

Trabajo Social en el primer nivel de atención de salud, la experiencia del Hospital JB. Iturraspe en la década del 90 en la ciudad de Santa Fe.

Universidad Nacional del Litoral
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Licenciatura en Trabajo Social
Tesina de Grado



- ▶ **Estudiantes:** Almirón, Brisa
Göldy, Regina
- ▶ **Director:** Zehringer, Diego

Año 2025

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	7
1. INTRODUCCIÓN	9
2. DECISIONES METODOLÓGICAS	
2.1 Técnicas de investigación.	12
2.2 Técnica bola de nieve.	15
2.3 La cocina de nuestra investigación.	17
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 El campo de la salud.	20
3.2 Principales conceptualizaciones de salud.	23
3.3 Intervención profesional.	25
3.4 Cuestión social y políticas sociales. Breves notas.	26
4. CONTEXTO POLÍTICO Y SOCIAL EN LOS AÑOS 90	
4.1 La nueva marginalidad que surge en la década de 1990.	30
4.2 Caracterización de las políticas públicas.	33
4.3 Organización del sistema de salud argentino.	34
4.4 Tendencias de la salud pública en los 90.	35
5. EL HOSPITAL JB ITURRASPE DE SANTA FE: CONSIDERACIONES INTRODUCTORIAS	
5.1 Creación del hospital.	40
5.2 Efectores de salud en la ciudad de Santa Fe.	41
5.3 Políticas de salud que atravesaron el hospital JB Iturraspe.	43
5.4 Hospitales bases referenciales y áreas programáticas.	45
6. INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TS DESDE EL HOSPITAL JB ITURRASPE	
6.1 Una mirada del contexto de los 90 desde el TS.	47
6.2 Cultura institucional en el hospital JB Iturraspe.	50
6.3 Resistencia, organización y estrategias de los TS desde el hospital JB Iturraspe.	51
6.4 El ámbito de la salud como campo.	54
6.5 Funciones del servicio social en el área programática del hospital JB Iturraspe: Principales problemáticas abordadas.	56
7. REFLEXIONES FINALES	67
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

**Trabajo Social en el primer nivel de atención de salud,
la experiencia del hospital JB Iturraspe en la década
del 90 en la ciudad de Santa Fe**

**Universidad Nacional del Litoral
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Licenciatura en Trabajo Social
Seminario de Tesina**

**Estudiantes: Almirón, Brisa
Göldy, Regina
Director: Zehringer, Diego**

Año 2025

Agradecimientos:

A mi familia, especialmente a mi mamá y hermanos, quienes son los pilares fundamentales de mi vida. Gracias por su apoyo incondicional, su paciencia, por respetar mis procesos y por confiar en mí desde el primer día en que emprendí este camino.

A mis facuamigas quienes me acompañaron, sostuvieron y motivaron en cada paso de este recorrido. Sin ustedes, estos años no habrían sido lo mismo.

A mis amigas de la vida, que a pesar de las demandas del trabajo y el estudio, siempre encontramos la manera de mantener nuestro vínculo intacto.

A la Universidad Pública, por abrirme sus puertas y permitirme transitar este camino que me convierte en la primera universitaria de mi familia.

A todos los profesionales que contribuyeron a esta investigación, por su tiempo, conocimientos y experiencia, así como su destacada amabilidad y predisposición.

A mi compañera de tesina, Regina, por su compañerismo y motivación, incluso en los momentos más caóticos en los que todo parecía desordenado.

A nuestro director, Diego Zehringer, por ser una guía constante en los momentos de incertidumbre y por su dedicación y calidez en cada etapa de este proceso.

A cada uno de los docentes de esta casa de estudios, por transmitirnos no sólo sus conocimientos sino también la importancia de lo colectivo y los espacios de resistencias en contextos tan complejos como el que estamos atravesando.

Brisa

En primer lugar, quiero expresar mi profundo agradecimiento a mis hijas, Camila y Caterina, a mi compañero de vida, Iván; quienes han sido mi sostén emocional y compañía constante durante todos estos años de estudio. Su amor y paciencia fueron fundamentales en este proceso. A Isabel y Santiago, les agradezco por los cuidados amorosos que les brindaron a mis niñas mientras transitaba los días de cursada y estudio.

Agradezco a la universidad pública por ofrecerme un espacio y los recursos necesarios para emprender esta formación. Gracias a ella, tengo el orgullo de ser la primera generación de mi familia en alcanzar una carrera de grado. Este logro representa también un compromiso con la defensa de la educación pública, para luchar porque las futuras generaciones puedan recorrer este mismo camino de oportunidades.

Quisiera expresar mi más sincero reconocimiento a nuestro director de tesina, Diego Zehringer, por ser un pilar fundamental de apoyo a lo largo de todo este proceso. Su solidaridad, generosidad al compartir su saber y el tiempo dedicado a nuestro trabajo fueron clave para alcanzar este objetivo.

A mis invaluable compañeras y amigas de la facultad, especialmente a Eva, Beatriz, Victoria y Yael, les expreso mi más sincero agradecimiento por su amistad y apoyo incondicional. Su compañía fue fundamental para transitar los años de cursada, compartiendo tanto los buenos momentos como aquellos más desafiantes, siempre con empatía y generosidad.

Agradezco a Brisa, mi compañera de tesina, con quien compartí este camino lleno de altibajos. Aunque surgieron diferencias y dificultades, logramos enfrentarlas, lo que nos permitió culminar con éxito este proyecto.

A mí querida compañera y amiga Lorena Villalba, Trabajadora Social en el primer nivel de atención en salud, por sus valiosas enseñanzas y consejos. Su constante acompañamiento a lo largo de estos años en el trabajo en el centro de salud Demetrio Gómez, sumado a su profesionalismo, ética y vocación, han sido una fuente inagotable de inspiración que profundizó mi interés en el tema de estudio.

Deseo resaltar además la colaboración de mis compañeros y compañeras del gremio ATE, por su invaluable apoyo y colaboración, que resultaron esenciales para establecer contactos clave en nuestra investigación.

Agradezco profundamente la generosa predisposición de los referentes de Trabajo Social, enfermería y medicina, quienes se tomaron el tiempo para participar en las entrevistas realizadas en el marco de esta investigación. Su aporte fue fundamental para comprender las complejidades del período estudiado. Esperamos que este trabajo logre reflejar la vocación, el compromiso y el amor que dedicaron a la defensa de la salud pública durante una década marcada por grandes dificultades.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a mis compañeros y amigos de la vida, quienes con su aliento y motivación me impulsaron a completar este desafío. A todas las personas mencionadas, y a aquellas que de una u otra forma estuvieron presentes en este recorrido, les debo parte de este logro. ¡Gracias!

Regina

Resumen

La presente investigación analiza la experiencia del Trabajo Social en el hospital José Bernardo Iturraspe de la ciudad de Santa Fe durante la década de 1990, recuperando su inserción en el primer nivel de atención de la salud pública. Para llevar adelante este análisis se adoptó un enfoque metodológico cualitativo basado en el estudio de casos. Como técnica principal de recolección de datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas. Asimismo el muestreo se realizó mediante la técnica de bola de nieve y el análisis de la información se llevó a cabo identificando y categorizando las frases significativas.

Nuestro punto de partida se dió a partir de reconocer las características del contexto de la época marcadas por la crisis económica y las transformaciones generadas por las políticas neoliberales, en el desarrollo se observó el papel estratégico desempeñado por los profesionales del Trabajo Social quienes frente al avance de la privatización de los servicios públicos lograron articular redes de apoyo y desarrollar estrategias de resistencia que fortalecieron su intervención.

Durante este período, el Trabajo Social se incorporó en la institución mediante acciones estratégicas, interdisciplinarias y comunitarias, muchas de las cuales continúan vigentes. La investigación permitió identificar cómo, desde un marco ético-político, la profesión se estableció como un actor dentro del ámbito de la salud pública, particularmente en relación con la promoción de una atención integral y de calidad.

Palabras clave: intervención profesional, salud pública, Trabajo Social, Santa Fe.

Abstract

The present research analyses the experience of social work at the José Bernardo Iturraspe hospital in the city of Santa Fe during the 1990s, recovering its inclusion in the first level of public health care. To carry out this analysis, a qualitative methodological approach based on case studies was adopted. Semi-structured interviews were used as the main data collection technique. Sampling was also carried out using the snowball technique and analysis of the information was carried out by identifying and categorizing the significant phrases.

Our starting point was to recognize the characteristics of the context of the time marked by the economic crisis and the transformations generated by neoliberal policies, the strategic role played by social work professionals, who in the face of the advance of privatization of public services were able to articulate support networks and develop resistance strategies that strengthened their intervention.

During this period, social work was incorporated into the institution through strategic, interdisciplinary and community actions, many of which are still in force. The research identified how, from an ethical-political framework, the profession established itself as an actor in the field of public health, particularly in relation to the promotion of comprehensive and quality care.

Keywords: professional intervention, public health, Social Work, Santa Fe.

1. Introducción

En esta investigación exploramos la dinámica de la intervención del Trabajo Social (en adelante TS) en el ámbito de la salud pública enfocándonos en el servicio social del hospital José Bernardo Iturraspe (en adelante JB Iturraspe) de la ciudad de Santa Fe, durante la década de 1990. Abordamos el contexto histórico y su influencia en la intervención profesional, identificando los aportes del TS en la institución.

A lo largo del presente trabajo identificamos indicios que muestran que durante el período estudiado el servicio social logró una inserción significativa en el ámbito de la salud pública, particularmente en el primer nivel de atención. Este proceso se vio favorecido por el traspaso institucional al ámbito de la salud que implicó dejar de depender del área de Acción Social, como agencias insertas en los hospitales, para pasar a formar parte del hospital JB Iturraspe.

Esto despertó nuestro interés como investigadoras, por lo que centramos el análisis en las incidencias de las intervenciones profesionales realizadas tanto en el hospital como en su área programática. Es necesario tener presente que en el contexto de la época, las áreas programáticas se concebían como divisiones territoriales diseñadas para optimizar la planificación, organización y ejecución de los servicios de salud con el objetivo principal de mejorar la cobertura y el acceso a una atención de calidad vinculada a las necesidades locales.

En 1984 la provincia de Santa Fe se adhirió al Plan Nacional de Atención Primaria mediante la Resolución 2612/1984, con el objetivo de extender la cobertura de salud a través de la Atención Primaria. Esta resolución asignó a los jefes de las áreas la función de normatizar, coordinar y controlar la gestión creando el Comité Asesor de Atención Médica y el Comité Operativo de Atención Extramural, encargados de la conducción operativa. Dichos comités fueron presididos por el jefe de la zona y conformados por directores y subdirectores de los hospitales Bases Referenciales (en adelante HBR), que en la ciudad de Santa Fe incluían al hospital JB Iturraspe, José María Cullen, de Niños Ricardo Gutiérrez, Dr. Emilio Mira y López, de Rehabilitación Vera Candioti, Protomédico Manuel Rodríguez y Sayago.

Estos HBR tenían bajo su responsabilidad una cantidad variable de centros de atención territorial denominados Centros de Salud y Acción Social.

En esta investigación centramos el análisis en el servicio social del hospital JB Iturraspe, cuyo recorrido fue destacado por diversos/as profesionales entrevistados/as durante la etapa exploratoria, en el marco de una estrategia de muestreo basada en la técnica de “bola de nieve”. Referentes de los hospitales José María Cullen, Dr. Emilio Mira y López y Protomédico Manuel Rodríguez coincidieron en señalar al equipo del Iturraspe como un actor clave en la construcción de prácticas colectivas orientadas a una atención integral en salud. En ese sentido, se reconoció no sólo su intervención dentro del propio efector sino también su capacidad para articular acciones con otros hospitales y centros de salud del área programática. Las actividades desarrolladas por estos/as profesionales incluyeron la coordinación interdisciplinaria, la gestión de recursos sociales, el asesoramiento a pacientes y la promoción de la salud en articulación con la comunidad.

Además, exploramos sobre el contexto político y social de la época y sus transformaciones. Presentamos una breve caracterización de las políticas públicas y las tendencias en salud pública de ese período con el fin de comprender su impacto en la labor del TS en el hospital JB Iturraspe y las estrategias implementadas por los/as profesionales del área de atención.

A partir del análisis del material teórico y documental recopilado en esta investigación buscamos comprender el proceso de intervención de TS desde el hospital JB Iturraspe hacia el primer nivel de atención en salud durante la década de 1990. Consideramos la influencia de diversos factores, entre éstos la crisis económica y social, las reformas en el sistema de salud, el enfoque de atención integral y la promoción de la participación comunitaria.

En este marco, recuperamos los aspectos claves de las transformaciones en las políticas sociales ocurridas durante el período y los espacios de resistencia gestados en este efector de salud. Estas acciones fueron promovidas por los/as profesionales que en consonancia con los valores fundamentales del TS como la justicia social, la equidad, la dignidad humana y la defensa de los derechos

humanos, entre otros, impulsaron instancias de debates y promovieron cambios en la atención.

Los objetivos propuestos para esta investigación fueron:

Objetivo General

- Explorar la inserción del TS en el primer nivel de atención de salud desde el hospital JB Iturraspe en el período de 1990.

Objetivos Específicos

- Describir los rasgos del TS como profesión en el campo de la salud en la ciudad de Santa Fe durante la década del 90.
- Caracterizar los procesos de intervención profesional en el hospital JB Iturraspe y sus áreas programáticas en la década de los 90.
- Analizar la incidencia del TS en el hospital JB Iturraspe en el período estudiado.

2. Decisiones metodológicas

2.1 Técnicas de investigación

En este apartado presentamos las estrategias metodológicas utilizadas en el desarrollo de esta investigación cuyo trabajo de campo se llevó a cabo entre los años 2022 y 2025. Durante este período realizamos un total de 20 entrevistas y el análisis de diversas fuentes de información.

Para ello adoptamos un enfoque cualitativo el cual según Vasilachis (2006), retomando los aportes de Marshall y Rossman se caracteriza por su orientación pragmática, interpretativa y centrada en la experiencia de los sujetos. Este enfoque resultó pertinente ya que nos permitió abordar los fenómenos sociales desde una perspectiva integral priorizando la comprensión de la complejidad y la riqueza de las experiencias de los actores involucrados en los procesos de intervención del TS desde el hospital hacía el primer nivel de atención en salud en los años 90. Asimismo, nos facilitó aproximarnos a dicho fenómeno social desde la perspectiva de los propios actores, recuperando sus interpretaciones a través de la interacción directa entre nosotras y los participantes, mediante el uso de su propio lenguaje y categorías de sentido. En ese marco, la metodología cualitativa adoptada se estructuró en un proceso tanto descriptivo como analítico, orientado a la interpretación y comprensión profunda de los datos relevados. Las técnicas empleadas se caracterizaron por su flexibilidad y capacidad de adaptación, facilitando la captación de la diversidad y complejidad de las trayectorias, experiencias y sentidos construidos.

En otro orden, el enfoque metodológico que adoptamos en esta investigación fue el estudio de caso. Según Neiman y Quaranta (2006) este se define como el análisis exhaustivo de un tema o problema específico que permite delimitar los principales ejes de indagación. Desde esta perspectiva se privilegia la profundización en un caso singular por sobre la generalización de los resultados ya que se busca comprender en detalle un fenómeno particular en su contexto específico. El estudio de caso como método de investigación cualitativa posibilita explorar dimensiones complejas y contextuales así como analizar las interacciones

entre múltiples variables en un entorno determinado. Su principal fortaleza radica en el énfasis que pone en la particularidad y la profundidad del objeto estudiado brindando un conocimiento situado y significativo del fenómeno abordado. Esto implica según los autores, el estudio de un fenómeno situado en un tiempo y espacio determinados que se presenta como objeto de problematización. Dicho fenómeno puede configurarse en torno a un hecho, un grupo, un proceso social u otras dimensiones que permitan construir un recorte empírico y conceptual de la realidad social.

En cuanto a la técnica de producción de información optamos por la entrevista desde la perspectiva signada por Hernández Sampieri, Collado y Lucio Baptista (2014) como “una reunión que tiene por objetivo intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado)” (p. 218). Esta técnica consiste en un método de recolección de datos en el cual el investigador interactúa de manera directa con los/as participantes con el fin de obtener información detallada, significativa y contextualizada sobre el tema de estudio. Durante la entrevista se establece una comunicación principalmente verbal aunque también pueden intervenir elementos no verbales que permite al investigador/a indagar en las experiencias, opiniones, percepciones y conocimientos del participante. Este intercambio se estructura como un diálogo orientado por preguntas y respuestas en el cual se construyen de manera conjunta significados en torno al tema de estudio.

Conforme a lo propuesto por los autores utilizamos entrevistas semiestructuradas como técnica para la recolección de datos cualitativos. Esta herramienta metodológica se caracterizó por articular componentes previamente estructurados con un margen significativo de flexibilidad. Para su implementación elaboramos una guía de preguntas orientadoras que funcionó como marco de referencia para el desarrollo de las entrevistas permitiendo, al mismo tiempo, la exploración de temáticas emergentes y la profundización en aspectos relevantes surgidos durante el diálogo con cada entrevistado/a. Esta modalidad implicó que no todas las preguntas estuvieran previamente definidas lo que habilitó la incorporación de nuevos interrogantes en función del relato y del intercambio construido durante el transcurso de cada encuentro.

Según los autores la flexibilidad de la entrevista semiestructurada permite al investigador/a captar la complejidad y la riqueza de las experiencias y opiniones de los/as participantes, así como descubrir aspectos inesperados o significativos que pueden enriquecer el análisis de los datos. Además, esta modalidad de entrevista fomenta una comunicación más abierta y colaborativa entre el investigador/a y los/as participantes creando un espacio propicio para la generación de conocimiento en conjunto.

La selección de los/as entrevistados/as respondió tanto a las funciones desempeñadas por estos durante la década de 1990, particularmente en el hospital JB Iturraspe, como a sus trayectorias profesionales vinculadas al desarrollo de políticas públicas en el primer nivel de atención en salud. Una de las Trabajadoras Sociales comenzó su recorrido en el área de salud en la década de 1980, a partir de pasantías realizadas durante su formación en la Escuela de Servicio Social, incorporándose posteriormente al hospital por recomendación de la Escuela bajo la dependencia del entonces Ministerio de Bienestar Social. Por su parte, dos de los entrevistados se incorporaron al hospital en la década de 1990, a partir de la resolución que dispuso el traspaso del servicio social al ámbito de la salud. El primero lo hizo en forma inmediata tras la implementación de la normativa y el segundo se sumó poco tiempo después, integrándose ambos formalmente al equipo.

Si bien la investigación se centró en la experiencia de dicho hospital se incluyeron también Trabajadores Sociales y otros/as profesionales de la salud pertenecientes a diversos efectores de la ciudad de Santa Fe. Esta decisión metodológica se fundamentó en el carácter exploratorio inicial del estudio el cual partía de la hipótesis de que la inundación ocurrida en Santa Fe en el año 2003 había constituido un punto de inflexión en la inserción del TS en el primer nivel de atención. No obstante, los testimonios recabados durante el año 2022 señalaron antecedentes significativos de dicha inserción durante la década de 1990, particularmente asociados a las experiencias del equipo de TS del hospital JB Iturraspe lo que orientó el recorte temporal y conceptual definitivo de la investigación.

En esta investigación utilizamos entrevistas como fuente principal ya que constituyeron la base para la generación de un nuevo conocimiento y representaron la información más confiable y relevante para los objetivos de la misma.

Además utilizamos documentos del hospital JB Iturraspe (registros de datos estadísticos, mapeo de la cobertura geográfica correspondiente al área programática del hospital) proporcionados por uno de los entrevistados que trabajó en el efector durante el período investigado.

También, exploramos entrevistas previas y materiales documentales provenientes de investigaciones afines cuyos autores nos aportaron información y fundamentos teóricos que enriquecieron el análisis¹. Estos insumos fueron fundamentales para contrastar con las entrevistas realizadas por nosotras.

En tanto, el análisis de las entrevistas lo efectuamos desde el enfoque cualitativo considerando las frases significativas y recurrentes de cada relato. Esto posibilitó como plantea Cortazzo (2016) identificar expresiones utilizadas por los/as participantes para comunicar experiencias, percepciones y sentidos en relación con el objeto de estudio, captando la esencia de lo expresado de manera concisa y representativa por los entrevistados/as.

2.2 Técnica bola de nieve

Una de las técnicas que utilizamos fue la “Bola de Nieve”. La misma es comprendida según los autores Baltar y Gorjup (2012) como una técnica de muestreo en la que se inicia con un pequeño grupo preliminar de casos que comparten características relevantes para el estudio. A partir de este grupo central la muestra se expande progresivamente a medida que los/as participantes existentes recomiendan o vinculan a otros individuos. Cada nuevo miembro incorporado está relacionado con los/as participantes anteriores lo que crea una red de conexiones

¹ Nos referimos a Gorrochategui, J. (2020). *“Las políticas sanitarias”*. En J. Gorrochategui (Ediciones UNL), *El derrotero de las políticas de salud santafesinas. Un análisis de los actores y las ideas desde los años 90 hasta el período progresista*.

Martínez, L. (s/f). *Trabajo Social en espacios de gestión política en salud. Condiciones que permitieron la participación de trabajadores sociales en roles de conducción durante el período 2007/19, en el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe*. Ciclo de Licenciatura en Trabajo Social. Informe Final.

entre las unidades de muestra que crece de manera acumulativa, similar al aumento de tamaño de una bola de nieve al rodar cuesta abajo.

Por su parte, López Roldán y Fachelli (2017) agregan que esta estrategia es comúnmente utilizada en investigaciones cualitativas y exploratorias, especialmente cuando los/as participantes son difíciles de localizar o cuando se necesita un alto nivel de confianza para ser parte del estudio.

Esta técnica resulta beneficiosa cuando es difícil identificar o acceder a los individuos de interés en una población específica y posibilita la ampliación orgánica de la muestra a medida que se establecen nuevas conexiones entre los/as involucrados/as lo que puede enriquecer la investigación al capturar la diversidad de perspectivas y experiencias dentro de un grupo. Asimismo, posibilita la expansión orgánica de la muestra a medida que se establecen nuevas relaciones entre los/as participantes lo que facilita la captura de la diversidad de perspectivas y experiencias dentro del grupo de interés.

Nuestro ingreso al campo fue posible a partir del contacto inicial con profesionales claves cuyas recomendaciones nos permitieron ampliar la red de entrevistados/as y a su vez, delimitar con mayor precisión el período histórico a investigar.

En primer lugar, a través del contacto con la delegada de salud del gremio de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) quién es enfermera y actual Secretaria General Adjunta de la Comisión Directiva fue posible establecer el vínculo con profesionales de TS. Uno de los informantes desempeñó su trabajo en el efector investigado como integrante del subcomité de VIH/SIDA en ese período, además de haber ocupado cargos relevantes en el ámbito de la gestión pública en salud. Su trayectoria incluyó el desarrollo de una investigación que constituyó un antecedente significativo para el presente estudio.

Así también el Director de nuestra tesina nos facilitó el contacto con otros informantes, profesionales que durante el período investigado se desempeñaban como Trabajadores/as Sociales en el hospital JB Iturraspe y que con el tiempo asumieron cargos de gestión y ejercieron como docentes de la carrera de TS. A través de estos contactos accedimos a documentación relevante como bases de

datos de los/as profesionales lo que posibilitó un primer acercamiento con los mismos, estadísticas de atención y mapeo del área de cobertura geográfica del efector investigado.

También logramos entrevistar a investigadores/as cuyas producciones centradas en la historia y las transformaciones del sistema de salud aportaron una perspectiva valiosa para enriquecer el análisis del contexto. Estos/as a su vez nos contactaron con otros actores que en el recorte histórico que analizamos fueron referentes de los otros efectores de salud de la ciudad como el hospital José María Cullen, Dr. Emilio Mira y López, Protomédico Manuel Rodríguez.

Por tanto, teniendo en cuenta lo desarrollado anteriormente acerca de nuestro proceso de inserción en el campo de investigación, pudimos comprender que la técnica de "bola de nieve" en el contexto del muestreo implicó que los/as participantes seleccionados/as inicialmente en nuestro estudio recomienden a otros/as posibles profesionales, generando así una cadena de reclutamiento que creció de forma progresiva de manera similar a una bola de nieve. Esto nos permitió la realización de 20 entrevistas.

2.3 La cocina de nuestra investigación

La expresión "la cocina de la investigación" alude a los procesos internos y técnicos que conforman el trabajo investigativo. Se refiere a ese espacio menos visible donde se desarrollan actividades fundamentales tales como la selección de métodos, los ajustes en el diseño, la toma de decisiones respecto del enfoque, la recolección y organización de datos, así como la gestión de obstáculos o situaciones imprevistas que surgen durante el desarrollo del estudio. Estos aspectos también comprenden los razonamientos y ajustes que los/as investigadores/as llevan a cabo para interpretar los datos, delimitar el objeto de estudio y resolver errores o limitaciones que puedan presentarse a lo largo del proceso.

Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio (2014) plantean que las investigaciones se originan a partir de una buena idea destacando la importancia de una concepción sólida como punto de partida para el proceso investigativo. Esta idea se relaciona con la metáfora de la "cocina de la investigación" ya que ambas

enfatan en la relevancia de los elementos iniciales y fundamentales que nutren la investigación. En ese contexto, los aspectos técnicos y las decisiones metodológicas configuran el estudio, en donde una idea bien orientada constituye la base sobre la cual se estructura el trabajo posterior. Así, la cocina de una investigación abarca el refinamiento y desarrollo de esa idea inicial mediante la selección de métodos, ajustes y análisis lo cual permite un acercamiento profundo a la realidad que se pretende explorar.

Compartir esta cocina es de gran valor ya que revela la complejidad de la investigación y los aprendizajes implícitos, enriqueciendo así el conocimiento colectivo sobre la metodología y la práctica científica. Por esta razón, decidimos incluir estos aspectos. La cocina de nuestro proyecto implicó una etapa de diseño que requirió decisiones fundamentales sobre los caminos metodológicos y el enfoque.

La reflexividad del trabajo de campo condujo a la reformulación de estrategias y a la toma de nuevas decisiones metodológicas. A medida que el objeto de estudio fue redefiniéndose y delimitándose con mayor precisión se tornó necesario prescindir de algunas entrevistas que, aunque inicialmente previstas, se alejaban del eje central de la investigación. No obstante, otras resultaron fundamentales para aportar elementos que permitieron contextualizar históricamente el período abordado y reconstruir las trayectorias profesionales de quienes integraron el servicio social del hospital JB Iturraspe durante la década de 1990. Estos aportes facilitaron la identificación de actores relevantes y la visibilización de líneas de abordajes comunes entre distintos hospitales de la ciudad orientadas al fortalecimiento del primer nivel de atención en salud, contribuyendo así a la delimitación temporal y conceptual definitiva del estudio.

Este replanteo metodológico nos condujo a establecer contacto, mediante entrevistas semiestructuradas con un conjunto de profesionales principalmente del campo del TS. Asimismo, en un primer momento mantuvimos contactos con otros trabajadores de la salud, entre ellos médicos/as y enfermeros/as² que nos

² Referimos los contactos establecidos con el subdirector del hospital Protomédico en el año 2022 y a la enfermera trabajadora jubilada del hospital Mira y López en el mismo año quienes refirieron su experiencia de trabajo articulado con el área de servicio social del hospital JB Iturraspe.

permitieron el acceso al campo sin que esto implique alejarnos de nuestro objeto de estudio. Así, nuestro tema de investigación titulado *“Trabajo Social en el primer nivel de atención de salud, la experiencia del hospital JB Iturraspe en la década del 90 en la ciudad de Santa Fe”*, fue ajustándose por la integración de testimonios y conocimientos que ofrecieron una base a la realidad del campo de estudio.

3. Marco Teórico

3.1 El campo de la salud

Uno de los conceptos centrales de nuestra investigación es el de campo, desarrollado por Bourdieu y Wacquant (1995) el cual ofrece un marco teórico que permite comprender la salud como un espacio social específico, estructurado por relaciones y dinámicas propias.

Los autores entienden el campo como una estructura compuesta por vínculos objetivos. En este entramado, actores e instituciones se ubican según la cantidad y clase de capital que controlan, interactuando para mantener o ampliar sus recursos. Esta lógica genera disputas entre quienes ingresan recientemente y aquellos con presencia previa.

La estructura del campo se configura a partir de relaciones de fuerza que tienden a la transformación y que se encuentran distribuidas entre actores con distintos grados de legitimidad para intervenir en dicho espacio. En este sentido, el poder no se concentra necesariamente en un único agente sino que circula entre múltiples posiciones, en correspondencia con lo planteado por Foucault (1984) el poder no es una propiedad que se posee sino una relación que se ejerce, atraviesa cuerpos, discursos e instituciones y se manifiesta en el entramado mismo de las prácticas sociales. No opera de manera centralizada ni jerárquica sino que se despliega de forma difusa, presente en múltiples niveles y espacios de la vida social. Así, el capital específico del campo puede estar repartido entre diversos actores sin necesidad de ser monopolizado, permitiendo una dinámica en la que el poder se negocia, se disputa y se redefine de manera constante en función de los marcos discursivos dominantes y de las formas socialmente legitimadas de producir y validar saberes³.

En este contexto, el campo de la salud y particularmente el hospital JB Iturraspe puede entenderse como un espacio estructurado en el que las posiciones, los capitales y las relaciones de fuerza inciden en qué prácticas son posibles,

³ Nos excede en esta tesis un tratamiento en profundidad sobre la categoría poder. Para ampliar véase Foucault (2007) Seguridad, Población y Territorio .

quiénes pueden ejercer influencia y bajo qué condiciones se reproduce o se transforma el orden establecido.

Esta lógica de distribución y disputa está íntimamente ligada a la noción de cultura institucional entendida como el conjunto de normas, valores, creencias y patrones compartidos que guían el comportamiento de los miembros de una organización (Schvarstein, 1991). La cultura institucional no es neutral ya que está atravesada por las relaciones de fuerza propias del campo y refleja el predominio de ciertos capitales, discursos, entre otras cuestiones. En el caso del hospital JB Iturraspe la misma establecía un conjunto de lineamientos, normas y prácticas que regulaban el funcionamiento cotidiano y las formas de intervención en el sistema de salud. Dentro de este marco estructurado, TS implementó estrategias que complementaban las acciones ya existentes orientadas a la promoción y defensa de los derechos de las personas en el ámbito de la salud.

Lejos de limitarse a reproducir esquemas preexistentes, estos/as profesionales impulsaron intervenciones destinadas a ampliar el acceso a prestaciones, visibilizar desigualdades estructurales y responder de forma integral a las demandas sociales. En este contexto, el TS actuó conforme a ciertos marcos normativos, pero simultáneamente incorporó enfoques alternativos que ampliaron las formas de atención, orientándolas hacia una perspectiva de derechos.

En esta línea, los conceptos de instituido e instituyente resultan clave para analizar las dinámicas al interior de la organización. Lo instituido refiere al conjunto de normas, prácticas y funciones consolidadas, legitimadas históricamente, que sostienen la estructura operativa del hospital. En contraste, lo instituyente alude a fuerzas emergentes que tensionan ese orden, promoviendo nuevos discursos, modalidades de intervención y estrategias orientadas al cambio. Esta relación conflictiva no sólo expresa una disputa simbólica y material sino que se inscribe en las relaciones de poder propias del campo, entendido como un espacio estructurado de posiciones desiguales donde se disputan capitales y sentidos. En este marco, las acciones impulsadas por las/os profesionales durante la década del noventa pueden leerse como intentos instituyentes que, en diálogo con lo establecido, buscaron redefinir las formas de atención frente a un contexto atravesado por reformas estructurales.

En concordancia con lo anterior, Bourdieu (2001a) plantea que existen diversas formas de capital que otorgan poder e influencia y que juegan un papel fundamental en la estructura social. Sin embargo, en este trabajo sólo se consideraron aquellos relevantes para el análisis del campo de la salud.

En primer lugar, el capital económico se refiere a los recursos financieros y materiales de los que dispone una persona o grupo. Su posesión permite a los individuos acceder a bienes y servicios e influir en su entorno social y económico. Este tipo de capital resulta fundamental para la reproducción de las clases sociales ya que quienes tienen mayores recursos económicos pueden acumular otros tipos de capital con mayor facilidad.

En segundo lugar, el capital cultural comprende el conocimiento, la educación, las habilidades y las competencias adquiridas a lo largo de la vida. Bourdieu (2001b) distingue entre tres formas de capital cultural: el incorporado, que alude a disposiciones y habilidades interiorizadas a través de la socialización y la educación; el objetivado que se manifiesta en bienes culturales como libros, obras de arte y otros objetos de valor cultural y el institucionalizado representado por títulos académicos y certificaciones que validan el capital cultural de una persona en el ámbito social y profesional. Este último, facilita el acceso a oportunidades laborales y sociales al proporcionar un reconocimiento formal de los conocimientos y habilidades de un individuo.

En tercer lugar, el autor introduce el concepto de capital social, entendido como las redes de relaciones y conexiones que posee una persona o grupo. Este tipo de capital es esencial ya que las relaciones sociales pueden facilitar el acceso a recursos, información y oportunidades que de otro modo estarían fuera del alcance de una persona. Éste se basa en la idea de que las conexiones y la pertenencia a grupos sociales constituyen una fuente de poder y ventaja en la vida social. Por ello, quienes poseen un fuerte capital social pueden beneficiarse de las oportunidades que surgen a través de sus redes lo cual contribuye a la acumulación de otros tipos de capital.

Por último, el capital simbólico se refiere al reconocimiento y prestigio que una persona o grupo tiene en la sociedad manifestada en la reputación, el honor y el

estatus social. Este tipo de capital es interesante porque todas las formas de capital pueden funcionar como capital simbólico cuando son reconocidas y valoradas por otros/as en la sociedad. Así, una persona con un alto capital cultural puede ser percibida como prestigiosa o respetada, lo que aumenta su capital simbólico.

Es importante señalar que según el autor, las distintas formas de capital – económico, cultural, social y simbólico– no operan de manera independiente sino que interactúan y se transforman en diferentes contextos sociales. Esta interrelación resulta clave para comprender la reproducción de la desigualdad social y la estructuración de las clases sociales en la sociedad. A través de su análisis el autor ofrece una herramienta valiosa para entender las dinámicas de poder y las relaciones sociales en un mundo complejo y cambiante.

La competencia entre actores en este campo es esencial para la configuración y ejecución de políticas de salud donde profesionales del TS participan activamente en la implementación de programas y políticas sociales.

3.2 Principales conceptualizaciones de salud

Nuestro trabajo se basa en una concepción de la salud como un proceso complejo, dinámico y multidimensional, condicionado por determinantes sociales, culturales, económicos y políticos que trascienden la visión biomédica centrada en la ausencia de enfermedad. Esta comprensión se vincula estrechamente con la noción del campo de la salud como un espacio de relaciones de poder y disputas simbólicas y materiales en el que intervienen múltiples actores como ser instituciones, profesionales y usuarios/as que inciden en la producción de saberes, la distribución de recursos y la definición misma de lo que se entiende por salud. De este modo, la salud no solo se configura como un hecho individual o biológico sino como una construcción social que se produce y disputa dentro del campo. Esta interrelación se manifiesta de manera concreta en la intervención profesional del TS en la experiencia del hospital JB Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, donde la misma requirió articular la atención a las necesidades con el reconocimiento de las estructuras sociales que condicionan el bienestar en un contexto atravesado por tensiones institucionales, económicas y políticas propias del campo de la salud.

En este apartado, recuperamos las principales concepciones de la salud con el objetivo de distinguir las perspectivas predominantes en cada período histórico. En sus orígenes, dichas concepciones adoptaron un enfoque fundamentalmente dualista centrado en la búsqueda de equilibrio entre las dimensiones física y espiritual del ser humano. En las culturas antiguas como en China y Grecia se concebía la salud como un estado de armonía entre elementos opuestos como el yin y el yang y entre los humores corporales (Guerrero y León, 2008).

Según el autor Ponte Mittelbrunn (2008) con el tiempo los avances en la medicina y la influencia de la filosofía mecanicista del Renacimiento dieron paso a una visión más reduccionista de la salud centrada en el funcionamiento biológico del cuerpo, separando la salud del contexto social y psicológico. Fue en el siglo XX cuando comenzó a reconocerse la dimensión social de la salud especialmente a partir de los estudios de Rudolf Virchow y otros/as pioneros/as quienes establecieron que los factores socioeconómicos y las condiciones de vida influyen significativamente en el estado de salud de las personas.

Actualmente, la salud se entiende como un proceso continuo y dinámico determinado por factores históricos, sociales, económicos y culturales. Ferrara (1985) destaca

(...) La salud es el completo estado de bienestar físico-mental y social, por el aporte significativo que ello implicó en la búsqueda de una totalización e integralidad conceptual. Resultó importante para el pensamiento sanitario la ampliación del marco interpretativo más allá del único y frecuentemente limitado marco de lo físico o biológico. Cuando la definición incluye a los aspectos mentales y sociales coloca a sus intérpretes en una posición de mayor amplitud, de mayor comprensión del proceso salud-enfermedad (p.1).

Este último enfoque reconoce que la salud es moldeada por el sistema productivo y las relaciones sociales lo cual exige un abordaje interdisciplinario y adaptado a las realidades de cada contexto social. Además, subraya que la salud representa un equilibrio dinámico que refleja el esfuerzo continuo de la sociedad por mejorar sus condiciones de vida, enfatizando la relevancia de los determinantes

sociales. Los mismos son entendidos desde una perspectiva crítica por los autores López Arellano, Escudero y Carmona Moreno (2008). Estos consideran tanto los factores estructurales como las condiciones de vida en su conjunto y sostienen que la salud y la enfermedad están profundamente influenciadas por las desigualdades en la distribución de poder, ingresos, bienes y servicios, las cuales son consecuencia de un sistema socioeconómico que promueve la exclusión y la explotación.

Estos autores se sustentan en un análisis materialista histórico que revela cómo las relaciones de producción y consumo, junto con la lógica distributiva del sistema capitalista configuran los perfiles de salud y enfermedad en distintas poblaciones. En este sentido, las condiciones de vida incluyendo acceso a la atención sanitaria, educación, condiciones laborales y habitacionales no son concebidas como aspectos independientes o naturales sino como productos de una estructura socioeconómica que impacta en la calidad de vida y amplía las brechas en salud entre diferentes sectores sociales. En suma, enfatizan que los determinantes sociales de la salud no deben ser vistos como meros factores de riesgo individuales sino como procesos socio históricos que requieren un abordaje político y estructural para transformarse.

3.3 Intervención profesional

Según Cazzaniga (1997) la intervención es un proceso que parte de la singularidad de cada situación y sujeto y se construye en la relación con el otro. No es una mera aplicación de técnicas sino una práctica situada que implica reflexión, posicionamiento ético y comprensión de la complejidad de lo social. Afirma que dicha intervención debe ser intencionada y adaptativa lo que implica que el profesional debe ajustar continuamente sus estrategias para responder a las necesidades específicas del contexto y de los individuos involucrados. En ese sentido expresa que:

La intervención profesional exige un esfuerzo de elucidación, que (...) en Trabajo Social, esto sería un proceso de reflexión y problematización constante de la visión teórica-ideológica que sostenemos (explícita e implícitamente) y de cómo esta visión se

materializa en esa acción con sentido. En esta línea es posible comprender el refuerzo o las líneas de ruptura que estamos realizando mediante la intervención profesional sobre el instituido que como profesión tiene el Trabajo Social (p.1).

En tanto Carballada (2012) sostiene que la intervención en TS es una construcción situada y dinámica que se configura en el entramado de relaciones sociales. Implica abordar la complejidad de las problemáticas desde una perspectiva integral reconociendo la dimensión subjetiva, institucional y comunitaria de los sujetos involucrados. La intervención debe considerar los factores estructurales y contextuales que influyen en el bienestar de los sujetos, lo que es crucial en un entorno de salud pública donde las desigualdades sociales pueden agravar los problemas de salud. Por lo tanto, la intervención no solo aborda los síntomas inmediatos sino que también se enfoca en las causas subyacentes integrando una comprensión crítica de las estructuras sociales que perpetúan dichas desigualdades.

El autor subraya la urgencia de un diálogo interdisciplinario para construir intervenciones coherentes, basadas en la integración de saberes diversos. Enfatiza en la dimensión ética de la intervención en salud, intrínsecamente ligada a la subjetividad, a lo que producimos y reproducimos. De este modo, explicita la concepción de sujeto que guía nuestro pensamiento y acción ante las distintas problemáticas de salud, resaltando el poder fundamental del lenguaje en la construcción de realidades.

En síntesis, la intervención profesional constituye un proceso complejo que demanda un análisis exhaustivo de las condiciones sociales, políticas y económicas que inciden en la población.

3.4 Cuestión social y políticas sociales. Breves notas

En el marco de lo desarrollado previamente, es necesario definir los conceptos de cuestión social y políticas sociales. Esta explicitación resulta fundamental dada su estrecha interrelación tanto en la intervención profesional como en el diseño de estrategias de intervención en el sector de la salud pública en la década del 90.

En primer lugar, la cuestión social se define como la manifestación de las tensiones y contradicciones inherentes al sistema capitalista que se traducen en problemas estructurales que afectan a la población. Iamamoto (2003) la define como una problemática intrínsecamente ligada a las dinámicas de producción y distribución de los bienes generados en sociedad. Según la autora, surge cuando el trabajo, producto de una actividad socialmente organizada y cada vez más interdependiente genera bienes y servicios de manera colectiva pero su usufructo es apropiado privadamente por una minoría. Esto provoca una profunda desigualdad, ya que mientras el proceso productivo se socializa, los beneficios derivados se concentran en manos de quienes detentan los medios de producción. Esta dinámica genera tensiones y conflictos en la estructura social, donde los sectores mayoritarios desprovistos de la riqueza que su trabajo produce se enfrentan a condiciones de vida desiguales, siendo esta contradicción el núcleo de la cuestión social. Considera que la misma no sólo se refiere a los problemas de pobreza y desigualdad visibles en la sociedad sino que engloba la contradicción estructural en la que una gran parte de la población se encuentra privada del acceso equitativo a los bienes y oportunidades que produce la sociedad en su conjunto.

Esta perspectiva concuerda con Rozas Pagaza (2010) quien define la cuestión social como una problemática estructural intrínseca a las sociedades capitalistas. Esta estructura genera desigualdades profundas y desajustes que requieren intervención profesional en múltiples esferas, entre ellas la salud. La autora argumenta que esta situación se deriva no sólo de la distribución inequitativa de recursos sino también de las transformaciones económicas y políticas que sostienen la precariedad y la exclusión social. Estas dinámicas intensifican la demanda de intervención, al ejercer presión constante sobre los sistemas de protección social y los servicios públicos, como la salud, limitando su capacidad de respuesta. En este sentido, la cuestión social para la autora trasciende la mera desigualdad económica, configurándose como un entramado complejo de factores que impactan la vida cotidiana de amplios grupos sociales, vulnerando su acceso a derechos fundamentales y a condiciones de vida dignas.

Por su parte, Castel (1997) profundiza en la cuestión social, refiriéndose a una amenaza directa a la cohesión social debido a la vulnerabilidad y desventajas

estructurales que sufren amplios sectores de la población. El autor argumenta que la transformación del trabajo y la inseguridad laboral amplifican esta cuestión ya que el empleo, antes integrador y estabilizador, pierde su capacidad protectora. La metamorfosis del salario y el debilitamiento de la seguridad social engendran nuevas formas de precariedad que afectan tanto a empleados/as como a excluidos/as, fragmentando los vínculos sociales. En este sentido, Castel subraya que la cuestión social trasciende la pobreza y la desigualdad económica, implicando también la erosión de la solidaridad y el riesgo de marginalización, lo que profundiza la división y amenaza la estructura social.

En otro orden, comprendemos a las políticas sociales como respuestas institucionales diseñadas para abordar y mitigar los problemas derivados de la cuestión social. En este sentido, Grassi (2003) las conceptualiza como “un conjunto de intervenciones públicas, generalmente estatales, que buscan garantizar condiciones mínimas de bienestar a la población, regulando el acceso a bienes y servicios esenciales” (p. 45). Estas políticas se articulan dentro de un marco más amplio de regulación social y tienen como objetivo intervenir en las desigualdades y exclusiones inherentes al mercado y la sociedad.

En consonancia con lo anterior, Soldano (2016) sostiene que estas políticas operan como herramientas estatales para legitimar su intervención y mantener la estabilidad del orden social, adaptándose a las condiciones cambiantes del entorno socioeconómico y político. Esta perspectiva se complementa con lo planteado por Andrenacci y Soldano (2006), quienes definen las políticas sociales como aquellas políticas públicas cuyo objeto de intervención es lo social, regulando la reproducción y socialización de la población, protegiéndola, respondiendo a sus necesidades y garantizando las protecciones básicas que se consideran fundamentales.

A lo largo de su análisis, los autores identifican tres modelos fundamentales que han influido en la configuración de las políticas sociales en Argentina: el Estado capitalista clásico (1880-1943), el Estado social (1943-1991) y el Estado capitalista neoclásico (1991-2001). Cada uno de estos enfoques establece relaciones específicas entre el Estado, la economía y la sociedad, lo cual se manifiesta en la comprensión y aplicación de la política social.

El Estado capitalista clásico se caracterizó por una intervención limitada, centrada en garantizar condiciones mínimas de ciudadanía y ejercer control represivo. La población inmigrante desarrolló formas asociativas como mutuales para protegerse socialmente. El objetivo principal era integrar a las personas al mercado laboral, impulsando sistemas educativos para homogeneizar la población y consolidar el Estado-Nación, con instituciones educativas gratuitas y secularizadas. En salud, se crearon hospitales públicos gratuitos y racionalizaron las profesiones. La asistencia social estaba centrada en el empleo asalariado, diferenciando a los desvalidos merecedores de ayuda de los desempleados sujetos a disciplinamiento, evolucionando hacia políticas de beneficencia y asistencia estatal.

El Estado social o de bienestar asumió un rol activo en la provisión de servicios y la redistribución de recursos, especialmente desde el siglo XX con el impulso de las ideas keynesianas. Garantizó el acceso universal a salud, educación, pensiones y seguros de desempleo, promoviendo un nivel básico de bienestar. Las políticas sociales se consideraban un derecho ciudadano y se financiaban mediante impuestos progresivos para reducir desigualdades.

El Estado neoliberal o neoclásico surge como respuesta a la crisis del Estado de bienestar, promoviendo una reducción de la intervención estatal y la privatización de servicios como salud, educación y pensiones. Su enfoque se centra en la eficiencia económica, la disminución del gasto público y la creación de un entorno favorable al desarrollo empresarial. Las políticas sociales pasan de ser universales a focalizadas, priorizando programas asistenciales para los más vulnerables y promoviendo la autosuficiencia. Esta reorganización ha generado desigualdades, precarización de derechos y dificultades de acceso a servicios básicos para sectores vulnerables y trabajadores precarizados.

4. Contexto político y social en los años 90

"El problema de la salud es un problema social y político que excede lo estrictamente médico. No puede haber política sanitaria sin política social" Carrillo, R. (1949).

4.1. La nueva marginalidad que surge en la década de 1990

En el presente capítulo analizamos las características del contexto económico, político y social de la década de los 90 haciendo foco en las políticas sociales y su impacto en la salud pública dado que se relaciona con el objeto de estudio de esta investigación.

En 1989, Argentina vivió un traspaso presidencial anticipado del Dr. Raúl Alfonsín al Dr. Carlos Menem, en medio de una economía descontrolada y una oferta pública limitada. La hiperinflación⁴ de ese año desplomó el salario real, contrajo la actividad económica y paralizó la producción local, llevando a una dolarización de facto y evidenciando el agotamiento del modelo de bienestar. Este colapso no solo configuró la apertura de mercado sino que también resultó en una profunda desvalorización de la moneda nacional.

En este contexto, la hiperinflación implicó la transformación de los vínculos sociales, dejando profundas marcas en la conciencia colectiva y poniendo fin al esquema de integración social que en su momento había promovido la movilidad social ascendente. Por su parte, los sectores populares que habían conformado una estructura identitaria consolidada atravesaron un proceso de descolectivización e individualización, lo que los llevó a la marginalidad y exclusión, principalmente hacia el trabajo informal y el desempleo. Este fenómeno profundizó la crisis social. Al respecto, Svampa (2005) fundamenta que estas nuevas políticas implementadas respondieron a un modelo societal claro, que no solo implicaba una transformación económica sino también social y política, orientada a producir una nueva configuración social. Esta profunda transformación se originó con el deterioro de un modelo que predominó en Argentina durante décadas conocido como nacional-

⁴ La hiperinflación fue un fenómeno económico a fines de la década del 80 y principios de los 90 que se caracterizó por el aumento descontrolado de los precios de bienes y servicios llevando a una rápida pérdida del valor de la moneda.

popular. Dicho modelo tenía dos características centrales: por un lado, concebía el desarrollo económico estrechamente vinculado a la sustitución de importaciones y una estrategia orientada al mercado interno. Por el otro, el Estado desempeñaba un rol central como agente y promotor de la cohesión social, principalmente a través del gasto público lo que permitía una redistribución del ingreso y la ampliación de la ciudadanía mediante el reconocimiento de derechos buscando generar homogeneidad social, promoviendo el crecimiento y la inclusión de las clases medias y populares.

El desmantelamiento del mencionado modelo social en favor de un nuevo pacto centrado en la primacía del mercado buscaba establecer un nuevo orden liberal. Los cambios económicos que dieron inicio a este proceso se remontan a la década de 1970 coincidiendo con los golpes cívicos militares. Este nuevo régimen implementó un modelo basado en la importación de bienes y en la apertura financiera lo que interrumpió la industrialización sustitutiva y fomentó el endeudamiento tanto de los sectores públicos como de los privados. En este contexto, se produjo el final de un ciclo político y económico, lo que generó un espacio político e ideológico que fue ocupado por el neoliberalismo. Este nuevo modelo societal condujo a una reestructuración del Estado, caracterizado por una fuerte reducción del gasto público, la descentralización administrativa y la transferencia de competencias en áreas como salud y educación a los niveles provinciales y municipales.

En ese escenario, Minujin y Kessler (1995) analizan el surgimiento de los nuevos pobres como un fenómeno asociado al impacto de estas políticas en sectores que hasta entonces habían mantenido niveles de vida relativamente estables. Este concepto propuesto por los autores describe a sectores de clase media y trabajadora que durante las décadas de 1980 y 1990 cayeron en la pobreza debido a la crisis económica, el desempleo y las políticas neoliberales. A diferencia de los pobres estructurales, estos nuevos grupos perdieron progresivamente el acceso a servicios esenciales como salud y educación.

Las causas de esta profunda crisis económica fueron múltiples: desindustrialización, creciente precarización laboral, drásticos recortes en el gasto

público y la privatización de servicios esenciales. Este escenario golpeó duramente al sistema de salud. Los servicios se vieron sobrecargados por un abrupto aumento de la demanda, con un incremento preocupante de casos de problemas de salud mental, estrés y enfermedades crónicas directamente vinculadas a la pérdida de estabilidad económica. La presión creciente sobre los centros de salud hizo evidente la urgencia de fortalecer el primer nivel de atención.

En este contexto, el perfil de los/as usuarios/as del sistema de salud cambió radicalmente, planteando desafíos enormes para el diseño de políticas públicas. Ahora, no solo se deben atender las demandas sanitarias inmediatas sino también abordar las causas estructurales de la pobreza que subyacen a gran parte de los problemas de salud.

Mencionado proceso de transición del Estado social al Estado neoliberal estuvo profundamente atravesado por la implementación de diversos modos de regulación social, entendidos como dispositivos de gobierno orientados a modelar conductas, producir subjetividades y ordenar lo social. En este marco, Giavedoni (2018) identifica tres estrategias clave que estructuran este tipo de regulación.

En primer lugar, se resignifica la noción de crisis que deja de concebirse como una amenaza para convertirse en una herramienta funcional al sistema. La crisis se presenta como una condición necesaria para viabilizar transformaciones, legitimando cambios que inciden de forma directa en los modos de pensar, sentir y actuar de las personas.

En segundo lugar, se promueve un modelo empresarial de subjetivación en el cual el ideal del sujeto emprendedor autónomo, creativo, flexible y resiliente es valorado como figura central en el ámbito laboral. Bajo esta lógica la precariedad, la inestabilidad y la incertidumbre dejan de ser problemáticas a resolver y se transforman en oportunidades para el desarrollo individual, desplazando la responsabilidad del éxito o el fracaso al plano personal sin considerar a los condicionamientos estructurales.

Finalmente, se destaca la competencia como valor positivo omitiendo deliberadamente las profundas desigualdades sociales. Esta valoración contribuye a reforzar las brechas existentes y a generar enfrentamientos entre individuos,

debilitando las formas de organización colectiva y favoreciendo la fragmentación social. En conjunto, se configuró un modelo social excluyente.

4.2 Caracterización de las políticas públicas

Las políticas públicas son entendidas como intervenciones sociales del Estado que cumplen funciones estratégicas vinculadas tanto a la reproducción del orden social como a la regulación de las desigualdades. Campana (2014) retomando a Andrenacci, Cortés y Marshall, señala que estas intervenciones no solo buscan atender necesidades inmediatas sino que responden a una lógica productiva que estructura y orienta determinadas relaciones sociales.

En perspectiva de la autora el neoliberalismo generó un nuevo pacto social en donde el Estado reconfiguró su rol. Este enfoque postula la idea de que la desigualdad es inevitable y en ciertos casos necesaria en todo orden social, lo que lleva a una ontologización de la desigualdad y a la esencialización de la pobreza.

En el ámbito de las políticas públicas el nuevo gobierno encabezado por el Dr. Carlos Menem otorgó un papel central a expertos/as y técnicos/as en la implementación de dichas políticas. Esto dio lugar a una transición de un modelo de política social de tipo universalista y estatal hacia uno fragmentado y focalizado.

Según Logiudice (2022), las políticas sociales en el Estado de Bienestar buscaron abordar la pobreza mediante la restitución de derechos universales, sin distinciones. Sin embargo, la lógica neoliberal transformó este enfoque hacia una focalización. Esto implicó delimitar un universo de beneficiarios y clasificarlos según el cumplimiento de requisitos específicos, resultando en una mayor selectividad que excluyó a quienes no se ajustaban a esos criterios. De este modo, el régimen asistencial de los años 90 se caracterizó por: 1- La focalización de programas dirigidos sólo a segmentos específicos de la población vulnerable 2-Transitoriedad: ayudas de corta duración, no permanentes 3- Contraprestación laboral: exigencia de alguna actividad o capacitación a cambio del beneficio 4- Participación de organizaciones sociales: involucramiento de estas entidades en la gestión y ejecución de los programas.

4.3 Organización del sistema de salud argentino

Durante la década de 1990, el sistema de salud argentino se organizaba en tres sectores diferenciados: el de seguridad social, el privado y el público. El primero estaba conformado por las obras sociales, que brindaban cobertura a trabajadores/as formales y sus familias, financiadas mediante aportes obligatorios de empleadores/as y empleados/as. Estas entidades contrataban servicios a través de prestadoras privadas bajo un esquema de capitación, es decir, mediante el pago de una suma fija mensual por cada afiliado/a, independientemente de su nivel de utilización del servicio. En paralelo, el sector privado estaba constituido por profesionales y establecimientos que ofrecían atención directa a personas que financiaban las prestaciones mediante pagos individuales.

En tanto, el sector público incluía a los ministerios nacionales, provinciales y redes de hospitales y centros de salud que proporcionaba atención gratuita, principalmente a quienes no contaban con seguridad social ni recursos económicos. Su financiación provenía de recursos fiscales aunque también empezó a recibir pagos del sistema de seguridad social por la atención de sus afiliados/as.

En el ámbito público la estrategia fue reforzar la Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) cuya descripción es recuperada por Zurro y Jodar Solá (2011) quienes retoman a la conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata que la define como:

Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías científicamente fundados socialmente aceptables y accesibles para todos, a un costo que tanto la comunidad como el país puedan asumir. Esta estrategia es fundamental dentro del sistema de salud ya que constituye el primer punto de contacto entre los individuos, las familias y la comunidad con el sistema sanitario (p.3).

La APS no se limita al primer nivel de atención sino que atraviesa todos los niveles lo que permite aplicarla desde el equipo de salud en el primer nivel hasta la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel. Según Vignolo et al (2011) los niveles de atención organizan de forma estratificada los recursos para responder

a las necesidades de la población las cuales no se deben medir por los servicios ofrecidos sino por los problemas de salud que logran resolverse.

Tradicionalmente se identifican tres niveles de atención. El primer nivel más cercano a la población está orientado a resolver necesidades básicas mediante promoción, prevención y rehabilitación y se caracteriza por ser la puerta de entrada al sistema de salud. Este nivel se desarrolla en establecimientos de baja complejidad como consultorios, policlínicos, centros de salud y se destaca por su accesibilidad y capacidad de brindar atención oportuna.

El segundo nivel incluye hospitales que ofrecen servicios en especialidades como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. El tercer nivel por su parte está reservado para la atención de patologías complejas que requieren tecnologías avanzadas y procedimientos especializados y su cobertura abarca generalmente a todo el país.

El sistema de salud argentino de los años 90 tenía una estructura tripartita con roles claramente definidos para cada sector. La APS como estrategia central buscaba garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y abordar los problemas de la población de manera integral. Comprender los diferentes niveles de atención es esencial para entender la organización y el funcionamiento del sistema de salud.

4.4 Tendencias de la salud pública en los 90

Según Bustos (2020) el desmantelamiento del Estado tuvo sus inicios en la década de 1970 con las primeras transferencias de hospitales nacionales a las provincias y culminó con el Decreto 939/2000 que estableció el régimen de hospitales públicos de gestión descentralizada. Este régimen buscaba que estos efectores fueran capaces de obtener sus recursos mediante el arancelamiento de los servicios a las personas con capacidad de pago y a prestadores de salud, al mismo tiempo que pretendía potenciar la APS.

En consonancia, Gorrochategui (2020 a) plantea que la descentralización se constituyó como:

Una de las principales estrategias de la dictadura para reducir el gasto social, manifestándose como una descentralización administrativa no financiada que generó una mayor dependencia fiscal de las provincias respecto a la Nación. La crisis brindó una oportunidad para implementar reformas en el sector salud, promoviendo a nivel nacional un nuevo marco regulatorio que vinculó el déficit del sistema con el entramado de poder establecido en la década de 1970 (p. 113).

En esta línea, en el año 1978 se da la adhesión a Alma ATA⁵, lo que supuso el reemplazo del programa de salud rural⁶ en 1980. Esta adhesión tenía como objetivo principal el lema salud para todos para el año 2000. En 1984 el gobierno constitucional otorgó un nuevo impulso a la regionalización a través de su articulación con el programa de APS. En el marco de esta regionalización, el territorio provincial se dividió en ocho grandes áreas de salud, incluyendo el departamento La Capital así como los departamentos Las Colonias y San Justo, que conformaron el área de salud V.

En septiembre de ese año en el contexto de la adhesión al plan nacional de APS, la provincia emitió la resolución 2612/84 cuyo objetivo era extender la cobertura de salud a través de la atención primaria. Esta resolución estableció la prestación de una atención sanitaria mínima que debía realizarse en la zona extramural de cada HBR, donde se ofrecería apoyo integral de mediana y alta complejidad.

Otro hito significativo se produjo en 1988, cuando el Ministro de Salud y Medio Ambiente de la provincia de Santa Fe Guillermo Weisburd, incorporó a través de un acto administrativo a todos los profesionales que desempeñaban funciones en el ámbito de la salud, quienes hasta ese momento dependían de otros organismos.

⁵ El día 12 de septiembre de 1978 se lleva adelante una conferencia internacional denominada Alma ATA aquí se expresa la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos que adhieran a la misma de todos/as los/as profesionales sanitarios y los/as implicados/as en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo a un bajo costo.

⁶ El programa rural fue implementado en la provincia de Santa Fe en el año 1979 y constituyó un antecedente para la APS.

Entre ellos se incluían los/as Trabajadores/as Sociales que pasaron a estar bajo la dependencia del Ministerio de Salud.

En tanto, en 1989, según Gorrochategui (2020b), la crisis hiperinflacionaria, económica y social impactó severamente el sector salud, provocando reclamos salariales, medidas de fuerza y la suspensión de pagos en obras sociales, como el Instituto Autárquico Provincial (IAPOS). Además, se registró escasez de medicamentos e insumos esenciales, acompañada de un aumento exponencial en sus precios y un desabastecimiento generalizado. El autor también señala que esta coyuntura generó renunciadas masivas del personal sanitario, ante la interrupción de cadenas de pago y demandas estructurales persistentes, tales como el deterioro edilicio y técnico que comprometía la calidad del sistema. Paralelamente, se evidenció una reducción en las prestaciones tanto del sector privado como de la seguridad social, producto del crecimiento del desempleo, lo cual derivó en un aumento significativo de la demanda en la atención pública.

En este contexto, la provincia implementó un plan de emergencia destinado a fortalecer los centros periféricos, con especial énfasis en las áreas materno-infantiles. Asimismo se creó un gabinete de emergencia que integró diversas organizaciones del sector. Este plan dio lugar a la promulgación de la Ley N°10472 de Emergencia Económica, que estableció la adhesión a la Ley Nacional N°23696 de Reforma del Estado. Esta legislación autorizó a los hospitales públicos provinciales así como a aquellos comprendidos en la Ley SAMCO, a facturar la atención proporcionada a pacientes del sistema de seguridad social.

Como resultado de estas medidas el gobierno procedió a reducir en un 40% la estructura provincial, unificando las competencias de acción social y salud. En esta línea se pueden observar los reflejos de estos procesos de cambio en las diversas estructuras institucionales que sustentaron la atención en salud en la provincia, con particular énfasis en el caso específico de la ciudad de Santa Fe.

La descentralización de los hospitales que había comenzado a gestarse previamente culminó en 1990 con la transferencia de facultades administrativas desde el nivel central hacia los efectores de alta y mediana complejidad. En ese

marco, se promulgaron dos normativas que establecieron la autonomía de los hospitales: la Ley N° 10608 (1990) y su decreto reglamentario N° 1427 (1991).

A través de la Ley N° 10608 se determina que los hospitales de alta y mediana complejidad se consideran personas jurídicas públicas estatales, dotadas del correspondiente grado de capacidad administrativa y financiera (artículo I). Esto implica que estos hospitales asumirán la responsabilidad de gestionar su presupuesto y designar a su personal.

La reforma también incorpora un órgano colegiado en la gestión de los hospitales, conocido como el Consejo de Administración el cual sustituye la anterior estructura de conducción integral de una Dirección Médica. Asimismo se establece que la atención gratuita estará destinada a los sectores de bajos recursos que demuestren carecer de cobertura social o seguro privado. Esta disposición se amplía en el decreto reglamentario N° 1427 que estipula que "toda persona que concurra a un hospital recibirá atención sin considerar su condición socioeconómica".

En ese periodo, la estrategia estatal reflejó una creciente influencia de ideas neoconservadoras que planteaban que el Estado debía concentrarse en brindar servicios que apoyaran la actividad privada o que evitaran consecuencias sociales graves, como la atención a la salud infantil y la maternidad. A pesar del deterioro de los servicios sociales y el aumento de la pobreza, el gobierno nacional no asignó los recursos suficientes para abordar estas problemáticas.

Simultáneamente se observa un proceso de consolidación plurisectorial, caracterizado por la formación de espacios interinstitucionales que incluyen a sindicatos, organizaciones comunitarias y trabajadores comprometidos con la salud pública. Estos espacios desarrollan estrategias de resistencia frente a las políticas de descentralización y privatización. La década de 1990 se convierte así en un período fundamental para debatir, influir y posicionarse en el ámbito de la salud.

Por otra parte, en 1993 la seguridad social se encontraba en una situación crítica debido a la caída del salario real de los trabajadores/as. La obra social provincial había limitado sus prestaciones a las áreas materno-infantiles,

emergencias clínicas, quirúrgicas y traumatológicas, así como a los servicios críticos. Esta situación generó un colapso en el sector público resultado del incremento constante de la demanda. En este marco, se instauró el régimen de hospitales de autogestión cuyo objetivo era transformar los hospitales en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener sus recursos a través del arancelamiento de los servicios.

En 1995 se implementó el programa de reforma del sector salud, el cual se integró a un proyecto más amplio de reforma del sistema de seguro de salud y a otra iniciativa de modificación de la APS. Los seguros provinciales de salud constituían una condición imprescindible para la obtención de préstamos destinados a la reforma del sector, concretándose esta estrategia en el año 2001 con el Decreto N° 1535. El mismo se fundamentó en la identificación de la sobrecarga innecesaria de los hospitales y el abandono de la jerarquización preventiva que debería caracterizar la atención primaria. El programa consistió en un paquete prestacional centrado en la prevención y atención primaria de la salud, dirigido a poblaciones con escasos recursos, a través de equipos interdisciplinarios conformados por profesionales (médicos/as de familia, enfermeros/as y agentes comunitarios).

El seguro de salud incorpora un conjunto de incentivos relacionados con la producción de los equipos de APS. Su implementación se inició en los departamentos de San Javier y Garay y posteriormente en el año 2002 con el Decreto N° 3956 se amplió la prestación del seguro a otras localidades de la provincia de Santa Fe.

5. El hospital JB Iturraspe de Santa Fe: Consideraciones introductorias

"Cambia lo superficial, cambia también lo profundo, cambia el modo de pensar, cambia todo en este mundo." - Mercedes Sosa "Todo cambia"

5.1 Creación del hospital

La decisión de construir esta institución surgió en un contexto de crecimiento económico y poblacional en la Argentina de las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, del cual Santa Fe no fue ajena. La ciudad experimentó una transformación social y urbana. Sin embargo, el crecimiento poblacional no estuvo acompañado de la expansión del ejido⁷ urbano lo que evidenció problemas de salubridad debido a las malas condiciones sociales y habitacionales. Estas situaciones fueron incorporadas progresivamente a la agenda de políticas de los diferentes niveles de gobierno municipal, provincial y nacional quienes se vieron obligados a abordar esta cuestión.

Los ejes fundamentales de estas estrategias que formaron parte del modelo higienista⁸ que prevalecía a nivel mundial incluían desde la provisión de agua potable hasta la construcción de hospitales, mataderos, cementerios e industrias en las afueras de las ciudades. A partir de este momento se produjo un cambio de paradigma en la concepción de la salud. La misma se dejó de entender únicamente desde una perspectiva médico-clínica para adoptar una visión más integral y amplia. Este nuevo enfoque comenzó a considerar el entorno urbano como un factor determinante en la salud de la población permitiendo desarrollar estrategias preventivas contra enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla, la peste bubónica y la tuberculosis, entre otras.

De este modo, se produjeron cambios en la planificación urbana, impulsados por las nuevas ideas sobre la higiene que se difundían globalmente en esa época.

⁷ Término según el cual se hace coincidir los límites del municipio con los del espacio urbanizado. La gestión de los territorios fuera de los ejidos es responsabilidad del Estado provincial.

⁸ Este modelo fue desarrollado especialmente entre 1880 y 1920, estuvo centrado en los problemas sanitarios del conventillo o inquilinatos; las enfermedades infecto-contagiosas, causantes de epidemias; además de la malnutrición de la población y el alcoholismo.

Estas transformaciones formaron parte de una estrategia para enfrentar los problemas de salud surgidos a raíz de la aceleración de la industrialización y la urbanización (Bolcatto y Piazzesi, 2011a).

En 1896 se comenzó a construir el primer edificio de lo que hoy conocemos como el hospital JB Iturraspe en la ciudad de Santa Fe, inaugurándose el 8 de enero de 1911. Fue construido en un terreno de dos manzanas a metros del hospital Italiano de Santa Fe y Colonias. Originalmente se denominó casa de aislamiento para enfermos tuberculosos y en 1912 adoptó el nombre de hospital JB Iturraspe en honor a quien donó los terrenos y fue gobernador de la provincia entre 1898 y 1902.

En 1941 el hospital se amplió con la incorporación de dos nuevos bloques: el edificio de la maternidad y el sector de otorrinolaringología. A partir del año siguiente recibió el apoyo de la comunidad religiosa de la Virgen Niña. Posteriormente, en 1947, el hospital experimentó una primera reformulación en su uso general con la incorporación del centro antituberculoso. En 1978 comenzaron los estudios del plan director⁹ para establecer en el predio el policlínico JB Iturraspe una propuesta integral que buscaba modernizar los servicios. El 1 de noviembre de 1985 se inauguró la primera y única etapa construida del nuevo Policlínico.

El hospital se encontraba ubicado en la zona centro-norte de la provincia rodeado por importantes vías de circulación y acceso urbano. Al norte el Boulevard Pellegrini lo conectaba con las rutas 168 hacia Paraná y N° 1 hacia Rincón, Arroyo Leyes, Helvecia y San Javier. Además, el edificio estaba emplazado entre la Avenida Freyre y la calle Presidente Perón, al este, ambas con conexión directa a la autopista hacia Rosario y a la Ruta N° 11 que conduce al norte de la provincia.

5.2 Efectores de salud en la ciudad de Santa Fe

Antes de la creación del hospital JB Iturraspe, la ciudad de Santa Fe hacia fines del siglo XIX contaba con lugares destinados para la internación denominados lazaretos o casas de aislamientos¹⁰ y con dos hospitales. Por un lado, el hospital de

⁹ Un Plan Director de una Ciudad es el instrumento legal máximo de planificación y orientación para el desarrollo urbano de una ciudad. Establece el reglamento de zonificación, vías y construcciones urbanas.

¹⁰ Originalmente denominados lazaretos, en referencia bíblica a Lázaro, estos espacios estaban destinados a albergar personas con lepra. Con el tiempo, el término fue reemplazado por 'casas de

“La Caridad”¹¹ que fue creado en el año 1860 y estuvo a cargo de la Sociedad de Beneficencia¹² y por otro lado el hospital “Italiano”¹³ fundado en el año 1892 por la colectividad Italiana (Bolcatto y Piazzesi, 2011b).

En la ciudad de Santa Fe a mediados del siglo XIX se iniciaron las gestiones para la construcción de la casa de aislamiento para enfermos infecto-contagiosos y tuberculosos que luego tomaría el nombre de hospital JB Iturraspe. Como se mencionó anteriormente, la construcción comenzó en 1896 con aportes económicos mensuales de la provincia de Santa Fe y del Congreso de la Nación lo que permitió asegurar la instalación y puesta en funcionamiento de la casa de aislamiento el 8 de enero de 1911. Los datos recopilados permiten inferir una clara segmentación social en el acceso a los servicios de salud a principios del siglo XX. Mientras los sectores de bajos recursos dependían en gran medida de la atención pública hospitalaria, los grupos socioeconómicos más altos contaban con una asistencia médica domiciliaria personalizada.

Para el año 1918 el hospital contaba en su plantilla con un médico que cumplía las funciones de director y jefe de sala para enfermos tuberculosos el doctor Cristóbal Roca; el doctor Bernardo de Diego como médico de pabellón de tuberculosos; el doctor Luis Aguirre como médico de enfermedades infectocontagiosas y el doctor Bernardo Ramírez como médico de consultorio externo antivenéreo. Además, entre el personal había “hermanas de la caridad”¹⁴ que pertenecían a la Congregación de San Antonio de Padua.

En cuanto a las enfermedades atendidas en el efector las principales desde sus inicios eran la tuberculosis, parotiditis, neumonía, sarampión, viruela, difteria y enfermedades venéreo-sifilíticas, entre otras.

aislamiento' o 'de exclusión', que cumplían la función de asistir y aislar a personas con enfermedades infecto-contagiosas, consideradas en esa época una amenaza para toda la sociedad.

¹¹ Actualmente denominado hospital JM Cullen en el año 1909 inauguró su nuevo edificio ubicado en las manzanas entre Av. Freyre, Salta y Lisandro de la Torre.

¹² Excede a este trabajo un tratamiento exhaustivo de la sociedad de beneficencia para ampliar véase Rubinzal (2014).

¹³ Hoy en el edificio funciona el Nodo Santa Fe de la Región de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia y oficinas de Discapacidad, INCUCAI, además de sedes de ONG de la ciudad y Delegación Gremial de ATE y UPCN.

¹⁴ Las Hermanas de la Caridad tenían como función dentro de los efectores de salud realizar el cuidado de los enfermos, que luego continuó su obra con la comunidad de la Virgen Niña que en el hospital JB Iturraspe estuvieron hasta entrado el año 2000.

5.3 Políticas de salud que atravesaron el hospital JB Iturraspe

En la década de 1930 el Estado implementó medidas para enfrentar los efectos de la gran crisis internacional de 1929 que agravó la marginalidad en el país. Durante ese período se transformaron las concepciones sobre las cuestiones sanitarias e higiénicas consolidando la idea de la salud como un derecho social. Se reconoció que una población sana favorecía el progreso nacional lo que impulsó una mayor intervención estatal en las políticas de salud y en la organización del sistema sanitario, un proceso que se intensificó con la llegada del gobierno peronista a mediados de la década de 1940.

Para alcanzar estos objetivos se destacan aquellas políticas que abordaban las condiciones de trabajo, la seguridad social, la educación, el mejoramiento urbano y la salud de la población en consonancia con las políticas implementadas a nivel nacional. Mientras se daba relevancia al abordaje preventivo y a la atención médico-hospitalaria se empezó a dar importancia a otros factores que se entendían como constitutivos de la salud tales como la vivienda, el trabajo, el descanso y la alimentación.

Según Piazzesi (2010) sería el Estado quien debería asegurar que los avances de la medicina fueran alcanzados por todos los sectores de la sociedad, atendiendo a las cuestiones vinculadas al logro del bienestar de los sujetos. Por su parte Genolet (2017) postula que las preocupaciones centrales de los gobiernos conservadores giraban en torno a resolver los problemas sociales que surgieron en esa época como producto del proceso de industrialización y urbanización. Desde estos espacios se iniciaron una serie de estrategias destinadas a establecer una nueva relación entre el Estado y la sociedad civil. Así la obra pública y la salud se convirtieron en los medios más efectivos para alcanzar la producción de legitimidad de estos gobiernos que llegaron al poder de manera fraudulenta.

Los gobiernos conservadores se propusieron resolver las cuestiones sociales que emergieron de la modernización apuntando a atender principalmente la problemática de la mortalidad infantil desde una perspectiva integral y racionalista respecto a la acción social. Las intervenciones del Estado en ese momento histórico

reflejan qué aspectos de la vida de los sujetos resultaban oportunos o convenientes de transformar para la racionalidad y conservación del orden.

En la provincia de Santa Fe en el año 1938, se sancionó la Ley N° 2606 de Asistencia Hospitalaria y Organización de la Asistencia Social. Rubinzal (2016) refiere que esta ley postulaba un plan de acción para la construcción, sostenimiento y subvención de hospitales, colonias de niños débiles y tratamiento de cáncer en toda la provincia por lo que se proyectó la creación de nuevos hospitales y la ampliación de los ya existentes.

En la provincia de Santa Fe Abelardo Irigoyen Freyre fue el primer Ministro de Salud Pública, cargo que ocupó de 1941 a 1943. Fue nombrado por el gobernador Joaquín Argonz y responsable de la creación del Ministerio de Salud Pública y Trabajo, siendo el primero en la Argentina. Con la conformación de estas estructuras institucionales la provincia absorbió el hospital JB Iturraspe lo que llevó a la firma de un contrato en 1942 entre el Ministro de Salud y la Comunidad Religiosa de la Virgen Niña.¹⁵ En dicho contrato se estableció que la Madre Superiora se encargaría de ocupar la figura de administradora habilitada y el resto de las hermanas se abocaron a las distintas actividades requeridas para el funcionamiento del hospital entre ellas las funciones de enfermería, supervisión de servicios y atención espiritual.

En el año 1946 con el peronismo en el gobierno nacional, la Secretaría de Salud Pública primero y posteriormente el Ministerio de Salud Pública, estuvieron bajo la dirección del Dr. Ramón Carrillo¹⁶, ferviente defensor y militante de la denominada Medicina Social¹⁷. Desde su gestión, impulsó un modelo sanitarista

¹⁵ Firmado el 30 de junio de 1949, denominado convenio de Coordinación de los servicios médico asistencial que prestaban la Asistencia Pública y el hospital de Caridad. Celebrado por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social Dr. Roberto Lavagna y la Sociedad de Beneficencia del hospital de Caridad donde ésta cede el uso del local de internación de menores madres al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

¹⁶ Ramón Carrillo fue un neurocirujano, neurobiólogo y médico sanitarista argentino. Fue la primera persona que ejerció el cargo de ministro de Salud de Argentina, durante la presidencia de Juan Domingo Perón (1946 y 1954).

¹⁷ Se trata de una transdisciplina que involucra a todas las personas dedicadas a la tarea y arte de cuidar la salud de una comunidad.

que privilegiaba la intervención activa del Estado, orientado a centralizar y coordinar la atención médica y la asistencia social como parte de una política de salud integral.

En 1947 se llevó a cabo una reformulación significativa del uso general del hospital JB Iturraspe con la incorporación del Centro Antituberculoso de la Primera Sección de Sanidad, en el marco de las masivas campañas sanitaristas impulsadas por el Dr. Carrillo. El Centro tenía como función principal ejercer un control integral sobre el movimiento de los enfermos tuberculosos focalizando sus acciones en dos áreas clave: la prevención y la cura. Asimismo se adoptó un enfoque integral que abarcaba tanto los aspectos funcionales de la asistencia como la profilaxis de la enfermedad. Para ello se incorporaron al Centro las figuras de Visitadoras de Higiene especializadas en Tisiología y Asistentes Sociales.

Para concluir con el apartado referido a las políticas públicas que atravesaron el hospital es importante destacar cómo estas transformaciones reflejaron un esfuerzo por ampliar y diversificar la oferta sanitaria alineándose con las demandas sociales y los avances en la gestión de salud pública de la época. En el año 1968 ya contaba con cirugía general, ginecología y obstetricia, consolidándose como hospital de atención integral. Destacando por último que en 1977 se incorporaron nuevos servicios al hospital entre ellos pediatría y el servicio de patología vertebral. En tanto, en 1978 comenzaron los estudios para instalar en el predio el Policlínico JB Iturraspe una concepción integral de la atención en salud que buscaba modernizar los servicios. Desde principios del siglo XX implementó clínicas especializadas como la de hombres, reumatología y hematología. También se desarrollaron servicios como endocrinología y odontología; en los años 90 se amplió la atención a enfermedades como oncología, diabetes, VIH y otras.

5.4 Hospitales base referenciales y áreas programáticas

En el año 1985 se creó la Dirección de APS que dividió a la provincia en lo que el gobierno denominó "áreas programáticas". Las mismas se concebían como divisiones territoriales diseñadas para optimizar la planificación, organización y ejecución de los servicios de salud con el objetivo principal de mejorar la cobertura y el acceso a una atención de calidad ajustada a las necesidades locales. Los HBR tenían bajo su responsabilidad una cantidad variable de centros de atención territorial denominados Centros de Salud y Acción Social.

Además, estaban presididas por el jefe de la zona y conformadas por directores y subdirectores de los HBR que tenían la función de normatizar, coordinar y controlar la gestión creando el Comité Asesor de Atención Médica y el Comité Operativo de Atención Extramural, encargados de la conducción operativa. En la ciudad incluían a las autoridades del hospital JB Iturraspe, JM Cullen, de niños Ricardo Gutiérrez, Dr. Emilio Mira y López, de rehabilitación Vera Candiotti, Protomédico Manuel Rodríguez y Sayago. El hospital JB Iturraspe contaba con una oficina central en el mismo efector con un equipo de gestión y 18 Centros de Atención Primaria de Salud (en adelante CAPS) encargados de la atención básica de la población.

En los años 90 con la denominada reforma del Estado se dio el traspaso de facultades y competencias del gobierno nacional a las provincias. En el caso de Santa Fe se sancionó la Ley 10608 de descentralización hospitalaria (1990) y su decreto reglamentario 1427 (1991). El primer efector de la provincia en incorporar este nuevo modelo fue el hospital JB Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. Este proceso de descentralización significó para el conjunto de hospitales públicos serios problemas económicos debido a la escasez de recursos. En este contexto, como describimos en apartados precedentes se observó un repliegue de las prestaciones públicas y comenzaron a aparecer políticas de APS como intervenciones selectivas sobre grupos y territorios.

6. Intervención profesional del TS desde el hospital JB Iturraspe

“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo.” — Eduardo Galeano

6.1 Una mirada del contexto de los 90 desde el TS

El TS desde el hospital JB Iturraspe de la ciudad de Santa Fe atravesó un proceso de integración relevante en el sistema de salud especialmente en el primer nivel de atención. Este proceso tuvo lugar, como hemos fundamentado en los desarrollos previos, en un contexto de profunda crisis política, social y económica que generó un aumento de la pobreza y la desigualdad, lo que incrementó considerablemente la demanda de servicios sociales y de salud pública.

La descentralización de los servicios de salud impulsada por políticas que priorizaban la eficiencia y la reducción de costos obligó a los hospitales a adaptar sus enfoques para responder mejor a las necesidades de sus comunidades. En este contexto la Ley 10608 jugó un papel clave ya que promovió la descentralización de los hospitales provinciales y permitió una mayor autonomía a nivel institucional. Este marco legal favoreció la creación de consejos de administración con la participación de personas que no eran exclusivamente médicos/as. Poniendo en palabras la relevancia de este cambio institucional, una profesional entrevistada destacaba:

“La ley 10608 es un avance interesante. El consejo de administración es la máxima autoridad del hospital. El presidente ya no es solo el director médico, es el representante del Estado lo asigna el gobernador. Entonces se compone de representantes de los profesionales, de los no profesionales, de la cooperadora del hospital y de la comunidad, estos son todos cargos electivos, solo hay una designación política que es el director” (entrevista a Trabajadora Social 2 del hospital JB Iturraspe, julio año 2023).

A su vez, las reformas neoliberales promovieron la privatización y recortaron los recursos destinados a la salud pública aumentando la vulnerabilidad de la población. Esta situación provocó el cierre del hospital Oncológico, el Italiano y más tarde del Ricardo Gutiérrez de la ciudad de Santa Fe afectando particularmente al

hospital JB Iturraspe que asumió la atención de los/as pacientes provenientes de estos efectores. Sobre esta cuestión, recuperamos una entrevista que sintetiza y refleja las opiniones de los/as entrevistados/as:

“Cuando cierra el Ricardo Gutiérrez y abre el Alassia, también cierra -previo desmantelamiento- el Italiano, parte del recurso humano del italiano pasa a nosotros y así va creciendo el servicio. Se crea un servicio social, un servicio de oncología dentro del hospital, entonces el área empezaba en Villa del Parque y terminaba en Arroyo Leyes” (entrevista a Trabajadora Social 2 del hospital JB Iturraspe, julio año 2023).

El TS en ese período abordó no sólo las demandas estrictamente médicas, sino también, diferentes condicionantes de la salud adoptando un enfoque preventivo e integral. En el relato de una profesional se refleja lo expuesto anteriormente:

“Hay patologías en particular que necesitan ciertas condiciones, un niño con problemas respiratorios, con asma crónico y piso de tierra; un niño con leucemia y defensas bajas, hay ciertas condiciones que tienen que reunir. Entonces ahí trabajabas la cuestión de la vivienda lo que eran mínimos logros, el poder armar una habitación de ladrillo y cemento” (entrevista a Trabajadora Social 2 del hospital JB Iturraspe, Julio año 2023).

El proceso de integración del TS en el primer nivel de atención de salud desde las áreas programáticas del hospital JB Iturraspe fue paulatino y estuvo atravesado por tensiones institucionales, vacíos normativos y condiciones de trabajo aún en conformación. A fines de la década de 1980 y comienzos de los 90 se comenzaban a delinear nuevas formas de inserción profesional, aunque todavía sin una estructura consolidada que facilitara su implementación. Con claridad testimonial, un Trabajador Social que vivió esa etapa lo expresaba de la siguiente manera:

“Específicamente de Trabajadores Sociales que se desempeñaban en el primer nivel eran los que estaban en los hospitales, pero también era muy reciente la incorporación yo les decía que es del año 87 y estamos hablando

de principios de los 90. No hacía 10 años que había profesionales en los hospitales y también teníamos que asumir el primer nivel, era medio complicado” (entrevista a Trabajador Social 1 del hospital JB Iturraspe, Mayo año 2022).

En ese marco el modelo de APS cobró relevancia en la provincia de Santa Fe siguiendo los lineamientos de la Conferencia de Alma-Ata de 1978. Como resultado se produjo un cambio de paradigma que facilitó la incorporación de Trabajadores/as Sociales a los equipos de atención dependientes del Ministerio de Salud hacia finales de los años 80 y principios de los 90. Quien vivió ese cambio desde dentro del sistema de salud, lo relataba en estos términos:

“En el año 87 todos los Trabajadores Sociales que trabajaban en hospitales públicos pasaron a depender de salud, ahí recién empieza a haber profesionales que dependían de salud. Hasta ese momento los Trabajadores sociales que dependían de Acción Social trabajaban en lo que eran las agencias sociales desde los hospitales. Weisburd, el Ministro de Salud es el que genera una resolución ministerial por lo cual todos los que trabajaban en hospitales pasan al Ministerio de salud, salen de Acción social” (entrevista a Trabajador Social 1 JB Iturraspe, mayo año 2022).

Las leyes promulgadas promovieron una vinculación más directa entre los/as profesionales de TS y el Ministerio de Salud, suprimiendo la dependencia histórica del área de Acción Social. Esta modificación permitió la integración del TS en los equipos de salud, aunque no estuvo exenta de resistencias ni de situaciones de ambigüedad institucional. Reflejando con claridad las tensiones y transiciones de ese momento, un Trabajador Social lo expresaba así:

“A los otros trabajadores les costaba romper con esa dependencia de hace 20 años, de una dinámica de trabajo. A nosotros no nos costó romper con eso porque no la conocíamos. Cuando ingresamos ya dependíamos de salud. ¿Cuál era el problema? Cada vez que usábamos el teléfono decían, ¿Por qué ustedes vienen a hablar por teléfono a la dirección? Si ustedes no dependen del hospital. Respondíamos entonces: no, mire el decreto que acá dice que

dependemos de salud” (entrevista a Trabajador Social 1 del hospital JB Iturraspe, junio año 2023).

6.2 Cultura institucional en el hospital JB Iturraspe

En cuanto a la cultura institucional del hospital JB Iturraspe, durante los años 90, los/as Trabajadores/as Sociales entrevistados/as en esta investigación señalan que presentó ciertos desafíos para ellos. El enfoque biomédico tradicional y hospitalo-céntrico que predominaba en la institución priorizaba por un lado, la atención intramuros por sobre la extramuros y por otro, los abordajes médicos por encima de los enfoques integrales e interdisciplinarios, lo que generaba tensiones entre los distintos profesionales de la salud.

Esta jerarquización limitaba en algunos casos, la colaboración entre disciplinas y dificultaba la implementación de modelos de atención más integrales que tuvieran en cuenta los aspectos sociales de la salud. Ofreciendo una mirada autocrítica y profunda sobre este proceso, uno de los entrevistados expresaba:

“El Iturraspe tenía una cultura organizacional que implicaba una dosis de hegemonía médica que venía incorporada en nosotros. Seguramente nuestro recorrido hubiera sido otro si nos hubiésemos desprendido de la carga de la cultura organizacional del hospital en el centro y hubiésemos ido más a buscar desde la periferia. Además en el hospital tenías gente formándose en las residencias médicas con disciplinas duras, donde la interdisciplina era lo que nosotros metíamos como un elemento contracultural” (entrevista a Trabajador Social 3 del hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

El director del hospital, reconociendo la importancia de la colaboración interdisciplinaria, habilitó instancias de participación para que los/as Trabajadores/as Sociales intervinieran en la planificación de los servicios de salud. Esta apertura institucional marcó un punto de inflexión en una cultura hospitalaria tradicionalmente centrada en la lógica médica, permitiendo a los/as profesionales ganar influencia y redefinir su rol dentro del sistema de salud, esto incidió en ciertas prácticas asistenciales, aportando una perspectiva interdisciplinaria y centrada en los

derechos en el marco de las intervenciones desarrolladas desde el hospital JB Iturraspe.

6.3 Resistencia, organización y estrategias de TS desde el hospital JB Iturraspe

Frente a los desafíos institucionales los cuales estuvieron marcados por una cultura hospitalaria jerárquica, centrada en el enfoque biomédico y con escasos espacios para el abordaje interdisciplinario, los/as Trabajadores/as Sociales fueron interpelados/as a encontrar formas de sostener su intervención profesional y ampliar su campo de acción. A estas tensiones internas se sumaban los efectos del avance de las políticas neoliberales en el sistema de salud público que profundizaban la fragmentación, el desfinanciamiento y la lógica asistencialista, generando condiciones adversas para el ejercicio profesional. En este escenario complejo, caracterizado por restricciones materiales e institucionales, los/as Trabajadores/as Sociales construyeron espacios de resistencia a través de la organización colectiva y la elaboración de estrategias conjuntas.

Estos espacios se manifestaron en diversos niveles de organización y participación. La Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), por ejemplo, fue un ámbito donde los profesionales encontraron apoyo para construir posturas unificadas y defender sus condiciones laborales. Durante la década de 1990, ATE se consolidó como un foco de resistencia contra el avance neoliberal y un importante punto de articulación política y formativa para los/as trabajadores estatales. Los/as entrevistados/as lo destacan como un espacio abierto a estudiantes, trabajadores/as y organizaciones, especialmente en un contexto de profundas afectaciones socioeconómicas al sistema de salud pública.

Bajo la representación de uno de los referentes del servicio social del hospital JB Iturraspe el cual asumió el rol de delegado gremial, TS pudo integrar la profesión a la rama de salud de ATE estableciendo alianzas con colegas de otros hospitales y centros de salud de la provincia. Esta movilización colectiva promovió un enfoque de defensa que no solo se limitó a las condiciones laborales de los/as trabajadores/as de la salud, sino también abordó la necesidad de contar con personal suficiente para atender la demanda creciente de la población en un contexto social y económico

desafiante. Dando cuenta del contexto crítico que impulsó la organización colectiva, un entrevistado expresaba:

“Esto en el contexto del año 89 uno cobraba el sueldo de enero, o el de febrero que en mayo era la mitad o la tercera parte del sueldo, esa situación de crisis y de cobrar así, poco y demás nos hizo también valorar el espacio gremial. Ahí también fue una decisión conjunta, lo discutimos y dijimos vamos a ocupar ese espacio también. Ahí fui el delegado de ATE del hospital, ese fue un espacio muy interesante porque nosotros constituimos la rama de salud de ATE en Santa Fe junto con compañeros que eran docentes de la Escuela de Servicio Social. A través de ella se organizaban congresos relacionados con la APS y el equipo de salud” (entrevista a Trabajador Social 1 del hospital JB Iturraspe, junio del año 2023).

La organización gremial fortaleció su capacidad de negociación, también les permitió participar activamente en la formulación de estrategias que impactaran directamente en la calidad de atención a los/as pacientes. Dicha organización sindical fortaleció el rol profesional en la política de salud pública. A través de su participación en ATE y su activismo dentro de los espacios gremiales el colectivo profesional logró avanzar en la defensa de sus derechos laborales y reconoció la necesidad de ocupar lugares que impactaban en su labor. Sobre este aspecto un profesional narraba:

“Participar nos daba una perspectiva más detallada sobre el poder la mirada del poder, cómo se construía pero eso también fue una decisión que tomamos como equipo, tenía que ver con nuestra intervención y con nuestra inserción con los compañeros de ATE, yo recorría la sala también como delegado y hablábamos de la cuestión salarial, del país, de lo que pasaba con cada compañero. Eso también es una construcción estratégica y se hacía desde TS” (entrevista a Trabajador Social 1 del hospital JB Iturraspe, junio de 2023).

En los relatos de los/as entrevistados/as, ATE emerge como un gremio en consolidación, de perfil progresista, que amalgamaba diversas expresiones de la militancia social y profesional. Ofrecía un espacio físico y político fundamental para el

encuentro, la resistencia y la construcción de pensamiento colectivo. Era además, un punto de confluencia política e ideológica para distintos sectores críticos al ajuste estructural y al desmantelamiento del Estado. Esto puede sintetizarse en el relato de un entrevistado quien sostenía:

“ATE fue un lugar o un espacio de resistencia en ese momento pero no resistencia de salir a hacer movilización, o únicamente no eso, sino espacio de circulación intelectual, donde podías encontrarte con personas que venían escribiendo libros y teorizando y ahí hicimos el encuentro de salud” (entrevista a Trabajador Social 3 del hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

Esta lógica de construcción colectiva se reflejaba también en otras experiencias, donde el trabajo conjunto se convertía en una estrategia vital para mantener la intervención en contextos de alta vulnerabilidad. Desde esta perspectiva, un profesional destacaba la articulación con otros como fundamental para la práctica cotidiana en esos escenarios: *“Lo que pasa que estando en un centro de salud uno empieza a asociarse o a trabajar conjuntamente con la gente del CAF, acción social, con Trabajadores Sociales de otras dependencias y ahí empezamos a trabajar intersectorialmente”* (entrevista Trabajador Social 1 del hospital JB Iturraspe, mayo año 2022).

La trama de resistencias también se fortaleció a través de la conexión con organizaciones sociales del territorio, compartiendo con ellas una perspectiva crítica sobre la salud y las políticas públicas, posibilitando el trabajo en red. El resultado fue una serie de intervenciones sostenidas y de gran impacto en escenarios de alta vulnerabilidad. Sobre este aspecto un profesional afirmaba: *“Nosotros no hacíamos el trabajo de las redes con las organizaciones sociales como algo que teníamos que hacer a espaldas de nuestro trabajo profesional en el Estado, sino que lo hacíamos como parte de nuestras tareas”* (entrevista a Trabajador Social 3 hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

Este trabajo en red no sólo fortalecía las intervenciones, sino que también abría caminos para abordar problemáticas emergentes en la salud pública, como lo evidencia otra de las voces entrevistadas que decía:

“Recuerdo, por ejemplo, que trabajábamos con el Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos (MEDH), en emprendimientos para gente con VIH...Nos reuníamos con todo lo que era el mundo de las organizaciones sociales, con el CANOA, con Acción Educativa, con el Sindicato de Amas de Casa, entre otros. Ahí había un debate muy interesante” (entrevista a Trabajador Social 3 hospital JB Iturraspe, noviembre de 2023).

6.4 El ámbito de la salud como campo

El TS en el ámbito de la salud se inscribió en una trama institucional atravesada por disputas en torno a la legitimidad de los saberes, las jerarquías profesionales y los modos de producción en la atención. La organización hospitalaria estuvo fuertemente marcada por una lógica médico-hegemónica que no solo regulaba la formación de profesionales sino también los modos de acceso y circulación dentro de la institución. En este contexto, TS fue una de las profesiones que sostuvo la defensa del acceso a derechos, incluso en las condiciones adversas que se encontraban, producto del desfinanciamiento público, entre otras cuestiones. Sobre este tema un profesional comentaba:

“Siempre nos guiaba una perspectiva de derecho, por allá en los principios de los 90 nosotros veíamos que el hospital como organismo público de salud proveía muy poco acceso a la salud, era una atención muy artesanal pero desprovista totalmente de recursos y nosotros empezamos a construir un camino de acceso a través del servicio social” (entrevista a Trabajador Social 1 hospital JB Iturraspe, mayo de 2022).

Esta confrontación de lógicas no solo fue contextual, sino que también constituyó una disputa continua dentro del propio ámbito institucional. Las reglas estaban históricamente definidas por la racionalidad biomédica y fue en este marco que los/as profesionales de TS necesitaron desvincularse del lugar subordinado históricamente asignado para obtener espacios de decisión. Una entrevistada lo ejemplifica al recordar: *“Así como nos decían no, vos tenés que pedir el llamado a larga distancia. Cuando se entendió que nosotros éramos parte del ámbito de salud. Nos habilitaron por ejemplo una línea para salir directo. Y a larga distancia” (entrevista a Trabajadora Social hospital JB Iturraspe 2, julio 2023).*

En conjunto, la disputa por un posicionamiento dentro del campo de la salud se sostuvo a partir de la movilización activa de distintos tipos de capital. Frente a una situación estructuralmente limitada, donde el capital económico era escaso y el Estado desfinanciaba lo público, los/as Trabajadores/as Sociales del hospital Iturraspe debieron desplegar estrategias para sostener sus intervenciones.

La capacidad de construir alternativas se sostuvo también en el capital social acumulado como redes de contactos con profesionales de otros efectores, médicos generalistas y organizaciones sociales que permitieron concretar derivaciones, garantizar tratamientos y sostener el acompañamiento ante la resistencia de ciertos sectores hospitalarios. En ese marco, un profesional expresaba:

“los vínculos con otros hospitales y centros de salud eran importantes pero lo fundamental fue la capacidad política del equipo de Servicio Social para generar otras formas de interacción, abrir espacios, construir alianzas internas e incluir a la comunidad en los procesos de atención. El vínculo con organizaciones sociales resultó clave en esa estrategia” (entrevista a Trabajador Social 3 hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

Junto con ello, la dedicación continua al desarrollo de conocimientos para analizar la intencionalidad de las acciones de los agentes constituyó una herramienta clave para sostener la intervención profesional. La actualización permanente, el intercambio crítico y la construcción colectiva del saber se presentan como condiciones esenciales para mantener una práctica crítica y situada. Una profesional lo expresa con claridad:

“Siempre te ayuda mucho el participar en organizaciones o instituciones. Sí o sí, tenés que estar actualizado, tenés que continuar formándote o capacitarse continuamente, no estar aislados. Y lo otro importante es el contacto con los colegas de las otras instituciones, nuestros pares digamos” (entrevista a Trabajadora Social 2 hospital JB Iturraspe, julio 2023). En la misma línea, otro de ellos recordaba: *“teníamos a dos compañeros que se iban a Rosario a estudiar salud pública, volvían con revistas, materiales, debates, que nos abrían la cabeza a todos. Eso nos sostenía en la práctica”* (entrevista a Trabajador Social 3 hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

A través de diversas estrategias sostenidas en el tiempo, los/as profesionales de TS lograron construir y consolidar un capital simbólico propio dentro del campo de la salud, basado en el reconocimiento institucional y social de prácticas que pusieron en el centro la atención primaria, el trabajo territorial y la perspectiva de derechos. Esta acumulación simbólica fue producto de una construcción colectiva y sostenida, orientada a disputar sentidos y posicionar otras formas de concebir la salud pública. Un ejemplo de esto fue impulsar la participación activa de los/as usuarios/as en la toma de decisiones, como parte de una estrategia ética y política que transformó la relación tradicional entre profesional y paciente.

En suma, observamos que el equipo de TS en ese escenario configuró múltiples estrategias interventivas tendientes a disputar el campo de la salud y esto otorgó una mayor visibilización y reconocimiento profesional.

6.5 Funciones del servicio social en el área programática del hospital JB Iturraspe: Principales problemáticas abordadas

En lo que refiere a las funciones del servicio social se sostiene a partir de los distintos relatos de los/as entrevistados/as que el contexto de la década de los 90 incidía en el ejercicio de la profesión producto de los cambios generados en las políticas públicas que a su vez implicaron una agudización de la cuestión social que no solo refiere a desigualdades económicas sino de acceso a derechos fundamentales y básicos así como a condiciones de vida dignas. Sobre esto un profesional sostenía:

“Nosotros atendíamos a la población sin recursos y en ese momento la cantidad de desocupados aumentó, mucha gente que empieza a estar en una situación de mayor fragilidad subjetiva en términos de salud. Entonces eso hacía que los hospitales cada vez tengan que absorber más funciones con menos (entrevista a Trabajador Social 2 hospital JB Iturraspe, julio año 2023).

No obstante, la intervención de Trabajadores/as Sociales en el hospital JB Iturraspe y sus áreas programáticas abarcó diversas funciones esenciales para garantizar una atención integral, diferenciándose de una narrativa que el modelo neoliberal establecía. El servicio social intervenía en distintos barrios de la ciudad de

Santa Fe donde se incluían Villa del Parque, Barranquitas, Quilmes, Los Hornos, Padre Cobos, Salvador del Carril, Alberdi, Guadalupe Oeste y Setúbal, específicamente en el centro de salud ubicado en calle French y Riobamba. Estos barrios constituían el área programática del hospital donde los integrantes del servicio social colaboraban en diversos proyectos y brindaban apoyo a la comunidad. Reflejando la intensidad y diversidad de estas intervenciones en territorio una Trabajadora Social recordaba:

“Hemos intentado hacer cuestiones grupales en donde trabajábamos con las madres determinados temas, en principio de alimentación más tarde fue todo lo que era sexualidad y métodos anticonceptivos, en general eran enfermedades crónicas y la tuberculosis era otro tema importante y el trabajo con las mamás, digo mamás porque eran de pacientitos nuestros que era una puerta de entrada para llegar a ellas” (entrevista a Trabajadora Social 2 del hospital JB Iturraspe, julio año 2023).

Entre estas acciones se destacaron la evaluación y diagnóstico social de los pacientes y sus familias, la gestión de recursos y la derivación a servicios comunitarios, la intervención en situaciones de crisis y la colaboración con otros profesionales de la salud mediante la articulación interinstitucional en un contexto atravesado por políticas neoliberales, recortes presupuestarios y creciente vulnerabilidad social. Los equipos profesionales construyeron redes que funcionaron como una estrategia colectiva para sostener la integralidad de la atención, defender derechos y garantizar el acceso a la salud pública. En palabras de uno de los entrevistados:

“Con colegas de otros hospitales nos articulábamos para resolver problemas que excedían a un solo establecimiento. Por ejemplo, en casos de oncología o salud sexual y reproductiva donde buscábamos soluciones colectivas y estrategias compartidas como la realización de estadísticas, considerar los determinantes sociales de la salud en los abordajes, etc. (entrevista a Trabajador Social 1 del hospital JB Iturraspe, mayo de 2022).

Estas tareas fueron fundamentales para asegurar que las demandas de las personas fueran abordadas integralmente mediante acciones orientadas a la

promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de talleres, charlas y campañas de sensibilización dirigidas a la comunidad. Dichas iniciativas se complementaban con el acompañamiento y seguimiento de pacientes para facilitar el acceso a tratamientos, promover la continuidad en la atención y contribuir al bienestar de la población.

Con el pase de los/as Trabajadores/as Sociales al ámbito de la salud, el equipo logró integrarse a los distintos comités del hospital, lo que fortaleció su inserción institucional y posibilitó una organización transversal en los servicios. En este marco el equipo desarrolló una modalidad de trabajo basada en problemáticas específicas, como VIH/SIDA, oncohematología, salud gineco-obstétrica, maternidad, pediatría y atención primaria que, aunque inicialmente fue cuestionada por otros sectores por considerarse fragmentaria, fue defendida como una estrategia interna valiosa. Como relataba una de las entrevistadas:

“Nos habíamos organizado por problemática, era bastante discutido eso por otros, porque nos decían que fragmentábamos... y la verdad que era una organización interna que nos dimos y que en su momento sirvió, fue valiosa porque te permitía potenciar aquello que estabas trabajando” (entrevista Trabajadora Social 2 hospital JB Iturraspe, julio 2023).

Esta lógica permitió al equipo especializarse, sostener procesos de formación continua, establecer vínculos con otros efectores de salud y proyectar intervenciones a mediano y largo plazo. Al mismo tiempo, se consolidó una intervención profesional transversal, articulada con múltiples dispositivos del sistema de salud, basada en vínculos cooperativos y una presencia cotidiana en los distintos servicios del hospital. Esto fortaleció el diálogo con otros sectores institucionales y favoreció una práctica sensible a las necesidades emergentes, anclada en la construcción de redes y en el compromiso sostenido del equipo.

En coherencia con esta lógica de intervención transversal en las distintas problemáticas de la época, las entrevistas permiten recuperar el abordaje de la salud sexual y reproductiva. Sobre sus inicios una entrevistada relataba:

“Nos incorporamos en maternidad con las menores madres. Ahí comenzamos a trabajar el tema de salud sexual y reproductiva, porque era una problemática que empezaba a tener visibilidad...Más tarde fue de derechos sexuales y reproductivos, más tarde digo, dentro del hospital. Yo les diría que en el año noventa y seis ya estábamos hablando de derechos” (entrevista a Trabajadora Social 2 del hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

A partir de esta transformación, el equipo comenzó a incidir activamente en el diseño y la implementación de estrategias institucionales que apuntaban a garantizar el acceso a métodos anticonceptivos, la posibilidad de elegirlos y la toma de decisiones informadas sobre la reproducción. En relación al acceso a métodos anticonceptivos el mismo no estaba institucionalizado, por lo que el equipo de trabajo diseñó estrategias de financiamiento con participación de la cooperadora del hospital. Recordando esos primeros pasos en facilitar el acceso a la anticoncepción, la entrevistada relataba:

“No es que vos accedías a las píldoras anticonceptivas para la paciente o a un DIU, eso era todo un caminito que tuvimos que hacer con la cooperadora del hospital en un tiempo, donde la paciente que podía aportar algo lo hacía, entonces hacíamos un fondito y con ese fondo comprábamos los DIU” (entrevista Trabajadora Social 2 hospital JB Iturraspe, julio de 2023).

La articulación interinstitucional de los/as profesionales contribuyó en la accesibilidad de pacientes a diferentes métodos anticonceptivos y tratamientos. En particular la colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) generó resistencias especialmente en el servicio de ginecología que en algunos casos se negó a realizar dichos procedimientos. Frente a este escenario se diseñaron estrategias interinstitucionales para garantizar el acceso efectivo de las pacientes a métodos anticonceptivos. Como relataba un Trabajador Social:

“Los médicos del hospital no lo querían colocar, nosotros que teníamos una buena relación en ese momento con médicos generalistas, eran como aliados porque le enviábamos a la gente al centro de salud, los colocaban allí. Pero el

equipo de ginecología del hospital era lo contrario¹⁸ (entrevista Trabajador Social 1 hospital JB Iturraspe, mayo de 2022).

Además desde esta experiencia se constituyeron como antecedentes que, de modos diversos, incidieron en la posterior Ley Provincial N° 11.888 (de 2002) que crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Entonces, el rol del TS fue más allá de la asistencia, implicó también la disputa por sentidos, la defensa del derecho a decidir, y la construcción de estrategias institucionales para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva, aún en contextos de resistencia.

Cómo fundamentamos en apartados anteriores, el rol del TS no estuvo limitado únicamente al interior de la institución, sino que trascendió lo intrahospitalario para abordar cuestiones inherentes a la promoción y prevención comunitaria de la salud. Con el tiempo, este campo de intervención adquirió reconocimiento institucional articulando el trabajo del servicio social con los servicios médicos y comités hospitalarios, especialmente el Comité de Bioética formalizado en 1994. Este espacio constituyó un lugar de formación permanente y el TS tuvo una participación activa. Una entrevistada que sintetiza este proceso relataba: *“La creación del comité de bioética fue en 1994 y nosotros lo empezamos a trabajar, fuimos los co-fundadores, estaba integrado por un médico ginecólogo que era el jefe de gineco, el jefe de pediatría, nosotros estábamos también”* (entrevista a Trabajadora Social 2 del hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

El surgimiento del Comité de Bioética en el hospital JB Iturraspe respondió a la necesidad de contar con un espacio institucional que garantizara principios éticos en torno a la práctica clínica, la investigación científica y el trato a los pacientes. Su creación fue en paralelo al trabajo desarrollado desde el subcomité de VIH y se vinculó estrechamente con las tensiones que generaban los protocolos de investigación realizados en el hospital, muchos de los cuales carecían de una supervisión adecuada. Desde el servicio social se advirtió la necesidad de intervenir frente a prácticas que convertían a los pacientes en “objeto de estudio”, sin considerar sus derechos como sujetos. Tal como señaló un profesional entrevistado:

¹⁸ El entrevistado menciona la resistencia del equipo de Ginecología a la implementación de la colocación de dispositivos intrauterinos (DIU).

“La sensación que teníamos era que estábamos aportando ‘objetos de estudio’ en lugar de sujetos. Entonces, una Trabajadora Social intervino para señalar que era necesario establecer una regulación ética ya que no se podía realizar investigación sin criterios claros, solo porque beneficiaba al currículum de un profesional o respondía a los intereses de un laboratorio” (entrevista a Trabajador Social 3 del hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

Este comité no sólo reguló la investigación, sino que también funcionó como una herramienta estratégica para promover una ética del cuidado basada en derechos, especialmente en el contexto del VIH/SIDA. El trabajo del equipo incluyó la defensa activa del derecho a la confidencialidad, al buen trato y en situaciones complejas, al acceso a una muerte digna. Así, el comité de bioética se consolidó como un dispositivo institucional desde el cual disputar sentidos y garantizar condiciones de atención respetuosas y justas para las personas atendidas.

Como se mencionó anteriormente, otra de las problemáticas emergentes fue el VIH/SIDA, frente a la cual el TS construyó estrategias de abordaje en un contexto donde aún no estaban claramente definidos sus orígenes, formas de transmisión, circulación y otras dimensiones asociadas. Este momento es recordado por un profesional quien relataba: *“Cuando llega la primera persona con VIH/SIDA con un diagnóstico hecho en Buenos Aires, en Santa Fe no teníamos nada organizado”* (entrevista a Trabajador Social 3 hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

Los relatos de los/as entrevistados/as nos permiten inferir que la intervención estuvo definida desde sus inicios por una mirada crítica que incorporó dimensiones sociales, éticas y comunitarias ante una problemática que trascendía ampliamente el enfoque biomédico tradicional. La creación de un subcomité específico sobre VIH/SIDA, posteriormente vinculado al Comité de Infectología, marcó un punto de partida para institucionalizar este trabajo. El ingreso de los primeros casos positivos al hospital puso en evidencia, de manera inmediata la ausencia de recursos, protocolos y dispositivos institucionales básicos para abordar una problemática que comenzaba a adquirir visibilidad.

El diagnóstico, en ese entonces, se asociaba directamente con la muerte y las posibilidades de intervención eran escasas. En este sentido, una profesional que participó de ese proceso relataba:

“En el 91 irrumpe el VIH/SIDA, en aquel momento era asociado a la muerte, porque el que era diagnosticado ya estaba en el último tramo de la enfermedad. Fuimos parte de la creación del subcomité de VIH/SIDA dependiendo de infectología” (entrevista a Trabajadora Social 2 del hospital JB Iturraspe, julio de 2023). En consonancia un profesional que integró el espacio en los inicios afirmaba: *“No teníamos medicamentos, no había análisis para hacerle, era decir: ‘espera la muerte’. No teníamos médicos ni nadie especializado”* (entrevista a Trabajador Social 3 hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

Ante la ausencia de dispositivos institucionales, el equipo fue conformando progresivamente una red interdisciplinaria desde la práctica misma, incorporando a profesionales de distintas áreas que hasta entonces no estaban formados en la temática. Sobre este proceso el mismo Trabajador Social recordaba:

“Comenzamos a trabajar con una médica clínica que no tenía conocimientos sobre VIH. Le propusimos que se formara y asumiera el tema. Luego sumamos a una bioquímica especializada en bioseguridad. Más adelante, necesitábamos incorporar salud mental y justo se acercó alguien para hacer una pasantía, así que le dijimos: ‘te necesitamos acá’. Así, fuimos convocando a distintos profesionales, uno por uno, y de ese modo terminamos conformando el comité” (entrevista a Trabajador Social 3 hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

El servicio social del hospital respondió a este contexto desarrollando estrategias de atención especializadas. Estas se dirigieron a poblaciones en situación de prostitución y personas trans, reconociendo las enormes barreras que impedían su acceso al sistema de salud. A través de los relatos identificamos que también se inició una articulación con las instituciones penitenciarias donde a partir de la detención de un paciente del hospital, el equipo asumió su seguimiento desde el ámbito carcelario, lo que permitió identificar que la problemática no era un caso

aislado, sino que se encontraba profundamente arraigada en la institución penitenciaria.

Esta modalidad de intervención, centrada en el seguimiento individualizado, posibilitó la continuidad del abordaje más allá del hospital y con el tiempo, llevó al equipo a intervenir en casi la totalidad de las unidades penitenciarias de la provincia. Este proceso fue fortalecido mediante la articulación con organizaciones como el Movimiento Ecuaménico Por Los Derechos Humanos (MEDH) y el Centro Interdisciplinario para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (CIPRESS), lo que permitió acceder a financiamiento internacional y ampliar el alcance de las intervenciones en cárceles. En este sentido, una Trabajadora Social destacaba:

“Gracias al aval institucional del Iturraspe y en conjunto con CIPRESS, las chicas del equipo de Rosario y un médico, supimos que la OPS y ONU-SIDA financiaban proyectos. Así que conformamos un equipo y empezamos a trabajar en cárceles en prevención del VIH/SIDA” (entrevista a Trabajadora Social 2 del hospital JB Iturraspe, julio de 2023).

La construcción de este enfoque no se limitó a los aspectos biomédicos, sino a la multicausalidad de factores intervinientes, siendo capaz de trabajar en la complejidad de la época. En suma, la intervención del servicio social frente a estas nuevas problemáticas combinó dispositivos clínicos, comunitarios y éticos, articulando acciones entre el hospital, el territorio y otras instituciones. Por el entonces, este enfoque estuvo orientado en el reconocimiento de derechos, el trabajo en red y la inclusión de las voces históricamente silenciadas, marcando una experiencia significativa.

Por otra parte, nuestro trabajo de campo permitió identificar la participación del servicio social en el área de oncología. En este contexto, los relatos recuperados destacan la relevancia de las intervenciones de los/as Trabajadores/as Sociales frente a situaciones de alta complejidad, especialmente durante la década de 1990. Cabe recordar que en esos años se cierra el Instituto Regional de Oncología que era financiado por el Estado Nacional, transfiriéndose a la provincia. Esta decisión implicó el traspaso de pacientes y personal al hospital JB Iturraspe. En este marco

de ajuste estructural, como hemos descrito en apartados anteriores, el TS debió asumir nuevas demandas. A pesar de las limitaciones presupuestarias y otras dificultades el equipo del servicio social construyó estrategias para trabajar con esta población derivada a la institución. En ese momento el hospital no contaba con recursos suficientes para garantizar el acceso a la medicación, tal como lo señaló un entrevistado: *“A veces se conseguía el medicamento y a veces no, lo que hacía que los tratamientos fueran discontinuos”* (entrevista a Trabajador Social 1 hospital JB Iturraspe, junio de 2023).

Ante esa situación, los/as profesionales sostuvieron una intervención activa y polifacética. Uno de sus integrantes se especializó en oncohematología, estableciendo un circuito que abarcaba la gestión de recetas, subsidios, coordinación con laboratorios y seguimiento clínico-administrativo. En paralelo, el servicio social emprendió acciones de presión política hacia el gobierno provincial a través de los medios de comunicación reclamando la creación de un fondo económico específico para la compra de medicamentos, así lo expresaba un profesional: *“Generamos con los vientos de la descentralización una presión sobre el gobierno provincial para que genere un recurso económico que permita a los pacientes acceder a los tratamientos oncológicos. Y lo logramos”* (entrevista a Trabajador Social 1 hospital JB Iturraspe, junio de 2023).

A partir de la práctica diaria que requería conseguir la medicación, surgió una estrategia junto con la farmacia del hospital que transformó el modo de respuesta, la creación de un mecanismo de compras anticipadas que posteriormente sería la base del Banco de Drogas Oncológicas de la provincia. Un Trabajador Social destacando lo realizado afirmaba: *“Esto que hoy se llama Banco de Drogas nace de esa práctica. Hoy nadie sabe que fue así, pero nosotros estábamos ahí, caminando y haciendo papeles todos los días. El banco surge de esa experiencia concreta”* (entrevista a Trabajador Social 3 hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

Con el tiempo y dada la complejidad técnica que tenía el circuito, el equipo promovió el traspaso de la gestión al área de farmacia, reconociendo que la función profesional debía estar orientada a otras dimensiones del acompañamiento.

Además de abordar todo lo referido a medicamentos se ocuparon de garantizar traslados, acompañamiento familiar, apoyo económico y coordinación con equipos interdisciplinarios. Estas acciones permitieron una atención más integral y

sostenida, particularmente en un período de fuerte fragmentación institucional. Un ejemplo de ello fue el vínculo con las organizaciones sociales como una estrategia de intervención profesional a partir del trabajo conjunto con la Asociación de Cuidados Paliativos (ACUPA), que permitió la asignación de una casa para alojamiento de personas que venían del interior a realizar sus tratamientos. En esta línea, se destaca esta experiencia significativa de articulación territorial, como lo relató una profesional entrevistada:

“Hoy tiene esa casa a la vuelta del hospital donde era antes la casa del sacerdote y es una asociación que nosotros conocimos cuando se estaba cerrando el hospital de oncología... Ahí fue una fuerte intervención de uno de los Trabajadores Sociales con el director de turno del hospital” (entrevista a Trabajadora Social 2 del hospital JB Iturraspe, julio de 2023).

Otra de las problemáticas en las que intervenía el servicio social fue la celiaquía, que comenzó a visibilizarse en los centros de salud ubicados en barrios populares, dependientes del área programática del hospital JB Iturraspe. Entre los principales obstáculos identificados por los/as entrevistados/as se encontraba la exclusión alimentaria en ámbitos como los comedores escolares y las copas de leche comunitarias. Frente a esta situación, el equipo comenzó a articular con escuelas y familias para garantizar el acceso a programas alimentarios adecuados.

Esta primera línea de intervención se acompañó de estrategias territoriales orientadas a la sensibilización y la formación comunitaria. Entre las múltiples acciones se organizaron talleres en parroquias, vecinales y escuelas, como fue el caso del taller de cocina para personas celíacas realizado en la parroquia Cristo Obrero. En palabras de un entrevistado: *“Empezamos a trabajar con las escuelas y con las personas de los espacios a los que asistían los pacientes celíacos, porque generalmente quedaban excluidos de los comedores o terminaban comiendo lo que había, aunque no fuera adecuado para su salud... Habíamos empezado a hacer un taller de celiaquía en Villa del Parque, en la parroquia ahí del padre Catenas, Cristo Obrero, un taller de cocina para celíacos”* (entrevista a Trabajador Social 1 hospital JB Iturraspe, junio de 2023).

La intervención del servicio social ante la problemática de la celiaquía pone de manifiesto su capacidad para identificar necesidades no visibilizadas, generar

respuestas contextualizadas y movilizar procesos de participación comunitaria. Si bien esta estrategia no alcanzó una institucionalización sostenida en el tiempo, la experiencia generó antecedentes en las prácticas del primer nivel de atención.

Otro espacio en el que los/as profesionales participaron de manera estratégica fue el Comité de Docencia e Investigación, históricamente integrado por los jefes de servicio. Este dispositivo institucional tiene como función la formación y está compuesto por profesionales del equipo de salud que desarrollan actividades docentes, asistenciales y/o técnicas en el efector.

El TS fue incorporando su impronta en los modos de abordar las distintas problemáticas complejas que emergieron en los 90, para de este modo, comprender la multidimensionalidad de las mismas. Un entrevistado sobre este punto comentaba: *“Mucha de la formación que tenían los hospitales en aquel momento era para formar gente para las clínicas privadas... Nosotros en aquel entonces pudimos disputar estas concepciones e incorporar a la agenda otras cuestiones como era la interdisciplina* (entrevista Trabajador Social 3 hospital JB Iturraspe, abril de 2025).

Sin embargo, observamos que más allá de los avances los/as entrevistados/as realizaron una autocrítica sobre su participación. Han señalado que si bien se lograron introducir ciertos enfoques alternativos para la formación, centralmente la perspectiva interdisciplinaria observan que no se modificaron las estructuras institucionales. El Comité de Docencia e Investigación analizó los límites impuestos por la estructura institucional a las iniciativas de transformación del equipo de servicio social. Este análisis no solo identifica esas barreras, sino que también saca a la luz las disputas internas, las estrategias de intervención y las intensas tensiones que caracterizaron los esfuerzos por reorientar la formación profesional y el modelo de atención en salud hacia un enfoque más integral y democrático. A pesar de estas limitaciones el TS instaló discusiones de enfoques alternativos en la propia institución que aún persisten.

7. Reflexiones finales

"Caminante no hay camino, se hace camino al andar."- Joan Manuel Serrat

La presente investigación exploró el ejercicio profesional del TS desde el hospital JB Iturraspe hacia el primer nivel de atención en salud durante la década de 1990 en la ciudad de Santa Fe. El análisis de esta experiencia permitió identificar diversos antecedentes que contribuyeron a la consolidación y al reconocimiento de la profesión en dicho contexto.

Uno de los momentos clave fue la resolución que determinó el traspaso del personal del área de Acción Social al sistema de salud pública. Este cambio implicó dejar de depender de dicha área —que en ese entonces funcionaba como agencia social dentro de los hospitales— para integrarse plenamente al hospital JB Iturraspe. La incorporación se formalizó en 1988 mediante un acto administrativo promovido por el entonces ministro de Salud y Medio Ambiente de la provincia, Guillermo Weisburd, a través del cual los/as Trabajadores/as Sociales pasaron a depender del Ministerio de Salud.

El trabajo de campo permitió reconstruir múltiples intervenciones llevadas a cabo por el servicio social desde aquel período, las cuales generaron un impacto significativo en el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud cuya cobertura alcanzaba varios barrios de la ciudad de Santa Fe.

Cabe destacar que la labor del personal de TS en el hospital y su área programática abarcó múltiples funciones dirigidas a garantizar una atención integral, en tensión con los lineamientos del modelo neoliberal promovido por el gobierno de turno. Mientras el Estado impulsaba políticas centradas en la reducción del gasto social y la privatización de servicios, la práctica interdisciplinaria de estos/as profesionales orientó sus intervenciones a enfrentar el incremento de la desigualdad, la pobreza y el desempleo que marcaron la década de 1990. Esta contradicción entre las directrices estatales y las acciones profesionales configuró un escenario complejo, en el cual la defensa de los derechos sociales se constituyó como eje central de la intervención.

El desempeño del personal de TS en el hospital y su área programática implicó un conjunto de funciones dirigidas a garantizar una atención integral. En este contexto, la intervención del servicio social en salud se caracterizó por un enfoque integral que trascendió el modelo biomédico, incorporando factores relacionados con el proceso salud-enfermedad y centrando la atención en las condiciones de vida de las personas. Las intervenciones profesionales se distinguieron por una práctica transversal y situada, orientada a responder a las necesidades emergentes de la población así como por la articulación con otros/as integrantes del equipo de salud, lo que favoreció enfoques interdisciplinarios.

Esta investigación permitió identificar que los/as profesionales construyeron redes intersectoriales como estrategia para la promoción de derechos. Las experiencias reconstruidas evidencian un proceso de trabajo sostenido en formas de coordinación basadas en vínculos de confianza, trayectorias compartidas y compromiso ético-político. Este modelo, más cercano a una lógica de red que a una estructura jerárquica, facilitó afrontar las limitaciones impuestas por el contexto institucional de la época. A través de sus relatos, marcados por logros, obstáculos y desafíos, los/as entrevistados/as detallan las estrategias empleadas para superar las numerosas barreras que impedían el acceso de la población a los servicios de salud.

La participación activa del servicio social en los diversos espacios institucionales representó una cuestión fundamental que abordamos. En particular, su intervención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se caracterizó por la defensa del derecho a decidir, la garantía del acceso a métodos anticonceptivos, la prevención de infecciones de transmisión sexual y la disminución del embarazo no intencional en la adolescencia.

Desde esta área, se promovieron estrategias de acompañamiento, colaboración interinstitucional coordinada y acciones territorializadas con el fin de establecer las condiciones tanto materiales como simbólicas, necesarias para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en poblaciones históricamente vulneradas. Dicha experiencia sirvió como un antecedente clave para el subsiguiente debate del anteproyecto de la Ley provincial N° 11888, que culminó en

la creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

Otro antecedente identificado en este recorrido histórico fue el compromiso del servicio social con la problemática del VIH/SIDA. Esta labor abarcó el ámbito hospitalario, la comunidad y las instituciones penitenciarias, desarrollando un enfoque de intervención fundamentado en los derechos de las personas afectadas.

Superando una perspectiva meramente asistencialista, las acciones priorizaron el establecimiento de redes comunitarias e interinstitucionales para asegurar un apoyo contextual y sostenible. A través de alianzas estratégicas con organizaciones como MEDH y CIPRESS, así como con entidades internacionales como la OPS y ONU-SIDA, el servicio social brindó acompañamiento a personas en contextos de privación de la libertad, implementando estrategias de prevención y promoviendo iniciativas colectivas. Este proceso evidenció un posicionamiento profesional que concebía la articulación con organizaciones sociales como un componente esencial de su práctica.

Como se expuso en el capítulo precedente, la información obtenida a través de las entrevistas evidenció que la práctica profesional del servicio social desempeñó un rol fundamental frente a la escasez de recursos. Esto se manifestó en la implementación de estrategias para visibilizar problemáticas contemporáneas, tales como el acceso a medicamentos oncológicos, la carencia de alimentos aptos para personas celíacas y la necesidad de gestionar alojamiento para pacientes provenientes del interior atendidos en el hospital, entre otras.

Además, la participación del servicio social en los Comités de Bioética y de Docencia e Investigación constituyó un hito relevante que consolidó y fortaleció su reconocimiento profesional, tanto dentro de la estructura hospitalaria como en el ámbito social.

En síntesis, esta investigación permitió reconstruir la experiencia del equipo profesional en el hospital JB Iturraspe, donde se observó una intervención en el ámbito de la salud que, en cierta medida, tensionó el orden establecido, desplegando prácticas instituyentes desde una perspectiva basada en derechos. Asimismo, se identificó que ese campo era concebido como un espacio estructurado

por relaciones de poder y una distribución desigual de capital, donde las posiciones y acciones de los actores pudieron haber estado condicionadas por dichas dinámicas. En ese contexto, las intervenciones analizadas abordaron la cuestión social de la época, entendida como la manifestación de desigualdades estructurales propias del sistema capitalista, que tendieron a profundizarse durante la década de 1990. En conjunto, a pesar de las limitaciones institucionales y económicas del período estudiado, se evidenció que los/as entrevistados/as desarrollaron diversas estrategias orientadas a facilitar el acceso al sistema de salud para los sectores más vulnerables y excluidos de ese momento.

La intervención del equipo profesional se construyó como una práctica situada y dinámica, profundamente conectada con las condiciones sociales e institucionales de su tiempo, y guiada por una mirada integral sobre los factores que incidieron en las problemáticas abordadas. Si bien es innegable el impacto positivo de los logros y el reconocimiento profesional que marcaron la cultura institucional, también emergieron resistencias y obstáculos que continúan condicionando el ejercicio profesional. Estos desafíos, lejos de ser superados, siguen abriendo interrogantes y oportunidades de análisis, marcando la pauta para las futuras investigaciones que buscarán seguir desentrañando las complejidades del TS en salud.

8. Referencias bibliográficas

- Baltar, F. y Gorjup M. T. (2012) Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123–149. <https://doi.org/10.3926/ic.294>
- Bustos, R. (2020). La inserción de los Trabajadores Sociales en los centros de salud de la provincia de Santa Fe. El caso de la ciudad de Rosario (2003-2007). *Cátedra Paralela*, 15, 139–234. <https://doi.org/10.35305/cp.vi15.16>
- Bourdieu, P. (2001). Las formas del capital. Capital económico, capital cultural y capital social. En P. Bourdieu (2da ed.), *Poder, Derechos Y Clases Sociales* (pp.131-164). Desclée de Brouwer.
- Bourdieu, P y Wacquant, L. (1995). *La lógica de los campos. En Respuestas para una antropología reflexiva*. Editorial Grijalbo.
- Campana, M. (2014) Del Estado Social al Estado Neoliberal: un nuevo pacto social en Nuestra América. *Perspectivas Sociales*, 16(1), 9–30. Universidad Autónoma de Nuevo León. <https://hdl.handle.net/11336/29972>
- Carballeda, A. (2012) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, 65. 1-15. <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salario* (J. Piatogorsky, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo originalmente publicado en 1995 en Francia como *Les métamorphoses de la question sociale*).
- Cazzaniga, S. (1997). *El abordaje desde la singularidad* [Ficha de cátedra]. Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Ferrara, F. A. (1985). *Conceptualización del campo de la salud. En Teoría social y salud* (pp. 299–309). Catálogos Editora.
- Figuroa, M. (s/f). *Participación Comunitaria en Salud: experiencia del Hospital Iturraspe de la Ciudad de Santa Fe*. Universidad Nacional del Litoral.

- Foucault, M. (2007). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977–1978)*. Siglo XXI.
- Frenk, J. (s/f). La nueva salud pública [pdf]. Recuperado de: https://biblioceop.wordpress.com/wpcontent/uploads/2011/02/la_nueva_salud_p25fablica.pdf
- Genolet, A. (2017). *Asistencia Social en Santa Fe: Experiencias de las Primeras Egresadas*. Ediciones UNL.
- Giavedoni, J. G. (2017). El neoliberalismo y sus modos de regulación social: Crisis, empresa y competencia. *Perspectivas Sociales*, 20(2), 31–62. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Trabajo Social.
- Gorrochategui, J. (2020). *Las políticas sanitarias*. En J. Gorrochategui (Ed.), *El derrotero de las políticas de salud santafesinas: Un análisis de los actores y las ideas desde los años 90 hasta el período progresista* (Cap. 5, pp. 111–132). Ediciones UNL.
- Grassi, E. (2003). *Políticas sociales: Entre el mercado y la ciudadanía*. Siglo XXI editores.
- Grassi, E. (2006). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: La otra década infame* (Vol. 1). Espacio Editorial.
- Guerrero, L., y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum*, 18, 610-633.
- Guimarães, R. (2003). Trabajo y servicio social: El redimensionamiento de la profesión frente a las transformaciones societarias recientes. En M. Yamamoto (Ed.), *El servicio social en la contemporaneidad: Trabajo y formación profesional* (pp. 103-169). Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social.
- Harvey, D. (2003). La transformación económico-política del capitalismo tardío del siglo XX. En *La condición de la posmodernidad: Investigación sobre los orígenes del cambio cultural* (pp. 143–222). Amorrortu Editores.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). El inicio del proceso cualitativo: Planteamiento del problema, revisión de la literatura, surgimiento de las hipótesis e inmersión en el campo. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, & M. P. Baptista Lucio (Eds.), *Metodología de la investigación* (6.ª ed., pp. 355–378). McGraw-Hill Interamericana Editores.

Hospital Universitario. (15 de Julio de 2019). *De qué hablamos al referirnos a la medicina social*.
<https://hospital.uncuyo.edu.ar/de-que-hablamos-al-referirnos-a-la-medicina-social>

Iamamoto, M. V. (2003). *El servicio social en la contemporaneidad: Trabajo y formación profesional*. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social, Vol. 9. Cortez Editora.

Escudero, J. C., & Carmona Moreno, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Social Medicine*, 3(4), 323–335.

López-Roldán, P., y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Minujin, A., y Kessler, G. (1995). *La nueva pobreza en la Argentina*. Temas de Hoy Editorial Planeta.

Neiman, G., y Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213–237). Gedisa.

Piazzesi, S. y Bolcatto, V. (2011) *Hospital Iturraspe 100 años*. Universidad Nacional del Litoral.

López Arellano, O., Escudero, J. C., y Carmona Moreno, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Social Medicine*, 3(4), 323–335.

- López-Roldán, P., y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Minujin, A., y Kessler, G. (1995). *La nueva pobreza en la Argentina*. Temas de Hoy Editorial Planeta.
- Neiman, G., y Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213–237). Gedisa.
- Piazzesi, S. y Bolcatto, V. (2011). *Hospital Iturraspe 100 años*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Ponte Mittelbrunn, C. (2008). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. En *Salud y ciudadanía: Teoría y práctica de la innovación* (pp. 12–18). Centro de Profesorado y Recursos de Gijón, Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.
- Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe. (1972). Decreto N. ° 2542/72: Por el cual se establece el Reglamento Básico de Hospitales Generales. [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/199686/\(subtema\)/93811](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/199686/(subtema)/93811)
- Retamozo, M. (2014) ¿Cómo hacer un proyecto de tesis doctoral en Ciencias Sociales?, *Ciencia, Docencia y Tecnología*, vol. XXV, N° 48, p. 173–202.
- Retamozo, M. (2014). ¿Cómo hacer un proyecto de tesis doctoral en Ciencias Sociales? *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 25(48), 173–202. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Rubinzal, M. (2014). *Historia de la Escuela de Servicio Social de Santa Fe (1943-2013)*. Universidad Nacional del Litoral.
- Rubinzal, M. (2016). Volviendo a los orígenes del servicio social. El caso de la Escuela de asistentes sociales de Santa Fe. *Avances del Cesor*, 13(15), 113–134.

- Rubinzal, M., Bolcatto, V., & Sedran, P. (2020). Enfermeras y visitadoras de higiene recorriendo el camino de la profesionalización en Santa Fe. En K. Ramacciotti (Ed.), *Historias de la enfermería en Argentina: Pasado y presente de una profesión* (1ª ed., pp. 161–190). Edunpaz.
- Rozas Pagaza, M. (2010). La intervención profesional, un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea. *O Social em Questão*, 13(24), 43–54.
- Schvarstein, L. (1991). Psicología social de las organizaciones. En *Psicología social de las organizaciones* (pp. 11–35). Paidós.
- Schenetti, P y Cortazzo I. (2016) *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Ed. edulp.
- Soldano, D., y Andrenacci, L. (2006). Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino. En L. Andrenacci (Comp.), *Problemas de política social argentina* (pp. 11–35). Ediciones Prometeo.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275–293.
<https://www.scielo.org/pdf/scol/2010.v6n3/275-293/es>
- Svampa, M. (2005) *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Taurus.
- Vallejos, I., Chechelle, M., y Rubinzal, M. (2019). Itinerarios de la asistencia social y la formación especializada del personal idóneo para asistir, Santa Fe en los años 40. *Papeles del Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 9(20), 53–62.
<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/papeles/article/view/8815/12283>
- Vignolo et al. (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 3–7.
<https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Comp.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23–60). Gedisa.

Zurro, A. M., y Jódar Solá, G. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. Elsevier.

https://www.academia.edu/44803039/Atención_primaria_de_salud_y_atención_familiar_y_comunitaria