



5º Encuentro Argentino y
Latinoamericano de Trabajo Social

Latinoamérica hoy: democracias,
derechos y trabajo social

Córdoba, 5 y 6 de octubre de 2017



trabajo
social
Facultad de
ciencias sociales



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba



Aproximaciones para un análisis de las demandas a Trabajo Social en el campo de la salud pública

Rossana Crosetto; Nelly Nucci; Ana Miani; Claudia Bilavcik y María A. Paviolo
Carrera de Trabajo Social - FCS - UNC
rcrosetto@yahoo.com.ar / nellynucci@yahoo.com.ar

Palabras claves: problemas sociales – demandas – derechos - intervención

Resumen: La presentación aborda algunas dimensiones de análisis de los sujetos y los problemas sociales que se constituyen en demandas de intervención en contextos de prestación de servicios, particularmente en instituciones de salud pública de la Provincia de Córdoba. Retoma elaboraciones producidas en el marco de investigaciones que el equipo desarrolla desde el año 2012¹ sobre diferentes aspectos de la intervención de trabajo social en el campo de la salud pública.

El propósito actual es aportar a la comprensión y resolución de los problemas por los que los sujetos acuden a Trabajo Social teniendo en cuenta los diferentes discursos, interpretaciones y sentidos entre las que se incluyen aquellas derivadas de los cambios producidos en la orientación de las políticas y los entornos institucionales en nuestra historia reciente.

Dada la relevancia que adquirió en los últimos años el discurso del enfoque de derechos en los procesos de intervención social proponemos algunas consideraciones sobre sus implicancias en las dinámicas institucionales y profesionales así como en la inclusión de los sujetos en el sub-sector de la salud pública en Córdoba.

Aproximaciones para un análisis de las demandas a Trabajo Social en el campo de la salud pública

La visibilidad y el reconocimiento público de los problemas sociales impacta en la intervención profesional, tanto a nivel material (por la posibilidad de contar con recursos materiales para atenderlos) como a nivel simbólico (por las implicancias en los procesos de identificación y esclarecimiento de los mismos como parte de su construcción subjetiva y de sus posibilidades de resolución). Cada espacio institucional y profesional es estructurado por las interpretaciones hegemónicas sobre los sujetos a los que se dirigen y los problemas a los que orientan sus acciones y estrategias; sin embargo no se trata de procesos lineales y unívocos, sino que son espacios de relaciones de fuerza que compiten por la estructuración del campo y la definición de estrategias de intervención.

El enfoque de derechos, además de marco normativo para la profesión de Trabajo Social, provee una perspectiva en base a la cual caracterizar los problemas sociales que se plantean a los sujetos en los procesos de reproducción cotidiana y en su integración como ciudadanos/as. No sólo se trata de los derechos civiles y políticos sino también de los sociales, a los que se refiere particularmente la intervención profesional.

Como es sabido, los derechos sociales se incluyen junto con los civiles y políticos en el concepto de ciudadanía desarrollado por T. H. Marshall. La intención es, como expresa Sara Gordon (2014) conciliar los valores y principios de la democracia liberal (civiles y políticos) con preocupaciones por el bienestar material (sociales), incorporando a la pertenencia que da la ciudadanía la posibilidad de compensar los efectos del mercado. La idea central es que hay un tipo de igualdad social asociado al concepto de pertenencia total a una comunidad, que no es consistente con las desigualdades que distinguen a los diversos niveles económicos de una sociedad. La particularidad de los derechos sociales es que gran parte de ellos se materializan en prestaciones que debe proveer el Estado. De aquí que no son absolutos, sino que dependen de la disponibilidad de recursos del Estado y/o criterios y definiciones políticas. Si bien obligan al Estado a proporcionar prestaciones específicas, no se desprende claramente de ello cuáles son y a quiénes deben alcanzar estas prestaciones.

Se entiende que en realidad, los derechos sociales proporcionan condiciones prácticas para la participación en una comunidad y posibilitan a los individuos una disminución de los efectos de la

¹ El proyecto 2016-17 tiene por objetivo caracterizar los sujetos y las demandas a Trabajo Social. En este momento se está completando el trabajo de campo y la sistematización de datos derivados de la aplicación de un cuestionario a usuarios de los servicios.

desigualdad.

“... a diferencia de los derechos civiles y los políticos, que son universales y formales, los sociales tienen sentido sólo si se conciben como aspiraciones a prestaciones concretas, y estas últimas no pueden ser universales, sino particulares y selectivas. Ligado a este carácter específico se halla el hecho de que no está claro en qué deben concretarse los derechos a la salud, a la educación o a la vivienda. En general, estos derechos se definen en términos de prestaciones mínimas o medias, tales como nivel mínimo de instrucción o un nivel promedio de atención a la salud, pero el derecho al trabajo es una expectativa no formalizable, respecto de la cual el aparato público carece de medios efectivos de largo plazo a menos que intervenga en las reglas del mercado, de donde provienen en buena medida los recursos necesarios para pagar los servicios.” (Gordon, 2001:25)

Los problemas relacionados con los procesos salud/enfermedad afectan a los sujetos en la reproducción cotidiana de su existencia, por lo tanto involucran a las familias y a la organización de su vida intradoméstica y cotidiana en relación a las instituciones proveedoras, los que varían de un contexto a otro tanto por las derivaciones de las relaciones capitalistas de producción (en cuanto inciden en las oportunidades de inserción social) como por las múltiples pertenencias a sectores sociales desiguales en base a los que se tejen esas relaciones. El género es la más generalizada, pero existen otras como la etnia y la procedencia (urbana/rural), por citar algunas.

La comprensión de los problemas sociales que afectan a los sujetos incluyendo sus propias percepciones y expectativas de resolución es una condición imprescindible pero no suficiente para su abordaje desde una perspectiva de derechos. La vinculación entre los sujetos que demandan atención y los agentes profesionales y técnicos en el campo de la salud pública se estructura de modos diversos de acuerdo a los espacios institucionales, contexto, disciplina, enfoque de salud, situación laboral de los agentes, radicación urbana o rural, nivel de atención, entre muchos otros.

En base a las investigaciones realizadas retomamos los problemas por los que los sujetos demandan a Trabajo Social en instituciones prestadoras de salud pública dando inicio a la intervención profesional. Se presentan como tales una diversidad de expresiones de la cuestión social que colocan en tensión la delimitación del área específica del proceso salud- enfermedad- atención². Se trata de demandas directas –los propios sujetos- y demandas indirectas –de familiares, vecinos, profesionales u otras instituciones (escolares, organizaciones comunitarias) como de otros niveles de atención de salud y otras instituciones. Tanto las demandas directas y espontáneas como las indirectas se caracterizan por su heterogeneidad. Pueden agruparse en dos tipos: las demandas que se corresponden con los recursos que provee la institución / programas en relación a los cuales interviene Trabajo Social y otras, que refieren a condiciones prácticas, necesarias para la vida de los sujetos como ciudadanos/as referidas a recursos que no disponen las instituciones de salud (relacionados con la vivienda, el trabajo y otros). Estas demandas se acentúan en las poblaciones en contexto de pobreza donde las condiciones de vida hacen muy difícil la reproducción cotidiana de la existencia. En estos casos, las intervenciones de Trabajo Social en espacios institucionales de salud pública quedan limitadas a acciones puntuales de gestión de recursos, asesoramiento y orientación de la demanda hacia otros espacios institucionales. La fragmentación y escasa intersectorialidad de las políticas son factores que estructuran el campo de intervención dificultando o imposibilitando la asistencia integral de las necesidades expresadas por los sujetos.

Ahora bien, considerando el eje que nos convoca problematizamos el alcance de la intervención en los procesos de resolución de necesidades reproductivas teniendo en cuenta las modificaciones producidas en la orientación de las políticas del Estado, específicamente del sector salud.

En el Siglo XX el sistema de salud en Argentina se conforma con un esquema fragmentado que refleja las tensiones entre universalismo y particularismo.

La fragmentación del sistema de salud según capacidad de ingresos se expresa en las diferencias entre atención privada para los sectores medios y altos, obras sociales para trabajadores formales y

² Problemas relacionados con recursos materiales (alimentos, vestimenta, vivienda, otros); con recursos encuadrados en programas de salud (Procordia, Salud Sexual y Reproductiva, TBC, Crecimiento y Desarrollo, Ligadura de trompas, Control de Embarazo, Pacientes Crónicos, etc.); situaciones de vulneración de derechos de niñ@s y adolescentes (bajo peso, maltrato, abuso sexual, desnutrición) y los vinculados a las relaciones familiares (como las distintas formas de violencia de género), entre otros.

salud pública para los sectores populares.

En el marco de implementación del modelo neoliberal -desde los '70 y hasta el 2001- se desarrolla un proceso caracterizado por la descentralización jurisdiccional, las privatizaciones y la desregulación de los mercados de salud.

El período que sigue al año 2001 es caracterizado por Belmartino (2009) como “*Intentos de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social*” (El sistema de salud argentino. 2011: 7). Mientras que otros autores han dado en llamar al mismo como proceso “*de contra reforma*” (Javier Curcio, 2011:57-58), respecto a las reformas producidas en las políticas públicas en el período anterior (auge del neoliberalismo). En el área de salud se destaca la creación del Programa Remediar, la ley y programas de cobertura de Salud Sexual y Reproductiva (que garantiza el acceso libre y gratuito a información y servicios de salud sexual y reproductiva a toda la población) y el Plan Nacer (para mujeres embarazadas y niños hasta 6 años de edad que no posean cobertura social); posteriormente ampliado con el Plan Sumar (incorporando niños y niñas de más de 6 años hasta los 19 años y mujeres hasta los 65 años) (Laura Golbert, 2010:149 - 151).

A nivel de las políticas de protección social cobran fuerza las perspectivas que impulsan acciones para el ejercicio de derechos sociales, la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes; los derechos de las mujeres, las nuevas identidades sexuales y los relativos a diversas formas de inclusión social entre los que se cuenta la implementación de la Asignación Universal por Hijo/a (2009), transferencia monetaria que equipara la situación de los hijos/as de desempleados/as o empleados/as no formales con los de los trabajadores/as del sector formal.

Desde el año 2015 se observan nuevamente modificaciones en la orientación de la política que implican un proceso regresivo de los derechos ciudadanos respecto de los avances alcanzados en el período anterior.

En este escenario caracterizado por el recorte del gasto público y financiamiento se destaca para el subsector de salud pública el desmantelamiento y/o desaparición de programas que constituían el sostenimiento de la salud pública, sobre todo en las zonas rurales del interior del país como el Plan Remediar, el cual no sólo consistía en la provisión gratuita de medicamentos básicos en hospitales y centros de salud sino el sostenimiento de programas de salud rural; el Programa Municipios saludables y programas de cobertura de salud bucal, entre otros. Asimismo los Programas Nacionales de cobertura de VIH y de Salud Sexual y Reproductiva, también vieron afectadas sus partidas presupuestarias y en consecuencia, la provisión de medicación, métodos anticonceptivos (implantes hormonales y métodos de barrera-preservativos-) repercutiendo directamente en un aumento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual previsibles, entre otros.

El subsector de salud pública en Córdoba

En la Provincia de Córdoba en la década del '60 el sistema de salud se encontraba fragmentado. El sector público cubría incluso las zonas más alejadas del interior mientras que un porcentaje importante de la población era cubierto por obras sociales, situación que se extiende hasta la década del '70. A partir de allí, producto de los recortes del gasto público y las políticas de descentralización en educación y salud, dicho sector sufrió un considerable deterioro. (Pautassi, L.1995:15).

Cabe destacar que la prevalencia del mercado por encima de las prestaciones del sector público tuvo lugar en un contexto de crecimiento del desempleo y la pobreza, empeorando las condiciones de vida y el acceso a servicios de salud de importantes sectores de la población. La población a ser atendida era seleccionada a partir de criterios de focalización para atender sólo a los sectores más desprotegidos, motorizado por el achicamiento del Estado como parte de los planes de ajuste económico.

Siguiendo a Asse y Buriyovich, el estudio del proceso de reformas sectoriales en Córdoba debería ser dividido en tres etapas, la primera 1983 al 1995, la segunda 1995 al 1999 y la tercera desde el año 1999.

“El primer período ha estado signado por el énfasis puesto en la descentralización de efectores sanitarios de baja complejidad hacia los municipios y comunas como eje de las reformas, el segundo período estuvo caracterizado por el fuerte ajuste y racionalización del sector, y, finalmente, el tercero

por el alineamiento con la orientación reformista del gobierno nacional y los Organismos Multilaterales de Crédito (BID y BM).”(Asse y Burijovich, 2010:33).

En el año 2003 en Córdoba, por Ley N° 9133 “De Garantías Saludables” se establecen los principios de funcionamiento del Sistema Integrado Provincial de Atención de la Salud en el que ocupa un lugar central la Estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje articulador en el nuevo modelo prestacional público de salud. En esa coyuntura provincial la APS es resignificada por el discurso del desarrollo humano y del capital social impulsado especialmente por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y tuvo vigencia mientras duró el financiamiento externo hasta el año 2007.

El sistema se organizaba mediante el desarrollo de la estrategia de APS, determinación de la cobertura básica universal y fijación de una canasta básica prestacional, asignación de recursos a los programas de promoción de la salud y prevención, descentralización, redes de referencia - contra referencia y población bajo responsabilidad nominada. Con estos lineamientos se pretendía receptor la demanda al sistema sanitario desde el primer nivel de atención evitando sobrecarga en los niveles de mayor complejidad del sistema y propiciar un cambio en la modalidad de trabajo de los profesionales de la salud del primer nivel, centrado en actividades de promoción y prevención y no en la actividad asistencial. No obstante estos principios, el Programa de reforma en la provincia se centró en la formación y capacitación de recursos humanos profesionales en salud familiar y comunitaria e interdisciplinariedad para la prevención y promoción de la atención primaria de la salud. Con financiamiento volátil y escasa institucionalidad, algunos profesionales fueron reabsorbidos por el gobierno provincial enmarcados en los Centros de Atención Primaria de la salud (CAPS) continuando hasta la actualidad.

El sistema de salud en la Provincia de Córdoba actualmente se constituye por Hospitales Provinciales (en la capital e interior provincial). En algunos municipios del interior provincial existen hospitales de autogestión que dependen administrativamente de cada uno de ellos y áreas municipales (con acción social y salud no exclusiva). En la ciudad capital coexisten instituciones que dependen de la administración nacional, provincial y municipal, con red hospitalaria y de APS respectivamente.

La dependencia de más de una década de planes y programas nacionales, el creciente deterioro de aquello que el Estado garantizó en materia de salud y de lo cual se viene despojando a medida que el mercado ocupa su lugar, conllevan una creciente inequidad en el acceso a bienes y servicios de salud vulnerando los derechos ciudadanos alcanzados y las garantías efectivas para alcanzar la exigibilidad de los mismos.

El aumento de la pobreza y la desigualdad social promovidas por las políticas actuales son los mayores obstáculos para garantizar el derecho a la salud. En este sentido y parafraseando a J. Breilh coincidimos en afirmar los impactos que en la salud de la población tienen las condiciones sociales y económicas de un sistema desigual o dicho de otro modo, “las enfermedades generadas por un sistema social que necesita de la desigualdad” (J. Breilh: 2017).

Acerca de los sujetos y sus demandas a Trabajo Social

En nuestro estudio hasta el momento³, se observa una tendencia a la permanencia - con respecto a períodos anteriores- de ciertas características de la población que asiste a los centros de salud y también del tipo de problemáticas por las que demandan intervención a las unidades de trabajo social.

Las familias relevadas en la muestra poseen mayoritariamente una inserción laboral precaria, caracterizada por la realización de trabajos ocasionales, con ingresos inestables y sin acceso al sistema de seguridad social. Son escasas las familias que cuentan con obra social para todos los miembros. Excepcionalmente acceden a ella quienes están jubilados o son pensionados.

De acuerdo a su composición predominan las familias/unidades domésticas nucleares junto a las monoparentales femeninas (nucleares y extensas). El trabajo familiar es realizado predominantemente por las mujeres de diferente edad y posición en las relaciones de parentesco.

Entre las fuentes de ingresos monetarios se cuenta el trabajo en el sistema informal de la persona entrevistada (mayoritariamente mujer) al que se suma en aproximadamente la mitad de los casos el de

³ A la fecha de esta presentación el trabajo de campo para la recolección de información (cuestionarios y entrevistas en profundidad a usuarios de los servicios) se encuentra en ejecución, habiéndose obtenido hasta el momento datos de 47 familias de usuarios de unidades de trabajo social en capital e interior.

otro miembro, también proveniente del trabajo informal. Un lugar relevante en las fuentes de obtención de ingresos monetarios lo ocupa la percepción de la Asignación Universal por Hijo/a y en menor medida otras transferencias del Estado (pensiones no contributivas).

En cuanto a los motivos por los que concurren a las unidades de trabajo social: en la mayoría de los casos se mencionan problemas vinculados a la salud de los miembros. Con menor frecuencia problemas relacionados con violencia, vivienda, transporte, educación, alimentación, vestimenta y trabajo.

Los programas en los que se insertan los miembros de las unidades familiares para la atención y provisión de recursos son los siguientes: PROFE, PROCORDIA, NACER, Control de Crecimiento y Desarrollo, SSyR, Discapacidad y otros como VIH, Red Serenar, TBC, apoyo a víctimas de violencia.

En una primera lectura se infiere que, al menos en las familias consultadas, existe un importante grado de dependencia del sistema de salud pública y de las transferencias del Estado para su sostenimiento cotidiano. La inserción laboral en el sistema informal, con ingresos inestables y carencia de obra social implica un alto grado de insuficiencia de recursos para asegurar en forma autónoma la reproducción cotidiana.

Desde la perspectiva de derechos, entendiendo que la atención de la salud incluye la satisfacción de un conjunto de necesidades relacionadas con recursos diversos, puede inferirse que la existencia de programas integrales es imprescindible para la vida de las familias usuarias de estos servicios, al mismo tiempo que constituyen un dispositivo esencial para la intervención de trabajo social.

Si bien la inclusión en ellos no modifica sustancialmente las condiciones de vida de las familias, constituyen al menos una posibilidad para sostener condiciones de vida y de salud que posibiliten la reproducción cotidiana de sus miembros, en contextos de fuertes restricciones.

Algunas pistas para seguir pensando

Desde la perspectiva de acceso al derecho a la salud se observa una limitante de tipo estructural por la posición social de quienes acuden a los servicios del sector público. Las condiciones de pobreza y el deterioro de la calidad de vida asociados a procesos de enfermedad, se suma a otras situaciones problemáticas en la vida cotidiana de los sujetos en la que predomina la escasez de recursos de todo tipo.

En estudios anteriores sobre la intervención profesional se observaba por un lado, un incremento de los recursos a través de programas específicos en salud, aunque éstos sólo alcanzaban puntualmente a paliar las complejas privaciones de la mayoría de las familias que concurre a estos centros asistenciales. Por otro, el predominio de prácticas profesionales ligadas a la asistencia, la gestión y/o cogestión de recursos. La promoción hacia mejores condiciones continuaba siendo una aspiración difícil de lograr.

En la actualidad se puede observar que con el empeoramiento de los indicadores socio-económicos la fragilidad de estas familias aumenta, como así también su dependencia de las políticas estatales en materia de provisión de ingresos y atención de la salud y bienestar.

El protagonismo asumido por el Estado en la última década junto al cambio de mirada en los discursos de las políticas sociales y programas, coexistieron con las herencias del modelo neoliberal, tanto en algunas políticas institucionales locales, como en los marcos teóricos e ideológicos que atraviesan las prácticas de los profesionales en el campo de salud; por lo cual los espacios institucionales de salud pública en Córdoba no llegaron a transformarse de acuerdo a lo esperado en relación al enfoque de derechos y hoy se encuentran en un camino regresivo.

Desde esta perspectiva entendemos que para garantizar el acceso al derecho a la salud es necesario analizar el contexto en que se producen los servicios de salud, puesto que son servicios que se consumen al momento de producirse, con una alta interacción entre los que producen el servicio y las personas que lo reciben, que por lo general no están estandarizados. Y es en esta interacción muy asimétrica, con mucho poder del lado del que produce el servicio, donde se terminan definiendo las características del mismo. (Asse y Burijovich, 2010)

Trabajo Social junto a las otras profesiones en este sector de políticas se encuentra ante una diversidad de demandas que no se corresponden con los recursos disponibles o que no alcanzan a resolver. La falta de articulación entre instituciones acentúa la falta de integralidad de las políticas. En

esos espacios Trabajo Social sigue disputando la hegemonía del modelo médico tradicional, a veces en conjunto con algunos profesionales de la salud, aun cuando ha logrado mayor inserción en posiciones de poder en algunas estructuras institucionales.

Por lo general las posiciones de trabajo social pugnan por nuevas consideraciones de sujeto que incluyen la perspectiva de derechos ciudadanos. Asimismo consideran a la familia como un sujeto colectivo, reconociendo diferencias de género, generacionales, parentesco y clase, en la satisfacción de necesidades que no necesariamente se traducen en las estrategias de intervención profesional implementadas, en algunos casos.

Para finalizar interesa destacar que las posibilidades actuales para transformar las condiciones en el campo de la salud en la Provincia de Córdoba, vinculadas al sistema de protección de derechos se muestran cada vez más complejos; no obstante consideramos necesario reconocer y remarcar la trayectoria del Trabajo Social en la relación sujeto-necesidad que se traduce en la disputa por la definición de las necesidades y el lugar de los sujetos en el campo de la salud. Una profesión que se ha propuesto reconocer y posibilitar la autonomía a los sujetos sin desconocer los contextos de restricciones producidos por el propio sistema o contexto socio-histórico y no por los propios sujetos, como así también ha sostenido una mirada social sobre los procesos salud- enfermedad-atención; proponiendo y sosteniendo el trabajo profesional interdisciplinario, impulsando programas y estrategias de promoción y prevención, la construcción de redes, el trabajo familiar, comunitario y grupal, y su histórico posicionamiento por la defensa de los derechos ciudadanos, encontrando estos resquicios aún en los escenarios y momentos más desfavorables de la política pública.

Bibliografía

- Ase, Ivan. Burijovich, Jacinta. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? En Salud Colectiva, vol. 5, núm. 1, enero-abril, 2009, pp. 27-47, Universidad Nacional de Lanús. Argentina. Disponible en:
 - <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111117003>
- Faleiros Vicente de Paula. (2011) Desafíos del trabajo social frente a las Desigualdades. Visto en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000428.pdf> el 18/05/2015.
- Golbert Laura Susana y Roca Emilia Eugenia. (2010) De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales. 1a. edición. Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2010.
- Gordon, Sara. (2001) En: Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en AL. Alicia Ziccardi (Compiladora). Colección Grupos de Trabajo de CLACSO. Grupo de Trabajo Pobreza y políticas sociales
 - En <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101029062411/ziccardi.pdf>
- Pautassi Laura. (1995). Descentralización en salud: nuevos protagonistas? Estudios de caso en Municipios de la Provincia de Córdoba. Bs.As. Centro Interdisciplinario para el estudio de políticas públicas CIEPP Doc. de Trabajo N° 11
- Nucci Nelly, Crosetto, Rossana, Bilavcik, Claudia (2015) Reflexiones en torno a la intervención del Trabajo Social en el sector público de salud. Provincia de Córdoba, Argentina. Ponencia presentada en “XII CONGRESO ESTATAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD” MADRID, mayo 2015.
- Spinelli Hugo. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En: Salud Colectiva, N° 18. Disponible en <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista18/3.pdf>

Documentos

- El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011.
- Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud- Provincia de Córdoba 2014 visto el 2 de mayo de 2015 en <http://www.anlis.gov.ar/cnrl/wp-content/uploads/2014/10/PROVINCIA-DE-CORDOBA.pdf>