

ENTRE LA GESTIÓN Y EL TERRITORIO. EL TRABAJO SOCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD: PRÁCTICAS Y DESAFÍOS EN EL ESCENARIO LOCAL.

Ana Ariovich

UNIVERSIDAD NACIONAL DE GENERAL SARMIENTO (UNGS)

Dra. en Ciencias Sociales (Facultad de Ciencias Sociales, UBA) y Mag. en Sociología Económica (Instituto de Altos Estudios Sociales, UNSAM). Actualmente, se desempeña como Investigadora Docente Adjunta regular del área de Política Social y como directora de la Lic. en Política Social en el Instituto del Conurbano (UNGS). Trabaja temáticas relacionadas con la gestión de políticas de salud y con el acceso y cobertura a la atención.

Correo electrónico: ariovich@campus.ungs.edu.ar

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6142-4841>

María Crojethovic

UNIVERSIDAD NACIONAL DE GENERAL SARMIENTO (UNGS)

Dra. en Ciencias Sociales (FSOC, UBA) Mgter. en Sociología Económica (Instituto de Altos Estudios Sociales, UNSAM). Se desempeña como Investigadora Docente Asociada en el área de Política Social (UNGS). A la vez que es docente de Política Social en la Carrera de Trabajo Social (FSOC, UBA), e investigadora externa en el Equipo Política Social y Condiciones Trabajo del Instituto de Investigación Gino Germani (UBA). Su línea de investigación aborda temas sobre políticas sociales del sector salud.

Correo electrónico: mcrojeth@campus.ungs.edu.ar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4251-8532>

Recibido: 1 de abril 2026

Aceptado: 19 de junio 2026

RESUMEN

El presente trabajo analiza las prácticas del Trabajo Social en centros de salud del Conurbano Bonaerense (en los municipios de José C. Paz y Malvinas Argentinas), durante el período comprendido entre el gobierno de Alberto Fernández y el inicio de la gestión de Javier Milei. A partir de un enfoque cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas a profesionales del Trabajo Social, se indaga en sus prácticas para facilitar la atención primaria de la salud. Recuperamos la mirada de esta profesión, en un esfuerzo por identificar a partir de sus intervenciones los modos en que la asistencia social contribuye a la integralidad de la atención en contextos de extrema vulnerabilidad social. Con esta intención reflexionamos acerca del rol de los trabajadores sociales y su quehacer en instituciones de salud del primer nivel caracterizadas por sus recursos limitados y su escasa planificación institucional.

Palabras clave: salud, profesión del trabajo social, territorio, primer nivel de atención, prácticas situadas.

ABSTRACT

This study analyzes social work practices in healthcare centers in Greater Buenos Aires (specifically in the municipalities of José C. Paz and Malvinas Argentinas) during the period between the Alberto Fernández presidency and the beginning of the Javier Milei administration. Using a qualitative approach based on semi-structured interviews with social work professionals, the study explores their practices in facilitating primary care. We examine the perspective of this profession in an effort to identify, through their interventions, how social assistance contributes to comprehensive care in contexts of extreme social vulnerability. With this aim, we reflect on the role of social workers and their work in primary healthcare institutions characterized by limited resources and inadequate institutional planning.

Keywords: health, social work profession, territory, primary care, situated professional practices

INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención¹ en barrios en situación de vulnerabilidad ha estado históricamente atravesado por múltiples problemas, vinculados tanto a las condiciones socioeconómicas de la población como a las limitaciones estructurales del sistema sanitario. En este sentido, si bien los dispositivos institucionales de la política sanitaria (Chiara, 2018) han sido diseñados para garantizar una atención integral y continua, su capacidad de respuesta ha resultado, en general, insuficiente frente a la persistente precarización de los centros de salud y a la creciente complejidad de las demandas sociales (Jiménez et al., 2021; Crojethovic et al., 2022; Ariovich, 2024). Estas tensiones configuran un escenario en este nivel de atención que se ve exigido a sostener funciones asistenciales, preventivas y comunitarias en condiciones institucionales adversas, cuestión que adquiere particular relevancia para analizar las dinámicas de trabajo de sus profesionales en los procesos de atención que se desarrollan desde y en el territorio.

En el contexto de la pandemia por COVID-19, el gobierno de Alberto Fernández, recuperó el rol más protagónico del Estado en la gestión de la política sanitaria. En ese marco, se jerarquiza nuevamente el Ministerio de Salud, fortaleciendo su capacidad de rectoría y ejecución, y se desplegaron estrategias de alcance federal en los territorios locales (como el Plan DetectAR). Estas políticas se complementaron con el aumento de la infraestructura sanitaria y con la implementación del plan estratégico de vacunación para el COVID 19, entre otras (Crojethovic y Ariovich, 2025).

En este proceso, aunque con menor visibilidad que lo ocurrido en el ámbito hospitalario y de la alta complejidad, los efectores del primer nivel de atención desempeñaron un papel relevante en el territorio de proximidad, como espacios de vinculación con la comunidad y de articulación con organizaciones sociales. Durante el aislamiento social obligatorio (ASPO) y el distanciamiento social obligatorio (DISPO), su capacidad de atención se vio fortalecida mediante la incorporación de herramientas virtuales y el despliegue de

¹ El sistema de salud se estructura en tres niveles de atención. El primero es el más cercano a la población y aborda necesidades básicas mediante promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con baja complejidad; es decir que orienta sus prácticas a la atención primaria de la salud (APS). El segundo incluye hospitales que brindan atención en especialidades como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y psiquiatría. El tercero se ocupa de problemas menos frecuentes y más complejos, que requieren alta especialización y tecnología avanzada (Vignolo et al., 2011).

estrategias territoriales articuladas con otros actores sociales. En consecuencia, sus equipos pudieron sostener no solo la atención de urgencias, sino también el seguimiento de embarazadas, recién nacidos, población con patologías crónicas y de situaciones de violencias domésticas y/o de género, pese a las restricciones dispuestas por las autoridades sanitarias a nivel central y subnacional (Crojethovic, et al. 2023). Asimismo, algunas medidas del gobierno nacional buscaron reforzar el abastecimiento de insumos y medicamentos en los centros de salud —a través del fortalecimiento de programas como Remediar—, lo que contribuyó a sostener la capacidad de respuesta del primer nivel frente a un escenario de elevada demanda sanitaria (Ariovich y Crojethovic, 2024). En este entramado, los profesionales del trabajo social cumplieron un rol fundamental en la interacción con la población del área programática, la detección de situaciones de vulnerabilidad y la gestión del acceso a recursos y prestaciones, contribuyendo a la continuidad de los cuidados y a la mediación entre las demandas sociales y el sistema de salud en un contexto de alta complejidad (Ariovich, 2024).

Sin embargo, en la post pandemia el primer nivel de atención evidenció varias limitaciones asociadas al impacto del período de aislamiento. La desvinculación de amplios sectores de la población, en particular en barrios populares, dificulta la recuperación de los controles preventivos, el seguimiento de enfermedades crónicas y las estrategias de promoción de la salud. En este escenario, el primer nivel debió enfrentar una mayor carga asistencial, al atender tanto demandas postergadas como nuevas problemáticas derivadas de la crisis sanitaria. Si bien en este período se registró cierta ampliación de la cobertura de programas e insumos, estas mejoras no alcanzaron para revertir problemas estructurales previos, como la fragmentación del sistema, la insuficiencia de recursos humanos y las desigualdades territoriales. En consecuencia, las brechas de acceso persistieron, limitando la capacidad del primer nivel para garantizar las actividades preventivas y de promoción de la salud -propias de la atención primaria de la salud APS- (Crojethovic et al., 2022; Crojethovic et al., 2023).

En el año 2023 se produce un cambio en la orientación de las políticas sanitarias, debido a las importantes medidas de ajuste implementadas en la gestión de Javier Milei, impactando en componentes centrales del primer nivel de atención. En particular, se vieron afectados el acceso a los medicamentos esenciales, la provisión de insumos clave para la anticoncepción y la interrupción legal del embarazo, la vacunación, la disponibilidad de

insumos básicos para la atención de enfermedades crónicas y las acciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud, como consecuencia de que varios programas vieron comprometidas su distribución y/o su capacidad de provisión, o directamente fueron interrumpidos. Por ejemplo, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Programa Nacional SSyR), el Programa Remediar, etc. Paralelamente, la eliminación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) y la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE), junto con el aumento de los precios de los medicamentos y la reducción de coberturas —incluyendo el sistema PAMI—, consolidó un escenario en el que los efectores de la atención primaria de la salud quedaron tensionados entre el aumento de la demanda y la disminución de recursos disponibles (Sabin Paz, 2024; Crojethovic y Ariovich, 2025).

Nuestro trabajo se propone analizar las prácticas del trabajo social en el primer nivel de atención de la salud, a partir de la reconstrucción de las intervenciones desarrolladas por los profesionales del trabajo social en centros de salud de dos municipios del Conurbano Bonaerense, durante el período que abarca el gobierno de Alberto Fernández y el inicio del gobierno de Javier Milei. Centramos el interés en comprender de qué manera estas acciones contribuyen a facilitar el acceso a la atención primaria en instituciones atravesadas por recursos limitados, dinámicas de alta demanda y procesos de planificación frecuentemente fragmentarios. En este marco, buscamos problematizar con datos empíricos el rol profesional del trabajo social y su quehacer dentro de equipos interdisciplinarios de salud en los que no siempre existe una delimitación clara de funciones, ni una comprensión compartida de sus alcances.

Cabe destacar que, en el primer nivel de atención, las prácticas de estos profesionales se desarrollan en establecimientos atravesados por sucesivas crisis sociosanitarias, particularmente en el Conurbano Bonaerense, donde conviven vacancias institucionales y crecientes demandas sociales. En este escenario complejo, los profesionales intervienen desde su saber técnico, su compromiso ético y su inserción territorial, lo que permite analizar no solo sus prácticas concretas, sino también las tensiones entre lo institucional, lo comunitario y las condiciones materiales en las que se despliega la atención primaria.

A partir de este encuadre, recuperamos la perspectiva de quienes desarrollan esta profesión, mediante 14 entrevistas semiestructuradas a profesionales del Trabajo Social (TS) que se desempeñan en los centros de salud del primer nivel ubicados en barrios segregados. Una de ellas fue Coordinadora del Área de Servicio Social (CTS). Las entrevistas fueron renombradas para preservar su anonimato, los nombres citados son de fantasía.

Llevamos a cabo la investigación en dos municipios aledaños, José C. Paz (JCP) y Malvinas Argentinas (MA), ambos partidos del segundo cordón del Conurbano Bonaerense. Según los últimos datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, tanto MA como JCP presentan indicadores sociales que evidencian que parte de su población vive en condiciones de gran vulnerabilidad. En Malvinas Argentinas habitan 350.674 personas, de las cuales un 42,9% depende exclusivamente del sistema público para atender su salud, superando el promedio del Conurbano Bonaerense. Paralelamente, el 8,2 % de los hogares se encuentra en situación de pobreza estructural (con necesidades básicas insatisfechas o NBI) y un 4% de la población habita en viviendas muy precarias o de tipo inconveniente² (INDEC, 2022). En su territorio se emplazan 52 barrios populares registrados por el ReNaBaP³ (2026), en los que se estima que actualmente se encuentran viviendo unas 6.031 familias.

Los mismos datos censales muestran que José C. Paz posee una población menor que la de Malvinas Argentinas (325.992 habitantes), aunque presenta una proporción más elevada de hogares con necesidades básicas insatisfechas (10 %). Asimismo, al igual que en MA, un 4 % de la población reside en viviendas precarias. En materia de cobertura sanitaria, casi la mitad de sus habitantes depende exclusivamente de los servicios públicos de salud (49,5 %), lo que ubica al partido entre aquellos con menor acceso a obras sociales o medicina prepaga en el Conurbano Bonaerense. Por su parte, los 45 barrios populares registrados por el ReNaBaP (2026) concentran aproximadamente 11.068 familias.

² Se incluyeron como viviendas precarias, ranchos, casillas, piezas de inquilinato o locales construidos con fines no habitacionales.

³ ReNaBaP es el Registro Nacional de Barrios Populares. Los datos incluídos en este apartado fueron consultados en su portal en línea.

Existen entre los dos municipios significativos contrastes en términos de la estructura sanitaria: la distribución de los centros de salud del primer nivel y del personal en MA es un poco más adecuada. Contrariamente, en JCP la cobertura en el territorio es más baja ya que los centros operativos son menos y los equipos de salud tienen que ir rotando. Lo mismo ocurre con la infraestructura de los establecimientos, MA tiene mayor dotación de centros de salud saneados o renovados. Asimismo, en el nivel hospitalario, MA tiene mayor cantidad de camas públicas (764), siendo muy superior al de JCP que posee solo 126.

Se destaca que ambos cuentan con oficinas de la mujer que dependen de estos gobiernos locales, es el caso de la Subsecretaría MA y una Dirección para JCP. Sin embargo, únicamente en MA existe una coordinación general de Trabajo Social para el primer nivel de atención que trabaja exclusivamente con sus profesionales. En cambio, en JCP existe la figura de promotores de salud, aunque a partir de la post pandemia se fue desarticulando, al punto de quedar en la actualidad unos pocos promotores en actividad.

Por otro lado, nos resulta importante recuperar la voz de los profesionales del trabajo social para caracterizar la población con la cual trabajan a diario, en cada uno de los municipios. Mientras en MA algunos profesionales manifiestan trabajar con una población de clase más popular, otros relatan -según la zona en la que se encuentre el centro de salud- que atienden a sectores muy carenciados y con muchas problemáticas sociales. En JCP, en cambio, los profesionales registran mucha carencia de recursos económicos la cual se traducen en problemas básicos de alimentación o falta de agua, mujeres que tienen una excesiva carga de cuidado doméstico y muy poca disponibilidad para su atención de salud. La población es muy carenciada y de bajos recursos, con NBI, y en algunos casos trabajan en zonas que la propia población identifica como barrios muy problemáticos o peligrosos. En términos generales, en ambos municipios se menciona que gran parte de la población que asiste a los centros de salud tiene trabajos informales y/o mal pagados y que muchas jóvenes se acercan con embarazos no deseados en edades tempranas. Con preocupación mencionan que existen varios casos de violencia de género de altísimo riesgo por consumo de drogas.

EL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD: UNA GESTIÓN DESCENTRALIZADA

El sector de salud en Argentina se estructura en tres subsectores —de seguridad social, privado y estatal— que funcionan con bajos niveles de articulación y presentan diferencias en cuanto a la población que atienden, las fuentes de financiamiento y el tipo de prestaciones ofrecidas. En este esquema, la seguridad social se orienta principalmente a los trabajadores formales, el sector privado se organiza bajo una lógica de mercado, y el subsector estatal asegura el acceso universal mediante financiamiento público, concentrando, fundamentalmente, a la población que carece de otras formas de cobertura (Cetrángolo, 2014; Tobar, 2020).

A pesar de los niveles relativamente altos de gasto y cobertura, los resultados sanitarios no se corresponden con estos atributos debido a la fragmentación y segmentación del sistema, lo que genera desigualdades en el acceso y la calidad de la atención (Maceira, 2020). Estas problemáticas se vinculan tanto con la coexistencia de múltiples actores con intereses divergentes como con debilidades en la coordinación de políticas y una distribución territorial desigual de los recursos (Chiara, 2018; Rubinstein, 2021).

En el marco del federalismo argentino, la responsabilidad sobre la salud pública recae principalmente en las provincias, lo que se profundizó a partir del proceso de descentralización consolidado en la década de 1990. Este implicó la transferencia de establecimientos desde la Nación hacia las jurisdicciones subnacionales, trasladando también gran parte del financiamiento, aunque sin una adecuada correspondencia en recursos (Arce, 2010; Cetrángolo, 2014). En consecuencia, se generan tensiones entre la garantía del derecho a la salud y la autonomía provincial, en un contexto donde las capacidades institucionales y financieras resultan heterogéneas (Chiara, 2018). Dicha heterogeneidad se expresa con particular intensidad en la Provincia de Buenos Aires y, especialmente, en el Conurbano Bonaerense. Allí, el subsector estatal se configura a partir de la transferencia progresiva de establecimientos desde el nivel nacional hacia el provincial y, posteriormente, hacia los municipios, proceso que no estuvo acompañado por una asignación suficiente de recursos (Acuña y Chudnovsky, 2002; Cetrángolo, 2014). Como resultado, los municipios adquieren un papel protagónico en la organización y provisión de servicios, especialmente en el primer nivel de atención (Cetrángolo y Goldschmit, 2018; Chiara, 2020).

En este contexto, la organización de la oferta sanitaria presenta una fuerte diversidad, dado que cada municipio estructura sus servicios en función de sus propias capacidades institucionales, presupuestarias y de gestión. Lo que explica la existencia de múltiples configuraciones locales en términos de acceso, perfil prestacional y disponibilidad de equipos de salud (Medina y Narodowski, 2015; Rovere, 2021). A su vez, la política sanitaria de la Provincia de Buenos Aires se estructura en doce regiones sanitarias que operan como instancias de desconcentración para la planificación y gestión. Sin embargo, estas unidades presentan dificultades para coordinar de manera efectiva las acciones y recursos entre los distintos niveles de gobierno, los establecimientos hospitalarios y los efectores municipales (Cetrángolo y Devoto 2002; Chiara, 2018).

En el Conurbano Bonaerense, la descentralización impacta sobre municipios con capacidades institucionales muy dispares, que deben asumir responsabilidades muchas veces no formalizadas y sostener la provisión cotidiana de servicios de salud. Esto profundiza las desigualdades territoriales preexistentes y se traduce en diferencias significativas en la calidad y modalidades de atención, así como en la disponibilidad de recursos y financiamiento, estrechamente vinculadas a las posibilidades de gestión local (Martínez, 2020). Aunque el Estado provincial conserva la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud, la fragmentación del sistema y la heterogeneidad territorial generan condiciones desiguales de acceso para la población (Lago et al., 2013; Medina y Narodowski, 2015). En este escenario, una proporción considerable de habitantes del Conurbano —alrededor del 40% según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas -2022- (INDEC, 2023)— depende exclusivamente del subsector estatal para atender su salud.

De este modo la gestión sanitaria se inscribe en un sistema fuertemente fragmentado entre los subsectores estatal, de seguridad social y privado, y al interior del subsector estatal entre los distintos niveles de gobierno, con débiles mecanismos de coordinación. Esto configura un mapa sanitario heterogéneo que se traduce en desigualdades territoriales en el acceso, la cobertura y la calidad de la atención.

EL TRABAJO SOCIAL DENTRO DE LOS CENTROS DE SALUD: INSTITUCIONALIDAD INESPERADA

Con el propósito de reconstruir las acciones realizadas por los profesionales del trabajo social para facilitar la atención primaria, recuperamos la mirada de esta profesión en un esfuerzo por identificar a partir de sus intervenciones los modos en que la asistencia social facilita el acceso a una atención integral. Con esta intención reflexionamos acerca del rol de los profesionales del trabajo social y su quehacer en instituciones de salud del primer nivel caracterizadas por recursos limitados, dinámicas de alta demanda y procesos de planificación frecuentemente fragmentarios.

En salud pública converge el conocimiento científico de diversas disciplinas. Los equipos de salud de los centros de primer nivel de atención cuentan, siempre o casi siempre, con al menos un profesional de trabajo social. A pesar de los distintos fundamentos de cada disciplina, los profesionales de estos campos deben realizar esfuerzos conjuntos para fortalecer la salud de la población (Tadic et al., 2020). Aunque rara vez, estos equipos interdisciplinarios de la atención primaria conviven de manera armónica. Con frecuencia, por ejemplo, sus profesionales médicos y enfermeros tienen poca claridad sobre el rol que cumplen los profesionales del trabajo social (Ashcroft, et al. 2024).

Dentro de ciertos marcos regulatorios, su perfil suele ser polifacético, desarrollan una gran variedad de intervenciones pudiendo abarcar tanto los problemas psicosociales individuales, la gestión de casos, así como la promoción de la salud y la intervención comunitaria (Abreu y Mahtani, 2018; Mannsâker et al., 2026). La singularidad del trabajo social permite delimitar, comprender, problematizar e intervenir en situaciones emergentes a partir de su quehacer -aún tiempos de crisis- (Mattioni et al., 2025), a la vez que negociar con las demás profesiones (Mannsâker et al., 2026). De modo que al interior de las instituciones de salud -que enmarcan y limitan su accionar- sus profesionales gozan de cierta autonomía brindada por la profesión, aunque ésta siempre es relativa (Danani, 2006; Mattioni et al., 2025).

Dentro de la Argentina la Ley Federal de Trabajo Social, permite que el profesional esté habilitado para intervenir como agente de salud y establece que el ejercicio profesional se base en la práctica, pero también en la disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas, siendo fundamentales los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad

colectiva y el respeto a la diversidad. En su artículo 9 establece además que los profesionales están habilitados para asesorar, diseñar, ejecutar, auditar y evaluar políticas públicas, para nuestro caso de salud (Ley 27.072, 2014).

Las instituciones de salud pública del Conurbano han experimentado profundas transformaciones a lo largo de sucesivas crisis político-económicas y sanitarias, particularmente luego de los embates neoliberales del gobierno de Macri⁴ y los efectos de la pandemia. Este escenario ha generado algunas “vacancias en las tareas a las que los trabajadores sociales de salud fueron dando respuesta desde su capacidad teórica profesional y su compromiso ético” (Mattioni et al., 2025: 31).

Estas transformaciones institucionales que operan en el campo de la salud se inscriben también en las formas en que se configuran las relaciones entre sujetos e instituciones. No solo los sujetos son inesperados para las instituciones (Carballeda, 2017), sino que las instituciones también lo son para estos sujetos, siendo en estos casos el centro de salud un lugar más bien hostil para ambos: los equipos de salud y su comunidad. Dado que estos espacios son dinámicos, nos preguntamos cuáles son, en la actualidad, las prácticas de los trabajadores sociales que forman parte de los equipos de los centros de atención primaria en los barrios vulnerados de los municipios estudiados, y cómo portan en sus cuerpos el contexto en el que se insertan, a fin de facilitar la atención de proximidad que este tipo de enfoque requiere.

Resulta pertinente así profundizar en la comprensión de estas prácticas en una doble dimensión. Bourdieu (1999) al analizar en las cosas y en los cuerpos lo social, nos permite ver como en las cosas constantemente se construye un campo en el cual hay una distribución desigual de los capitales que generan diferentes posiciones donde los actores luchan por su interés; y en los cuerpos, la transformación se genera por el habitus, que es una especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en determinadas situaciones. Esta

⁴ Se des-jerarquizó el Ministerio de Salud, lo que significó cierto corrimiento de las responsabilidades en dos funciones centrales que tuvo históricamente el Estado Nacional en la política sanitaria, sobre todo en la rectoría y el financiamiento. En la arena local esto se reflejó en la ausencia de capacitaciones, monitoreo y evaluaciones de ciertos programas, a la vez que provocó faltantes de medicamentos e insumos para entregar a la comunidad (Ariovich y Crojethovic, 2024).

mirada posibilita analizar tanto la sistematización de prácticas ante situaciones usuales, como las innovaciones frente a situaciones extraordinarias (Crojethovic, 2010).

No obstante, y sin eliminar de nuestras lentes esta transformación relacional (institución-actor), nos preguntamos también si este término -innovaciones- es pertinente para mirar nuestras latitudes, sobre todo frente a la vasta precariedad de las instituciones sanitarias insertas en los barrios vulnerados. Cuando esas situaciones extraordinarias en territorios vulnerados nos dejan sin un horizonte posible, ¿son suficientes las innovaciones para explicar algunas prácticas de los profesionales del trabajo social?

Para ello, el análisis que realiza Eguilior et al. (2018), nos ayuda a comprender el marco en que los profesionales del trabajo social desarrollan su labor en los equipos de salud del primer nivel. Discute con los discursos performativos generados en el contexto de reducción del gasto público, que han ido permeando a los profesionales -en su recorrido por la instituciones públicas- y que han generado mayor compromiso con las instituciones en las que trabajan. Sostiene que analizar esos discursos en la formación disciplinar permite comprender el cariz que adquiere ese compromiso (reproduciendo posturas fatalistas y mesiánicas) que portan estos profesionales en los centros de salud. A la vez que analiza cómo la asociación con la génesis de la profesión, vinculada a la filantropía y la beneficencia, refuerza el imaginario social sobre su rol; inclusive muchas veces en el vínculo cotidiano con los equipos de salud se los ubica en el lugar de la persona “dispuesto/a, amable, solícito/a, presto a la resolución de conflictos y problemáticas” (Eguilior et al. 2018: 28).

Incorporamos también el concepto de subjetividad heroica (de la Aldea, 2004), ya que nos permite pensar cómo el compromiso y cierto heroísmo sostienen la institucionalidad de los establecimientos. Esta subjetividad se define como heroica porque refiere a un modo específico de situarse ante una problemática. Es una forma de pensar(se) en relación al problema. Para este tipo de subjetividad “los problemas podrían no existir; entonces es claro qué hay que hacer frente a un problema: eliminarlo. Todo lo que no se puede entender lo explica en términos de falta, de carencia, de limitación: falta capacitación, o falta formación, o faltan conocimientos, o falta tiempo, o dinero, o recursos, o presupuesto, o etc. (...) Y el problema se soluciona eliminando la falta con más trabajo, más recursos, más conocimientos, más...” (de la Aldea 2004: 3-4). Tal heroísmo aparece cuando se resuelven

los problemas en un contexto adverso en el que las personas se apropian de las faltas y las hacen cuerpo. Estas prácticas bien pueden ser vistas como soluciones o pueden considerarse que reproducen y naturalizan la precariedad.

ROL Y PRÁCTICAS DEL TRABAJO SOCIAL DENTRO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL

En el primer nivel de atención de la salud, las prácticas de los profesionales del trabajo social se configuran como un campo de intervención heterogéneo, que oscila entre prácticas más inscriptas en un marco de atención dentro de las instituciones de salud y otras más ligadas al trabajo territorial con la comunidad. A su vez, algunas se vinculan con la asistencia más clásica, otras con la resolución de situaciones de riesgo y un tercer grupo con la prevención y promoción de la salud. Esta diversidad es expresiva no sólo de la amplitud que puede alcanzar rol profesional de estos trabajadores (Tadic et al., 2020), sino también de las propias dinámicas y tensiones que atraviesan las rutinas de los equipos de salud en estas instituciones desatendidas por el sistema de salud, particularmente en lo que respecta a la definición de prioridades, modalidades de intervención y grados de autonomía de cada profesional.

Dentro del ámbito institucional (intra-muros), se observan formas desiguales de comprender el alcance y el lugar que ocupa el trabajo social en estos equipos interdisciplinarios (Ashcroft et al. 2024). En algunos casos, las entrevistas muestran que las intervenciones quedan en un nivel operativo/administrativo que degrada la posición del trabajo social a una mera asistencia a la profesión médica, reforzando la posición hegemónica de los médicos dentro de los equipos de salud.

Igual por suerte no suelo tener problemas. Yo por lo menos ando en esta sala. No he trabajado en otra sala. Desde que entré estoy fijo acá. Sí he tenido por ahí un poco más de problemas con otras doctoras, pero en términos de... (...) cuestiones administrativas. Llenado de planillas que corresponden a profesionales médicos y no. Te tiran un fardo que es como bueno, bueno... (...) (E51 TS MA).

En esta misma línea, se identifican prácticas vinculadas al seguimiento de pacientes, en las cuales los profesionales médicos derivan a estos trabajadores la tarea de contactar a mujeres embarazadas que no concurrieron al control, o a personas bajo tratamiento

terapéutico que no asistieron a sus turnos de seguimiento, entre otros casos. Lo cierto es que dichas tareas contribuyen a sostener cierta adherencia a los tratamientos y la continuidad de la atención.

Nosotros tenemos un sistema que es manual con la obstetra. La obstetra me dice -mirá, no vino tal persona, tal persona, tal persona al control. Entonces mi trabajo es, agarro la agenda, la llamo, si no viene la voy a buscar y le genero un nuevo turno para el de la semana siguiente. (P14 TS MA)

En otros casos, como en la práctica de Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y la Interrupción legal de embarazo (ILE), los profesionales de trabajo social gozan de cierta autonomía en su quehacer, aunque esta es relativa (Danani 2006; Mattioni 2025). Ejemplo de ello es que en MA estos trabajadores se ocupan de gestionar las consejerías que reciben a las mujeres que llegan con distintas necesidades y de distintos lugares de procedencia (incluso de municipios vecinos). Pero estos espacios para las consejerías funcionan, básicamente, como lugares destinados a la contención, la explicación de los procedimientos necesarios para la interrupción de embarazos y al cotejamiento de la necesidad de una derivación a otras profesionales del sistema. No obstante, los tratamientos, la entrega de la medicación y el seguimiento de los casos se realizan por la profesión médica, centralizadamente en el nivel hospitalario.

“Entonces los jueves funciona ahora como conserjería, es exclusivo para atención de interrupción de embarazo. La recibimos, por ahí en la semana se vienen a anotar, de cualquier lado, le hacemos la consejería, explicamos el procedimiento y tenemos que corroborar que la ecografía con actividad cardiaca positiva; condición para acceder al tratamiento con misoprostol (..) y conseguimos los turnos en el hospital” (E11 TS MA).

En otras experiencias el habitus (Bourdieu 1999) profesional adquiere mayor jerarquía para implementar programas de asistencia, como muestra la primera cita; al mismo tiempo, se evidencia su participación en la organización y el funcionamiento institucional como un integrante más del equipo (Fandiño Rojas, 1992), tal como revela la segunda cita.

Ayer me pasó que la crucé a Verónica con dos pacientes, nos cruzamos y yo después en el trajín del día no pude cruzármela de nuevo. (...) Entonces nos vamos dejando notas sobre los pacientes, el por qué nos lo derivamos, pero obviamente evaluando la emergencia. (...) la obstetra, la pediatra, si hay una situación en el momento, en el momento cortan la atención, pausan la atención, me van a buscar a mí y me consultan. Si es como para que yo intervenga, listo, o me la mandan a la persona o yo me meto al consultorio. Con la obstetra me

pasó la última vez, que era en una situación de una consulta de IVE-ILE pero la chica estaba muy angustiada con la decisión. Más que con la decisión, sino con lo que iba a repercutir en su familia esa decisión. Entonces en vez de que la piba pimponee entre consultorios, me vine yo para acá y atendimos los dos (junto a la médica) directamente. (E31 TS MA)

Este centro de salud cambió muchísimo en los últimos tiempos y la verdad está funcionando a mi gusto muy bien. Las cosas que no podemos hacer son por las trabas lógicas de las medicaciones que no tenemos y no puedo repartir. Lo que hay en el centro siempre se da a todo el mundo y además lo que sí hay es muy buena predisposición para con la gente. Esto no existía antes, y la verdad que cambió muchísimo. Adriana desde que es coordinadora las cosas cambiaron un montón, y sobre todo en lo que es mi desempeño (...) (E30 TS MA).

Los talleres son un capítulo central en la jornada laboral. Los trabajadores sociales son multifacéticos, por lo que desarrollan muchas tareas, pero es de destacar que siempre hay lugar para realizar talleres. Los mismos responden a necesidades concretas vinculadas a brindar información de cuidados a una población extremadamente vulnerada. Pero el problema que identificamos es que en muchos casos los talleres se convierten en el único dispositivo de prevención y promoción de la salud, y suelen desarrollarse con escasos recursos. Son diseñados por ellos, son de su autoría, pero es la Dirección de Primer Nivel de Atención quien suele marcar la temática que se demanda, aunque no siempre. Con frecuencia se realizan talleres que cubren problemáticas cotidianas como: educación sexual integral, lactancia, accidentes domésticos, envejecimiento activo, de género, sexo y sexualidad, diabetes, consumo problemático, métodos anticonceptivos, sobre IVE e ILE, prevención de violencia de género, prevención de abuso, adherencia a controles médicos, vacunas, etc. Cabe señalar que es un tipo de práctica habitual vinculada a la prevención y promoción que es constitutiva del proceso de formación de la profesión. En línea con lo establecido en la Ley Federal de Trabajo Social, diseñan instrumentos que brindan información, involucrando a las personas en pos de su desarrollo personal, o de un mayor bienestar. Dependiendo del profesional los talleres también sirven para problematizar alguna cuestión coyuntural (higiene personal, cuidados frente al contagio, violencia de género, etc.). Muchas veces se dictan de manera improvisada en las salas de espera antes que el personal médico les atienda, otras veces se dan en las escuelas, rara vez en otros espacios de la comunidad. Inclusive en la pandemia se siguieron realizando, pero en espacios bien abiertos y ventilados, con menor cantidad de gente.

Acá se hacen talleres junto con la enfermera, Brenda, dependiendo de, por ejemplo, la semana de la lactancia, la semana de diabetes. Ahora estamos haciendo talleres de ESI en las escuelas, ayer en secundaria, la semana pasada en primaria y 6° grado. (...) Los hago yo, en las salas y escuelas. Desde la coordinación de primer nivel nos pidieron taller de ESI en las escuelas. Voy y pregunto en la escuela (les digo) qué tengo, qué les parece; dijimos que vamos a comprar un auto, plotearlo y hacer talleres itinerantes porque nos piden de todos lados (E12 TS MA).

Si bien el incremento de la violencia de género se identificó en la pandemia, recién en post pandemia la atención de estas situaciones de riesgo pasó a ocupar un lugar mucho más relevante en la agenda de trabajo. Son los trabajadores sociales quienes activan los protocolos: realizan las denuncias en la comisaría de la mujer, articulan con organismos municipales orientados a trabajar con las problemáticas y fortalecer derechos de las Mujeres, y hacen el seguimiento. En caso de haber menores, también articulan con los organismos pertinentes. Redactan los informes de violencia y/o abuso, etc.

En los casos en que la violencia de género está asociada a consumos problemáticos de las parejas, las mujeres quedan en un lugar de extrema vulnerabilidad, obligando a los profesionales del trabajo social a intervenir con otro tipo de protocolos.

(...) Y la de hoy después de la pandemia la adicción y no es la adicción a cualquier cosa es la adicción a la cocaína, por ejemplo, levanta un montón el nivel de riesgo de las mujeres, entonces ya no tenemos situaciones de violencia hacia las mujeres como decirte, de medio y bajo riesgo, ya son de medio alto, altísimo, o sea, si uno pone ese parámetro en la estadística que venimos haciendo que soy yo de todos los años no te das cuenta que ante la brecha entre riesgo, bajo y medio era mucho más ancha y ahora a la mayoría ya le estamos poniendo la R porque es riesgo y es altísimo con un arma con cosas que suben una barbaridad la vulnerabilidad de la mujer y esto ustedes lo van a identificando en esas entrevistas iniciales que hacen y en una encuesta donde ahí. Tomamos las entrevistas en dupla y vamos tomando nota en una un registro de admisión que nos va proponiendo de ir desarmando y complejizando la entrevista (P51 TS JCP).

En situaciones donde el riesgo se percibe en menor grado, estas intervenciones toman distintas direccionalidades, algunas mezclan un tono más protector, otras abogan por la responsabilidad y la autonomía de la mujer llamando a la reflexión y a la problematización de la situación que están viviendo.

Yo te digo lo que hago desde el consultorio social. Vamos tratando de armar actividades para que salgan de ese círculo de violencia para que vean que hay

otra vida. (...) Noto esto de la despersonalización, viven la vida de sus hijos y maridos, y de ellas no se ocupan. Poder hablar con ellas desde otro lugar, se arman espacios de reflexión, hay que ocuparse y preocuparse del cuerpo de una, si no se cuida no va a venir nadie a hacerlo, y para cuidar a nuestros hijos es una carga enorme, pero si no estamos bien, no podemos. Entonces, se arma “qué pensás vos respecto a eso que querés hacer, cambiar”, sino es como que quiero imponer para que cambie el otro. Desde acá se acompaña en ese sentido (P12 TS MA).

La gestión de turnos “protegidos⁵” también es una tarea muy relevante que realizan con mucha conciencia, frente a una población que más bien se resiste a ingresar al sistema, y que es más fácil perderla que captarla. La evidente y crónica falta de turnos en el subsector público, obliga a los profesionales a desarrollar distintas estrategias para brindar algunos turnos protegidos a quienes ellos consideran que no pueden esperar. Arman un circuito en el que hablan con los especialistas de su centro o de otros centros del primer nivel para su obtención, o bien por WhatsApp para conseguir un turno en el segundo nivel (hospital). Cuando lo consiguen se comunican con el paciente o van hasta su domicilio para entregárselo. Es el modo en que pueden garantizar la continuidad de la atención en algunos casos que requieren de un seguimiento particular o de los casos que se denominan sociales. Otras veces es la forma de captar a quienes están fuera del sistema de salud para que se atiendan y tengan un mínimo control de su salud. Para esta última modalidad, no hay un protocolo a seguir, sino más bien un fin: encontrar a la persona. Dentro de un repertorio de recursos que tienen a su alcance, estos profesionales “con su librito” van enlazando en el primer nivel una a una a las personas con el centro de salud, con mucho esfuerzo y dedicación. Pero depende de una decisión personal (no todos lo hacen) que se juega más en un plano ético y moral, no de una planificación institucional.

Para gestión de turnos, por ejemplo, la Subsecretaría de la Mujer, desde el primer nivel nos envían por WA un turno para entregarle a cierta persona. Una va, presenta el turno, original y duplicado, el primero queda acá y el duplicado al paciente; es todo mediante informe. (...) (E12 TS MA)

Por eso desde acá del Servicio Social yo trabajo, trato de cuando le doy turnos protegidos a los niños o niñas que vengan a pediatría, también que sean atendidas ellas (las madres) desde el área médica como para tener una mínima atención. Claro. O una primera atención, ¿entendés?. (E34 TS MA)

⁵ Dentro del sistema de salud pública de la Argentina, existe una reserva prioritaria de turnos según criterios sanitarios o sociosanitarios.

Algunos profesionales trabajan con protocolos propios, más institucionalizados, que contemplan historias clínicas de servicio social. Arman un registro pormenorizado de las personas que reciben, que incluye un mapa familiar e información de la escolarización de los hijos y si tienen su calendario de vacunación completo (en caso de faltarles gestionan un turno con las enfermeras para su administración). Esta modalidad de trabajo constituye una decisión personal, que pone en evidencia, en su aparente autonomía, una insuficiente planificación del sistema de atención primaria.

Esto es institucionalmente, las personas vienen, se anotan, no puede entrar ninguna persona al Servicio Social sin historia clínica. Se le inicia la historia clínica por más de que no tenga atenciones con los médicos o que tenga obra social (P31 TS MA).

Entonces, como acá es un centro de salud, se busca tener un aspecto sanitario para poder responder desde los informes ¿no? O la manera de articular. Entonces, si por ahí se hace alguna intervención desde acá en lo social y se consulta o se pide alguna intervención sí o sí con clínica médica, obstetricia o pediatría. ¿No? Para tener ese aspecto sí o sí y poder hablar no solo de lo social, sino también tener en cuenta cómo van con los tratamientos, si tienen el calendario de vacunación completo, tantos adultos como niños o desde el área de obstetricia cómo va también el seguimiento, si adhieren a los tratamientos porque acá hay muchos contagios por transmisión sexual (P34 TS MA).

Dentro del ámbito institucional también se dedican a gestionar cotidianamente insumos y prestaciones (médicas y no médicas) para un tipo de población más vulnerada, tarea que se relaciona con un tipo de asistencia más clásica del trabajo social. Estas requieren que articulen con promoción social para resolver cuestiones vinculadas con los problemas económicos y/o habitacionales, para adquirir módulos alimentarios y/o para tramitar audífonos, sillas de rueda, bastones, prótesis -internas externas-, estudios de alta complejidad, entre otros.

Desde lo social las hago yo. Con la escuela acá al lado, con la secundaria y con la primaria artículo, y como para hacer seguimientos ¿no? Y a veces uno no lo puede captar. Entonces consulta al colegio si están yendo, o desde el colegio consultan si realmente están viniendo acá a la sala, se trabajan de manera conjunta bien con el gabinete. Más que nada secundaria, se hacen talleres de todo tipo. Y después hay otro centro que es una ONG, que entrega mercadería y bueno, ellos también me dijeron que si hay alguna necesidad como muy urgente... (...) (E34 TS MA).

En otros casos la asistencia se conjuga con un saber más técnico (Perelmiter 2011, Lijterman 2023), que implica la administración y ejecución de los programas específicos

para la entrega de medicamentos o para realizar tratamientos. Con estos trámites facilitan que la población pueda acceder a estos programas, aun cuando el contexto institucional es hostil y se constituye como una barrera que deben sortear.

(...) la burocracia provincial y municipal son... Lamentablemente, no cambia los tiempos de para otorgar los recursos y que está relacionado a la situación económica la... situación ahora electoral estos, hay mucha sensibilidad al respecto de eso. Es que ahora es atípico porque no, no se puede. Digamos, saber qué es lo que va a suceder. Inclusive que cuando cambian las gestiones cambian las formas en que se piden los recursos y se entregan las características y el funcionamiento de los programas y cuáles programas van a quedar y cuáles no... y cómo van a funcionar y cómo los modos de acceso. Todo eso cambia, así que ahora no es pandemia, es preelectoral... que es un momento bisagra... también y más bueno, la situación que estamos atravesando la situación social, se nota en el incremento de la demanda... porque son cuestiones básicas de atención médica estudios medicación tratamiento prótesis son cuestiones vitales quimioterapia toda la parte... de Oncología también la manejamos nosotros, entonces eso no va a cambiar, la gente se sigue enfermando el servicio sigue abierto no es que varió (E54 TS JCP).

En relación con el trabajo con la comunidad, ir al territorio aparece en los equipos de salud del primer nivel como una rutina reservada, casi exclusivamente, a los trabajadores sociales. En efecto, el quehacer de éstos como profesionales se configura fuertemente en torno a la intervención territorial “es una carrera que es muy territorial, es muy a la cancha, y es práctica, es práctica” (E31 TS MA), entendida como una práctica que articula el seguimiento personalizado de distintas situaciones, la presencia en los domicilios y la captación activa de la población en situación de riesgo (Abreu y Mahtani, 2018). Al respecto, una coordinadora del área de trabajo social en MA señala que se trata de un trabajo que “incorpora el territorio, el domicilio, seguimientos, captaciones, patear casa por casa” (E2 Gestor MA). En línea con lo planteado por Perelmiter(2011), la disposición de estos trabajadores para desplazarse al territorio de forma comprometida y empática con los más vulnerados no solo organiza las modalidades de trabajo con la población, sino que también podría pensarse como la producción de una destreza que legítima profesión. Entendida esta “destreza legítima” como un saber experto/técnico que va siempre acompañado de un compromiso militante y una sensibilidad social.

Esta forma de “hacer territorio⁶” no se limita a la visita domiciliaria, sino que incluye un abanico amplio de acciones orientadas a fortalecer el vínculo con la población, tal como queda expresado en el relato de una trabajadora de MA. Se trata de intervenciones flexibles y situadas, donde la experiencia y los criterios individuales de cada trabajador adquieren un peso relevante en la definición de las prácticas y en las que la proximidad con la población se destaca como estrategia de intervención comunitaria (Abreu y Mahtani 2018; Mannsåker et al. 2026).

“Claro. Eso es hacer territorio, también lo es ir a buscar pacientes por ejemplo de violencia de género, convocarlas para una entrevista en profundidad” (...)
“Cada maestrillo con su librillo. A mí hay cosas que me dan efectividad, otros profesionales trabajan de otra manera. Yo voy, no encuentro a nadie, dejé una esquila, habló con el vecino, etc. hasta encontrar a la persona” (E12 TS MA).

Sin embargo, esta centralidad del territorio se vio particularmente tensionada durante la pandemia. Las intervenciones de salud no se suspendieron completamente en los efectores del primer nivel, pero se vieron fuertemente trastocadas y en muchos casos mediadas por dispositivos virtuales (Crojethovic et al., 2023). Esto impactó en los modos de interacción de los equipos de salud con la población destinataria y, particularmente, en la presencia de los trabajadores sociales en el barrio. En ese contexto, estos profesionales desarrollaron acciones que les permitieron sostener el acompañamiento, aun en condiciones de aislamiento, combinando la distancia física con formas de proximidad más simbólicas y mediadas por una comunicación remota (Mattioli et al., 2025). Para el caso de JCP se incorporaron en esta tarea un grupo reducido de promotores de salud.

“...brindarles desde el sistema, ‘te venimos a acompañar de alguna manera te venimos a brindar esto’, nosotros teníamos nuestro resguardo, no entrábamos al domicilio. Pero mostrarles que estamos acá, y eso transmitía bastante tranquilidad a la gente” (E2 CTS MA).

Con la salida de la pandemia, se volvió necesario reconstruir prácticas vinculadas a la presencialidad para la atención primaria de la salud (Crojethovic et al., 2022), lo que implicó retomar el hábito de recorrer el territorio para trabajar con la comunidad (Abreu y Mahtani, 2018; Mannsåker et al., 2026). En este proceso, la proximidad adquirió una renovada centralidad, siendo revalorizada y (re)jerarquizada como forma de intervención, en tanto

⁶ Hacer territorio es la forma en que los profesionales del trabajo social se refirieron en las entrevistas al trabajo que realizan con las familias en los barrios.

refuerza la importancia del contacto directo en la gestión de la atención y en la construcción de vínculos con la población.

En este sentido, el escenario de la post pandemia configuró condiciones propicias para que los equipos de salud retomen y fortalezcan las salidas al territorio, así como las acciones de promoción y prevención, tanto dentro como fuera de las instituciones. Al mismo tiempo, tal como señala un entrevistado, este período se constituyó en una instancia para formar en las rutinas propias de la atención primaria a aquellos/as trabajadores que se habían incorporado durante la emergencia sanitaria. Como hemos demostrado en otras investigaciones, muchas de estas prácticas habían sido parcialmente desplazadas, ya sea por la priorización de las urgencias y de la población de riesgo o, en el mejor de los casos, por la implementación de modalidades de atención remota como arriba se menciona (Crojethovic et al., 2022, 2023).

La reactivación de la presencialidad implicó no sólo la recuperación de prácticas territoriales, sino también un proceso de desaprendizaje de hábitos de distanciamiento y modalidades virtuales incorporadas durante la pandemia, en gran medida promovidas por las disposiciones de las autoridades sanitarias nacionales y provinciales (Ariovich et al. 2023). Como toda práctica sedimentada, estas formas de intervención requirieron ser revisadas y desarmadas para (re)construir vínculos más próximos con la población, recuperando dinámicas más acordes al primer nivel de atención.

“(…) hubo mucho cambio de personal en el trabajo social. Muchos de los que hoy están en el equipo, se incorporaron en la pandemia, no conocían el trabajo de primer nivel previo. Fue volver a incorporar el territorio, el domicilio, seguimientos, captaciones. Había que sacar esa costumbre del llamado telefónico, eso de la distancia y empezar a patear casa por casa” (E2 TS MA).

Al mismo tiempo, este proceso no se limitó a retomar ese trabajo territorial frente a las consecuencias sociales y sanitarias de la pandemia, sino que también implicó sostener y fortalecer la autonomía de las personas en el acceso a los servicios de salud. En esta línea, un entrevistado da cuenta de las estrategias desplegadas para recomponer la demanda y favorecer la revinculación con los efectores.

“Se pensaron estos proyectos sobre salud sexual y reproductiva, PAP, Colpo y demás, se empezaron estos operativos de salud de la mujer. Le brindas ese espacio que tal vez no se hace en el primer nivel, porque consideramos que fue

una época donde no había acceso a esos controles anuales. Lo brindamos, pero en la cercanía de la sala con tráiler, gineco y ese personal para la población sosteniendo esto, de brindarlo, pero cerca de la sala para que la vuelva a incorporar, la importancia de ir a la sala” (P2 CTS MA).

La apuesta por el trabajo territorial, de larga trayectoria en la profesión, entra en colisión con limitaciones del sistema sanitario local relacionadas con la producción de información sobre la población. A pesar del conocimiento situado que las trabajadoras construyen en su práctica cotidiana, se evidencia la ausencia de registros formales sobre la cantidad de personas y de familias que integran el área programática⁷. Como señala una de las entrevistadas:

“De las que viene a la sala, bueno, eso está en investigación. Yo les pedía a las chicas si tenían algo de la sala de los inicios, y no quedaron los registros acá (...)” (E12 TS MA).

De este modo, se evidencia un desfase entre la centralidad que los trabajadores sociales otorgan al territorio como espacio de intervención y las herramientas institucionales disponibles para su sistematización. A su vez, esta brecha tiene implicancias en la planificación y programación de actividades de prevención y promoción en el área de referencia, así como en el diseño de acciones específicas.

En suma, el trabajo social en el primer nivel de atención se constituye como un campo de intervención amplio y heterogéneo, atravesado por tensiones dentro del ámbito institucional y por limitaciones estructurales del sistema sanitario. Las prácticas de los profesionales del trabajo social involucran tareas administrativas y de seguimiento de pacientes con acciones de prevención, promoción de la salud y abordaje de situaciones complejas como el embarazo adolescente, la interrupción legal y voluntaria del embarazo, la violencia de género y los consumos problemáticos, entre otros. Esta diversidad de actividades evidencia un rol flexible en lo asistencial pero también subordinado, en distintos grados, a la hegemonía del saber médico que suele limitar los márgenes de autonomía del trabajo social a tareas simplemente administrativas. A pesar de ello, los trabajadores sociales logran desplegar su autonomía en las estrategias territoriales que desarrollan para fortalecer lazos con la comunidad, garantizar la continuidad de la atención y sostener vínculos con

⁷ Refiere a la división territorial y poblacional que queda bajo la responsabilidad de un centro de salud o de un hospital.

poblaciones altamente vulneradas. En esta línea, las visitas domiciliarias y la captación activa de personas desvinculadas del sistema constituyen componentes centrales de su trabajo en el territorio. Si bien la pandemia tensionó estas formas de intervención al imponer modalidades remotas y distanciamiento, en la post pandemia se revalorizó la atención de proximidad y la presencia territorial como dimensiones centrales de la atención primaria, obligando a retomar los operativos barriales. En este marco, el trabajo social aparece como una práctica orientada a reconstruir derechos y fortalecer el acceso efectivo a la salud en escenarios atravesados por profundas limitaciones estructurales del sistema vinculadas a la falta de recursos, planificación y registros sistemáticos de la población atendida y por profundas desigualdades sociales.

ACCIÓN Y DOBLE DEMANDA: INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA

De arriba se desprende que las prácticas que realizan estos profesionales del trabajo social portan una doble demanda: la institucional y la comunitaria. Aquella que se le pide institucionalmente desde arriba y aquellas otras que aparecen por debajo en la interacción con la comunidad.

La primera demanda, establecida desde la propia Ley Federal de Trabajo Social, estipula que deben desenvolverse como profesionales de la salud, promoviendo un cambio, el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas (art. 4), pero esto sucede en contextos donde los dispositivos institucionales son poco adecuados y/o los recursos necesarios son exiguos. A la vez que, la propia realidad institucional hace que el profesional se pierda en procesos administrativos lentos y poco flexibles, complejizando y obstaculizando el trabajo cotidiano.

(...) las respuestas tanto provincial como municipal son escasas, la tardanza respecto a los insumos es demasiado... lo burocrático termina siendo demasiado burocrático, imposibilita. El acceso a un derecho de la persona es complicado, es complejo porque la situación del país es compleja, es mucha la demanda en cuanto a la medicación (suspira) Todo lo que es prótesis y demás... tarda demasiado (E54 TS JCP).

En este escenario problemático la subjetividad heroica (de la Aldea, 2004) emerge, y a partir de "la falta" concretamente, el profesional del trabajo social la hace cuerpo y desarrolla ciertas estrategias que vienen a resolver los problemas frente a la precariedad institucional "con lo que hay". La evidencia está en la búsqueda de estos profesionales por restituir

derechos, asegurar bolsones de comida, o bien facilitar trámites y tratamientos en momentos muy complejos.

Nuestro rol no está para juzgar en ningún caso, en ningún momento a nadie, sino que está para acompañar, intervenir y restituir derechos, o prevenir que se vulneren. Eso es todo. No lo estoy desvalorizando para nada, por algo que yo estudio con esta carrera, y me gusta lo que hago, pero también se venía con un discurso... Pero porque esto se fue repitiendo durante décadas, porque mi carrera también empezó muy asistencialista, y muy desde la caridad, y de la religión, y de lo moralizador (...) (E31 TS MA)

Si es alguna persona que no tiene nada en absoluto, como ninguna asignación, ninguna pensión, ningún beneficio, bueno, yo mediante una nota les solicito si pueden darle un bolsón de mercadería por semana o con desarrollo social para la leche y eso (E34 TS MA).

“Como para convocarlas y por ahí yo en IVE a muchas hago el seguimiento telefónico y ahí evaluamos si es necesario, no que vengan al cierre; porque mucho cuesta que vengan al cierre de historia en IVE entonces por ahí lo hacemos de manera más telefónica, vemos cómo fue la experiencia, cómo se siente, cómo están... tenemos métodos anticonceptivos y (vemos) si pudieron resolver por otro medio o tratamos de planificar que puedan volver al centro de salud. Vamos haciendo un poco general y ahí evaluamos si es necesario que vuelvan al centro, ya le damos un turno y acordamos horario y todo para que vuelvan y si no más es un acompañamiento telefónico” (E48 TS JCP)

A la demanda institucional se adiciona la comunitaria, que no es nueva, pero ahora aparece en una realidad aumentada. Esta proviene de una población expoliada por años de sus derechos (Carballeda, 2017), y que luego de la pandemia ha quedado mucho más lacerada por las problemáticas arriba enunciadas:

(...) gente con NBI, en lo que es las partes sociales mucha negligencia materna, paterna, hay muchos casos de niños con retraso madurativo, mucho consumo (E41 TS MA).

Los cuerpos de estos profesionales doblemente demandados generan heroicamente acciones, que pueden expresarse como rutinas ensayadas o como iniciativas precarias (parche), o bien como innovaciones frente a situaciones extraordinarias. Todas estas prácticas buscan dar una solución frente a la gravedad de los contextos de expoliación, mientras que las dos primeras de forma más parcial, la última lo hace de manera más creativa. Se disfraza entonces, en esa disposición heroica, una demanda institucional que ocurre en un marco de precariedad (fallas de la planificación y de la organización, exigüidad de recursos, etc). A la vez que estos profesionales deben hacerse cargo de esa demanda comunitaria que porta una realidad cercenada de derechos. Esto que los lleva a desarrollar

esa subjetividad heroica es lo que al mismo tiempo los desafía a trabajar al límite “Se lo digo a todo el mundo, no estés más de dos años en un servicio local porque vas a terminar como uno de los pacientes. (...) te explota la cabeza realmente (E31 TS MA).”

(...) el centro está muy desprovisto... cómo fue en ese momento porque tiene un médico un día dos días a la semana cuatro horas... está muy desprovisto de profesionales, no tenemos pediatra hace poquito. Tenemos una obstetra, está como aislado del barrio. Yo lo veo como que perdió perdió. Yo soy municipal, hace 35 años y el primer nivel siempre fue lo que me gustó... perdió el horizonte en el barrio, es como que no se lo ve como antes, se lo ve como algo que no está dando respuesta porque a veces que hay enfermera, porque a veces no hay, porque piden esto y no hay, (...) pero falta un montón de recursos, no tenemos baño, no tenemos agua, o sea, las instalaciones se caen a pedazos y el recurso es chiquito, entonces no se puede salir a estimular a la población, si no tenes con qué responder. Entonces ahí está todo muy agitado. Yo creo que la gente no cuenta con nosotros (E51 TS JCP).

En este accionar los trabajadores sociales “se coloca(n) como representante(s) de los pobres frente a las instituciones y como representante(s) de las instituciones frente a los pobres” (de la Aldea, 2004: 7). La posición en la cual se ubican requiere de intervenciones que muchas veces pueden ser repetitivas y rutinarias como dice de la Aldea (2004), pero en muchas otras ocasiones pueden salirse del libreto y dar lugar a cierta reflexividad (Giddens, 1993) y a momentos para pensar sobre la situación puntual. En consecuencia, se presentan distintas modalidades de intervención. En la siguiente cita puede observarse que hay quienes sienten que no queda tiempo para la reflexión, la rutina se automatiza, no hay espacio para pensar y se resuelve lo puntual.

Si, no tengo tiempo como para problematizar el por qué no a la adherencia a la mujer. Porque son varios factores, no solamente que me quedo dormida. Me quedo dormida porque tengo muchos hijos, es como complejo. Sí. me gustaría como focalizarme más en por qué, qué pasa qué no viniste, ¿entendés? Pero el tiempo laboral... Es tanta la gente, tantas cosas que uno no se focaliza bien en sacar (pensar lo que sucede), en estar ahí. (...) Y como que ahí estás entre la política pública y lo que en realidad es ¿entendés? Los recursos son escasos (E 13 TS MA).

Mientras que, en la segunda cita, vemos que hay quienes personalizan la atención. Tratan de indagar en la situación de la persona y se aseguran de que pueda tener todo lo necesario como para continuar los tratamientos y para que se sientan contenidos en esos espacios a pesar de las vicisitudes.

(...) y bueno, lo vincular en cuanto a pareja, económico, cómo andan, qué sé yo, si yo te mando esto (pregunto) lo podés comprar o no, bueno busquemos un derivado para sacar de acá de farmacia. Se le busca la vuelta y al mismo tiempo articulan

directamente (otros colegas) conmigo, con los pacientes. Como bueno -cualquier cosa vas con Sergio, que está allá en el fondo está todos los días, como tenerle presente dentro del discurso para también generar esa adherencia (al centro) (...) Entonces para generar esa adherencia y que no se pierda, por suerte se armó un lindo equipo de laburo con los profesionales médicos. Pero sé que tranquilamente me puede tocar cualquier cosa (situación) (TS 51 MA).

Aquí aparece también el involucramiento y compromiso habitual con su trabajo, con ello la importancia que representa para estos profesionales el primer nivel de atención y la salud de la población "(...) trabajabas mucho la adherencia, la importancia (de) la alimentación, las redes a donde acudir si pasa X (cosa), y la contención (E2 TS MA)".

En otras experiencias relatadas aparece además una suerte de empoderamiento o (re)jerarquización del trabajo social. Sin perder lo asistencial tradicionalmente asignado a esta profesión (función de ayuda, prevención y promoción social), buscan disputar la narrativa de sentido común acerca del rol del trabajo social (Ashcroft, et al. 2024) en su quehacer cotidiano.

A mí me pasa el día de hoy que voy a un domicilio y digo - hola, ¿me presento? Hola, ¿qué tal? Soy Sergio, el trabajador social de la salita - ¿El qué? - El asistente social. Ah, me dicen - bueno, ok, está bien. Y ya ves, últimamente ya vengo entregado a la narrativa asistente social. Completamente entregado a esa narrativa. Pero bueno, si yo te voy a hacer que con esto entiendas que trabajo, no hay ningún drama. Después sí, voy como laburando con los pacientes, y hoy en día me dicen el trabajador social de la salita. Me costó mucho con las chicas también de la sala. (E31 TS MA)

En síntesis, las prácticas que realizan estos profesionales del trabajo social se configuran en una doble demanda: la institucional y la comunitaria, que tensiona permanente su accionar en contextos de precariedad institucional y escasez de recursos. Los cuerpos de estos profesionales doblemente demandados generan acciones heroicas. Estas suelen ser rutinas o nuevas iniciativas que emparchan y reproducen la precariedad institucional, aunque en algunas ocasiones pueden convertirse en innovaciones frente a situaciones extraordinarias. Es que decir existen ciertas ocasiones en las que estos profesionales pueden salir del libreto, dando lugar a cierto proceso reflexivo y a momentos para repensar(se) frente la situación puntual de manera creativa.

REFLEXIONES FINALES

El análisis del rol y las prácticas del trabajo social en el primer nivel de atención de la salud permite afirmar que se trata de un campo de intervención complejo, dinámico y atravesado por múltiples tensiones. Lejos de constituirse como un rol homogéneo, las prácticas de los profesionales del trabajo social se despliegan en una diversidad de escenarios donde se combina el trabajo intra-muros con la intervención territorial en la comunidad. En ese marco, se desarrollan acciones de promoción, prevención, asistencia e intervención en situaciones de riesgo, lo que evidencia la amplitud y flexibilidad del ejercicio profesional, así como el carácter polifacético de su rol -tal como ha sido problematizado en la literatura de la disciplina-.

En las entrevistas se deja a entrever el modo en que la intervención en el territorio se consolida como un eje estructurante de la profesión. Los trabajadores sociales desarrollan estrategias de proximidad que incluyen visitas domiciliarias, seguimiento de casos y articulación con redes comunitarias, lo que les permite construir un conocimiento situado de la población. No obstante, esta centralidad del territorio contrasta con la escasez de herramientas institucionales para su diagnóstico, lo que dificulta la planificación y evaluación de las políticas de salud.

Para analizar el rol de la profesión dentro del ámbito institucional surgen dos planos analíticos. El primero da cuenta de la posición del trabajo social dentro de los equipos de salud, que marcada por relaciones de poder y jerarquías disciplinares, en muchos casos, limitan su autonomía. La subordinación a saberes médicos hegemónicos y la centralización de ciertas prácticas en el nivel hospitalario, restringen el alcance de sus intervenciones. Sin embargo, también emergen experiencias en el primer nivel de atención donde los equipos buscan fortalecer el trabajo interdisciplinario, habilitando prácticas más integradas y reconociendo el aporte específico del trabajo social.

Un segundo plano, en cambio, evidencia la doble demanda bajo la cual operan los trabajadores sociales, que no sólo es institucional, sino también comunitaria. Por un lado, deben responder a lineamientos, normativas y limitaciones estructurales del sistema de salud, muchas veces caracterizado por la escasez de recursos y la burocratización. Por el otro, enfrentan una creciente demanda social derivada de contextos de vulnerabilidad profundizados, especialmente tras la pandemia. El atributo de vulnerabilidad no sólo

permea la vida de las personas que asisten a estos centros, sino también al proceso de atención. Las acciones que realizan los equipos de salud en general se orientan específicamente a intervenir sobre una población cuyas problemáticas son más sociales que sanitarias. Se cuece así, una realidad particular que tiene a la extrema pobreza y a la estructural, como ingredientes principales del quehacer del trabajador social. En este marco, los cuerpos de estos profesionales, doblemente demandados, generan intervenciones heroicas. Estas pueden ser acciones rutinarias o iniciativas que solo emparchan y reproducen la precariedad institucional. Contrariamente, en otras situaciones se da lugar a cierto proceso reflexivo que repiensa al profesional frente a una problemática puntual que permite generar ciertas prácticas innovadoras.

La investigación también devela el aporte del trabajador social para un abordaje integral de la salud de la población. Son quienes generan vínculos con las personas y las familias a la vez que navegan el sistema burocrático y conocen los atajos para brindar bienes y servicios cuando escasean. Sin embargo, no es lo mismo mantener los centros de salud con un mínimo abastecimiento y escasos recursos, haciendo lo que se puede con lo que hay, que generar derechos postergados a los sectores marginados que ciudadanicen. La rectoría del Estado implica planes y programas nacionales con recursos que articulados integralmente acompañen el trabajo territorial que desarrollan los trabajadores sociales día a día. Pero no solo se trata de recursos, hoy lo que está en juego es la capacidad de generar políticas con dispositivos soporte que protejan a la población de los riesgos que genera la desprotección social.

En un contexto caracterizado por la precariedad —la cual tensiona de manera constante los procesos asistenciales—, son los profesionales del Trabajo Social quienes con sus prácticas territorializan las políticas públicas de salud en el ámbito local, incrementando significativamente la capacidad resolutive de sus establecimientos del primer nivel. Los trabajadores sociales en tanto actores clave, mediante su destreza legítima, se convierten en facilitadores de la atención, y captan a un sector de la población que de otro modo quedaría excluido del sistema sanitario. Este puente que construyen entre las instituciones estatales y las necesidades concretas de la población, viabiliza la dimensión territorial y operativa de las políticas públicas.

Bibliografía

ABREU VELÁZQUEZ, María C.; MAHTANI CHUGAN, Vinita. Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en Atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional, en Cuad. trab. soc. 31(2), 355-368. 2018.

ACUÑA, Carlos y CHUDNOVSKY, Mariana. El sistema de salud en Argentina. <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>. 2002.

ARCE, Hugo. 4ta Parte: Década del 90 y principios del siglo XXI. En: El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va. (pp. 253-373). Editorial Prometeo. 2010.

ARIOVICH, Ana, PÉREZ; Verónica, BERTRANAU, Julián; CHIARA, Magdalena, CROJETHOVIC, María y DI VIRGILIO, Mercedes. "Las políticas subnacionales orientadas a dar respuesta a la pandemia en la Región Metropolitana de Buenos Aires". En: Di Virgilio Mercedes(ed.). Los desafíos de las relaciones intergubernamentales en contextos de incertidumbre. Tomo II: Territorios, políticas públicas y respuestas ciudadanas en contextos de pandemia por COVID19. Ciudad de Santa Fé: Ediciones UNL, 2023. p. 59 - 119. 2023.

ARIOVICH, Ana y CROJETHOVIC, María. La política sanitaria en acto, diálogos entre los programas nacionales y las intervenciones locales POSTData 29, N°2, (255-291). 2024

ARIOVICH, Ana. Accesibilidad a los sistemas de salud en dos municipios del Conurbano Bonaerense: entre la gestión de la política sanitaria local y las experiencias de los actores y las familias. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. CABA. 2024.

ASHCROFT RACHELLE, Sheffield Peter; ADAMSON, Keith; PHELPS, Fred; WEBBER, Glenda; WALSH, Benjamin; DALLAIRE, Luis Francois; SUR, Deepy; KEMP, Connor; RAYNER, Jennifer; LAM, Simon; BROWN, Judith y BELLE. Scoping. Review of social workers' professional roles in primary care. BMJ Open. Dec 31;14(12):e090527. doi: 10.1136/bmjopen-2024-090527. PMID: 39740939; PMCID: PMC11749816. 2024.

BOURDIEU, Pierre. Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción. Anagrama. Barcelona. 1999.

CARBALLEDA, Alfredo. La irrupción del sujeto inesperado. Voces del Fénix. N62. FCE-UBA. 2017. <https://www.economicas.uba.ar/extension/vocesenelfenix/la-irrupcion-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones/>

CETRÁNGOLO, Oscar y DEVOTO, Florencia. Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Documento presentado en “Regional Consultation on Policy Tool: Equity in Population Health. Toronto. 2002.

CETRÁNGOLO, Oscar. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Revista de Economía Política de Buenos Aires, (13). 38. 2014.

CETRÁNGOLO, Oscar y GOLDSCHMIT, Adriana. Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal el caso argentino. Serie Documentos de Trabajo del IIEP. 2018.

CHIARA, Magdalena. Salud en las puertas de la crisis. En Chiara, Magdalena. La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011 (25-67). Universidad Nacional de General Sarmiento. 2018.

CHIARA, Magdalena. Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. En Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, año 10(20) 28-40. 2020.

CROJETHOVIC, María. Desde Abajo, la Construcción de Políticas Públicas en Salud Hacia una Definición de la Informalidad. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. CABA. 2010.

CROJETHOVIC, María; ARIOVICH, Ana y JIMENEZ, Carlos. El primer nivel de atención en tiempos de aislamiento social. Cuadernos Médicos Sociales. Chile. Cuadernos Médicos Sociales. Vol 62 N°4 Chile. pp 7-17. 2022.

CROJETHOVIC, María; ARIOVICH, Ana y JIMENEZ, Carlos. La gestión local de la salud en aislamiento: estrategias y articulaciones para el acceso en el territorio. Estudios Socioterritoriales. Revista de Geografía, (33), 1-15. 2023.

DANANI, Claudia. Politización: ¿Autonomía para el trabajo social? Un intento de reconstruir el panorama latinoamericano. Revista Katálisis, 9(2). Florianópolis. 2006.

DE LA ALDEA, Elena. La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. 2004. Disponible en: https://lobosuelto.com/wp-content/uploads/2019/09/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf

EGUILIOR, Betiana; PÉREZ ÁVILA, María Victoria y SOLDVINI, Juan Carlos. El Trabajo Social y la Gestión en Atención Primaria de la Salud. Gestionar: ¿Por qué y para qué? Rev. Plaza Pública, Año 11 - Nº 19. 2018.

FANDIÑO ROJAS, Dyalá. Los Roles en la práctica directa del trabajador social. Revista de Ciencias Sociales Nº 56. Universidad de San José de Costa Rica. Costa Rica. 1992.

GIDDENS, Anthony. Consecuencias de la modernidad. Madrid: Alianza Editorial. 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). (2022). Censo Nacional Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*.

JIMÉNEZ, Carlos; ARIOVICH, Ariovich; CROJETHOVIC, María y BALIÑA, Tomás. “Repensando el primer nivel de atención del conurbano bonaerense en tiempos de pandemia”. Año 11 - Nro. 22 - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Artículos Seleccionados Pp. 87-96. 2021

LAGO, Fernando; ELORZA, María Eugenia; MOSCOSO, Nebel Silvana y RIPARI, Nadia Vanina. Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Gerencia y Políticas de Salud, 12(25), 40-54. 2013.

LEY FEDERAL DE TRABAJO SOCIAL Nº 27072 (16 de diciembre de 2014). Boletín oficial de la República Argentina Nº 33035. Presidencia de la Nación. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/117441/20141222>

LIJTERMAN, Eliana. Entre la proximidad y la distancia: Mutaciones contemporáneas del registro socio-asistencial y las interpelaciones hacia el Trabajo Social en Argentina. Cátedra Paralela, 29–60. 2023 <https://doi.org/10.35305/cp.vi23.392->

MANNSÅKER, Ida krag-Rønne; ADRIAENSSEN JOHANNESSEN, Dagny; NORDTUG, Maja; VELVIN, Gry; MISUND, Aud Ragnhild; SKEDSMO NILSEN, Hanne Synnøve y ØSTERTUN GEIRDAL, Amy. Exploring the roles of public health social workers—A rapid review, The British Journal of Social Work, Volume 56, Issue 1, January. Pages 396–416, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaf235>. 2026.

MACEIRA, Daniel. Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas. 8(14), 155-179. 2020

MATTIONI, Mara; GARCÍA GODOY, Barbara; MURDOCCA, Liliana y BURWIEL, Juan Pablo. Procesos institucionales e intervenciones del Trabajo Social en salud. Cátedra Paralela | N° 27. 2025.

MARTÍNEZ, C. Enfermedades del financiamiento de la salud pública del Conurbano. SERIE ESPECIAL COVID-19 Documentos del Observatorio. Observatorio del Conurbano Bonaerense, ICO UNGS. 2020

MEDINA, Arnaldo y NARODOWSKI, Pablo. La lógica del sistema de salud argentino, con especial interés en la Provincia de Buenos. En MEDINA, A. y NARODOWSKI, P. Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público (pp. 63-86). Ediciones Imago Mundi. 2015

PERELMITER, Luisina. Saber asistir: técnica, política y sentimientos en la asistencia estatal en Argentina (2003-2008). En MORRESI Sergio y VOMMARO Gabriel (comp.). Saber lo que se hace. Expertos y política en Argentina. Buenos Aires. Prometeo. 2011.

REGISTRO NACIONAL DE BARRIOS POPULARES (ReNaBaP). Argentina.gob.ar. Recuperado el 1 de junio de 2026, de <https://www.argentina.gob.ar/obras-publicas/sisu/renabap>.

ROVERE, Mario. Derecho a la salud y sistemas integrados. Lecciones de la pandemia. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, 2021, vol. 11, no 21, p. 21-33.

RUBINSTEIN, Adolfo. Hacia una agenda de reformas pendientes. 2021.

SABIN PAZ, Macarena. La salud en agonía. Informe CELS. 2024

TADIC, Vela; Ashcroft, Rachelle; Brown, Judith; Belle, Dahrouge Simone. The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. *Healthc Policy*. Aug;16(1):27-42. 2020. doi: 10.12927/hcpol.2020.26292. PMID: 32813638; PMCID: PMC7435073.

TOBAR, Federico. Salud y cuestión social. En CHIARA Magdalena (Comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud* (pp. 11–22). Los Polvorines, Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento. 2015.

TOBAR, Federico. Por un New Deal sanitario. *Propuestas para la postpandemia*. Nueva Sociedad, 2020.

VIGNOLO, Julio; VACAREZZA, Mariela; ÁLVAREZ, Cecilia y SOSA, Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14 2011.