764006/html/

Castell-Florit Serrate, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Revista Cubana de Salud Pública. 33 (2). https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433209

Cazzaniga, S. (1997). El aporte desde la singularidad. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos.

Cazzaniga, S. (2015). Trabajo social: entre diferencias y potencialidades. Revista Tendencias y Retos, 20(1). 93-104. https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/issue/view/372

Cherry, D y Volpi, C. (2022). Atención primaria de la salud: movimientos neoliberales y política de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista Plaza Pública, 15(28), 213-230. https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/1731

De Robertis, C. y Pascal, H. (2007). La intervención colectiva en trabajo social. La acción con grupos y comunidades. "Capítulo 5 Análisis de las organizaciones". Lumen Humanitas, Argentina.

Declaración de Bangladesh. (2000). Declaración para la Salud de los Pueblos.

Danani, C. (2012). La otra década de reformas políticas sociales y laborales. Argentina, 2002-2010. Revista de Ciencias Sociales (Cr), I-II(135-136), 59-72. https://revistacienciassociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS135_136/04DANANI.pdf

Danani, C. (2013). El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: buscando el modelo que nunca tuvo. Revista Uruguaya de Ciencia Política, 22(2), 104-113. https://rucp.cienciassociales.edu.uy/index.php/rucp/article/view/347

Danani, C. (2017). La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización. En M. Chiara & M. Di Virgilio (Orgs.), *Gestión de la política social: Conceptos y herramientas* (pp. 25-51). Ediciones UNGS.

El Cronista. (2023, 22 de marzo). *La fundó una colonia de suizos en Santa Fe, se vendió por una deuda millonaria y ahora resurge: el origen de Milkaut*. https://www.cronista.com/apertura/empresas/la-fundo-una-colonia-de-suizos-en-santa-fe-se-vendio-por-una-deuda-millonaria-y-ahora-resurge-el-origen-de-milkaut/

Elias, N. (1939). El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas. Fondo de cultura económica.

Elias, N. (1987). La sociedad de los individuos.

Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional. (pp. 137-145). Buenos Aires: Manantial.

Escurra, M. I. (2021). El trabajo profesional de les trabajadores sociales en contexto de pandemia por Covid-19. Acercamientos en torno a la construcción de autonomía profesional en instituciones de salud. Cátedra paralela, (19). 167-192. https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/308

Fariña, M. C. (2021). Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la participación social en salud y las estrategias de intervención comunitaria. Revista Debate Público, 11(21), 119-131. https://trabajosocial.sociales.uba.ar/debate-publico-julio-de-2021/

Ferrara, F. (1985). En torno al concepto de salud. Revista de salud pública, 8. 115-120. https://exposicion-bibliografica-floreal-ferrara.webnode.page/concepto-de-salud/

Ferrara, F. (1985). Teoría Social y Salud. Catálogos.

García Godoy, B., Mattioni, M., Burwiel, J. P. y Murdocca, L. (2024). Intervenciones profesionales en el campo de la salud durante el hito de la pandemia. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, 14(27), 151-160. https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/issue/view/800/showToc

Giribuela, W. y Nieto, F. (2009). *El informe social como género discursivo: Escritura e intervención profesional*. Espacio Editorial.

Gobierno de Santa Fe. (s/f). *Regiones de salud*. https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/112842/(subtema)/114560

González Ramos, G. (2018). Una mirada sobre nuestra mirada. Reflexiones sobre las prácticas profesionales en un hospital público provincial. ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social, 1(2), 96-112. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19942

Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana de Salud Pública, 30(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Guber, R. (2004). El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Paidós.

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. Cuarta edición. MacGraw Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*. https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos/

Iriar, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E.E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública, 12(2). 128-136. https://iris.paho.org/handle/10665.2/8748

Lago, F. P., Elorza, M. E., Moscoso-Nebel, S. y Ripari, N. V. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de la Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Revista Gerencias y Políticas de Salud, 12(25). 40-54. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000200004

Ley 6.312, Servicio para la atención médica de la comunidad. Boletín Oficial, 2 de mayo de 1967. https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/12725.html

Ley 10.608, Descentralización Hospitalaria en la Provincia de Santa Fe. Boletín Oficial, 23 de enero de 1991. https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/15624.html

Lijterman, E. (2023). Entre la proximidad y la distancia. Mutaciones contemporáneas del registro socio-asistencial y las interpelaciones hacia el Trabajo Social en Argentina. Cátedra Paralela, 23. 29-60. https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/392

Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), Estrategias de investigación cualitativa (pp. 65-105). Gedisa Editorial.

Menéndez, E. (1988, 30 de abril-7 de mayo). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria* [ponencia]. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación. (s/f). ¿Qué es Remediar? Presidencia de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/salud/remediar/que-es-remediar

Ministerio de Salud de la Nación. (2004). *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. Presidencia de la Nación. [Archivo PDF] Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007

Ministerio de Salud de la Nación. (s/f). Cómo obtener el Certificado Único de Discapacidad (CUD). Presidencia de la Nación.

https://www.argentina.gob.ar/servicio/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (s/f). *Remediar*. Gobierno de la Provincia de Santa Fe. https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/127376

Monsalvo, J. (2008). Cuadernillo N°3 - Historicidad de la Atención Primaria de la Salud. [Material educativo]

Moreno, T. (2020). Paciente, sujeto, usuario. La palabra de la ley en la constitución del campo de la salud mental. Barquitos Pintados. Experiencia Rosario, 4(4), 131-144. https://barquitospintados.unr.edu.ar/index.php/Barquitos/article/view/69

Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C. y Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social, 1(2), 10-28. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938

Oliva, A. y Pagliaro, S. (2012). Características de las visitas domiciliarias. En Oliva, A., Mallardi, M (coord). Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención del Trabajo Social. Tandil, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2012, pp. 77-88.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud: Declaración de Alma-Ata*. (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud). OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Determinantes sociales de la salud. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

Parra, G., Basta, R., Cavalleri, M.S., Mendoza, M., López, X., Sánchez, C., Weber, C. y Vdovsov, L. (2009). Reflexiones sobre debate contemporáneo en el Trabajo Social argentino. [Ponencia] https://www.pefts.unlu.edu.ar/sites/www.pefts.unlu.edu.ar/files/site/Ponencia%20UNER%202009.pdf

Restrepo, E. (2016). Etnografía: alcances, técnicas y éticas. Envión Editores.

Rodríguez Balbis, I., Puebla, M.G. y Pelli, Y. (2019). Los desafíos del Trabajo Social en el Hospital y las prácticas profesionales encuadradas desde la perspectiva de Salud Colectiva (período 2014-2017). Revista margen, (95). 1-6. https://www.margen.org/suscri/numero95.html

Rodríguez Zoya, P. G., Petracci, M. y Kaufman, A. (2024). Sociedad, comunicación y salud: Transitar la pandemia de Covid-19 y después. *Salud Colectiva*, 20, 1-5. https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/5059/2395

Rozas Pagaza, M. (2010). La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea. O social emquestao. Revista do Departamento de Servicio Social, 13(24), 43-54. http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm

Saber Más. (2018. 27 de septiembre). *La historia de Franck*. https://www.sabermassantafe.com/postales/la-historia-de-franck/

Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud Colectiva, 3(3), 271-283. https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/147

Schettini, P. y Cortazzo, I. (2016). Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa. Series: Libros de Cátedra.

Silva Paim, J. (1992). La salud colectiva y los desafíos de la práctica. En Organización Panamericana de la Salud, La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate (pp. 151-160) https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6169/1/Paim%20JS.%20La%20Salud%20Colectiva.%20%201992.pdf

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva, 6(3), 275-293. https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/285

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, 23(101). 57-67. https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/issue/view/101/115

Stolkiner, A., Comes, Y. y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Ciencia & Saúde Coletiva, 16(6), 2807-2816. https://www.scielo.br/j/csc/a/ngxxc78Lwr5wgvMbhLttTxK/?lang=es

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1984). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós.

Tonon de Toscano, G. (2006). La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. En G. Tonon de Toscano (Comp.), Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa (pp. 47-68).

Travi, B. (2001). La investigación diagnóstica en Trabajo Social: La construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional. En *El diagnóstico social: Proceso de conocimiento e intervención profesional* (pp. 93-109). Espacio Editorial.

Tuñon, I., Poy Piñero, S. y Salvia, H. A. (2021). La tarjeta ALIMENTAR a un año de su implementación: Una caracterización sociodemográfica, socioalimentaria y socioeconómica de los hogares destinatarios. Documento de investigación - Barómetro de la Deuda Social Argentina. https://www.aacademica.org/agustin.salvia/414

Turchetti, M. I. y Sánchez, D. (2020). La intervención como Trabajadores Sociales en contexto de pandemia. Revista margen, (97). 1-6. https://www.margen.org/suscri/numero97.html

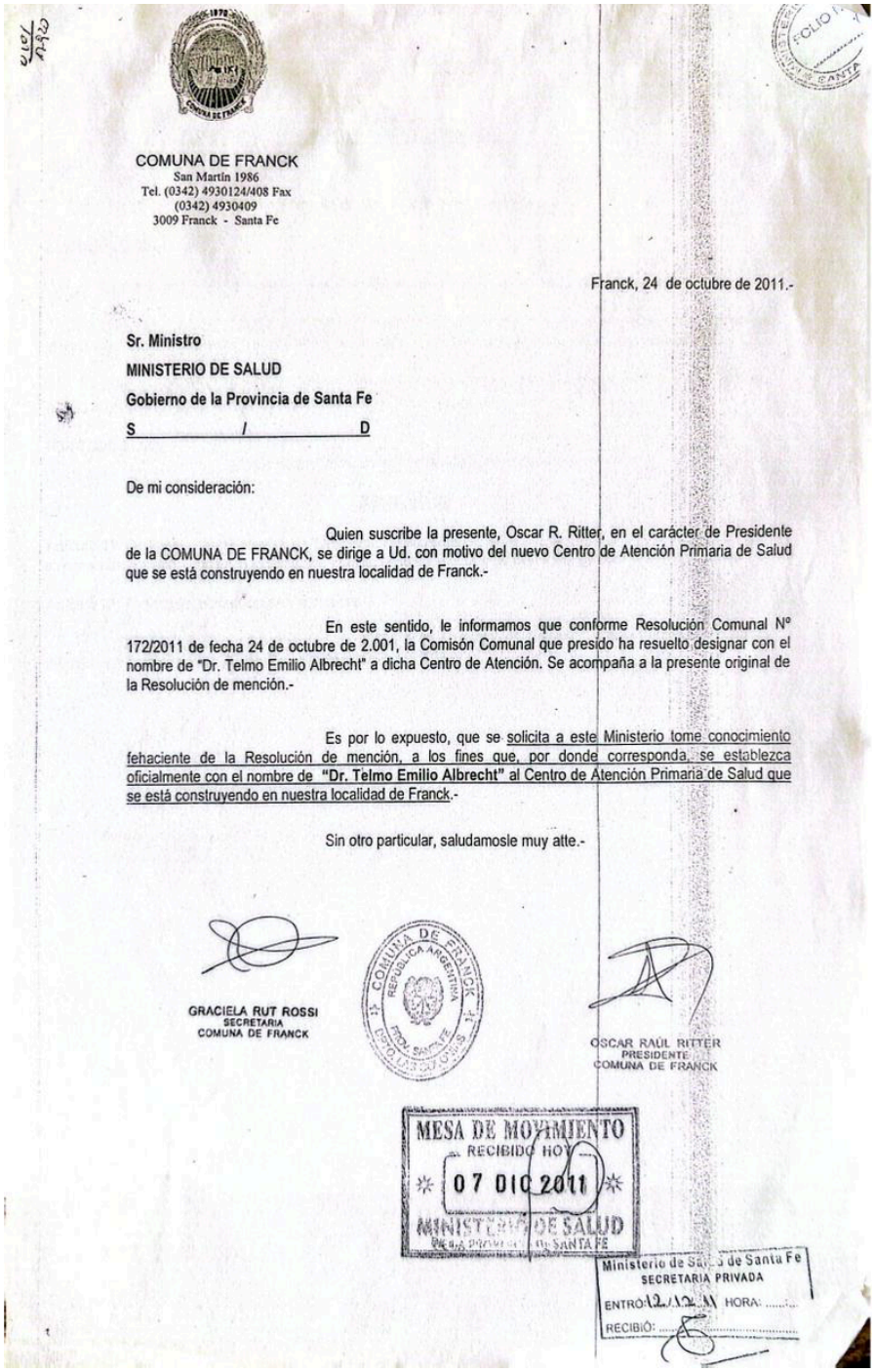
Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa Editorial.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1). 11-14. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_abstract

Anexo

Anexo A: Documentos institucionales de creación y nombramiento del Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) "Dr. Telmo Emilio Albrecht".

Documento 1. Designación del nombre "Dr. Telmo Emilio Albrecht" al CAPS. (2011).



COMUNA DE FRANCK
San Martín 1986
Tel. (0342) 4930124/408 Fax
(0342) 4930409
3009 Franck - Santa Fe

Franck, 24 de octubre de 2011.-

Sr. Ministro
MINISTERIO DE SALUD
Gobierno de la Provincia de Santa Fe
S / D

De mi consideración:

Quien suscribe la presente, Oscar R. Ritter, en el carácter de Presidente de la COMUNA DE FRANCK, se dirige a Ud. con motivo del nuevo Centro de Atención Primaria de Salud que se está construyendo en nuestra localidad de Franck.-

En este sentido, le informamos que conforme Resolución Comunal Nº 172/2011 de fecha 24 de octubre de 2.001, la Comisón Comunal que presido ha resuelto designar con el nombre de "Dr. Telmo Emilio Albrecht" a dicha Centro de Atención. Se acompaña a la presente original de la Resolución de mención.-

Es por lo expuesto, que se solicita a este Ministerio tome conocimiento fehaciente de la Resolución de mención, a los fines que, por donde corresponda, se establezca oficialmente con el nombre de **"Dr. Telmo Emilio Albrecht"** al Centro de Atención Primaria de Salud que se está construyendo en nuestra localidad de Franck.-

Sin otro particular, saludamosle muy atte.-

GRACIELA RUT ROSSI
SECRETARIA
COMUNA DE FRANCK

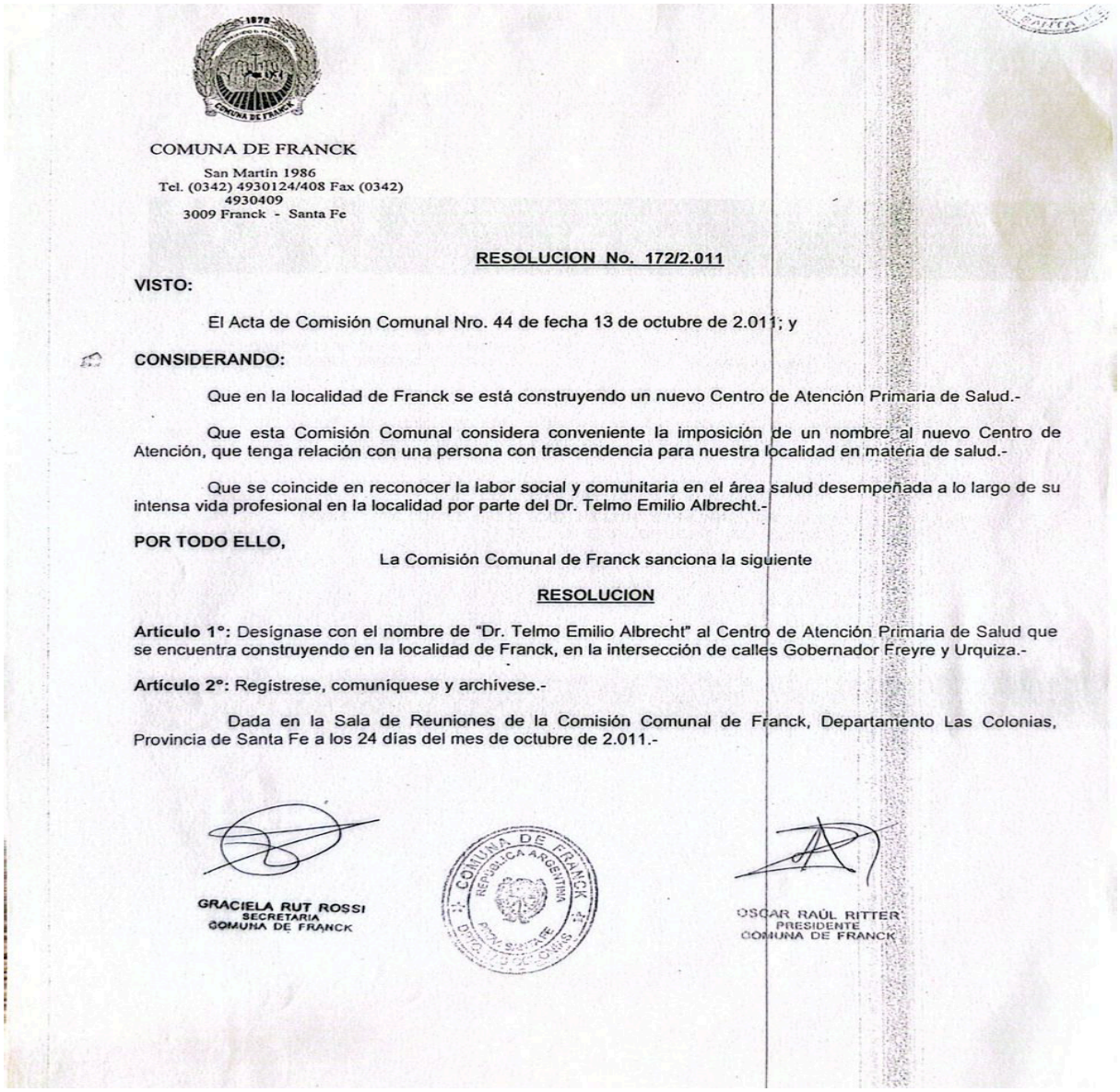
OSCAR RAÚL RITTER
PRESIDENTE
COMUNA DE FRANCK

MESA DE MOVIMIENTO
RECIBIDO HOY
07 DIC 2011
MINISTERIO DE SALUD

Ministerio de Salud de Santa Fe
SECRETARIA PRIVADA
ENTRO: 12/12 HORA:
RECIBIÓ:

Fuente: Archivo institucional del CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht".

Documento 2. Resolución del nombramiento del CAPS. (2011)



COMUNA DE FRANCK

San Martín 1986
Tel. (0342) 4930124/408 Fax (0342)
4930409
3009 Franck - Santa Fe

RESOLUCION No. 172/2.011

VISTO:

El Acta de Comisión Comunal Nro. 44 de fecha 13 de octubre de 2.011; y

CONSIDERANDO:

Que en la localidad de Franck se está construyendo un nuevo Centro de Atención Primaria de Salud.-

Que esta Comisión Comunal considera conveniente la imposición de un nombre al nuevo Centro de Atención, que tenga relación con una persona con trascendencia para nuestra localidad en materia de salud.-

Que se coincide en reconocer la labor social y comunitaria en el área salud desempeñada a lo largo de su intensa vida profesional en la localidad por parte del Dr. Telmo Emilio Albrecht.-

POR TODO ELLO,

La Comisión Comunal de Franck sanciona la siguiente

RESOLUCION

Artículo 1°: Desígnase con el nombre de "Dr. Telmo Emilio Albrecht" al Centro de Atención Primaria de Salud que se encuentra construyendo en la localidad de Franck, en la intersección de calles Gobernador Freyre y Urquiza.-

Artículo 2°: Regístrese, comuníquese y archívese.-

Dada en la Sala de Reuniones de la Comisión Comunal de Franck, Departamento Las Colonias, Provincia de Santa Fe a los 24 días del mes de octubre de 2.011.-

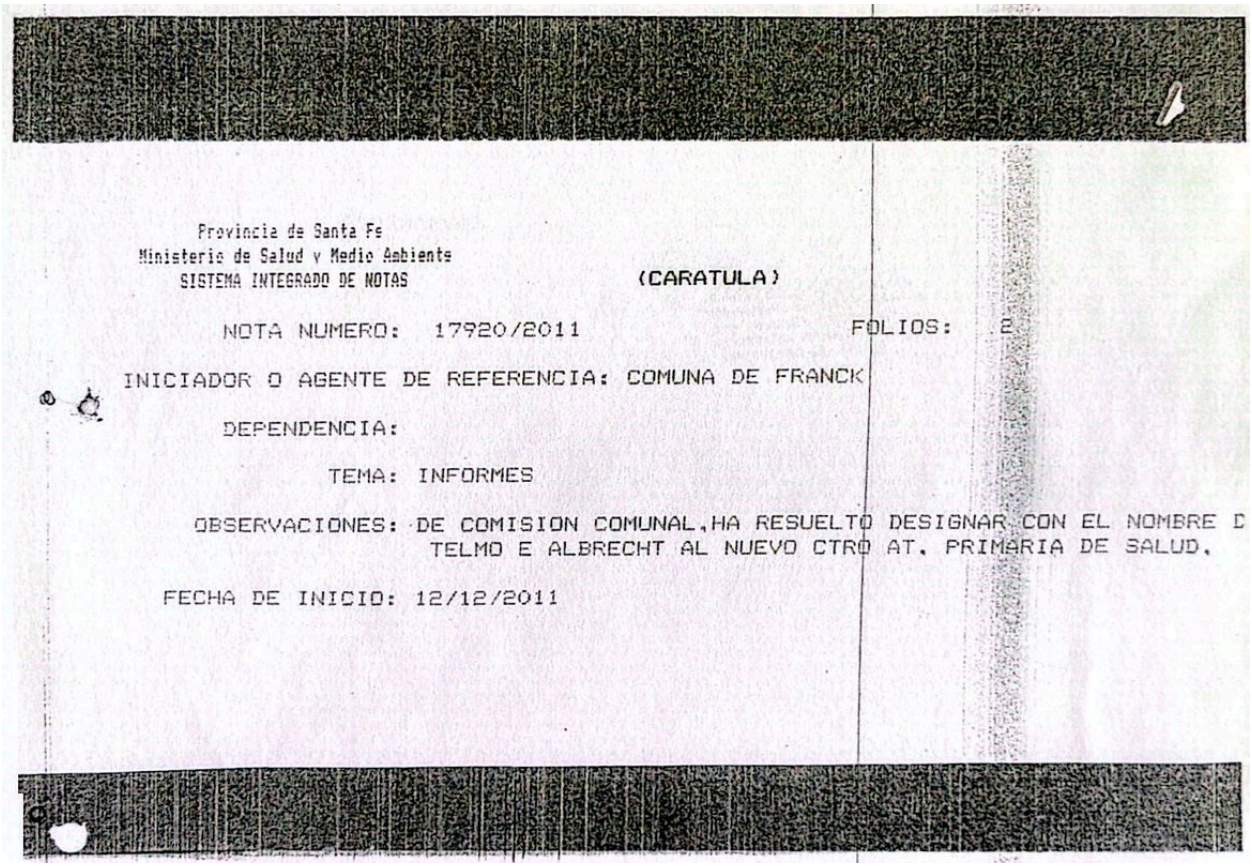
GRACIELA RUT ROSSI
SECRETARIA
COMUNA DE FRANCK

COMUNA DE FRANCK
REPUBLICA ARGENTINA

OSCAR RAÚL RITTER
PRESIDENTE
COMUNA DE FRANCK

Fuente: Fuente: Archivo institucional del CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht".

Documento 3. Carátula de expediente de designación del nombre "Dr. Telmo E. Albrecht" al CAPS. (2011)



Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud y Medio Ambiente
SISTEMA INTEGRADO DE NOTAS

(CARATULA)

NOTA NUMERO: 17920/2011 FOLIOS: 2

INICIADOR O AGENTE DE REFERENCIA: COMUNA DE FRANCK

DEPENDENCIA:

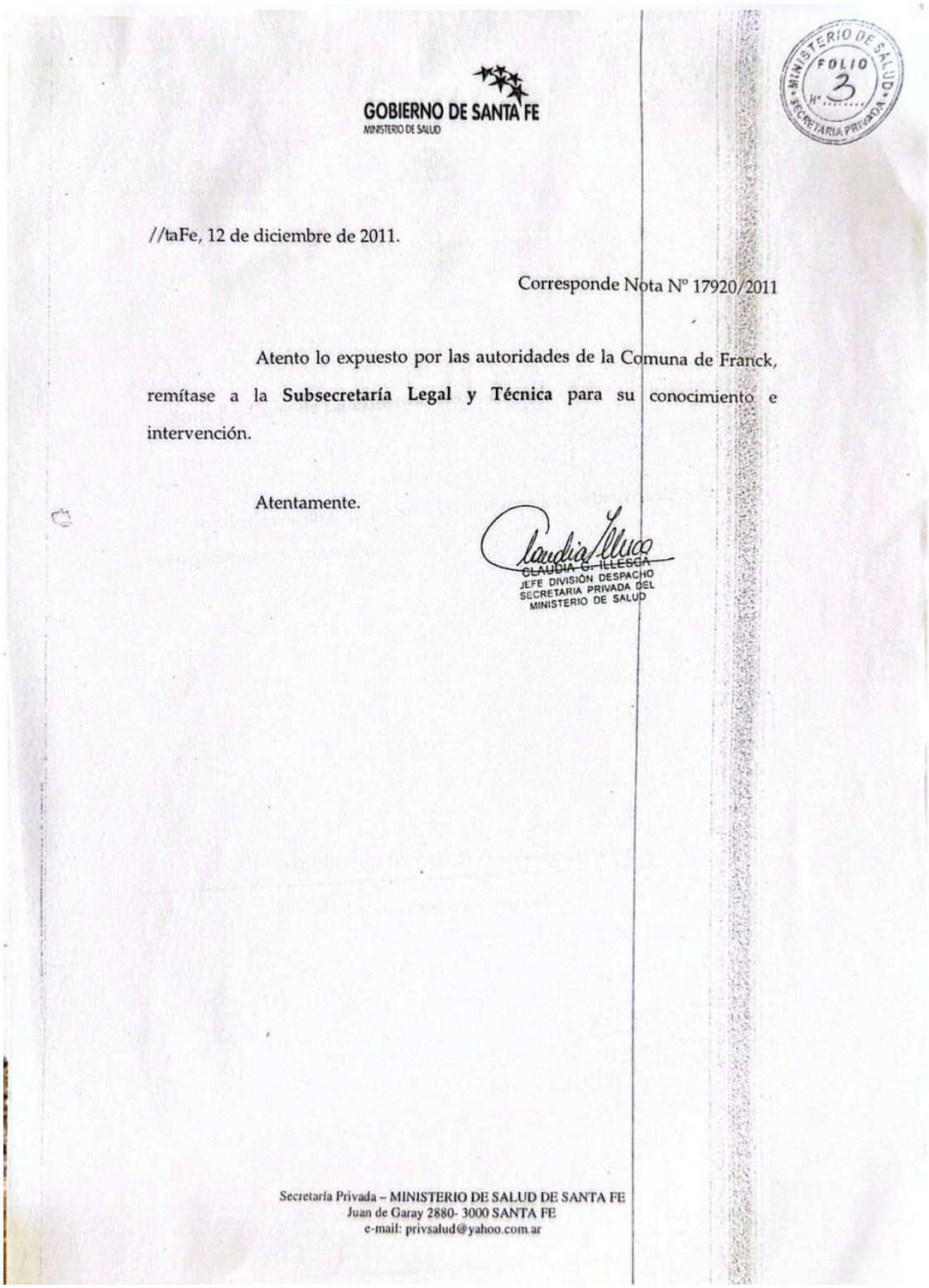
TEMA: INFORMES

OBSERVACIONES: DE COMISION COMUNAL,HA RESUELTO DESIGNAR CON EL NOMBRE D
TELMO E ALBRECHT AL NUEVO CTRO AT. PRIMARIA DE SALUD.

FECHA DE INICIO: 12/12/2011

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Sistema Integrado de Notas. Documento institucional.

Documento 4. (2011)



GOBIERNO DE SANTA FE
MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD FOLIO 3 SECRETARIA PRIVADA

//taFe, 12 de diciembre de 2011.

Corresponde Nota Nº 17920/2011

Atento lo expuesto por las autoridades de la Comuna de Franck, remítase a la **Subsecretaría Legal y Técnica** para su conocimiento e intervención.

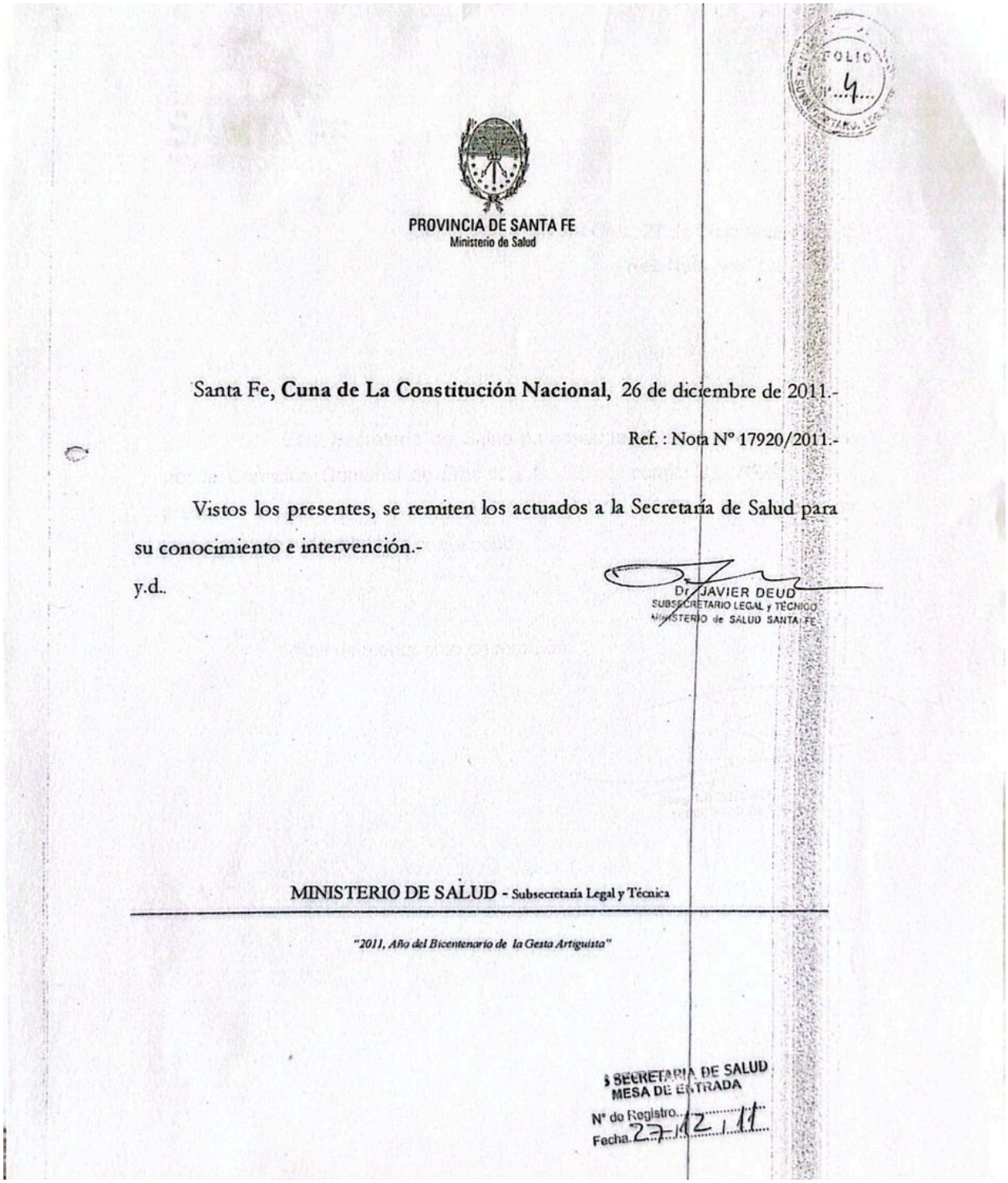
Atentamente.

CLAUDIA G. ILLESCA
JEFE DIVISIÓN DESPACHO
SECRETARIA PRIVADA DEL
MINISTERIO DE SALUD

Secretaría Privada – MINISTERIO DE SALUD DE SANTA FE
Juan de Garay 2880- 3000 SANTA FE
e-mail: privsalud@yahoo.com.ar

Fuente: Secretaría Privada - Ministerio de Salud de Santa Fe.

Documento 5. (2011).



FOLIO 4

PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

Santa Fe, **Cuna de La Constitución Nacional,** 26 de diciembre de 2011.-

Ref. : Nota N° 17920/2011.-

Vistos los presentes, se remiten los actuados a la Secretaría de Salud para su conocimiento e intervención.-

y.d..

Dr. JAVIER DEUD
SUBSECRETARIO LEGAL y TÉCNICO
MINISTERIO de SALUD SANTA FE

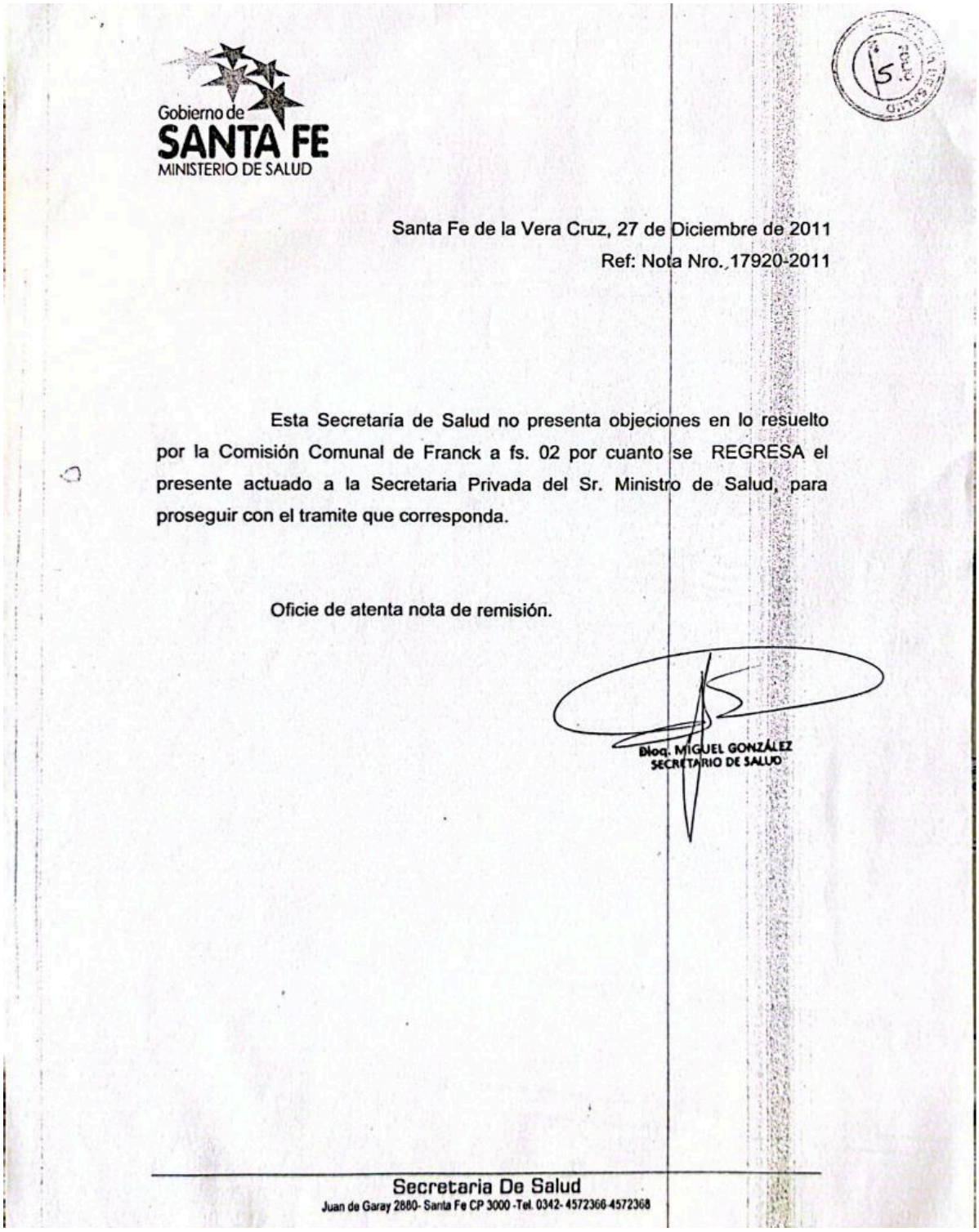
MINISTERIO DE SALUD - Subsecretaría Legal y Técnica

"2011, Año del Bicentenario de la Gesta Artiguista"

SECRETARIA DE SALUD
MESA DE ENTRADA
N° de Registro.....
Fecha 27-12-11

Fuente: Ministerio de Salud. Subsecretaría Legal y Técnica.

Documento 6. (2011).



Gobierno de
SANTA FE
MINISTERIO DE SALUD

Santa Fe de la Vera Cruz, 27 de Diciembre de 2011
Ref: Nota Nro. 17920-2011

Esta Secretaría de Salud no presenta objeciones en lo resuelto por la Comisión Comunal de Franck a fs. 02 por cuanto se REGRESA el presente actuado a la Secretaria Privada del Sr. Ministro de Salud, para proseguir con el tramite que corresponda.

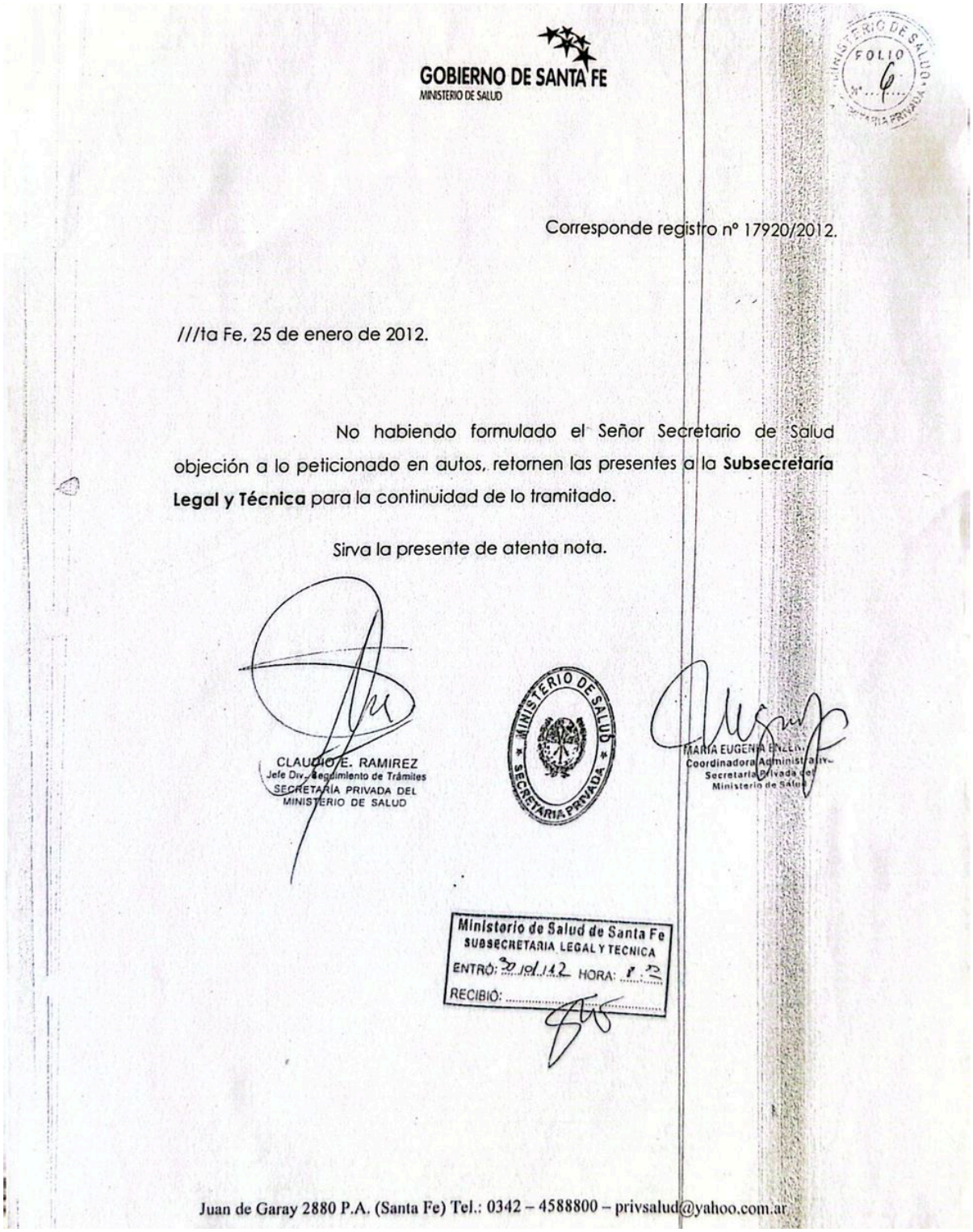
Oficie de atenta nota de remisión.

Bioq. MIGUEL GONZÁLEZ
SECRETARIO DE SALUD

Secretaria De Salud
Juan de Garay 2880- Santa Fe CP 3000 -Tel. 0342- 4572366-4572368

Fuente: Secretaría de Salud.

Documento 7. (2012).



GOBIERNO DE SANTA FE
MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD · FOLIO Nº 6 · SECRETARIA PRIVADA

Corresponde registro nº 17920/2012.

///ta Fe, 25 de enero de 2012.

No habiendo formulado el Señor Secretario de Salud objeción a lo peticionado en autos, retornen las presentes a la **Subsecretaría Legal y Técnica** para la continuidad de lo tramitado.

Sirva la presente de atenta nota.

CLAUDIO E. RAMIREZ
Jefe Div. Seguimiento de Trámites
SECRETARÍA PRIVADA DEL
MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD · SECRETARIA PRIVADA

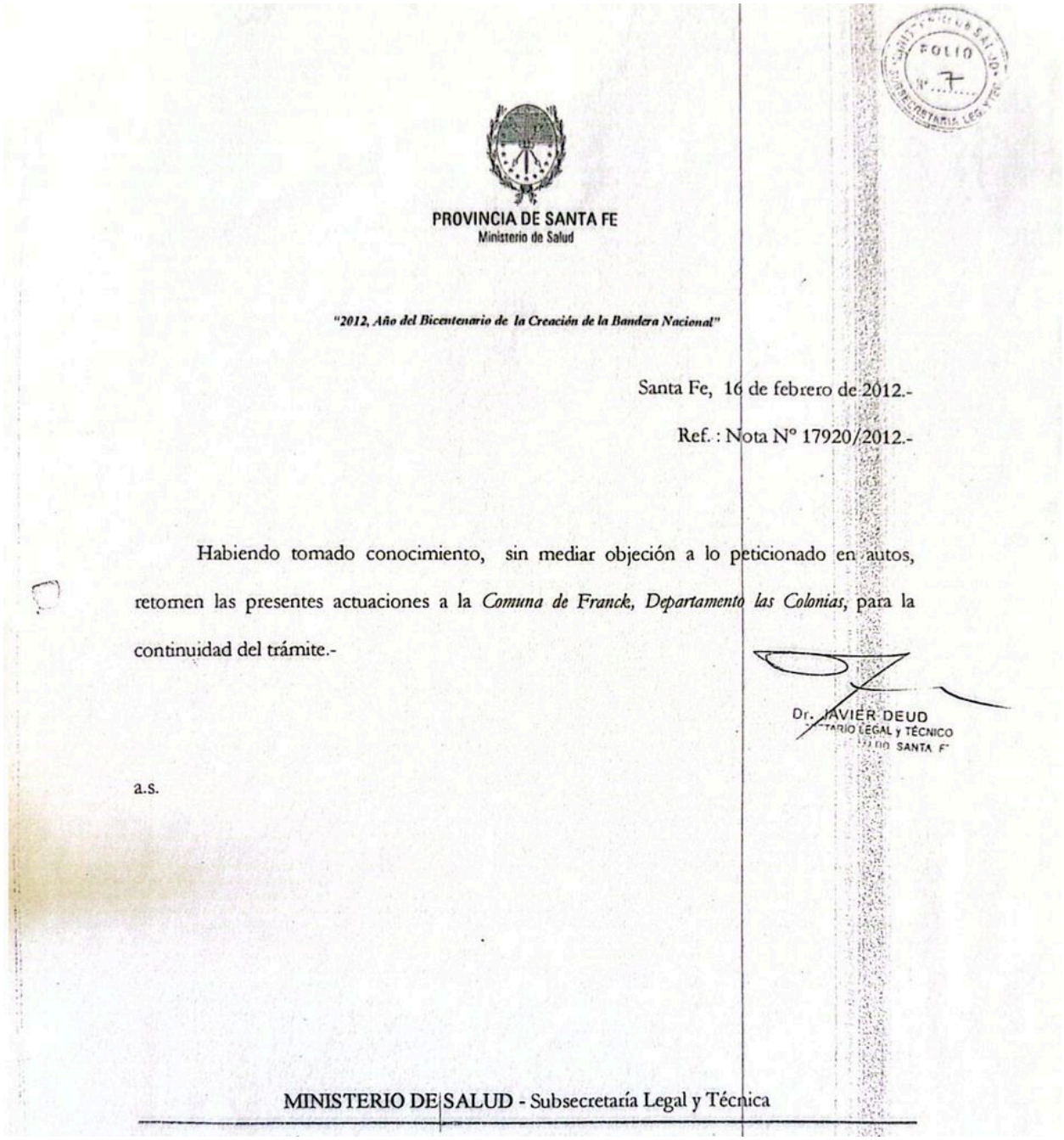
MARIA EUGENIA [illegible]
Coordinadora Administrativa
Secretaría Privada del
Ministerio de Salud

Ministerio de Salud de Santa Fe
SUBSECRETARIA LEGAL Y TECNICA
ENTRÓ: 30/01/12 HORA: 8:30
RECIBIÓ: .....

Juan de Garay 2880 P.A. (Santa Fe) Tel.: 0342 – 4588800 – privsalud@yahoo.com.ar

Fuente: Ministerio de Salud de Santa Fe.

Documento 8. (2012).



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

"2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Nacional"

Santa Fe, 16 de febrero de 2012.-

Ref.: Nota N° 17920/2012.-

Habiendo tomado conocimiento, sin mediar objeción a lo peticionado en autos, retornen las presentes actuaciones a la *Comuna de Franck, Departamento las Colonias,* para la continuidad del trámite.-

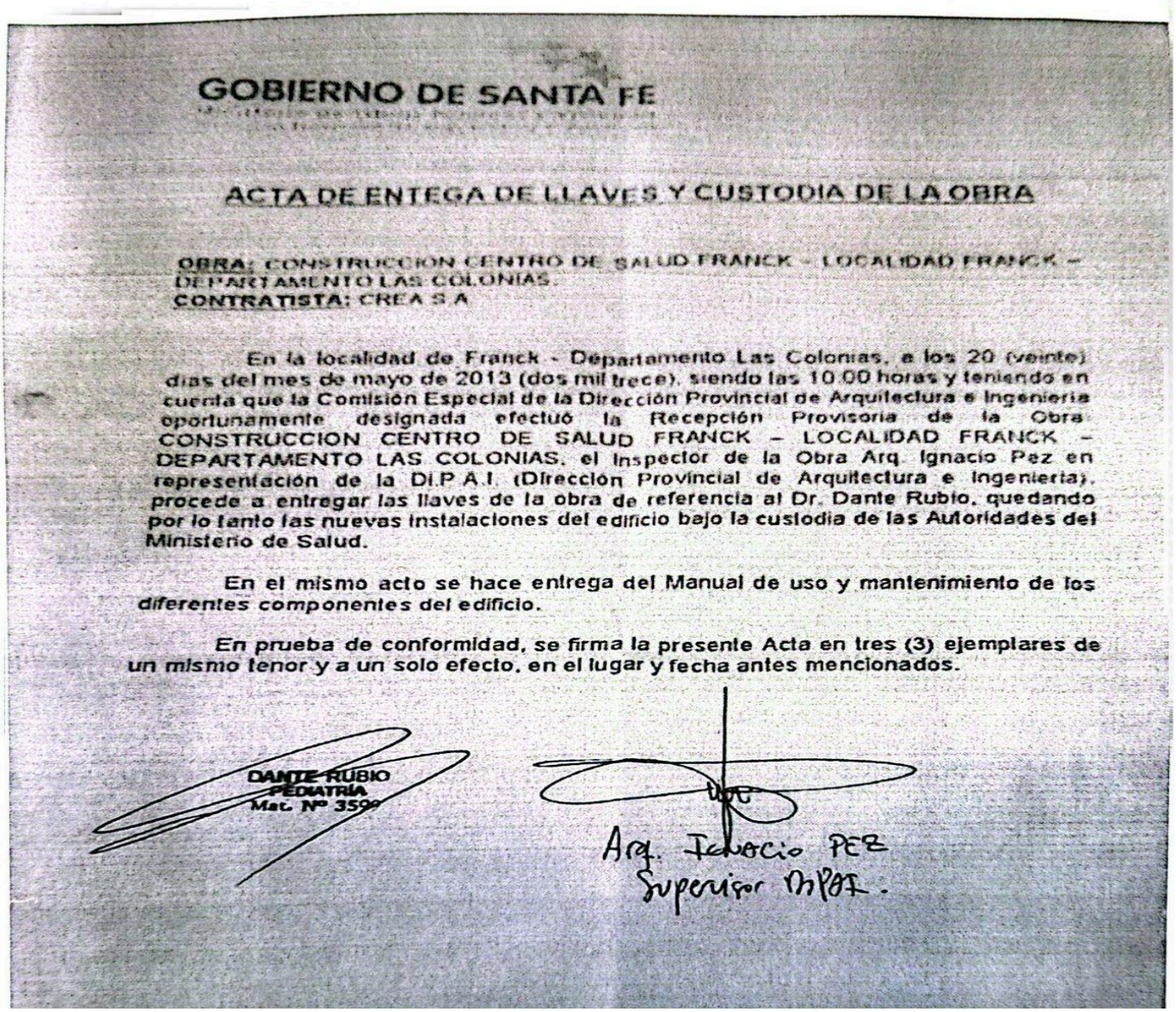
Dr. JAVIER DEUD
...TARIO LEGAL y TÉCNICO
...DO SANTA F

a.s.

MINISTERIO DE SALUD - Subsecretaría Legal y Técnica

Fuente: Ministerio de Salud. Subsecretaría Legal y Técnica.

Documento 9. Acta de entrega de llaves y custodia de la obra de construcción del CAPS. (2013).



GOBIERNO DE SANTA FE

ACTA DE ENTEGA DE LLAVES Y CUSTODIA DE LA OBRA

OBRA: CONSTRUCCION CENTRO DE SALUD FRANCK – LOCALIDAD FRANCK – DEPARTAMENTO LAS COLONIAS.
CONTRATISTA: CREA S.A

En la localidad de Franck - Departamento Las Colonias, a los 20 (veinte) días del mes de mayo de 2013 (dos mil trece), siendo las 10.00 horas y teniendo en cuenta que la Comisión Especial de la Dirección Provincial de Arquitectura e Ingeniería oportunamente designada efectuó la Recepción Provisoria de la Obra CONSTRUCCION CENTRO DE SALUD FRANCK – LOCALIDAD FRANCK – DEPARTAMENTO LAS COLONIAS, el Inspector de la Obra Arq. Ignacio Pez en representación de la DI.P.A.I. (Dirección Provincial de Arquitectura e Ingeniería), procede a entregar las llaves de la obra de referencia al Dr. Dante Rubio, quedando por lo tanto las nuevas instalaciones del edificio bajo la custodia de las Autoridades del Ministerio de Salud.

En el mismo acto se hace entrega del Manual de uso y mantenimiento de los diferentes componentes del edificio.

En prueba de conformidad, se firma la presente Acta en tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en el lugar y fecha antes mencionados.

DANTE RUBIO
PEDIATRÍA
Mat. Nº 359

Arq. Ignacio PEZ
Supervisor DIPAI.

Fuente: Archivo de documento institucional proporcionado por el CAPS "Dr. Telmo E. Albrecht".