

# Entre lo tangible y lo invisible: el quehacer profesional en el Servicio Social de Salud y en el área de oncología.

---

Díaz, María de la Paz<sup>1</sup>

Frende, Leonela<sup>2</sup>

Pantaleo, Antonella<sup>3</sup>

*Fecha de recepción: 21/10/2025*

*Fecha de aprobación: 15/12/2025*

## Resumen

El presente artículo analiza la intervención del Trabajo Social en los servicios de salud del sudoeste bonaerense, con especial énfasis en el área de oncología. Desde un enfoque histórico-crítico, se identifican los determinantes objetivos y subjetivos que configuran el quehacer profesional, problematizando las tensiones entre la asistencia, el derecho y el acompañamiento. Asimismo, se destacan las estrategias colectivas construidas por las y los profesionales para garantizar el acceso efectivo a los derechos y fortalecer la práctica interdisciplinaria en el ámbito sanitario.

**Palabras clave:** TRABAJO SOCIAL - SALUD - ONCOLOGÍA - DETERMINANTES - INTERVENCIÓN

## Abstract

This article analyzes the intervention of Social Work in health services in the southwestern region of Buenos Aires Province, with a particular focus on the field of oncology. From a historical-critical perspective, it identifies the objective and subjective determinants that shape professional practice, addressing the tensions between assistance, rights, and support. It also highlights the collective strategies developed by professionals to ensure effective access to rights and to strengthen interdisciplinary practice within the healthcare field.

**Keywords:** SOCIAL WORK – HEALTH – ONCOLOGY – DETERMINANTS – INTERVENTION

---

<sup>1</sup> Trabajadora Social. Egresada del Instituto Superior de Formación Docente y Técnica N.º 48, Coronel Suárez, Provincia de Buenos Aires. Graduada en agosto de 2025. [diazmariadelapaz94@gmail.com](mailto:diazmariadelapaz94@gmail.com)

<sup>2</sup> Trabajadora Social. Egresada del Instituto Superior de Formación Docente y Técnica N.º 48, Coronel Suárez, Provincia de Buenos Aires. Graduada en agosto de 2025. [LeonelaFrende59@gmail.com](mailto:LeonelaFrende59@gmail.com)

<sup>3</sup> Trabajadora Social. Egresada del Instituto Superior de Formación Docente y Técnica N.º 48, Coronel Suárez, Provincia de Buenos Aires. Graduada en agosto de 2025. [antonellapantaleo2001@gmail.com](mailto:antonellapantaleo2001@gmail.com)

## Introducción

El presente artículo sintetiza los principales hallazgos del proceso investigativo realizado en el marco de la tesis “Entre lo tangible y lo invisible: el quehacer profesional en el Servicio Social de Salud y en el área de oncología”<sup>4</sup>, centrada en el ejercicio profesional del Trabajo Social en el área de oncología dentro del sistema público de salud del sudoeste de la provincia de Buenos Aires. El estudio se propone analizar las determinaciones objetivas y subjetivas que atraviesan el quehacer profesional, así como las estrategias desplegadas en la intervención cotidiana en un campo particularmente complejo como lo es el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en oncología.

La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo, inscripto en la perspectiva histórico-crítica<sup>5</sup>, entendiendo al Trabajo Social como una práctica social históricamente determinada e inserta en la división técnica, social y sexual del trabajo. Desde esta mirada, el análisis del ejercicio profesional no se reduce a la descripción de funciones, sino que busca comprender las mediaciones entre estructura, institución y práctica.

El trabajo empírico fue realizado mediante entrevistas en profundidad a profesionales que desempeñan funciones en servicios de oncología en hospitales públicos ubicados en las ciudades de Bahía Blanca, Tres Arroyos y Coronel Suárez. La selección fue de carácter intencional, atendiendo a la relevancia de estos espacios en la red regional de salud.

Estas dinámicas de derivación generan tensiones institucionales y reconfiguran las demandas dirigidas al Servicio Social, que interviene en contextos de alta complejidad articulando gestiones, acompañamiento y trabajo interdisciplinario. En este marco, el estudio analiza las condiciones laborales, la disponibilidad de recursos y la dimensión subjetiva que atraviesan la práctica profesional, a partir de siete entrevistas realizadas de manera presencial y remota, cuyo análisis temático se articuló con categorías teóricas del campo disciplinar, incluyendo revisión documental para contextualizar las determinaciones estructurales del sistema de salud.

En síntesis, este estudio propone comprender el quehacer profesional en oncología como un proceso dialéctico entre lo tangible y lo invisible: entre las condiciones materiales de trabajo, las normativas y los recursos disponibles, y las determinaciones subjetivas donde se visualiza la dimensión ética, la incidencia de la historia de vida y las relaciones que orientan la intervención. Esta mirada integral busca aportar a la reflexión colectiva del campo del Trabajo Social, fortaleciendo una práctica crítica, situada y orientada a la transformación de las condiciones de vida y salud de la población.

## El Trabajo Social en el campo de la salud: determinaciones materiales y tensiones de la práctica profesional

---

<sup>4</sup> Presentada en el Instituto Superior de Formación Docente y Técnica N.º 48 de Coronel Suárez durante los años 2024-2025.

<sup>5</sup> La perspectiva histórico-crítica entiende al Trabajo Social como una práctica social históricamente determinada, inscrita en la estructura de la sociedad capitalista y atravesada por relaciones de poder, desigualdad y conflicto. Desde este enfoque, el análisis del quehacer profesional exige considerar tanto las condiciones estructurales como las mediaciones institucionales y las dimensiones ético-políticas que lo configuran.

El abordaje del Trabajo Social en el ámbito de la salud exige comprender que la práctica profesional está fuertemente determinada por condiciones sociales, políticas y económicas que exceden la voluntad individual de quienes la ejercen. Siguiendo los aportes de los autores Cimarosti y Pellegrini (2024), cuando se habla de determinantes de naturaleza material objetiva, hacemos alusión a las condiciones concretas y estructurales que configuran el escenario en el cual se desarrolla la intervención profesional. Esto incluye aspectos como los presupuestos asignados, la disponibilidad de insumos, la infraestructura institucional, la dotación de personal, las condiciones contractuales y la carga laboral. Se trata de elementos históricamente construidos que, desde una perspectiva histórico-crítica, expresan relaciones de poder inscriptas en la división técnica, social y sexual del trabajo, en decisiones políticas y en formas de organización institucional que inciden directamente en la capacidad de acción y en los márgenes de autonomía del quehacer profesional, profundizando tensiones ético-políticas que atraviesan la práctica cotidiana, en los términos desarrollados por dichos autores. Estas determinaciones no solo atraviesan al campo de la salud en general, sino que se expresan de manera especialmente crítica en áreas específicas como la oncología, donde la atención integral requiere de dispositivos estables, recursos especializados y equipos interdisciplinarios sostenidos, que garanticen la continuidad y acompañamiento del proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado.

En esta línea, Iamamoto (2012) sostiene que el Trabajo Social se encuentra atravesado por las dinámicas, restricciones y disponibilidades que definen las instituciones empleadoras —sean estatales, privadas o del tercer sector—. Estas estructuras organizan el trabajo profesional según sus propios objetivos, condicionando tanto la distribución de recursos como los modos de intervención. Así, el acceso a servicios, la disponibilidad de insumos y la delimitación de funciones están directamente supeditados a decisiones administrativas que muchas veces poco consideran las necesidades reales de la población. En este sentido, las decisiones estructurales adoptadas por el Estado pueden redefinir abruptamente las condiciones de intervención profesional; las entrevistas realizadas a los profesionales evidencian una percepción generalizada de retroceso y restricción en el acceso a derechos. Una de las profesionales describió el escenario como un proceso de creciente “arancelamiento de la mayoría de las prestaciones de salud”, señalando además que se trataría de un momento de “retroceso en algunas cuestiones. En la misma línea, otra entrevistada hizo referencia a “recortes en la política pública” y a dificultades en la recepción de recursos a nivel municipal, lo que, según expresó, genera un escenario “bastante complicado” para la intervención cotidiana.

Estos testimonios permiten identificar cómo las transformaciones en las decisiones gubernamentales impactan directamente en las condiciones materiales del ejercicio profesional, tensionando la garantía de derechos y ampliando las demandas dirigidas al Servicio Social. El cual queda ejemplificado en el reciente cierre del Instituto Nacional del Cáncer (INC) en Argentina, una medida que no solo debilita la estructura pública dedicada a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, sino que además impacta directamente en el Trabajo Social en el área oncológica. Esta decisión política desarticula programas estratégicos, interrumpe líneas de atención integral y deja sin soporte a equipos interdisciplinarios, debilitando la capacidad de respuesta ante una problemática que requiere abordajes continuos, humanizados y sostenidos. Para los trabajadores sociales, esto implica operar en condiciones aún más precarias, con menor coordinación

interinstitucional, sin respaldo técnico ni recursos específicos, y con una creciente sobrecarga laboral en hospitales y centros de salud.

Por ende, las condiciones estructurales se consolidan como factores que restringen el accionar profesional. Diariamente, quienes ejercen el Trabajo Social en los servicios de salud deben desempeñarse en contextos de precariedad, sobrecarga laboral, sin contar con los recursos mínimos necesarios ni con espacios de intervención propios. Esta situación evidencia una exigencia impuesta por las instituciones empleadoras: se demanda versatilidad, creatividad y capacidad de gestión en escenarios donde ni siquiera están garantizadas las condiciones básicas para intervenir. Situación que se evidenció cuando el profesional entrevistado señala que los recursos disponibles dentro del ámbito hospitalario —como estudios diagnósticos o medicación— pueden garantizarse de manera inmediata, mientras que aquellos que se encuentran por fuera de la institución requieren gestiones administrativas, derivaciones y tramitaciones ante otros niveles del sistema de salud. De este modo, lo intrahospitalario aparece asociado a una lógica de asistencia directa, en tanto que lo extrahospitalario se inscribe en un circuito de intermediaciones, negociaciones y tiempos burocráticos que complejizan el acceso efectivo a las prestaciones.

Esta diferenciación evidencia que la intervención profesional no se limita al acompañamiento social, sino que se encuentra atravesada por la disponibilidad material de recursos y por la estructura organizacional del sistema sanitario. La exigencia de intervenciones éticas, planificadas y de calidad en contextos donde los recursos no siempre están garantizados expone una tensión estructural entre el discurso institucional de integralidad y las condiciones reales de operatividad.

En estos términos, los recursos no pueden pensarse como un beneficio excepcional, sino como condición material indispensable para el ejercicio profesional y para la efectiva garantía de derechos en el campo de la salud.

La práctica profesional debe comprenderse como una acción situada, en tensión permanente entre las exigencias institucionales, las necesidades de las personas usuarias y el posicionamiento ético-político de quienes ejercen la profesión. En este sentido, el Trabajo Social en salud requiere una mirada crítica sobre el contexto en el que opera, reconociendo la influencia de las políticas públicas, las condiciones laborales y las desigualdades estructurales que configuran el campo sanitario. La posibilidad de ejercer con autonomía real está directamente ligada a la garantía de condiciones laborales dignas: salarios justos, estabilidad contractual, formación continua y disponibilidad de recursos.

En consecuencia, frente a esta realidad estructural que condiciona y limita el accionar cotidiano, el Trabajo Social no sólo enfrenta el desafío de gestionar recursos escasos, sino también la responsabilidad de construir una intervención que trascienda y rompa con la lógica biomédica<sup>6</sup> que reduce su labor a lo meramente administrativo, y que, al mismo

---

<sup>6</sup> La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico (Menéndez, 1988:1).

tiempo, reafirma su rol integral dentro del proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado. Desde esta perspectiva, la intervención profesional aporta una mirada más contemplativa y compleja, que permite superar enfoques reduccionistas centrados exclusivamente en lo biológico, reconociendo las múltiples dimensiones —sociales, económicas, culturales y subjetivas— que configuran dicho proceso (Lescano y Roncoli, 2025). En los diferentes niveles del sistema sanitario segmentado, la profesión ocupa un lugar estratégico desde donde es posible —y necesario— interpelar las formas en que el Estado y las instituciones comprenden la salud y el bienestar.

Pensar el Trabajo Social en salud implica articular lo material con lo subjetivo, sostener una praxis basada en el compromiso ético-político y la formación continua, y posicionarse críticamente frente al rol del Estado y las políticas públicas. Esta mirada integral permite comprender la intervención no solo como respuesta a necesidades inmediatas, sino como un proceso orientado a transformar las condiciones estructurales que reproducen desigualdad. Reconocer estos determinantes que configuran la práctica profesional permite desplazarla de una lógica instrumental hacia una perspectiva ético-política, crítica y transformadora. Lejos de ser una práctica neutral o meramente técnica, el accionar de los trabajadores sociales en salud implica interpretar, decidir y actuar en contextos complejos atravesados por múltiples formas de desigualdad y marginalización, las cuales son producto de las dinámicas estructurales del capitalismo (Montaño, 2017).

En este sentido, la profesión no se reduce a un rol administrativo o funcional dentro del sistema de salud, sino que constituye una profesión que interviene desde su capacidad analítica, su implicación subjetiva y su compromiso colectivo. Frente a condiciones adversas, los profesionales sostienen intervenciones que implican decisiones éticas cotidianas, despliegue de estrategias táctico-operativas y una búsqueda constante por garantizar derechos. Este posicionamiento implica reconocerse como profesionales que no solo ejecutan políticas, sino que también las disputan, las reinterpretan y, en muchos casos, las transforman desde la práctica.

Las experiencias compartidas por los profesionales entrevistados revelan la urgencia de que el colectivo profesional avance en procesos de organización y colectivización que no solo visibilice las problemáticas estructurales que atraviesan nuestra práctica —y que se agudizan progresivamente, especialmente en los sectores más vulnerados por las políticas estatales neoliberales, como es el caso de la oncología—, sino que también permitan construir estrategias de lucha por condiciones más justas y dignas de trabajo. La desfinanciación, el vaciamiento institucional y el abandono estatal hacia personas que transitan enfermedades complejas como el cáncer no solo vulneran derechos fundamentales, sino que impactan directamente en el cotidiano de los profesionales, afectando a su salud mental, su autonomía y su intervención. Por lo tanto, colectivizar estas problemáticas es, entonces, una tarea necesaria y urgente para defender el ejercicio profesional, fortalecer la práctica crítica y disputar sentidos dentro del campo de la salud. Solo desde una mirada integral que articule lo ético, lo político y lo técnico, es posible sostener una praxis que no se limite a gestionar carencias, sino que contribuya activamente a la construcción de un sistema de salud más justo, accesible y humanitario.

### **Determinaciones subjetivas y desafíos ético-políticos en la intervención**

Desde una perspectiva histórico-crítica, las determinaciones subjetivas del Trabajo Social no pueden entenderse como un producto de la acción individual aislada, sino como el resultado de procesos colectivos que se expresan cotidianamente en las prácticas compartidas entre colegas. Autores como Cimarosti y Pellegrini (2024) destacan que estos procesos subjetivos se manifiestan en el modo en que se transita el encuentro con la pobreza y la exclusión, condicionando tanto las decisiones como el accionar profesional.

En este sentido, Oliva (2003) aporta una mirada fundamental al señalar que el conocimiento profesional no se agota en el plano teórico-académico, sino que se constituye también como una mediación atravesada por la historia de vida, la clase social, la trayectoria personal y las condiciones socioeconómicas de cada profesional. Esta combinación configura un conjunto de recursos que pueden operar como facilitadores o limitantes del desarrollo profesional. Las emociones, los vínculos afectivos y los proyectos de vida se presentan, por lo tanto, como dimensiones centrales que inciden en la capacidad de intervención, transformando la práctica en un espacio donde razón y afectividad se entrelazan.

El Trabajo Social trasciende la mera aplicación técnica de conocimientos, en tanto supone una comprensión situada y humanizada de las personas con las que se interviene. Cada sujeto porta trayectorias, demandas y formas singulares de afrontar la enfermedad, y experiencias como la angustia o el agobio no constituyen categorías abstractas, sino vivencias concretas que también atraviesan a quienes ejercen la profesión. En este sentido, el ejercicio profesional se configura como un proceso relacional en el que la dimensión subjetiva no es un añadido, sino parte constitutiva de la intervención.

En este marco, resulta pertinente recuperar el planteo de Guerra (2017) sobre la definición de las determinaciones subjetivas, entendidas como:

“[...] relativas a la razón y voluntad de los profesionales concebidos como sujetos colectivos, seres sociales humano-genéricos, las cuales al mismo tiempo los vinculan y están vinculadas a determinados proyectos de sociedad, concepciones de profesión y que dan una dirección social a la intervención profesional, dado que se encuentra referida a valores y principios ético-políticos.”  
(Guerra, 2017: 85)

El campo de la salud —y particularmente el de la oncología— pone de manifiesto estas tensiones con especial intensidad. Allí, las determinaciones subjetivas adquieren una relevancia singular debido a la carga emocional y simbólica que conlleva el trabajo con personas atravesadas por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas. La práctica profesional se despliega en espacios donde confluyen el sufrimiento, la incertidumbre y la necesidad de contención, lo que exige de los trabajadores sociales una implicación ética y afectiva sostenida. Es por ello que la implicación subjetiva se configura como un componente inherente al Trabajo Social, ya que las emociones, los valores y los posicionamientos políticos influyen de manera decisiva en la lectura de las situaciones y en las decisiones que se adoptan durante la intervención. Reconocer esa implicación no supone debilidad, sino la asunción de una práctica profesional que se construye desde la afectividad y el compromiso con las personas y con los procesos sociales que las atraviesan.

Mientras lo tangible expone la precariedad material del sistema, lo invisible revela las tramas simbólicas que sostienen su funcionamiento y que, al mismo tiempo, limitan el reconocimiento del Trabajo Social.

En la articulación entre lo tangible y lo invisible, la dimensión subjetiva no puede comprenderse por fuera de las condiciones materiales que delimitan y, a la vez, posibilitan la práctica. Tal como plantea Iamamoto (2003), la intervención profesional se inscribe en una trama histórica y estructural que condiciona sus alcances, al tiempo que interpela el posicionamiento político y la conciencia crítica de quienes la ejercen. De este modo, el ejercicio profesional en oncología se despliega en una tensión permanente entre determinaciones materiales —recursos, normativas, políticas sanitarias— y procesos invisibles vinculados a la implicación subjetiva, la escucha y la construcción ética del vínculo.

Desde esta perspectiva, la ética no se reduce al cumplimiento normativo, sino que constituye una construcción colectiva vinculada a los derechos humanos y a las disputas sociales en las que se inscribe la práctica (Mamblona, 2017). Así, lo tangible y lo invisible del quehacer profesional no aparecen como dimensiones opuestas, sino como planos dialécticamente articulados que configuran la especificidad de la intervención del Trabajo Social en el área oncológica.

Por su parte, la ética profesional, entendida como una dimensión constitutiva del Trabajo Social, se vincula estrechamente con estas determinaciones subjetivas. En este sentido, el proyecto del nuevo Código de Ética del Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires (2023) resalta la necesidad de comprender la ética como una capacidad crítica y situada históricamente, que interpela las prácticas frente al avance del conservadurismo, la precarización laboral y las múltiples formas de violencia que afectan tanto a profesionales como a las personas usuarias. La ética se erige, entonces, como una herramienta para el análisis estructural de la realidad y como un principio rector para construir intervenciones comprometidas con la igualdad y la garantía de los derechos (Mamblona, 2017).

A partir de las entrevistas realizadas en el marco de esta investigación, fue posible profundizar en la comprensión de estas dimensiones subjetivas y ético-políticas, observándose cómo las condiciones institucionales, las trayectorias personales y las implicancias afectivas se entrelazan en el quehacer cotidiano. Las entrevistas realizadas permiten identificar que, a pesar de la complejidad del Trabajo Social en el ámbito de la salud, persisten serias dificultades relacionadas con la invisibilización del rol profesional dentro de las instituciones. Muchas de las profesionales entrevistadas coincidieron en señalar que su labor suele ser percibida como secundaria o meramente asistencial, lo que no solo reduce la intervención a tareas periféricas, sino que también limita su capacidad de incidir en las decisiones estratégicas dentro del sistema sanitario. Sin embargo, de las mismas tensiones surgieron avances significativos, fruto de la reflexión crítica y de la construcción colectiva de estrategias que permitieron ampliar espacios de participación y fortalecer la autonomía profesional.

El análisis de las entrevistas permitió constatar, además, que las determinaciones subjetivas se expresan en el modo en que cada profesional enfrenta las desigualdades estructurales y los dilemas éticos que emergen en la práctica cotidiana. En contextos marcados por la escasez de recursos, la sobrecarga laboral y la precarización, se evidencia

una fuerte necesidad de sostén colectivo que posibilite tramitar el impacto emocional del trabajo. Esta dimensión subjetiva se traduce, además, en una actitud ética orientada al respeto por los tiempos, las decisiones y los procesos de las personas usuarias, promoviendo intervenciones centradas en la autonomía profesional.

La perspectiva crítica del Trabajo Social invita, así, a desnaturalizar los prejuicios y los discursos dominantes, recuperando las experiencias personales y colectivas como fuente de saberes. Las determinaciones subjetivas configuran, en este sentido, una dimensión constitutiva de la profesión, ya que expresan la forma en que cada profesional interpreta, siente y actúa frente a las realidades sociales desde su historia, su clase, su territorio y sus vínculos (Cimarosti, 2022). Estas determinaciones no se reducen a lo individual, sino que forman parte de procesos colectivos y estructurales que se expresan en el cotidiano del trabajo institucional.

En el ámbito de la salud, este reconocimiento de la subjetividad profesional se vuelve clave para comprender cómo la práctica se articula con el proyecto ético-político del Trabajo Social. No se trata solo de acompañar desde la empatía, sino de construir estrategias críticas que transformen las condiciones que producen desigualdad. Así, el ejercicio profesional se constituye a partir del diálogo constante entre saberes académicos y experiencias vitales, entre formación teórica y trayectoria personal. En esta dialéctica se conforma el posicionamiento ético-político de los profesionales, que orienta su práctica hacia la defensa de los derechos y la autonomía.

### **Procesos de intervención, estrategias colectivas y el rol del Trabajo Social en los equipos de salud**

A comienzos del siglo XX, en el marco de la institucionalización de prestaciones financiadas por el Estado, surge en Argentina la profesión del Trabajo Social. En sus orígenes, la intervención profesional se consolidó principalmente en el ámbito de la salud —hospitales, dispensarios y maternidades— y en el sistema educativo (Castrogiovanni, 2023). Durante la década de 1920, estos espacios constituyeron los primeros campos laborales; sin embargo, en los años siguientes, la inserción profesional se amplió hacia otras dimensiones de la vida social, en respuesta a la necesidad estatal de organizar mecanismos frente al crecimiento poblacional y los procesos migratorios. Dichas transformaciones se vinculan con las luchas de la clase trabajadora que, desde fines del siglo XIX, promovieron demandas colectivas orientadas a mejorar las condiciones de vida y cuestionar las desigualdades estructurales del sistema capitalista.

Según Gardey y Oliva (2017), esta inserción histórica revela una continuidad en el rol del Trabajo Social, que se fue complejizando conforme se desarrollaba el aparato estatal. En consecuencia, la profesión se configura con una doble condición: posee rasgos de una práctica liberal, pero se ejerce mayoritariamente en relación de dependencia, especialmente en instituciones estatales o con financiamiento público. Esta característica ha suscitado debates teórico-políticos sobre el papel del Trabajo Social en el diseño, implementación y evaluación de las políticas sociales, así como en su impacto dentro de las estructuras sociales.

Como expresan Gardey y Oliva,

“La intervención del profesional de Trabajo Social no se produce en forma aislada, sino que requiere ser contextualizada formando

parte de procesos en los que participan otros actores, entrando en juego diversos intereses, modalidades de acción, criterios éticos, posicionamientos políticos, determinados por diversos recursos” (Gardey y Oliva, 2017:65).

Por ende, los procesos de intervención en el quehacer profesional se encuentran estrechamente entrelazados con las tensiones del Estado y las manifestaciones estructurales de la “cuestión social”. Estos procesos se construyen mediante una praxis atravesada por el posicionamiento ético-político de los profesionales y por el anclaje situado de las intervenciones desarrolladas en cada contexto (Cimarosti, 2022).

De acuerdo con Oliva (2007), la intervención profesional se materializa a partir de tres funciones principales: asistencia, gestión y educación. La función asistencial implica acompañar a las personas usuaries ante situaciones complejas atravesadas por determinaciones económicas, sociales, políticas y culturales. Estas situaciones se agudizan en contextos oncológicos, donde, según relataron los profesionales entrevistades, el acompañamiento no se limita a la resolución de demandas materiales, sino que incluye la contención emocional, la orientación ante el impacto del diagnóstico y el sostenimiento de los grupos familiares en momentos de alta vulnerabilidad. En este sentido, la asistencia adquiere un carácter integral que articula dimensiones objetivas y subjetivas de la intervención.

La función de gestión comprende la obtención y administración de recursos — prestaciones, vínculos, tiempo, capacidades— para responder a las necesidades planteadas. En las entrevistas se evidenció que gran parte del tiempo profesional se destina a la articulación interinstitucional, la tramitación de coberturas, el acceso a medicamentos y traslados, así como la negociación constante con organismos estatales y obras sociales. Les trabajadoras sociales señalaron que esta función se ve tensionada por la escasez de recursos y por las demoras administrativas, lo que las obliga a desplegar estrategias creativas para garantizar derechos en contextos restrictivos.

Finalmente, la función educativa busca incidir en las formas de pensar y actuar, articulándose con las otras dimensiones del ejercicio profesional. Les entrevistades destacaron la importancia de brindar información clara sobre derechos, tratamientos y circuitos institucionales, así como de promover la autonomía de les usuaries y sus familias. Esta dimensión no se desarrolla de manera aislada, sino que se integra al acompañamiento y a la gestión cotidiana, constituyéndose como parte de una estrategia de intervención más amplia. De este modo, las tres funciones señaladas por la autora no se presentan como compartimentos estáticos, sino que se entrelazan en la práctica profesional concreta, configurando intervenciones situadas que buscan dar respuesta a problemáticas complejas en el campo de la oncología.

En este sentido, el Trabajo Social en el campo sanitario enfrenta la necesidad de responder a las lógicas burocráticas y, al mismo tiempo, de intervenir sobre las desigualdades que afectan a les personas usuaries. Les autores Lescano y Roncoli (2025) advierten que las condiciones estructurales actuales —desfinanciamiento, escasez de recursos, falta de personal y precariedad edilicia— afectan directamente las prácticas de intervención, generando una tensión constante entre la defensa de derechos y las exigencias institucionales. En este marco estructural, las limitaciones no permanecen en un plano abstracto, sino que se materializan en las condiciones concretas de trabajo. Las

entrevistas permiten advertir que la precariedad de los espacios físicos constituye una manifestación concreta de la dimensión tangible del ejercicio profesional. La ausencia de oficinas propias, la realización de entrevistas en pasillos y la falta de condiciones mínimas de privacidad evidencian determinaciones objetivas que limitan materialmente la intervención. Sin embargo, estas condiciones no impactan únicamente en el plano visible de la infraestructura, sino que repercuten también en la dimensión invisible del quehacer profesional. La imposibilidad de construir un encuadre adecuado afecta la producción del vínculo, la confianza y la contención emocional, elementos fundamentales en contextos de alta vulnerabilidad como el oncológico. De este modo, lo tangible —infraestructura, mobiliario, organización institucional— y lo invisible —relaciones, afectos, ética profesional— no operan como esferas separadas, sino como momentos interrelacionados de una misma totalidad. La disputa por el espacio físico se transforma, así, en una disputa por el reconocimiento del lugar del Trabajo Social en el equipo de salud y por la posibilidad de sostener una práctica digna, ética e integral.

En este escenario, la intervención profesional queda atravesada por una tensión permanente entre los límites materiales impuestos por la institución y la intencionalidad ética que orienta el accionar del Trabajo Social. Las condiciones tangibles no solo condicionan las posibilidades operativas, sino que inciden en la definición misma de los objetivos de intervención, obligando a las y los profesionales a desplegar estrategias que articulen la resolución inmediata de demandas con una perspectiva integral de derechos. Así, la superación de prácticas fragmentadas no depende únicamente de la voluntad individual, sino de la capacidad de inscribir cada intervención en una finalidad más amplia que dispute sentidos dentro de la institución. Tal como plantea Mallardi (2017), “es mediante la articulación de la finalidad de los procesos de intervención con los objetivos particulares de cada intervención profesional, que se torna posible superar prácticas fragmentadas, inmediatistas y superficiales” (p.84).

En concordancia con este planteo, resulta indispensable generar un diálogo entre los objetivos de la intervención y las formas concretas de llevarla a cabo. Esta integración es fundamental para que la finalidad transformadora del Trabajo Social pueda materializarse, superando la urgencia de respuestas inmediatas que muchas veces imponen las instituciones. Es por ello que a partir de las entrevistas realizadas a distintas trabajadoras sociales, se evidenció que la intervención profesional en el ámbito de la salud ha transitado un proceso de transformación que la aleja del asistencialismo tradicional. Las entrevistadas destacaron que la gestión de recursos continúa siendo una tarea cotidiana, pero ahora se entiende como una herramienta para garantizar derechos y no solo para responder a necesidades urgentes. Además, se remarcó la articulación con el primer nivel de atención y el trabajo territorial como instancias que fortalecen el carácter educativo de la profesión y promueven una práctica más integral e interdisciplinaria.

Continuando con lo expresado, Massa (2024) agrega que la intervención no puede reducirse a la aplicación de técnicas o protocolos estandarizados, sino que debe comprenderse como un proceso estratégico que implica la lectura crítica de la realidad social. Esto supone reconocer y disputar las condiciones materiales, subjetivas y estructurales de la desigualdad que inciden sobre la vida cotidiana. La autora afirma que la intervención situada permite comprender “cómo son las situaciones, por qué son así y qué condicionamientos y posibilidades de resolverlas existen” (p. 170).

Desde esta perspectiva, los procesos de intervención se configuran a partir de decisiones éticas, políticas y teóricas construidas por los profesionales en su práctica cotidiana. Por su parte, Montaña (2017) explica que la división sociotécnica del trabajo fragmentó las profesiones, separando a quienes producen conocimiento de quienes intervienen directamente en la realidad. Sin embargo, el movimiento de reconceptualización del Trabajo Social recuperó el valor de la teoría como mediación imprescindible entre pensamiento y práctica, dotando al ejercicio profesional de herramientas analíticas y políticas para transformar la realidad.

Por lo tanto, las estrategias de intervención no pueden explicarse únicamente por el posicionamiento del profesional, las directrices institucionales o las demandas de las personas usuarias, sino que constituyen una articulación compleja y dinámica, atravesada por la disponibilidad de recursos y las condiciones históricas en que se desarrolla la práctica. En esta línea, Cimarosti (2022) define las tácticas operativas como “las diversas alternativas seleccionadas en los procesos de intervención a partir del significado, dirección y materialidad de la finalidad estratégica definida” (p. 68), destacando el carácter intencional y situado de cada acción profesional.

En el ámbito de la salud, estas estrategias adquieren formas. La entrevista se concibe como un espacio de interlocución y construcción de vínculo con las personas usuarias, más que como una simple técnica de recolección de información (Mallardi, 2017).

En este sentido, herramientas como la entrevista, la observación y la visita domiciliaria permiten acceder tanto a las condiciones materiales como a las dimensiones simbólicas que atraviesan la “cuestión social”, posibilitando una comprensión integral de las realidades abordadas. Del análisis de los relatos de los profesionales también se desprende la relevancia que adquieren herramientas clásicas del Trabajo Social, como la entrevista y la observación. Se advierte la vigencia y centralidad de estas herramientas en el campo sanitario.

Los participantes coincidieron en que la entrevista posibilita la construcción de un vínculo con las usuarias, el reconocimiento de sus particularidades y la planificación de estrategias de acompañamiento. Asimismo, resaltaron que la observación — especialmente durante las visitas domiciliarias— permite acceder a dimensiones del entorno social, económico y cultural que no siempre se visibilizan en el espacio institucional, enriqueciendo la lectura crítica de cada intervención.

Por otro lado, los trabajadores sociales resaltaron la importancia del registro y del informe social como componentes esenciales de la intervención. Lejos de constituir un mero trámite administrativo, estas herramientas legitiman la práctica profesional, comunican los procesos de intervención y permiten la circulación de información dentro del equipo de salud. Desde esta perspectiva, el registro adquiere una función ética y política, ya que visibiliza la labor profesional y garantiza la continuidad y coherencia de las acciones realizadas con las usuarias (Oliva y Mallardi, 2011). Asimismo, la gestión de recursos y prestaciones emerge como una dimensión central del quehacer cotidiano, orientada a garantizar el acceso efectivo a derechos. Estas acciones exigen capacidades de mediación, articulación institucional y conocimiento del territorio. En este punto, el Trabajo Social excede lo meramente asistencial y asume un papel activo en la defensa y ampliación de derechos sociales.

La articulación interinstitucional y comunitaria se configura, entonces, como un eje fundamental para evitar la fragmentación de las respuestas estatales. Esta práctica, que algunas corrientes denominan corresponsabilidad, implica coordinar acciones con otras instituciones y redes, resguardando los aspectos éticos que conlleva la circulación de información sensible (Cimarosti, 2022). En este marco, las estrategias colectivas se presentan como una condición necesaria para sostener las prácticas profesionales. Por lo tanto, es importante señalar que la organización colectiva constituye un espacio fundamental para la defensa de los derechos laborales y de la autonomía profesional. Frente a la precarización creciente, la construcción colectiva de criterios y estrategias fortalece el accionar profesional y posibilita posicionamientos críticos frente a las tensiones del ámbito sanitario.

El rol de los trabajadores sociales en los equipos de salud se inscribe en un campo de disputas simbólicas y materiales. Iamamoto (2003) sostiene que la práctica profesional no es un ejercicio técnico aislado, sino una práctica social históricamente situada, determinada por condiciones materiales y por un proyecto político. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social en salud se comprende como una intervención atravesada por las contradicciones estructurales del sistema sanitario.

En este marco, el trabajo interdisciplinario se configura como un espacio de articulación y disputa de sentidos frente a la hegemonía biomédica, como plantea Laurell (2019), requiere diálogo, cooperación y reconocimiento mutuo de los saberes. En el ámbito de la oncología, por ejemplo, la intervención profesional articula dimensiones sociales, emocionales y clínicas, disputando el paradigma biomédico hegemónico y promoviendo una concepción integral de la salud.

Es por ello que, las estrategias colectivas no sólo fortalecen el ejercicio profesional, sino que también posibilitan la creación de espacios de resistencia frente a las condiciones adversas del sistema de salud. En esta línea, Paradela y Redondi (2019) advierten que el sufrimiento en el trabajo no debe concebirse como una vivencia individual, sino como una expresión social que puede transformarse mediante la organización colectiva. Los relatos de los profesionales refuerzan esta perspectiva al señalar que el trabajo en equipo constituye un sostén frente a las tensiones estructurales del campo sanitario.

En definitiva, la intervención profesional y las estrategias colectivas se articulan en una práctica que trasciende su dimensión técnica y se sostiene en un posicionamiento ético-político orientado a la defensa de derechos y la construcción de autonomía profesional.

### **Consideraciones finales**

Desde el análisis teórico y empírico realizado, se evidenció que las determinaciones objetivas —vinculadas a las condiciones laborales, la fragmentación del sistema de salud, la escasez de recursos y la organización institucional— inciden de manera directa en las posibilidades de desarrollar prácticas profesionales efectivas, integrales y sostenidas en el tiempo. En este sentido, como sostiene Cimarosti (2022), resulta imprescindible visibilizar las determinaciones del ejercicio profesional para poder reconstruirlas críticamente dentro de cada proyecto histórico.

En articulación con ello, las determinaciones subjetivas —relacionadas con las trayectorias personales, el posicionamiento profesional y los vínculos con las personas usuarias— también condicionan, potencian o limitan el ejercicio profesional. Estas

dimensiones requieren ser comprendidas y problematizadas desde una mirada crítica que reconozca su carácter histórico y situado. En palabras de Guerra (2015), “las profesiones poseen determinaciones lógicas e históricas [...] relativas a la realidad y a las condiciones en las cuales la práctica profesional se realiza, así como a la intencionalidad y finalidad de sus agentes” (p. 85).

Las entrevistas realizadas permitieron recuperar experiencias singulares que reflejan los esfuerzos por sostener una práctica situada, comprometida y articulada colectivamente. Tal como señalan Franco y Rancatti (2019), la colectivización de criterios y experiencias fortalece la capacidad de intervención y potencia la producción de saberes colectivos que problematizan las condiciones estructurales que afectan el acceso a la salud.

En este escenario, el actual contexto político configura un desafío significativo para el campo de la Salud Pública y para el ejercicio profesional. La eliminación del Instituto Nacional del Cáncer y la discontinuidad de programas estratégicos evidencian un proyecto de salud regresivo que, como advierte Laurell (2019), concibe la salud como gasto y no como inversión social, afectando especialmente a los sectores más vulnerables y restringiendo las posibilidades de acción de los equipos interdisciplinarios.

En consecuencia, el Trabajo Social en el área de salud y oncología se encuentra atravesado por una tensión permanente entre lo tangible y lo invisible. Lo tangible remite a las condiciones materiales de intervención —salarios, infraestructura, políticas públicas—, mientras que lo invisible involucra dimensiones emocionales, simbólicas y ético-políticas que también configuran la práctica profesional. Como señala Mallardi (2017), la finalidad de la intervención no puede ser definida de manera unidireccional por el Trabajo Social, dado que se encuentra atravesada por múltiples lógicas e intereses en disputa.

Desde esta perspectiva, se vuelve necesario abordar ambos planos de manera articulada, no solo para comprender el presente de la profesión sino también para proyectar formas de intervención que resistan y transformen la realidad desde un enfoque de derechos. En palabras de Netto (1998), el Trabajo Social debe trascender las manifestaciones superficiales de la “cuestión social” y disputar su sentido en las estructuras que la producen. En consonancia con ello, Iamamoto (2003) sostiene que la profesión se define históricamente por su articulación con un proyecto ético-político que orienta y otorga sentido a su accionar.

Ahora bien, si esta investigación se orienta al análisis de la intervención profesional en el área de oncología, resulta necesario reconocer ciertos límites del proceso investigativo. En ciudades con menor densidad poblacional, el área se encuentra en una etapa incipiente de conformación, lo que genera condiciones de intervención inestables y tensas. La ausencia de una estructura consolidada dificulta la delimitación de funciones y limita la posibilidad de especialización en el acompañamiento de personas con patologías oncológicas, tensionando las decisiones cotidianas y las modalidades de intervención.

Por su parte, en la ciudad con mayor flujo poblacional, si bien existe una trayectoria institucional más extensa, no se distingue específicamente el área de oncología dentro del campo de intervención del Trabajo Social. Las intervenciones se desarrollan de manera transversal a diversas patologías, desde una perspectiva integral, aunque sin contar con un espacio diferenciado que permita profundizar en las particularidades de los procesos oncológicos.

Lejos de clausurar el análisis, estas diferencias territoriales abren nuevas líneas de indagación para el campo profesional. Se vuelve imprescindible profundizar investigaciones que aborden con mayor especificidad la intervención del Trabajo Social en oncología desde una mirada situada y contextualizada.

En síntesis, este artículo no solo sistematiza experiencias y reflexiones en torno al quehacer profesional en contextos complejos, sino que aporta a la construcción de un conocimiento crítico, colectivo y situado. Un conocimiento que visibilice tanto las tensiones como las potencialidades del ejercicio profesional y que fortalezca prácticas más humanizantes, conscientes de su dimensión histórica y política.

Los hallazgos permitieron identificar diversas estrategias desplegadas en la práctica cotidiana —gestión de recursos, articulación interinstitucional, acompañamiento a personas y grupos familiares, elaboración de informes sociales e intervención ante vulneraciones de derechos—, las cuales se desarrollan en un entramado de determinaciones objetivas vinculadas a la organización del sistema de salud, las condiciones laborales y las desigualdades estructurales que atraviesan a la población usuaria.

Asimismo, se evidencian mediaciones y tensiones entre la formación teórica y el ejercicio profesional. Desde la perspectiva histórico-crítica, la práctica no puede comprenderse como mera aplicación técnica de saberes, sino como una especialización del trabajo colectivo inserta en la división social del trabajo (Iamamoto, 2003). Tal como plantea Siqueira (2023), este enfoque permite desnaturalizar las prácticas y situarlas en su contexto sociohistórico, reconociendo su carácter contradictorio.

De este modo, las mediaciones entre teoría y práctica no se resuelven en una coherencia lineal, sino en un proceso dinámico atravesado por límites institucionales y posibilidades de acción. En el campo de la oncología, dicha complejidad se intensifica debido a la densidad de las situaciones abordadas y a la profundidad de las dimensiones subjetivas implicadas.

Finalmente, este artículo sintetiza los principales hallazgos de una investigación más amplia desarrollada en el marco de una tesis de grado, cuyo propósito fue analizar el quehacer profesional en el Servicio Social de Salud en el área de oncología desde una perspectiva histórico-crítica, atendiendo a las determinaciones objetivas y subjetivas que configuran la intervención profesional.

### **Referencias bibliográficas**

- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad. *Cuadernos de Salud Pública*, 8(3), 254-261.  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05>
- Ase, I., & Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Revista Salud Colectiva*, 5(1), (Pág. 27-49). <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n1/v5n1a03.pdf>
- Berghes, P., & Poth, C. (2019). Estrategias de intervención en el campo de la salud. En *Salud y trabajo social: procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud* (Pág. 234–244). La Plata: CATSPBA.

- Cadermatori, F. (2018). Precarización laboral en el Estado y degradación de la fuerza de trabajo: análisis en trabajadoras vinculadas a la implementación de políticas sociales. *Revista Trabajo y Sociedad*, Núm 31. ISSN 1514-6871. Santiago del Estero, Argentina.
- Castrogiovanni, N. (2023). *Trabajo Social y sanitarismo en la Argentina*. Puka Editora.
- Cimarosti, M. (2022). *Trabajo Social, procesos de intervención y conquistas profesionales*. Puka Editora.
- Cimarosti, M., & Pellegrini, N. (2024). Determinaciones subjetivas de los procesos de intervención. Reflexiones en clave de autonomía profesional. En *Trabajo Social Crítico en la Contemporaneidad* (pp. 187–216). La Plata. CATSPBA.
- Código de ética (2023)
- Escurra, M. (2021). El trabajo profesional de los trabajadores sociales en contexto de pandemia por COVID-19. *Revista Cátedra Paralela*, (19), (P. 167-192).  
<https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/308/252>
- Eslava-Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso de salud-enfermedad. *Revista Salud Pública*, 19, (Pág. 396–403).
- Fussi, P. (2019). Salud mental y Trabajo Social: la R.I.Sa.M como instancia-potencia para pensarnos. En *Revista Cátedra Paralela*, número 16. Universidad Nacional de Rosario.
- Gardey, V., & Oliva, A. (2011). La asistencia en los procesos de intervención. En Oliva, A., & Mallardi, M. (Coords.), *Aportes tácticos-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. Tandil: UNICEN.
- Guerra, Y. (2017). *Trabajo social: fundamentos y contemporaneidad*. CATSPBA, La Plata.
- Iamamoto, M. (1992). *Servicio social y división del trabajo: un análisis crítico de sus fundamentos*. São Paulo: Cortez.
- Iamamoto M. (2003) “El debate contemporáneo de Servicio Social y la ética profesional” En: Borgianni, E., Guerra, Y. y Montañó, C. (orgs.): *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. São Paulo: Cortez Editora.
- Iamamoto, M. (2012). *Trabajo social en tiempos de capital fetiche: capital financiero, trabajo y cuestión social*. Cortez Editora.
- Laurell, A. (2019). Políticas de Salud en pugna. En *Salud y trabajo social* (Pág. 23–41). La Plata. CATSPBA.
- Lemus, J. (2003). *Atención Primaria de Salud. Marco Conceptual y Estrategias Asociadas*. OPS. <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/libroaps.pdf>
- Lescano, A., & Roncoli, V. C. (2025). *El sistema de residencias en salud*. CATSPBA.  
<https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2025/04/07.-El-Sistema-de-Residencias-en-Salud.pdf>
- Ley 23.611 de Lucha contra el cáncer. (1988).  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/11/norma.htm>
- López, X. (2018). Política social y Trabajo Social: Fundamentos y debates actuales (pp. 19–46). La Plata: CATSPBA.
- López, X., Peregrini, N., & Paradela, L. (2020). Cotidiano y precariedad. En *Temas en Agenda IX*, CATSPBA, La Plata (pp. 14–25).
- Madrid, L. (2019). Concepciones en torno del proceso de salud-enfermedad-atención. En *Salud y trabajo social* (pp. 155–177). La Plata: CATSPBA.
- Mallardi, M. (2017). La intervención en Trabajo Social. En *Procesos de intervención en Trabajo Social* (pp. 79–192). La Plata: CATSPBA.

- Mamblona, C. (2017). Ética y Trabajo Social. Colección Debates en Trabajo Social. La Plata: CATSPBA.
- Márquez, M. (2019). Resistencia organizada de lxs trabajadorxs y derecho a la salud. En Cuaderno VI, CATSPBA, La Plata (pp. 30–42).
- Martinelli, M. L. (2004). Sentido y Direccionalidad: proyectos éticos políticos en Trabajo Social. En Escenarios, N° 8. Revista de la ESTS de la UNLP.
- Massa, L (2019) “Cuestión social”, territorio y Trabajo Social: Reflexiones para el desarrollo de una intervención situada. Rossi A., González, M. y Fernández, E. (Comp.).(2019). Territorio y transformaciones familiares en la sociedad contemporánea. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Massa, L. (2024) Desafíos de las trazas de la desigualdad en el Trabajo Social contemporáneo: aportes al desarrollo de procesos de intervención situados. En Trabajo Social Crítico en la contemporaneidad : disputas por la autonomía profesional en los procesos de intervención / Marilda lamamoto ... [et al.]; Compilación de Marta Liliana Cimarosti ; Nicolás Pellegrini. - 1a ed - La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2024.
- Menéndez, E. (2019). Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Redondi V, Paradela L (Comp.). Salud y Trabajo social: procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud. CATSPBA, La Plata.
- Mendoza, M. (2006). Método de Grupo - Trabajo Social Grupal. En Aproximaciones al análisis de los métodos clásicos del Trabajo Social.
- Montaño, C. (2017). Teoría y práctica del Trabajo Social crítico. En Procesos de Intervención en Trabajo Social (pp. 22–62). La Plata: CATSPBA.
- Netto, J. P. (1998). Opciones hacia el año 2000: un servicio social domesticado o crítico. En V y VI Jornadas Municipales de Servicio Social, APSS (pp. 59–84).
- Oliva, A. (2015). Trabajo social y lucha de clases: análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina. La Plata: Editorial Dynamis.
- Oliva, A. (2003). Los recursos en la intervención profesional del Trabajo Social. Tandil. UNICEN.
- Oliva, A. (2007). Los recursos en la intervención profesional del Trabajo Social. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.
- Oliva, A., & Mallardi, M. (Comps.). (2011). Aportes tácticos-operativos a los procesos de intervención en Trabajo Social. Consejo Editor UNCPBA.
- Paradela, L., & Redondi, V. (Coords.). (2019). Salud y Trabajo Social: Procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud. La Plata: Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires
- Romero, M. (2015). Esfera pública y procesos de intervención en trabajo social. En Cuaderno I, CATSPBA, La Plata (pp. 73–82).
- Seiffer, T. (2022). Los fundamentos de la política social desde los aportes de la crítica de la economía política (pp. 75–100). CATSPBA. Provincia de Buenos Aires.
- Siqueira de Silva, J. (2023). Perspectiva histórico-crítica y trabajo social. “Procesos emancipatorios y resistencias al neoconservadurismo en América Latina. Debates, luchas y conquistas en Trabajo Social”. Conferencias presentadas en el V Encuentro Latinoamericano de Trabajo Social (pp. 94- 104). Revista Plaza Pública, n. 29 (16).

Disponible en: <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/issue/view/128>

Siede, M. (2015). Reivindicaciones laborales y condiciones de la intervención. La Plata. CATSPBA.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7–11. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es)