

Trabajo social y atención primaria de la salud: un desafío presente en contextos de narcotráfico

Social work and primary health care: a challenge in drug trafficking contexts

Betina Bovino

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario, Argentina, Argentina
betibovino@hotmail.com

Millcayac vol. XI núm. 21 2024

Universidad Nacional de Cuyo
Argentina

Recepción: 23 Marzo 2024

Aprobación: 26 Febrero 2025

Resumen: ¿De qué forma la presencia de una manifestación como el narcotráfico en los barrios de Rosario, genera implicaciones en la cotidianidad de la intervención profesional del Trabajo Social?

El presente escrito es un intento por compartir algunas reflexiones que surgen de la intervención del Trabajo Social, a partir de las consecuencias que trae la emergencia del narcotráfico en el funcionamiento de un Centro de Salud en el primer nivel de atención, en la Ciudad de Rosario Provincia de Santa Fe.

Preguntas, sentires, y reflexiones que nacen, mientras se “escribe” el presente del narcotráfico en ciudadanías y subjetivas des-alojadas.

Palabras clave: Salud, Atención Primaria de la Salud, Trabajo Social, Narcotráfico.

Abstract: How does the presence of a manifestation such as drug trafficking in the neighborhoods of Rosario generate implications in the daily professional intervention of Social Work?

Some reflections that arise from the intervention of Social Work, base on the operation of a Health Center at the first level of care, in the City of Rosario, Province of Santa Fe.

Questions, feelings, and reflections that are born, while the presento f drug trafficking is “written” in dislodged citizens and subjectives.

Keywords: Health, Primary health care, Social Work, Drug trafficking.

Rosario, “¿enemigo interno?”

Transcurrían los años setenta, y América Latina se teñía de sangre y muerte: dictaduras militares, torturas, crímenes de lesa humanidad, terrorismo de Estado. Eran los años en que el llamado peligro comunista, según la visión estadounidense, acechaba a Latinoamérica infiltrándose en sectores de la sociedad de los distintos países dando lugar a movimientos de protesta y a guerrillas.

El narcotráfico como fenómeno emergente, tal como lo plantea Rossi (2006), empezó a cobrar visibilidad en esa época y en su formación y crecimiento confluyeron distintos factores. Se convirtió en el enemigo que usaba sustancias como instrumentos para minar y destruir los fundamentos mismos de la civilización norteamericana con sus valores y cultura. Por encontrarse las grandes organizaciones narcotraficantes más allá de las fronteras norteamericanas, en el sur del continente, el narcotráfico asumió la caracterización de enemigo externo.

A partir de fines de 1980, las políticas de drogas en América Latina, llevaron a los gobiernos a repensar los abordajes tradicionales en este campo; tal es el caso de la denominada “guerra contra las drogas”, pautada por la prohibición, control y represión al uso, tráfico y producción de determinadas sustancias psicoactivas. Experiencia que no solo fracasó, sino que produjo, como principal consecuencia, una profunda y extensa desigualdad expresada en el alto costo social y económico resultante de la violencia asociada al combate del tráfico de drogas.

Una investigación realizada por el docente investigador Hernandez Bringas (UNAM) para CEPAL, da cuenta de que las estrategias centradas en la disminución de la oferta han aumentado los índices de violencia con el consiguiente incremento de las tasas de homicidio, la corrupción de instituciones y agentes estatales, el aumento de la población carcelaria y la superpoblación en las prisiones, así como violaciones a los derechos humanos.

En la ciudad de Rosario, Argentina, un número creciente de grupos, sectores, procesos, espacios y circuitos, son incorporados a la órbita del tráfico y sus organizaciones. Son especializados en la producción de la materia prima y en la elaboración industrial de las drogas, el transporte y las comunicaciones, la distribución, la comercialización, la violencia de autoprotección y agresión, la prestación de servicios conexos, el lavado de dólares, las reinversiones ilícitas, las nuevas inversiones en la economía formal. Rosario (un puñado de rosas, como lo indica etimológicamente su nombre) pasó a convertirse en el lugar de producción, tránsito, consumo, y lavado de dinero de drogas que, con el tiempo y el cambio de situaciones, pueden reasignarse y recombinarse de manera diferente.

Atención Primaria de la Salud en el “Villa Manuelita”

La intervención del equipo de salud y específicamente del Trabajador Social en Atención Primaria de la Salud en Rosario, se caracteriza por la inserción en una institución de salud ubicada en una zona predeterminada a la cual se denomina área programática (dicho concepto operativo hace referencia a un área geodemográfica de responsabilidad, en tanto cada efector de salud tiene a su cargo el cumplimiento en su área local de las políticas de salud provinciales) interviniendo con una población comúnmente estable.

Las actividades que se desarrollan desde este tipo de instituciones se suelen dividir entre actividades de asistencia y actividades de promoción de la salud. Interviniendo generalmente desde equipos conformados de manera interdisciplinaria. Dichas actividades tanto de promoción como asistenciales se desarrollan mayormente dentro de la institución y en parte fuera de la misma en la modalidad denominada “extra muros”, las cuales se desarrollan en la vía pública.

La institución, “salita” para la población, se encuentra dentro de las cercanías donde esta reside y suele funcionar en la cotidianidad como una de las instituciones de referencia para la misma. Se suele denominar al primer nivel de atención como la puerta de entrada al sistema de salud. Así Mario Testa señala que “la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica -diagnóstica y terapéutica y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena”. (Testa, 1996: 1)

Luna y Kroeger señalan que “La atención primaria de la salud representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (Luna y Kroeger, 1987: 6)

El Centro de Salud denominado Villa Manuelita (perteneciente al comúnmente llamado Barrio La Tablada) en el cual llevo adelante el trabajo cotidiano se encuentra ubicado en un barrio del sur de la localidad Rosario; el Distrito Sur, reúne barrios de antigua formación: Saladillo, Matheu, Matadero, Tiro Suizo, Calzada, Villa Manuelita y Tablada.

Los orígenes del barrio se remontan a principios de siglo XX y están relacionados con tres lugares que definirían las características del barrio La Tablada. La estación Central Córdoba, el puerto de Rosario y el frigorífico Swift (construido más al sur, en el barrio Saladillo). Esta zona aparece como un lugar de paso y asentamiento de los trabajadores que llevaban adelante su labor en la zona sur de la ciudad. El nombre que popularmente se le da al barrio tiene que ver con los corrales en donde los animales se guardaban para el matadero,

que estaban contruidos con “tabladas”. Si bien ésta nunca fue su nominación oficial, La Tablada se impuso por uso popular. Trabajadores portuarios, ferroviarios, obreros de las curtiembres, fueron urbanizando de a poco el barrio, que se describía según Campazas (1997:163),

“zona residencial y de villas miserias, de sanos lugares de diversión y esparcimiento; de duelos, compadritos y cuchilleros. Por razones de oficio en los corrales, curtiembres, mataderos y frigoríficos, el hombre usa el cuchillo como herramienta de trabajo y se acostumbra a ver la muerte diariamente.”

Una recorrida actual por el barrio nos lleva a encontrar pocos rastros de aquella época. Hoy la fisonomía del barrio ha cambiado notoriamente, pasaron los años, pero también los proyectos políticos. ¿Qué más les puedes quitar a quiénes ya has despojado y quitado todo? Es una pregunta que se expresa como una de las más crudas y violentas expresiones de injusticia social; ya sea por acción o por omisión, el despojo es corpóreo, “el cuerpo, en el marco de estos procesos de injusticia Social Histórica, equivale a la consideración de este como un último reducto de la propiedad comunal privada y posesión de quiénes ya no poseen algún tipo de bien o posesión que le permita acceder a modos y medios de producción para la sustentación de la vida” (Sánchez Zepeda, 2019: 134)

Desde trabajo social específicamente trabajamos en los siguientes espacios: consultorio de demanda espontánea de trabajo social, abordaje intersectorial con las escuelas primarias y secundarias del área programática, grupo de mujeres, consultorio interdisciplinario de interrupción legal de embarazo, espacio de abordaje interdisciplinario de situaciones de niños con derechos vulnerados, entre otros.

Ante la emergencia abrupta de este contexto (cuatro muertes civiles en cinco días en manos de sicarios y amenazas de balaceras a Centros de Salud) y como equipo de salud nos empezaron a invadir varios interrogantes: ¿Qué pasa cuando una situación particular como el narcotráfico dificulta el acceso como profesionales al contacto con las familias y por ende a la continuidad de las intervenciones que ya veníamos llevando a cabo?

Si decimos que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud, ¿Qué pasa cuando solo algunas de las prestaciones se sostienen? ¿Cómo llevamos adelante los acompañamientos de distintas situaciones cuando el contacto telefónico no es una posibilidad real con una parte importante de la población con la que trabajamos? ¿Es posible el abordaje profesional desde el trabajo social y del equipo de salud sin el acceso al territorio, a las viviendas, a las instituciones barriales?

¿Terminaremos haciendo tareas que no se vinculan con nuestro rol profesional? ¿Qué pasa con las personas con padecimientos de salud mental y problemáticas de consumo o con problemas de adherencia a tratamientos médicos? ¿Cómo abordamos estas problemáticas si no es

posible el encuentro con el otro (con el otro paciente y con el otro que es parte del equipo) cuando las situaciones de temor atraviesan nuestro cotidiano laboral?

¿Es nuestro rol desde el trabajo social señalar que dichas problemáticas son parte del proceso-salud-enfermedad-atención-cuidado? ¿Lo es plantear al resto del equipo de salud la importancia de continuar en el abordaje de las mismas? Todas preguntas que nos hacemos mientras esta situación transcurre...

El cotidiano de los trabajadores sociales en Atención Primaria de la Salud, en los barrios más vulnerables de Rosario, así como todos los espacios de su desempeño profesional, está marcado por su inserción en las estructuras institucionales que brindan servicios y políticas sociales. Es una profesión que se inserta predominantemente en la esfera de actividades que no están directamente vinculadas a la producción material, sino a la regulación de las relaciones sociales, la creación de las condiciones necesarias para el proceso de (re) producción social, a través de acciones que intervienen sobre las condiciones de vida, sobre todo, de los segmentos más pobres. Nuestra profesión desde su génesis tuvo impreso un carácter netamente interventivo, “profesión centrada en la intervención en lo social, desde las políticas públicas, políticas sociales, con el objetivo de modificar las situaciones particulares que aborda en su ejercicio cotidiano, situaciones atravesadas por conflictos en las relaciones sociales complejas de quienes las padecen” (González Saibene, 1996:12)

Al analizar la trayectoria del trabajo profesional de los trabajadores sociales, esta categoría debe entenderse no desde sí misma sino desde la historia y la sociedad de la que forma parte. Para entenderlo debemos insertarlo en el marco de las relaciones sociales, las contradicciones entre las diferentes clases sociales y sus relaciones con el Estado. Con base en estas premisas, podemos afirmar que el Trabajo Social no es una profesión estática; sigue el movimiento complejo de la realidad social al agregar nuevos conocimientos y atribuciones. Entendiendo, según Morin (1990:101) que “la conciencia de la complejidad nos hace comprender que no podremos escapar jamás a la incertidumbre y que jamás podremos tener un saber total: la totalidad es la no verdad”.

Entendida así, la intervención profesional y la complejidad nos compelen, en tanto trabajadores sociales de un centro de salud, a situarnos en un modelo de abordaje centrado en la comunidad.

Dadas las particularidades de los barrios de la ciudad de Rosario, la intervención tiene que tomar a la propia comunidad como su pieza fundamental (distanciado del abordaje biologicista, individualista, ahistórico del Modelo Medico Hegemónico).

El abordaje entonces en el ámbito de la salud implica un conjunto de acciones individuales y colectivas que incluyan a todos los sujetos que participan en los procesos de salud-enfermedad-atención-

cuidado. Esto supone, entonces, llevar adelante acciones orientadas a la promoción de la salud y la reducción de riesgos y daños, mediante estrategias específicas tanto para el desarrollo territorial como para cada uno de los niveles de atención del sistema de salud de modo que los procesos de salud-enfermedad-cuidado- atención, no se limiten o agoten en los ámbitos clásicos del sistema de salud, sino que sean parte de la vida cotidiana de los sujetos. De esta manera se comprende dicho proceso desde el enfoque de derechos de la comunidad mediante la plena de participación de la misma. Pero, en tanto profesionales de la Atención Primaria de la Salud, ¿cómo acompañamos, promovemos, incentivamos nuestra intervención con ciudadanías y subjetividades políticas des-alojadas?

La Atención Primaria de la Salud, y lo comunitario: ¿espacio de resistencia?

La reforma constitucional argentina de 1994 que adhiere a los tratados internacionales, conjuntamente con la doctrina y la jurisprudencia de nuestros tribunales, sitúa a la Salud como un Derecho Humano fundamental. Aunque Nora Donato (2017) considera importante señalar que, en no todos ellos se hace una mención específica y literal sobre el derecho a la salud.

A la par de este reconocimiento se establece que los ciudadanos tienen derecho a su protección a cargo del Estado como actor principal en el diseño de políticas sociales y económicas que apuntan a reducir el riesgo de enfermedades y otros problemas de salud garantizando el acceso universal a los servicios y prestaciones para su promoción, protección y recuperación. Por lo tanto, es responsabilidad prioritaria del Estado nacional y en sus distintos niveles de jurisprudencia, el compromiso político de accionar y sostener un Sistema de Salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Esta perspectiva corre a la Salud de la órbita de los derechos individuales y la introduce a la esfera de los derechos sociales robusteciendo, según afirman Rubio y Bovino “su carácter colectivo o de incidencia colectiva, al ser planteado el derecho a la salud como un derecho inclusivo. Esta particularidad produce la categorización de “derechos a prestaciones en sentido estricto” (Rubio y Bovino, 2022: 206).

Fruto de este arco ampliado de consideraciones jurídicas nacionales e internacionales concebimos a la salud como: Un proceso multidimensional que varía a lo largo de la vida, como derecho humano fundamental, colectivo, público y social, por lo tanto, es un bien que nos pertenece a todos y todas sin distinción y será igualmente efectivo en la medida en que, otros derechos sociales sean debidamente garantizados como: acceso al agua potable, condiciones

sanitarias adecuadas, vivienda, trabajo, educación, acceso a la información.

Es precisamente esta idea la que se ve fuertemente interpelada a causa de los efectos que arrojan las situaciones atravesadas por el narcotráfico a nivel local. Tan devastadoras como las propias consecuencias que ha producido históricamente el capitalismo, más precisamente en su versión neoliberal de los últimos 40 años en términos de la profundización creciente de las desigualdades sociales que ha generado y de la miseria social que arroja, pronunciándose de manera eficaz, dominante y autoritaria.

Vale decir, con sus tiranías discursivas globalizantes y establecidas con sus privilegios y jerarquías institucionales, provocando que las clásicas poblaciones postergadas del sistema profundicen y agraven aún más su vulnerabilidad social, económica, cultural y simbólica, a la par de sectores medios en franco procesos de empobrecimiento acentuados durante la pandemia reciente del Covid 19.

Los rasgos que pintan esta realidad nos llevan a reconocer la existencia de nuevas pobrezas, expresadas en un repertorio segmentado de desafiliaciones sociales lindantes con zonas de exclusión, como signo distintivo que atraviesa hoy el fenómeno de la desigualdad social. Múltiples precariedades humanas inducidas que viven de manera heterogénea la amenaza constante de la pérdida de su condición de sujetos reconocidos. Así, la precariedad representa tanto la condición como el efecto de la dominación, y debe ser estudiada como el instrumento de gobierno de las sociedades neoliberales. Según Butler (2010:55), “tanto la precariedad como la precaridad están relacionadas con la corporalidad, la dependencia, la apertura, la radical sociabilidad, la interdependencia y la vinculación al otro. Los dos conceptos constituyen los elementos analíticos y críticos para articular una respuesta a la expansión de la violencia estatal, tanto interna como externa.”

De este modo, las necesidades evocadas por los sujetos atraviesan un conjunto de aspectos que trascienden al tiempo que incluyen, la problemática del narcotráfico (vivienda, trabajo, educación, seguridad, entre otros). Priorizar la voz de los sujetos a la hora de diseñar las intervenciones de nuestro cotidiano en Atención Primaria de la Salud, implica vislumbrar estas necesidades y propiciar acciones para atenderlas, incluyendo de forma activa a las personas en todo el proceso.

Asimismo, el abordaje integral de la problemática requiere comprender su inevitable vinculación con el sufrimiento y el dolor al mismo tiempo que acompañar el proceso de reconstrucción de la red social de apoyo. Las oportunidades de circulación por redes institucionales e intersubjetivas otorgan las herramientas para construir proyectos propios, individuales y colectivos, que reducen el padecimiento de los sujetos que atraviesan dicha problemática.

La complejidad del narcotráfico en nuestros barrios ligada a históricas vulneraciones de derechos obliga, entonces, a orientar las prácticas hacia propuestas singulares y comunitarias que generen condiciones de posibilidad para el acceso, la restitución y el ejercicio de los derechos propiciando para ello, modos comunitarios.

Resulta evidente, entonces, que el abordaje integral excede a un campo único de conocimientos o instituciones específicas y, en virtud de la complejidad de la problemática, exige un abordaje interdisciplinario, intersectorial e interactoral.

La salud no es solo una modalidad más de acción, sino una posibilidad de resignificar, desde y para el territorio, estrategias de intervención social. Es en el territorio donde están las claves para entender cómo se da la dinámica de producción de la vida y de la salud, y donde emergen epistemes y praxis que pueden darle sostén a la vida en todos sus órdenes. Esta perspectiva le demanda al campo de la salud pública considerar al territorio como una categoría central, en tanto en él están las dinámicas poblacionales y las determinaciones que producen bienestar o deterioro en los colectivos. Además, interpela al campo de la salud pública para entender la complejidad territorial y a su vez, no despreciar e incorporar los conocimientos y las praxis de las propias comunidades, que han demostrado que saben conservar y potenciar la vida y la salud.

Atención Primaria de La Salud y Trabajo Social: un desafío para los tiempos presentes

La Atención Primaria de la Salud, se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que cubre la promoción y protección de la salud de las poblaciones.

Consideramos necesario y urgente, en nuestros territorios locales, la reformulación de una política de Atención Primaria, que se oriente por principios de universalidad, accesibilidad, vínculo, continuidad del cuidado, integralidad de la atención, interculturalidad, responsabilización, humanización en la atención, equidad y participación social.

Una política que contemple al ciudadano como un sujeto en su singularidad e inserción sociocultural, y a las poblaciones enmarcadas en territorios atravesados por desigualdades e inequidades, así como potencialidades, buscando producir una atención integral. Para ello se hace ineludible revisar los siguientes lineamientos:

- **Universalidad de Derechos:** Según Pautassi (2018), el principio de universalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, que la Conferencia de Viena de Derechos Humanos de 1993, consagra en su plataforma de acción, opera como estándar de acción ineludible para los Estados y tracciona

para la promoción de políticas integrales y con respuestas de tipo sistémicas, al tiempo que se avanza en el desarrollo de indicadores de progreso para medir el cumplimiento de derechos.

En tanto horizonte de políticas públicas integrales que busquen superar la fragmentación y la focalización. Por ello, los espacios de abordaje comunitario de las problemáticas sociales deben contemplar actividades de promoción y acceso a derechos, como la salud, la educación, la cultura, el deporte y el trabajo, entre otros, para construir propuestas a las que puedan acceder todos los ciudadanos en tanto sujetos de derechos.

- **Integralidad:** refiere a la articulación de diversas dimensiones, tales de índole personal como las que se inscriben en el contexto de la comunidad, por ejemplo, las condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales de las poblaciones a cargo y los diferentes saberes provenientes de distintas disciplinas para el abordaje de la problemática (sociales, psicológicas, jurídicas, biológicas, etc.) y la multiplicidad de actores que intervienen en el barrio (instituciones, organizaciones, referentes barriales).
- **Intersectorialidad y trabajo en red:** La intersectorialidad hace referencia a la integración de los esfuerzos de actores provenientes de distintos sectores (salud, educación, vivienda, cultura, entre otros) De esta forma, se busca que los distintos actores puedan realizar un trabajo en red, es decir, en un “conjunto relativamente estable de relaciones de naturaleza no jerárquica e interdependiente que vinculan a una diversidad de actores, que comparten un interés común sobre una política e intercambian recursos para conseguir este interés compartido a sabiendas de que la cooperación es la mejor forma de conseguir los objetivos perseguidos” (Börzel, 1998: 19).
Como complemento de la universalidad de derechos y en el marco de un abordaje integral trabajar desde la perspectiva de redes implica pensar una estrategia de intervención que no esté centrada únicamente en el individuo sino más bien enfocada “desde el equipo con las personas e instituciones que son o deben ser parte de la respuesta integral” frente a múltiples vulneraciones de derechos (Barros y otros, 2018: 34).
- **Participación social y comunitaria:** se vuelve esencial a la hora de establecer los diagnósticos y las estrategias en cada comunidad, ya que permite conocer el carácter singular y las particularidades que cada contexto presenta.

Luego de establecer el primer contacto con los actores comunitarios, es preciso que ese contacto se fortalezca y se mantenga a lo largo del tiempo, es decir, “es necesario que se transforme en relación y, si fuese posible, en relación de trabajo” (Milanese, 2016: 59).

- **Perspectiva de género:** implica tener en consideración las consecuencias de las intervenciones realizadas con varones, ya que muchas veces se delega en las mujeres (madres, esposas, hermanas) las tareas de acompañamiento y cuidado, reforzando así la sobrecarga laboral que pesa sobre ellas. La adopción de una perspectiva de género en contextos de narcotráfico, significa, también, contemplar los modelos de masculinidad que se promueven. A su vez, requiere del armado de redes claves, tanto institucionales como comunitarias, para dar respuestas en situaciones de urgencia, como la que estamos atravesando, pero también en procesos de restitución de derechos.

Conclusiones posibles

Consideramos importante señalar, como Trabajadores Sociales, la preocupación de un discurso acentuado en la ética neoliberal que intenta eximir al Estado y responsabilizar a los sujetos por sus “competencias” individuales para el ejercicio de una ciudadanía en plural (ciudadanías).

Mientras se fragilizan las instituciones democráticas, y se acrecientan las deudas del Estado en la actualidad, nuestra población a cargo, vive, enferma y muere dependiendo de las condiciones en que trabaja (producción) y vive (reproducción).

“La salud nunca es la misma, como tampoco lo es la sociedad” (Floreala Ferrara, 1985: 10). No podemos pensar en Una salud, en La salud, sino en saludes diversas y plurales; la salud es entonces un proceso histórico social que incluye enfermedades y padecimientos, sus modos sociales de atenderlos, así como la compleja red de cuidados que una sociedad posee, y en este sentido, las saludes son procesos relacionales de cuidados y sus modos y sus comos de gestionarlos, se encuentran en la raíz misma de cada territorio.

Muchos son los desafíos inmediatos y urgentes en Rosario, pero la consolidación de una política integral, no bélica, que se comprometa con la afirmación de una ética ciudadana que garantice derechos, es UNA SOLA.

Referencias bibliográficas

- Barros, R.; Canay, R.; Carroli, M.; Milanese, E.; Serrano, I. y Tufro, F. (2018). "Justificación y viabilidad del Tratamiento comunitario", en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. 64, No 3, 185-197. Buenos Aires, ISSN: 2362-3829
- Börzel, T. (1998), "Organizing Babylon – on the different conceptions of policy networks", en *Public Administration*, Vol. 76.
- Bovino, B. (2020) "La atención primaria de la salud. Aportes a partir del pensamiento y obra del Dr. Carrillo" En *De la política al campo, del campo a lo político* Coord. Alicia Gonzalez -Saibene y Silvana Martino. ISBN 978-987-702-411-1. CIECITS UNR Editora Pp.107-126
- Butler, J. (2010) Marcos de guerra. Las vidas lloradas. Barcelona: Paidós
- Campazas, A. (1997) Historias de los barrios de Rosario. Rosario: Homo Sapiens
- Donato, Nora A (2017) El derecho a la salud. DELS. Ministerio de Salud. Recuerdo de www.salud.gob.ar/dels/autores/donato-nora-adela
- Floreale Ferrara, A. (1985) Teoría social y salud. Buenos Aires: Catálogos
- Gobierno de Santa Fe. (2013). Salud Pública. Conceptos Básicos y Generales. Junta de Escalafonamiento. Ministerio de Salud de Santa Fe. Decreto 522/13.
- González Saibene, A. (1996). Una lectura epistemológica del Trabajo Social. *Temas Y Debates*, En: <https://doi.org/10.35305/tyd.v0i1.225>
- Hernández Bringas, H. (2021) Homicidios en América Latina y el Caribe: magnitud y factores asociados. Notas de Población N° 113 • julio-diciembre de 2021, CEPAL.
- Kroeger A; Luna R (1992) Atención primaria de la salud, principios y métodos. Ed Pax, Mexico
- Menendez, E. (1988) "Modelo Médico Hegemónico y atención primaria". Segundas jornadas de atención primaria de la salud. 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires, p. 451-64.
- Menendez, E. (1988) "Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud" en Revista Salud y Sociedad, Año5, n°16.
- Morin, E. (1990). Introducción al Pensamiento Complejo. España: Gedisa.
- Pautassi, Laura (2018) Access to Justice in Health Matters: An Analysis Based on the Monitoring Mechanisms of the Inter-American System. En: Health and Human Rights Journal, Vol 20.

- Rossi, A. (2006). Minacce asimmetriche e militarizzazione in America Latina. *Giano, Roma, XVIII (52), 34-42.*
- Rossi, A. (2007). “Drogas y narcotráfico”. Cuadernillo Seminario I Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales.
- Rubio, R. y Bovino, B. (2020). Desandando el camino de la institucionalización y la clínica de la restitución del lazo. *XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. “Salud, derechos y desiguales: desafíos urgentes”.* Buenos Aires, Argentina. Instituto de Investigación Gino Germani – Área Salud y Población.
- Rubio, R. y Bovino, B. (2022) Hacia un Sistema Integrado de Salud en Argentina. La historia del presente del campo de la Salud: devenir y pandemia. En *Millcayac Volumen IX, num 16, Universidad Nacional de Cuyo*
- Sánchez Zepeda, A. (2019). “Ante la Descorporación y la Anulación, ¡No socavarán nuestra existencia! Pautas hacia la reedificación. Investigación aplicada de Trabajo Social de proximidad con familiares de normalistas asesinados y desaparecidos en el Caso Ayotzinapa, Guerrero, México”. Tesis para obtener el grado de Doctora en Trabajo Social. La Plata, Argentina: UNLP.
- Testa, M (1996) Atención ¿primaria o primitiva? de Salud. En: *Pensar en Salud.* Buenos Aires



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525881400004>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

Betina Bovino

**Trabajo social y atención primaria de la salud: un desafío
presente en contextos de narcotráfico**
**Social work and primary health care: a challenge in drug
trafficking contexts**

Millcayac

vol. XI, núm. 21, 2024

Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

revistamillcayac@gm.fcp.uncu.edu.ar

ISSN-E: 2362-616X