

La Intervención del Trabajo Social con los Niños y los Jóvenes en Instituciones de Salud del Tercer Nivel de Atención.

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL

Autoras:
GISELA MANSILLA.
NATALIA PRIORE.



Intervención Pre-profesional:
Lic. PAOLA GARCÍA ELETORRE
Sistematización y Redacción de Tesina:
Lic. PAOLA MACHINANDIARENA

Orientadora Temática:
Lic. VALERIA NICORA

2022

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias por su apoyo, afecto, comprensión y amor incondicional

A la Universidad pública, laica, gratuita y de calidad y a la Facultad de Ciencias Sociales por cobijarnos y acompañarnos en todo momento,

A les amistades presentes, con quienes aprendimos a transitar este bello camino en la vida universitaria,

A les docentes que nos instruyeron estos años, por motivarnos a luchar y a creer en nosotras,

A Paola García, Valeria Nicora y Paola Machinandiarena por guiarnos y acompañarnos a la concreción de nuestro proyecto,

A les referentes del Servicio Social del Hospital Infantil Municipal por hacer de nuestra última práctica académica una hermosa experiencia,

A Julieta que, con su arte creador, ha dado un sentido ilustrado y colorido a nuestras expresiones,

A Eugenia por escucharnos, aconsejarnos y guiarnos con tanto cariño,

A nosotras por no haber bajado los brazos ante las adversidades, por superar las diferencias que habilitan a crear en las disidencias.



Les Niñes y les Jóvenes tienen derecho a la atención integral¹. La recreación y el juego forman parte de ese proceso y deben ser contemplados para la intervención.

¹ La normativa 26.061 en su art. N° 14 establece el derecho de todos los niños y jóvenes a la salud. En su art. 20 establece el derecho al deporte y juego recreativo.

El Hospital Infantil Municipal, como institución de salud es un espacio donde se permite y nos permitimos trabajar y avanzar en derechos. Podemos llevar a cabo un trabajo significativo, importante, se puede avanzar en trabajo interdisciplinario. Esta mirada y forma de trabajo es reconocida por muchos sectores y fundamentalmente por las familias que acuden. (GF0209).

Índice

Introducción	p.6
Capítulo 1: Pandemia: “Tiempo de sentir, vivir y decidir”.	p.6
1.1 Contextualizando nuestra intervención.	p.12
1.2 Nuestra Estrategia: Metodología.	p.16
Capítulo 2: Escenario de Intervención	
2.1 Espacio institucional: Un recorrido histórico.	p.20
2.2 Servicio Social: Recuperando su historia.	p.30
Capítulo 3: Marco de Referencia: Campos, Representaciones e Intervención	
3.1 La salud como campo en construcción	p.39
3.1.1 Mirando a la Salud	p.41
3.1.2 La Salud como Derecho Humano fundamental	p.47
3.1.3 Determinantes sociales de la Salud	p.50
3.2 Reconstrucción de las niñeces y las juventudes en Argentina	p.52
3.2.1 Sistema de Protección Integral	p.65
3.2.1.1 Niveles del Sistema de Protección Integral	
3.2.2 Un Marco par la Intervención	p.69
3.2.3 Les Niñes y Les Jóvenes son sujetos de Derechos	p.72
3.2.3.1 La autonomía y la participación de les niñes y les jóvenes	p.74
3.2.4 Les sujetos de la Intervención	p.76
3.3.1 Construyendo Legitimidad al Interior del Campo Sanitario	p.88
3.4 Trabajo Social es un Trabajo Artesanal	p.92
3.4.1 Funciones de Servicio Social	p.93
3.5. Lo Ético en la Intervención	p.101
Capítulo 4: Secuelas y Aprendizajes de Intervenir en Pandemia	
4.1 Intervenir en la complejidad: Atravesando Subjetividades	p.104
4.2 Modificando Prácticas	p.108
Apreciaciones Finales	
Vamos Cerrando. ¿Es el fin?	p.113
Desandando el Camino	p.114
Referencias	p.117
Otras Fuentes	
Anexo	



Como estudiantas y tesistas, hemos elegido el Hospital Infantil Municipal (HIM)² de la ciudad de Córdoba, específicamente el área de Servicio Social (SS)³ donde llevamos a cabo durante el año 2020, nuestra última práctica académica, correspondiente a la cátedra de Intervención pre profesional de la carrera de Trabajo Social, FCS-UNC.⁴

Nuestra intervención, inicia con la demanda institucional de actualización de un marco de referencia para el SS del nosocomio. Entendiendo como marco de referencia según Chen (2020), al texto que identifica y expone antecedentes, teorías, regulaciones y/o los lineamientos de un proyecto de investigación, de un programa de acción o de un proceso. Estos pueden aplicarse en instituciones, organizaciones, departamentos o áreas administrativas y conforman los documentos que establecen una base común en una organización de cualquier tipo; se refiere a los criterios y modelos que rigen los enfoques, las operaciones, las tomas de decisiones.

En virtud de dar respuesta a la demanda, planteamos la necesidad de recuperar las prácticas de les profesionales que conforman los equipos de salud pertenecientes al HIM, particularmente de las Trabajadoras Sociales (TS)⁵ del SS, por ser un insumo fundamental para la construcción de dicho marco.

La elaboración de este instrumento, intenta ser un aporte para las miembras del SS, en tanto viene a sumar condimentos epistémicos desde los cuales puedan fundamentar sus posicionamientos en las intervenciones, particularmente dentro de los equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios de los que forman parte, aportando así otras miradas que contribuyan para retroalimentar sus prácticas.

² Hospital Infantil Municipal: en adelante HIM

³ Servicio Social: en adelante SS

⁴ Facultad de Ciencias Sociales – Universidad Nacional de Córdoba

⁵ Trabajadora/as Social/es: en adelante TS

Como equipo, adherimos al Paradigma de la Protección Integral de Derecho de los Niños Niñas y Adolescentes, por lo que expresamos la necesidad de que las intervenciones en salud con los mismos, sean realizadas desde un abordaje integral, donde sean concebidas y tratadas en su condición de sujetos de derecho, siendo sumamente importante trabajar desde los marcos teóricos, metodológicos, ético-político y normativos correspondientes, entendiendo que estos revisten un carácter instrumental, para fijar posicionamiento en pos de defender los derechos de los Niños y los Jóvenes (NyJ)⁶.

Para poder realizar un aporte significativo, resulta necesario tal como señala Aquino (s/d), el hecho de inscribirse en el plano de una ética argumentativa, conlleva aceptar una ética que nunca se ubica del lado de las certezas absolutas, ya que las distintas argumentaciones son invitaciones a diversos análisis e intervenciones posibles.

Partiendo de que toda intervención está situada en un tiempo y espacio, entendemos que el contexto actual de pandemia nos hace repensar el modo de intervención, y es precisamente allí donde cobra mayor valor la actualización del marco de referencia, quedando en este plasmadas como antecedentes las particularidades de “intervenir en contexto de emergencia” para futuras intervenciones.

Debido a los atravesamientos del contexto, originados por la incidencia de la primera ola de la pandemia COVID-19 se dicta una medida gubernamental en todo el territorio nacional, que venía a establecer el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO)⁷, que restringía la circulación e imposibilitaba actividades de toda índole salvo aquellas que se enmarcan dentro de las actividades esenciales.

⁶ Niños y Jóvenes: en adelante NyJ

⁷ DECNU 297/2020: Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO): Todas las personas deberán permanecer en sus residencias habituales o en el lugar en que se encuentren y no ir a sus lugares de trabajo. (19/03/2020)

Nuestra decisión de intervenir en el campo de la salud pública, fue motivada en una primera instancia por el interés de trabajar con los NyJ abordando la problemática de maltrato infantil en el ámbito familiar. Dicha elección se fundamentó en nuestro interés por conocer como inciden las representaciones que los adultos tienen de los NyJ, y cómo actúan en función de las mismas y del lugar que ocupan en las diferentes instituciones sociales (familias, escuelas, iglesias, centros vecinales, centros de salud, etc.).

Teniendo en cuenta que los atravesamientos contextuales tienen incidencia directa en el espacio institucional en donde vamos a intervenir, nos sentimos interpeladas a resignificar nuestra temática de intervención al no poder trabajar de manera presencial con las familias que demandan atención en el HIM, entendiendo que dicha situación se tornaba un obstáculo para conocer la dinámica familiar de los sujetos.

En lo que refiere a las actividades académicas, se produjeron múltiples cambios, lo que generó la imposibilidad de poder llevar a cabo una práctica presencial precisamente en un hospital público con todo lo que ello implicaba para todos los actores. Se implementó la estrategia de la virtualidad, y se decidió conjuntamente modificar la problemática de intervención a partir de la demanda directa de las referentas del SS.

Nos planteamos como objetivo *“aportar a la construcción de un marco de referencia para el Servicio Social del Hospital Infantil Municipal”* que pueda servir como instrumento de fundamentación teórico-práctico para la intervención social.

Para poder concretarlo, como equipo acordamos llevar a cabo una indagación de tipo cualitativo, planteando como estrategia trabajar con la herramienta de grupo focal, conformado por las referentas del SS y nosotras desde nuestro rol de estudiantes. Nuestro posicionamiento como equipo fue el trabajo colectivo, entendiendo que los aportes de

ambas partes (estudiantas y referentas) son significativos, en la medida en que las partes involucradas se nutran de los intercambios producidos en el marco de la práctica.

En virtud de lo expuesto sostenemos que es pertinente la estrategia propuesta, ya que nos permitirá realizar la construcción colectiva de los conocimientos, a partir de dos instancias, por un lado el trabajo profesional de las TS en el ámbito hospitalario que serán recuperadas a partir de sus voces, y por el otro, nos insta a desarrollar una atenta vigilancia epistemológica que nos permita realizar las lecturas pertinentes para la intervención, por lo que debemos tener presente los lineamientos ético-políticos que nos interpelan.

Cabe destacar el valor que le adjudicamos a poder contar con la apertura institucional y con la predisposición de las referentas del SS del HIM, para poder llevar a cabo nuestra práctica académica, la cual nos interpelaba a todos de diferentes maneras.

Un dato objetivo a resaltar, en la medida en que tienen un impacto directo en la intervención de todas las profesiones que intervienen en el HIM, y también en nuestra intervención preprofesional, son las decisiones tomadas por los diferentes gobiernos, las cuales ponen el foco en el cuidado de la salud como actividad fundamental para la supervivencia, no contemplando que existen otros factores (económicos, culturales, religiosos, afectivos, psicológicos, etc.) en la vida de los sujetos que condicionan el desarrollo de sus vidas cotidianas.

Es fundamental contar con un Estado presente que priorice el bienestar social, y en función de concretarlo, acompañe con políticas sociales acordes. En referencia a esto tomamos las palabras de Grassi (2020), quien aporta la idea de que en la Argentina, la reacción del Estado muestra un giro político, priorizando la atención de la salud y cada medida establecida, abre un abanico de secuelas y situaciones imprevisibles.

La tesina se desarrollará en cuatro capítulos. En el primer capítulo contextualizaremos nuestra intervención dando cuenta de cómo las condiciones macroestructurales condicionan las microestructuras y el impacto de las mismas, en la vida cotidiana de los sujetos.

En el segundo capítulo, realizaremos una aproximación al escenario institucional por lo que nos abocaremos a recuperar la historia del HIM y del SS, teniendo en cuenta que a través de la historia conocemos otros saberes que nos permitirán configurar el camino a seguir hacia nuevas prácticas.

El tercer capítulo es nodal, puesto que en el mismo desarrollamos las categorías analíticas de salud, niñeces y juventudes e intervención, desde las cuales intentaremos dar cuenta de las implicancias de la intervención del TS en el campo de la salud pública con los NyJ.

El cuarto capítulo hace hincapié en las incidencias contextuales para la intervención, y cómo a partir de ello se torna necesario desplegar estrategias para adecuarse a dar respuesta ante complejidades de este escenario turbulento.



La pandemia nos introdujo en las encrucijadas de un laberinto, que se niega y se pretende ocultar bajo soluciones lineales que ignoran la complejidad de los sujetos de lo social y la pandemia (Spinelli, 2020).⁸

1.1 Contextualizando Nuestra Intervención

Es necesario destacar que toda práctica se encuentra situada en un tiempo y espacio, y que las particularidades del mismo, la condicionan. Por ello, resulta imperioso dar cuenta como las condiciones macro estructurales (economía, políticas públicas, etc.) condicionan las microestructuras (instituciones de salud-HIM), para poder entender lo que ha implicado la pandemia para la vida de los sujetos y como ha atravesado e incidido en el desarrollo de sus vidas cotidianas.

Hacia fines del año 2019 se desarrolló un virus en el continente asiático, sobre el cual nada se conocía, pero que al cabo de algunos meses logró transversalizar a todos los continentes y puso en jaque a todos los habitantes del planeta.

El 20 de marzo del año 2020 marcó para todos los ciudadanos que habitan el territorio argentino, un acontecimiento que no tuvo precedentes en la historia de nuestro país, ni en la historia mundial. La OMS otorga al virus COVID-19⁹ la categoría de pandemia, motivo por el cual desde el gobierno nacional se dictaminaron una serie de medidas acordadas con el Ministerio de Salud de la Nación, con la finalidad de controlar la situación epidemiológica y evitar el colapso del sistema sanitario de nuestro país.

⁸ En: Cohete a la luna (2020). La cuarentena en el laberinto. <https://www.elcohetelaluna.com/la-cuarentena-en-el-laberinto/>

⁹ Su nombre viene dado debido a su forma característica: un círculo rodeado por una corona. El SARS-CoV-2 es el nombre oficial del coronavirus que se ha descubierto recientemente, que significa Coronavirus Síndrome Respiratorio Agudo Severo 2. Los coronavirus son una gran familia de virus que pueden causar síntomas en las vías respiratorias y en los pulmones. Algunos causan síntomas leves como un resfriado común, mientras que otros son responsables de enfermedades graves como el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Grave) y el MERS (Síndrome Respiratorio de Medio Oriente). <https://www.bupasalud.com/salud/COVID19-terminos>

Medidas fundadas en el cuidado de los ciudadanos, justificadas en slogan como “Te cuidamos, cuídate”, “quédate en casa, nosotros lo hacemos por vos” “no hay mejor lugar para estar que en casa”, entre tantos otros, dan cuenta del único aspecto que a nuestro entender pudo ser contemplado desde el gobierno, por lo que se tomaron medidas que tendiente a garantizar el cumplimiento de los DNU que emergían del ejecutivo nacional, (restringir la circulación, interrumpir las actividades de recreación, laborales, educativas, familiares, religiosas, etc.), los cuales no siempre eran bien receptados por la población.

Resulta interesante entender porque no todos los ciudadanos logran entender y aceptar las disposiciones del ejecutivo, si se contempla que las mismas tienen un impacto determinante y significativo según las condiciones de posibilidad de cada sujeto. Cada una de estas expresiones responde a lo que, De la Aldea (2019) engloba como los “*no cuidados*” al sostener que parece que el hecho de evitar los procesos vitales naturales (nacimiento, enfermedades, muerte, etc.), se transforma en un modo de trasladar el poder que tenemos sobre nuestra propia vida y nuestros cuerpos, para dárselos a quienes organizan un “sistema de control” según los conceptos bioestadísticos de normalidad.

Cada sujeto tiene la libertad de interpretar las medidas dispuestas en función de cómo le afecten o determinen, si pensamos por ejemplo en la creación de políticas como el ATP¹⁰ e IFE¹¹ según donde se posicione cada una puede ser receptada como, una medida popular que genera un gasto innecesario para quienes no puedan acceder a la misma, o bien como una necesidad extrema para alivianar las cargas económicas.

En referencia al sector salud, la atención se definió estrictamente desde la urgencia biológica e individual, se protocolizó la atención, poniendo el énfasis en la atención de la

¹⁰ Asistencia de Emergencia al Trabajo y la producción (ATP)

¹¹ Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)

salud desde una mirada biologicista y en campañas de promoción del autocuidado, lo cual vemos claramente plasmado en expresiones como “cuidarnos es tarea de todos, por eso hoy más que nunca, quédate en casa”. Esta expresión nos deja entender que el cuidado no solo es responsabilidad del Estado, también le concierne e involucra a cada individuo.

Con respecto a lo anterior, De la Aldea (2019), señala que en el cuidado hay empatía, conexión profunda con los otros y conocimiento por experiencia y formación, de cómo satisfacer las necesidades propias de ese otro. No podemos hablar de cuidados sin tener en cuenta los dos lados de ese hacer: al que requiere ser cuidado y a quien está disponible a responder al pedido, integrando así a ambos en una corriente recíproca y simultánea de dar y recibir.

En esta línea, se postergaron las cirugías programadas, se cancelaron turnos asignados, se interrumpieron algunos tratamientos crónicos de manera presencial. Cabe destacar que las medidas adoptadas apuntan a reducir al mínimo el número de contagios, dado que, ante un posible colapso del sistema sanitario, las instituciones hospitalarias no podrían dar respuesta inmediata y satisfactoria a toda la población.

En lo que respecta al nivel académico, los acuerdos entre Universidades y las instituciones de salud se mantuvieron vigentes, sin embargo, se debieron acordar y diseñar nuevas modalidades de intervención que permitieran la continuidad de las prácticas, a través de la no presencialidad en virtud de las exigencias epidemiológicas.

El colectivo colegiado de profesionales de TS de la provincia de Córdoba, supo leer que, esta nueva realidad, solo era contemplada desde el lente biomédico dejando por fuera otras voces que también son calificadas, instándolos a plantear un reposicionamiento más

simétrico en el campo de la salud pública, disputando la legitimidad que sólo es concedida a otras profesiones.

En estos tiempos del imperio médico-científico, todos los actos de vivir y del cuerpo, han pasado a ser propiedad del poder médico hegemónico, que es quien determina lo bueno, necesario y saludable, como así también cuáles serán o tendrán que ser los procedimientos a llevarse a cabo (De la Aldea, 2019).

Ante esta situación, donde emerge la salud como centralidad y donde sólo es contemplada como verdad absoluta la voz de los médicos, el colectivo de los profesionales del TS de la provincia de Córdoba, conformado por miembros del colegio de TS y docentes universitarios de la FCS, se ven interpelados a disputar espacios de incumbencia, los cuales se encuentran reconocidos por la Ley Federal de TS N° 27.072 en su capítulo III (Incumbencia Profesional) inc. 11 (Intervención profesional como agentes de salud) y capítulo V (Obligaciones profesionales) inc. 4-d (prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias).

Al respecto Soldevilla y Ortolanis (2020) afirman que es central el encuentro colectivo para construir voces, miradas y abrazos virtuales. Esta expresión nos permite dar cuenta de algunos dispositivos pedagógicos creados desde la carrera de TS-FCS, para repensar la intervención, ya que, tal como señalan los autores, para que la profesión sea reconocida con la posesión de una competencia y de una autoridad para hablar y hacer en el campo de la salud pública, se requiere elaborar estrategias colectivas que permitan disputar el capital específico en juego y así mejorar nuestra condición en el campo y no al margen. Esto, continúan, se logra recuperando espacios de autonomía y batallando con las herramientas propias del campo y fortaleciendo una reflexión sistemática en torno a las cuestiones de

poder que permitan capturar en toda su dimensión, la importancia de la participación que a veces es conflictiva y de mucha exposición en los espacios de toma de decisiones.

Los espacios académicos de todos los niveles de educación, debieron reposicionarse ante los nuevos embates del contexto global y definir nuevas estrategias de acción que les permitirán a todos los estudiantes continuar ejerciendo su derecho a la educación. En lo que respecta a nuestra última práctica académica que debía desarrollarse en una institución pública de salud, se logró acordar con las referentas institucionales la modalidad pertinente para la intervención.

1.2 Nuestra Estrategia: Metodología

Nuestro arribo al HIM se produce a partir del deseo de intervenir en un proceso vinculado de forma directa con los niños y sus familias en torno a la problematización de la violencia intrafamiliar y la promoción de los derechos. No obstante, habiendo transcurrido una semana del primer contacto con la institución se declara a nivel mundial la pandemia por COVID-19, implicó que en el país se tomarán medidas inmediatas ante la emergencia sanitaria.

Las medidas mencionadas, consistieron en la elaboración de protocolos que apuntaban a disminuir la circulación del virus, por lo que se decretó para toda la sociedad el ASPO, afectando de manera directa el funcionamiento de institucional, provocando una reconfiguración de las instituciones de salud para poder dar respuesta a la pandemia, lo cual nos llevó a repensar nuestra intervención para organizarnos y acomodarnos a los nuevos atravesamientos que nos estaban demandando tanto a nivel físico, emocional, psíquico, político y económico, pensar en nuevas maneras de intervenir.

Luego de dos meses, pudimos acordar con las referentas la realización de entrevistas con cada una de ellas, utilizando la modalidad virtual. El siguiente paso consistió en un encuentro grupal con la misma modalidad, en el que se nos plantea como demanda la realización de un marco de referencia para el servicio social, ya que debido al contexto no podremos asistir al nosocomio.

Esta demanda surge ante la necesidad de las referentas de contar con un marco de referencia actualizado. Por lo tanto, consideramos que su elaboración se constituye en un instrumento necesario, que amerita de una actualización pertinente, que nutra de fundamentos tanto teórico como legales a las profesionales en pos de asegurar el efectivo cumplimiento de los derechos de les NyJ, a la vez que se pretende lograr el posicionamiento y reconocimiento de las intervenciones del SS frente a otros equipos de profesionales del hospital, con quienes en ocasiones les toca articular.

Nos planteamos como objetivo “Construir un marco de referencia para el Servicio Social del Hospital Infantil Municipal” que pueda servir como instrumento de fundamentación teórico-práctico para la intervención social.

Decidimos llevar a cabo una indagación de tipo cualitativa, a partir del empleo de la técnica de sistematización para poder dar cuenta del objetivo propuesto. De acuerdo a Sandoval-Ávila (2001), una sistematización permite tener una comprensión más profunda de las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas, posibilitando comprender cómo se desarrolló, por qué se dio de esa manera y no de otra, con la finalidad de compartir con otras experiencias similares las enseñanzas surgidas, aportando a la reflexión teórica y a la construcción de teoría.

Nuestro posicionamiento como equipo fue el trabajo colectivo, entendiendo que los aportes de ambas partes (estudiantas y referentas) son significativos. En virtud de lo expuesto sostenemos que es pertinente la estrategia propuesta, ya que nos permite realizar la construcción colectiva de los conocimientos, a partir de dos instancias, por un lado las narrativas de las experiencias recuperadas a partir de las voces de las TS, y por el otro, una atenta vigilancia epistemológica que nos permita realizar las lecturas pertinentes para la intervención, lo cual nos insta a tener presente los lineamientos ético-políticos que nos interpelan.

Es imperioso sumar las voces de las “otras”, las TS, es decir, nuestras sujetas de intervención, las cuales tienen un posicionamiento fijado y con las cuales intentaremos llevar a cabo una construcción colectiva que nos permita deconstruir prácticas que ya no pueden ajustarse a los nuevos y convulsionados contextos.

Con respecto a lo mencionado, Ortolani y Soldevilla (2020) mencionan que la desigualdad nos insta a pensar en el lugar del otro, ubicando en el centro el encuentro colectivo, con el fin de construir voces, miradas y abrazos virtuales. En este contexto de pandemia, la salud emerge como centralidad en el marco de las políticas públicas, como derecho y como espacio de intervención socio-sanitaria. Hoy, definida como actividad esencial, nuestra profesión es parte de ese espacio de intervención, y por lo tanto, parte esencial también de esa tarea de intervención.

Construir desde lo simple y lo complejo a la vez, implica pensar en lo colectivo, y es precisamente allí donde se juegan nuestros posicionamientos, los cuales no pueden ser pensados desde la pasividad sino desde la criticidad, desde la acción, desde el compromiso, pero fundamentalmente desde el respeto.

Para poder concretarlo, planteamos como estrategia trabajar con un grupo focal. El mismo según los aportes de Korman (1986) (como se citó en Aigner, 2002) se define como una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores con el fin de discutir y elaborar, una temática social que es objeto de una investigación.

El grupo focal con el cual estamos llevando a cabo la intervención, cuenta con la participación de las referentas del SS y nosotras, quienes desde nuestro rol de estudiantas, nos enfocaremos en recuperar las voces de las mismas, dado que se constituyen en un instrumento valioso que nos permita acercarnos a las distintas realidades con las que intervienen en el HIM. Los encuentros se realizaron semanalmente mediante la modalidad virtual, pactando con anterioridad los objetivos para cada encuentro.

La modalidad implementada consiste en entablar diálogos intencionados con las miembros, posibilitando así, la recolección del material primario, para generar el levantamiento de información, que contribuya a la reconstrucción de las experiencias y la respectiva producción del material teórico, para lo cual se recuperaron las voces de las profesionales.

Cada uno de los encuentros fue grabado con la autorización de las miembros del grupo quienes dieron el consentimiento para utilizar la información con fines académicos, cabe aclarar que la identidad de las integrantes del grupo será resguardada.



El hospital, implica muchas emociones encontradas. Un lugar donde puedo desplegar absolutamente todos los saberes del trabajo social pero también te encontrarás con las situaciones más terribles de las familias, de niños ahí enfermos, y después toda las cuestiones de poder, de tensión que se dan en una institución, que en realidad creo que la tiene todas las instituciones no, pero cuando lo que emerge es la vida o muerte del niño, o el sufrimiento es de alto impacto entonces, también el desgaste del recurso propio en cuanto a lo emocional y además, el hospital es arrasador, tenes que estar muy fuerte y con muchos soportes para sostener la propia salud (E1 p8).

2.1 Espacio Institucional: Un Recorrido Histórico

El HIM, es una organización inserta en la Institución de la Salud, por ende, está atravesada por una multiplicidad de relaciones, instituciones y organizaciones. Es precisamente allí donde enfocamos nuestras miradas para intentar desentrañar y reconstruir el escenario institucional. Al referir a institución, según Garay (2006), como se citó en Butelman (2006), se hace mención a las formaciones sociales y culturales complejas en su multiplicidad de instancias, dimensiones y registros; sus identidades resultan de procesos de interrelaciones, oposiciones y transformaciones de fuerzas sociales y no de identidades vacías. La institución, continúa, es algo más que el discurso que enuncia sobre sí misma : son producto y productoras de procesos inscriptos en la historia de la historización singular, las cuales desarrollan sus propias lógicas según su diversidad de funciones.

Hemos sostenido que el HIM es una organización, por lo mismo es que recuperamos los aportes de Schavartein (1992) quien la define como el sustento material, el lugar donde las instituciones se materializan y donde tienen efectos sobre los individuos, operando sobre las condiciones materiales de existencia, como así también incidiendo en la construcción de su mundo interno.

El HIM, sustento material de la institución salud, fue inaugurado el 30 de septiembre del año 1968. Por aquellos años emergió un nuevo modo de concebir la salud, ahora enfocado a lo comunitario, y desde el hospital se impulsa y apuesta a la práctica de una medicina de carácter integral, entendiendo a la misma de acuerdo a lo expuesto por Gonzáles (1998) (como se citó en Pellegrino y Ruggieri, 2012), como una medicina humana, organizada y en un continuo progreso, que da respuesta a las demandas sociales ante las urgencias del contexto.

El nosocomio se ubica al norte de la ciudad de Córdoba, en el tradicional barrio de Alta Córdoba, a solo 10 minutos del centro de la ciudad capitalina, en el cuadrante comprendido entre calles: Av. Lavalleja (al oeste), Jujuy (al este), Av. Góngora (al sur) y Anacreonte (al norte). En la misma manzana y sobre la calle Anacreonte, se encuentra la Dirección de Especialidades Médicas (D.E.M)¹² delegación Norte, la cual depende de la órbita municipal, al igual que el hospital.

La infraestructura barrial se caracteriza por contar con servicios esenciales para el desarrollo de la vida cotidiana de los habitantes como son el alumbrado público, red agua potable, servicio eléctrico, red de gas, transporte público, calles pavimentadas y amplias avenidas que permiten una circulación fluida. Cuenta también con oferta de salud del sector privado.

El HIM se encuentra distribuido en tres niveles entre los cuales destacamos el internado, la Unidad de Terapia Intensiva, la Unidad de Cuidados Intensivos, los consultorios, el laboratorio, las oficinas, el comedor y las calderas. En cuanto a la

¹² La Secretaría de Salud Municipal cuenta con tres DEM. 1. DEM Oeste Benito Soria (Deán Funes 2000- B° Alberdi); DEM Centro (Sarmiento 480-B° Centro) y DEM Norte (Jujuy y Anacronete - B° Alta Córdoba).

infraestructura edilicia, se ponen en manifiesto que las políticas públicas destinadas a posibilitar la accesibilidad son insuficientes, y con lo mismo se vulneran derechos.

Es muy poco accesible para la gente que tiene dificultades de movilización, el hospital tiene muchos pisos y solo un sector tiene rampas, de hecho, no hay rampas para el ingreso al hospital, para la parte central, entonces hay que ingresar por consultorios externos y dar toda una vuelta si uno tiene que ir con silla de ruedas. Y por otro lado tenemos la dificultad de los ascensores, siempre están rotos por falta de mantenimiento (GF 0209).

La estructura edilicia si se observa, fue diseñada con planos que recuperaban la forma de una maternidad europea, con sus techos canaleteados para poder soportar la nieve. No se tuvieron en cuenta muchos detalles, que hoy hacen que no sea del todo funcional (GF 1308).

El HIM, como cualquier otra institución está atravesado por el funcionamiento burocrático que se impregna por la circulación de las estructuras de poder. El poder en términos Foucaultianos se relaciona con el saber y el control, sosteniendo que el mismo no se ubica en una institución principal, sino que es entendido como una forma de funcionamiento social que atraviesa todas las instituciones.

Actualmente el funcionamiento interno del HIM se rige por un sistema de jerarquías que estructuran su dinámica y funcionamiento, el cual se caracteriza por sostener una estructura piramidal verticalista. En lo que respecta al capital humano, existe un marcado predominio de personal femenino, este dato objetivo tal vez responda a la representación social de la división sexual del trabajo, donde se atribuye a la figura femenina el rol del cuidado.

Este es un hospital mayoritariamente de mujeres. De acuerdo a un informe de la SAP¹³, la pediatría es una de las especialidades menos rentadas, y ello repercute considerablemente en la formación, ya que hace que en su mayoría sobre todo los hombres se vuelquen a otras especialidades más redituables (...) la atención mayoritariamente la hacen las mujeres conducidas por un varón y con varones especialistas (GF 0209).

En línea con lo planteado en el párrafo anterior, hay un dato que nos parece interesante resaltar en referencia a la conformación del staff de profesionales y del personal administrativo, ya que a la fecha en ninguno de los dos cuentan con la participación de personas Trans (Decreto 721/2020, cupo laboral), ni personas con discapacidad (Ley N° 22.431). Este es un dato relevante a considerar si se tiene en cuenta que existen normativas vigentes al respecto pero que en la práctica concreta de esta institución no se está aplicando la política inclusiva de cupo laboral.

Había una persona con discapacidad realizando algunas funciones, pero hoy no hay nadie. Existe una normativa de la Muni de destinar un cupo del 3%. Actualmente no cuenta el hospital con un cupo para personas trans, se está trabajando en la reglamentación hace dos años con el colectivo, pero aún no hay nada, viene medio lento (GF 0209).

El HIM es una institución pública que pertenece al sistema de salud municipal de Córdoba, de acuerdo a la orgánica N° 2845, poseen una visión de ser un hospital que responda a las necesidades de la población, atendiendo y brindando servicios integrales con calidad y calidez para la conservación y el restablecimiento de la salud de los usuarios,

¹³ Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

alcanzando la excelencia ofreciendo una atención especializada de alta calidad, integrados a la red de salud municipal y provincial en la coordinación con el primer nivel de atención y con otras instituciones que conforman el sistema de salud de Córdoba (Servicio Social, Determinantes de la Salud)¹⁴.

El Sistema de Salud Municipal está organizado en seis zonas sanitarias, a través de las cuales se brinda una red de servicio en los tres niveles de atención, que se definen parafraseando a Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011), como una forma organizada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades (problemas de salud que se pretenden resolver) de la población. Los niveles de atención a los que referimos son:

Primer Nivel: Es la puerta de entrada al sistema de salud, a través del mismo se realiza el diagnóstico temprano, reviste un nivel de bajo riesgo. En este, se organizan los recursos para dar respuesta a las necesidades de atención básica. Las cuales son resueltas por actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

Está conformado por establecimientos de baja complejidad, como consultorios, centros de salud (CAPS¹⁵, Centros de Salud Municipales), etc., que cuentan con lo necesario para una atención eficaz para resolver los problemas prevalentes que hay en la población.

Segundo Nivel: A los nosocomios pertenecientes a este nivel son derivadas para la atención aquellas personas cuyas necesidades no pueden ser resueltas en el primer nivel

¹⁴ Material proporcionado por el Servicio Social "Adjunto N°2: Los Determinantes Sociales de la Salud".

¹⁵ CAPS: Centro Atención Primaria de la Salud, son establecimientos (municipales y provinciales) a través de los cuales se brinda la asistencia sanitaria esencial.

de atención. En el mismo, son atendidos los casos que revisten mediano riesgo para proporcionar mayor grado de resolución.

Aquí se ubican los hospitales y establecimientos en donde se prestan servicios relacionados a la atención en: medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general.

Tercer Nivel: Se llevan a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad para la atención de patologías complejas que revisten alto riesgo. Para lo mismo se cuenta con recursos humanos especializados, a lo que se suma la tecnología altamente diseñada.

El HIM se ubica dentro de una de estas zonas sanitarias, y se caracteriza por pertenecer al segundo nivel de atención: “no llega a ser tercer nivel porque no tiene cirugía cardíaca. Todo lo que es operación del corazón se hace en el hospital de niños” (E1P11).

Los usuarios (familias, infancias y jóvenes) demandan atención a partir de diversas modalidades que van desde la presentación espontánea ante una consulta o ante una urgencia, o bien por derivación de otros nosocomios, principalmente de las 4 unidades sanitarias periféricas del primer nivel de atención, ubicadas respectivamente en barrio Guiñazú, Remedios de Escalada, Villa Azalais e Hipólito Irigoyen.

Estas unidades sanitarias dependen de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS), con las que articulan en cuanto a derivación de demandas, prácticas profesionales

y residencias, e información específica. A través de los sistemas administrativos de referencia¹⁶ y contrarreferencia¹⁷.

Hay consultorios externos, generalmente la gente va a la consulta y de ahí pasan al hospital por alguna especialidad. (...) En otros casos vienen derivados por los centros de salud, también buscando las especialidades y es una gran porción de la población. También acude gente espontáneamente que son a los que consideramos se descuelgan del sistema, por no realizar el itinerario indicado en lo que respecta a la derivación (GF 0209).

La población que demanda la atención en el HIM, proviene de diferentes estratos sociales, generalmente de los sectores populares, que en su gran mayoría se caracterizan por ser hogares heteroparentales que residen en barrios periféricos de la ciudad, pero también concurren familias que provienen del interior provincial, e incluso de otras provincias.

No tenemos una estadística de donde proviene la mayor cantidad de la población. En realidad, el hospital atiende a personas que vienen del Gran Córdoba como de otras provincias; San Luis, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, y eso se debe a que cuenta con servicio de oncología, especialidades muy fuertes y de buena calidad.

Vienen de Argüello. De Hipólito Irigoyen, porque están muy cerca. De Remedios de Escalada, un montón. De Juárez Celman. De los CAPS, que son centros de los

¹⁶ Procedimiento administrativo-asistencial, mediante el cual se transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un/a paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive. (Vignolo, J. y Otros: 2011)

¹⁷ Procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual se devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un/a paciente, o el resultado de una prueba diagnóstica al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario. (Vignolo, J. y Otros: 2011)

barrios ciudades, un montón, también ahí tienen trabajadores sociales, pero también se hace atender mucha gente de esa zona. De Juan Pablo II, de Ciudad de los Niños, bueno de toda esa zona también. Pero es variada, uno no puede decir “es de tal sector”. Vienen de un montón de lugares y generalmente son sectores populares. Hemos tenido épocas en donde las clases medias se empobrecieron y se recibía gente con obra social, gente que tiene otros capitales, pero no tiene recursos económicos ligados al hospital (E1, p12).

En las intervenciones de los médicos prevalece un enfoque biologicista desde el que se atribuye a la enfermedad la causal única de la falta de salud, sosteniendo con lo mismo que solo podrá ser subsanada a través de la prescripción de fármacos. Vale decir, continúa latente esa mirada fragmentaria y reduccionista que no permite percibir a los sujetos desde la integralidad.

Este posicionamiento encuentra su correlato en la siguiente afirmación: “los médicos, estudian cómo dar respuesta a los problemas y enfermedades a partir de los medicamentos” (GF 2008).

Sostener que estas prácticas están vigentes, no implica que sea atribuible a todos los médicos, por el contrario, se han gestado avances significativos que permiten trascender el postulado enunciado desde la visión médico hegemónica.

Si bien es cierto que existe todavía una mirada hegemónica y subalterna de la niñez, también debemos reconocer que estamos frente a un proceso de transformación y discusión, no podemos dejar de tener en cuenta que hay muchos médicos que se formaron con esa mirada hegemónica, si bien hay otros que trabajan con una mirada

más integral, aún existen esas cuestiones. El protagonismo y demás cuesta, por eso hay que discutir y negociar bastante (GF 0209).

Este cambio de paradigma desde el cual se contempla un abordaje directo, pasando de lo particular a lo integral, fue posible en los últimos años gracias a que se llevaron a cabo en la institución, prácticas de residencia familiar (2012), las cuales estuvieron vigentes por tres años, y si bien a la fecha no está activa físicamente, hizo aportes positivos que favorecen un abordaje integral.

A partir de la implementación de las residencias de salud familiar, cambió la mirada de los médicos, ya que los residentes aportaban esa mirada integral. La residencia familiar se llevaba a cabo en el territorio interdisciplinario. Se priorizaba la mirada y el abordaje integral. Apertura de Comités interdisciplinarios, con interconsultas (GF 1308).

En lo que refiere a la atención directa, puede que haya una mirada más amplia donde los médicos reconozcan que no pueden cubrir todo y que faltan cosas. En cuanto al accionar y las disputas de poder, todavía falta. Entonces para trabajar vale la interdisciplina, en cuanto al poder todavía cuesta romper con esa mirada dominante, médico hegemónica (GF 0909).

A la fecha, están disponibles una amplia gama de servicios¹⁸ que el hospital ofrece sumado al prestigio de los profesionales para responder a las demandas sociales que en los últimos años se han incrementado significativamente.

El incremento de las demandas sociales son producto de diferentes aristas que van desde la crisis económica que trae aparejada el aumento del trabajo informal; escasez de

¹⁸ <https://documentos.cordoba.gob.ar/MUNCBA/AreasGob/Salud/especialidades-infantil.pdf>

recursos (materiales y humanos) en los centros de atención primaria de la salud, políticas restrictivas del sistema privado, excelencia en la atención, entre otras.

Como institución pública está atravesada por múltiples factores (económicos, políticos, sociales, culturales, éticos, religiosos, etc.) que directa o indirectamente repercuten en los modos del funcionamiento institucional.

Las políticas públicas dispuestas para el sector no siempre alcanzan a cubrir a toda la población, lo cual se plasma por ejemplo en la falta de insumos, escaso mantenimiento de las estructuras edilicias, deterioro de los aparatos para estudios específicos (tomógrafos, rayos x, etc.), agotamiento del personal por la lucha salarial y condiciones laborales, a lo que se suma el creciente incremento de la demanda de los usuarios.

Nuestra postura de resaltar la lucha gremial de los trabajadores, no es un dato menor, puesto que entendemos que la misma está siempre latente en tanto instrumento para fijar posicionamiento en pos de defender los derechos laborales. Particularmente el año 2020 trajo aparejada una situación particular, producto de las incidencias de la pandemia COVID 19, durante este periodo la lucha de los trabajadores por las mejoras salariales y la conservación de sus puestos laborales se vio afectada por el cambio de gobierno municipal de Martín Llaryora, perteneciente al partido Hacemos por Córdoba.

Desde el ejecutivo municipal se tomaron medidas¹⁹ unilaterales que generaron fricciones con el sector gremial desde donde se sostenía que dichas medidas tales como recorte salarial, la no renovación de contratos, recorte de la jornada laboral, recorte de personal, agudizando con las mismas las condiciones del sector salud.

¹⁹ Martín Llaryora aprobó una ordenanza que reforma el estatuto de trabajo, reduciendo a seis horas diarias el horario laboral y recortando el 15% de los salarios, sin fijar la duración de la medida. (La Tinta: 2020)

Esta situación genera al interior de la institución lo que Garay (2006), como se citó en Butelman (2006), define como malestar, entendiendo al mismo en tanto producto de un vínculo en tensión, deslizable al conflicto entre los individuos y lo social, entre los individuos y lo institucional, ya que las instituciones reclaman para sí lo más posible del compromiso, esfuerzo y tiempo de los sujetos, lo cuales demandan para sí mismos tiempo, recursos y reconocimiento de sus necesidades y límites.

Lo planteado nos lleva a reflexionar y entender que las decisiones políticas afectan a todos los sujetos modificando significativamente el desarrollo de sus vidas cotidianas, generando situaciones adversas, producto del disconformismo de las medidas impuestas, a través de las cuales se intentó invisibilizar la lucha gremial.

Las medidas dispuestas por el Ejecutivo Municipal se vieron favorecidas por el contexto, ya que, por un lado, imposibilitó a los trabajadores a manifestarse en las calles, y por otro, al tratarse de personal esencial no podían hacer abandono ni reducción de sus tareas laborales.

2.2 Servicio Social: Recuperando su Historia.

*El recurso fundamental del Servicio Social es el recurso humano.
Recurso históricamente escaso e inestable
(Servicio Social del HIM, 2008)²⁰.*

El área del SS comenzó a funcionar en el año 1968, mismo año en que fue creado el hospital. Durante este periodo las prácticas llevadas a cabo en el campo de la salud del

²⁰ Reconstrucción del SS del HIM. Formato PowerPoint.

nosocomio, eran abordadas desde la perspectiva comunitaria para dar respuestas a los problemas y necesidades de los sujetos.

Se puede recuperar un dato valioso gracias a una reconstrucción histórica realizada por miembros del SS, donde se sostiene que: “las enfermedades preocupantes de aquel tiempo eran, la deshidratación, la desnutrición, parasitosis, malformaciones y secuelas de parálisis cerebral”. Por lo que se realizaban actividades “en base a un trabajo interdisciplinario de extensión a la comunidad donde todo el equipo caminaba el barrio”²¹.

El staff originario del área del SS estaba conformado por los Asistentes Sociales, profesionales con formación académica y por mujeres con vocación de servicio (idóneas), quienes priorizaban y hacían el seguimiento personalizado de los niños provenientes de los cuatro dispensarios con dependencia pediátrica del HIM.

Las labores de intervención de las TS, durante esta primera etapa, estaban subordinadas a las decisiones de los médicos. La tarea que se les encomendaba en este espacio, era de asistentes y el rol primordial se centraba en el control de la higiene y puericultura, las cuales consistían en enseñar a las familias sobre el cuidado de los niños, respondiendo con lo mismo a una clara mirada higienista propuesta por el modelo médico hegemónico.

La visión en torno a la niñez de la época respondía al paradigma del control social desde el cual los niños eran concebidos como objetos de intervención (a quienes no se les reconoce voz propia ni capacidad de decisión), sobre los cuales se podía decidir sin tener en cuenta las condiciones de vida de ellos y de sus familias. La criminalización y la judicialización fundan las prácticas sociales y las prácticas profesionales.

²¹ Información basada en datos aportados por el área del SS del HIM.

La década de los `90, marcó precedentes en la memoria del colectivo social, producto de las medidas reformistas y estatales dispuestas por el gobierno nacional, al contar con el apoyo financiero de los organismos multilaterales de crédito. Al respecto nos aportan Ase y Burijovich (2000) la idea de que el sector salud fue víctima de las políticas de ajuste y achicamiento estatal, complementado a su vez con políticas de desregulación, mercantilización y estímulo al desarrollo del sector privado de la salud.

En materia de políticas sanitarias, se gestó un proceso de descentralización, por medio del cual la nación transfiere todos sus establecimientos hospitalarios a las provincias y, salvo excepciones, se produjo un traspaso de establecimientos y del personal afectado a los mismos, sin los recursos financieros y técnicos para asumir estas nuevas competencias (Burijovich y Pautassi, 2005).

El panorama político y social de aquellos años era candente, la crisis económica instaba al Estado a dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos. No es casual que hacia fines de los `90, el SS haya presentado un registro récord de personal, llegando a un total de siete miembros, conformado por cuatro TS, una secretaría administrativa y 2 becarias, para poder atender las crecientes y múltiples demandas sociales.

A nivel provincial, las políticas de reforma del sector salud implementadas por el electo gobernador Ramón Mestre (periodo años 1995-1999), se caracterizaron por la transferencia veloz (6 meses) y compulsiva (400 efectores) de los efectores sanitarios provinciales a los municipios, pero sin destinar los respectivos fondos para el funcionamiento de los mismos, produciendo con esta medida, una mayor fragmentación del sistema y una agudización de las inequidades.

Las decisiones adoptadas por el ejecutivo municipal se presentan en dos momentos o etapas según lo expresan Ase y Burijovich (2000): la primera ola de reformas (reducción del personal, reducción de salarios, cierre de hospitales, etc.) se vio posibilitada por la crisis en la provincia, la cual operó como un elemento disciplinador. La segunda ola de reformas, iniciada en el año 1997, se refiere como el intento del gobierno de reconvertir las estructuras públicas de salud. Estas últimas medidas tenían por objetivo modernizar los procesos administrativos, profesionalizar la gestión e incrementar la productividad de los recursos humanos a partir de cambios en la modalidad de contratación.

Adentrado el nuevo milenio (año 2001), las secuelas de las medidas adoptadas por el gobierno precedente al de German Kammerath (periodo años 1999-2003), contribuyeron a una continuidad del desmantelamiento del sector salud municipal.

Estas medidas impactaron en la dinámica institucional del HIM, en lo que respecta puntualmente al SS, debió experimentar una crisis aguda al reducir abruptamente el número de los miembros del equipo, quedando configurada la nueva conformación por solo un integrante, en virtud de las decisiones políticas.

La disposición adoptada por el ejecutivo de reducir personal, respondió a una clara política de ajuste de corte neoliberal provocando lo que Aquin (2020) denomina como la subordinación del Estado al mercado. Esta decisión puso en evidencia el claro desprecio por los más vulnerables ante la franca retirada del Estado, por lo cual desde la profesión se instó a una fuerte vigilancia epistemológica para repensar y definir el posicionamiento teórico-metodológico, ético y político.

Han transcurrido algunos años, a través de los cuales el SS ha logrado reconstituirse, por lo que en la actualidad está conformado por tres TS en ejercicio, que además son nuestras referentas institucionales en el proceso de práctica pre profesional.

A nivel institucional, de acuerdo al organigrama, el SS no figura, ya que depende de la sección de salud mental al igual que psicomotricidad, psicopedagogía, psicología y psiquiatría. El hecho concreto de que el SS no figure en el organigrama genero una disyuntiva, lo cual se plasma en la siguiente expresión:

El organigrama es como el esqueleto institucional que sostiene al hospital entonces concretamente no estamos, es así de simple. Mi sensación es que este servicio es muy tenido en cuenta y muy reconocido por los compañeros para hacer interconsulta y nuestras opiniones son muy valoradas, ahora sí, en lo concreto no estamos dentro del organigrama, es que no estamos dentro de la institución más allá del reconocimiento de los compañeros (E2, p4).

La decisión institucional de no incluir al SS en el organigrama, fue la causa de que a la fecha exista un expediente en vigencia, producto del reclamo de las miembras del SS, donde se solicita que se modifique la orgánica, para que el SS pase a depender directamente de la Subdirección, ya que el mismo, trabaja de manera transversal con todas las áreas del hospital.

El horario de atención del servicio es de 8Hs. a 15 Hs., con modalidad presencial, pero, actualmente debido al contexto de pandemia COVID-19 y como medida protocolar, la modalidad de atención es virtual y/o telefónica. Las profesionales van alternando la atención entre lo presencial y virtual desde sus hogares. Cabe aclarar que las labores que llevan a

cabo las referentes, no se agotan ni son excluyentes de ese horario administrativo, por el contrario, siempre que son requeridas acuden, sin interponer objeciones al día u horario.

Las TS que conforman el SS, entienden que al intervenir con sujetos es crucial trascender la mirada fragmentaria de la salud, siendo necesario negociar constantemente con los médicos y otros profesionales que ponderen una mirada reduccionista de la salud. “Cómo trabajadora social, me parece rico trabajar en el tema de la información, acompañamiento, terapias y atención desde una perspectiva biopsicosocial con acompañamiento y grupos interdisciplinarios” (GF 2008).

Elas han sabido instituir un modo de trabajo desde el que se plantean abordajes que responden a una mirada integral de los sujetos y de las concepciones de salud en torno a los mismos. Al respecto sostienen:

Estamos frente a un proceso de transformación y discusión, no podemos dejar de tener en cuenta que hay muchos médicos que se formaron con esa mirada hegemónica, si bien hay otros que trabajan con una mirada más integral, aún existen esas cuestiones. El protagonismo y demás, cuesta por eso hay que discutir y negociar bastante (GF 0209).

Apuestan al trabajo interdisciplinario entendiendo que el mismo es una herramienta valiosa desde la cual se puede co-construir y proyectar con otros profesionales para el beneficio de los usuarios. La explicación a lo enunciado, entendemos se resume en la siguiente expresión:

Está bueno poder llevar a cabo un trabajo interdisciplinario, acordando de antemano que la sumatoria de disciplinas no siempre es la interdisciplina. Es fundamental ver si los equipos interdisciplinarios funcionan como tal, si hay una mirada integral, si

comparten bases. Se puede construir algo más complejo y rico si se pueden comprender las miradas de las otras intervenciones (GF 0209).

Entender el planteo de concebir a la salud desde la integralidad, es reconocer a los sujetos en su totalidad, y como tales portadores de derechos. Sostienen Stolkiner y Ardila-Gómez (2012), que el reconocimiento del derecho a la salud debe basarse en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos, fundamentando sistemas de acceso universal.

Esta postura tiene su sustento en la práctica cotidiana donde se trabaja desde un abordaje integral en torno a la salud donde se contemple lo físico, lo psicológico, lo económico, lo político, el medio ambiente, la cultura, el género, lo socio histórico, la subjetividad, los derechos, etc.

La salud es uno de los tantos derechos a los cuales los sujetos deben tener la posibilidad de acceder en condición de igualdad, por lo que se torna imperioso contar con políticas sanitarias acordes y con los medios para poder garantizar el acceso a las mismas.

Las niñas y adolescentes, se rigen por las normativas vigentes (CDN; Ley N° 26.061; Código Civil y Comercial, tratados internacionales) desde las cuales los niños y niñas son concebidos en su condición de sujetos de derecho, por lo que se les reconoce con voz propia y con autonomía para decidir sobre sí mismos y de exigir a todos los adultos, el cumplimiento de las normativas para pleno goce de sus derechos.

En función de lo establecido en el marco jurídico, todos los niños y niñas son titulares de todos los derechos que gozan los adultos más derechos específicos por su condición de sujetos en crecimiento, por lo que debe desarraigarse cualquier práctica que sea contradictoria a estos postulados.

Las TS, como agentes públicas de salud, se basan para intervenir desde el marco legal vigente de Protección Integral (Ley N° 26.061, Art. 5) dentro del cual inscriben las prácticas, interviniendo desde una perspectiva amplia de derechos, donde consideran la participación y el protagonismo activo como herramientas esenciales para el desarrollo de la autonomía de les NyJ

Las acciones de las TS, se rigen siempre por el Interés Superior del Niño, por medio del cual se garantiza la máxima satisfacción de los derechos y garantías, de manera simultánea e integral: “desde nuestra profesión abordamos lo que el modelo reparatorio y biologicista invisibiliza, la dimensión de lo social con todas sus complejidades” (Servicio Social, p2)²².

Las TS están interpeladas a poner en práctica constantemente sus habilidades para poder garantizar al máximo el cumplimiento de los derechos de les NyJ, deben mediar entre les usuaries que demandan los servicios y las instituciones que administran los satisfactores, entendiendo que estos son la materialización de las políticas públicas estatal

²² “Los Determinantes Sociales de la Salud”. Aportes del Servicio Social del Hospital Infantil Municipal

CAPÍTULO 3

Marco de referencia:
campos,
representaciones
e intervención



El desarrollo de este capítulo lo pensamos en función de la posibilidad de comenzar a articular las categorías analíticas de campos, representaciones e intervención, entendiendo que las mismas son la piedra angular del presente trabajo.

Retomando la teoría de los campos de Bourdieu (1987) (como se citó en Gutierrez, 1997), partimos de la premisa de que todos somos sujetos inmersos en un entramado social complejo, donde cada uno participa en una diversidad de campos, desplegando capitales específicos y disputando nuevos capitales que nos permitan posicionarnos y reposicionarnos en el campo, para jugar el juego propuesto por los actores que participan en los mismos.

Como actores sociales vamos construyendo y reconstruyendo relaciones con los otros a partir de las representaciones sociales que incorporamos a lo largo de nuestras vidas, las cuales impactan directa o indirectamente en nuestro modo de ser y hacer.

3.1 La Salud Como Campo en Construcción

El campo de intervención de TS según nos aporta Aquin (2010), está constituido por la intersección conflictiva de las esferas compuestas por la reproducción cotidiana de la existencia, la distribución secundaria del ingreso y aquellos sujetos con dificultades para la reproducción cotidiana.

Este campo de intervención, presenta diferentes áreas de acción (educación, salud, hábitat, etc.), en las cuales el Estado con el objeto de atender los problemas sociales, construye y organiza diferentes dispositivos institucionales para dar respuestas a las demandas. Por lo cual, se crean múltiples organizaciones (escuelas, hospitales, centros de salud, geriátricos, salas cunas, etc.), donde se despliegan los dispositivos dispuestos para la

atención de las necesidades y los recursos ligados al ejercicio de los derechos sociales de ciudadanía.

El campo de salud conforma una de esas áreas de intervención, por lo que resulta necesario establecer a que referimos cuando hacemos mención al mismo. Para tal fin, nos valemos de lo enunciado por Spinelli (2010), quien para explicar la salud se vale de la categoría “campo”, a la vez que sostiene que a su entender la concepción funcionalista “sistema de salud” es insuficiente para explicar una categoría tan compleja.

Hablar de campo en términos Bourdianos²³, es referir a espacios históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus propias leyes de funcionamiento. A este aporte, le sumamos una propuesta superadora de Spinelli (2010), cuando propone pensar al campo de salud como la convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa; allí, los diferentes agentes luchan por la consolidación, o apropiación y el predominio de uno o más capitales. El producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas, donde cada jugador realiza su partida en función de incrementar y/o adquirir capitales.

Definir al campo de la salud, conocer los elementos que lo constituyen y lo configuran, es fundamental en la medida en que nos ayudan a entender la complejidad del campo de la salud, puesto que está en constante construcción producto de las luchas de poder y de los intereses de los diversos agentes inmersos en el campo (profesionales, personal sanitario, usuarios, familias, Estado, sociedad, etc.) quienes, con sus acciones determinadas por las representaciones y posiciones que ocupan al interior del campo, le van

²³ Bourdieu, P: como se citó en Gutiérrez, A. 1997.

imprimiendo una impronta particular y distintiva, a lo que también se le suman los atravesamientos contextuales.

Lo expuesto hasta aquí, nos permite entender que los equipos de la salud al intervenir en dicho campo, ponen en circulación sus capitales específicos (conocimientos, trayectoria, etc.) a la vez que disputan reconocimiento de otros agentes.

3.1.1 *Mirando a la Salud*

Es importante tener en cuenta las variables de salud, trabajar sobre la corriente de salud comunitaria, dar importancia a la autonomía, a promover la participación y a tener una mirada integral (GF 0210).

Cuando pensamos en salud, automáticamente viene a nuestras mentes la necesidad de vincular a la misma con la medicina, por entender que solo a través de ella se puede garantizar la cura a la enfermedad. Dicha aseveración se condice con prácticas que hemos ido reproduciendo e incorporando a lo largo de nuestras vidas.

Esta explicación reduccionista, sólo contempla uno de los diversos modos de concebir a la salud. En un intento de ampliar la mirada en torno a la misma, nos valemos de los aportes de Ferrandini (2010), al proponernos tres modos de concebir a la salud. Queremos dejar en claro que las diversas maneras de mirar y entender al binomio salud-enfermedad no se reducen ni se agotan en un único momento, por el contrario, los modelos han coexistido y coexisten con el transcurrir de la historia.

El primero de ellos refiere a la **salud como ausencia de enfermedad**, en tanto proceso unicausal, desde la cual se entiende a la enfermedad como a la invasión de un enemigo externo, por lo que el trabajo en salud consiste principalmente en eliminarlo. Este

razonamiento encuentra su fundamento en la racionalidad positivista del modelo biomédico de las ciencias naturales.

Hacer alusión al modelo médico biológico dominante o también conocido como Modelo Médico Hegemónico (MMH)²⁴, de acuerdo a lo expresado por Menéndez (1988), es referenciar al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalterno al conjunto de prácticas y saberes hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad .

Las características estructurales del MMH, son su biologicismo lo cual supone considerar la evolución pero no la historia de la enfermedad, por lo mismo se sostiene que tiene una orientación curativa, a-histórica, a-cultural, e individualista, que instituye una relación asimétrica entre los médicos y los usuarios (Menendez, 1988).

Desde la racionalidad científica impregnada por el modelo capitalista, en lo que respecta a la relación del binomio salud-enfermedad, la salud es concebida como mercancía, por lo mismo, se promueve la medicalización de los problemas, lo cual se traduce en una mercantilización de la enfermedad: “Está súper instalado el consumo de medicamentos y a quienes no respondemos con esa lógica nos tildan de Hippies” (GF 2008).

El accionar de los profesionales médicos desde este encuadre, se traduce en la mera eliminación del síntoma, ya que la enfermedad está relacionada con un desvío, y por tratarse de una perspectiva hegemónica se descalifican otros saberes que no estén enmarcados en el plano científico.

²⁴ Modelo Médico Hegemónico. En adelante: MMH

En lo que respecta al momento de pensar la política en salud, de acuerdo a Ferrandini (2010), la misma se diseña en función de negar el carácter político de la producción de la enfermedad y este reduccionismo biologicista es la base de las políticas focalizadas.

En línea con este pensamiento, los organismos internacionales de crédito que inyectan capital a través de la modalidad de préstamo, se adjudican la potestad de “aconsejar” a los países tercermundistas, lo que en la realidad se traduce en la imposición de condiciones que encubren el ajuste y con ello la adopción de políticas focalizadas.

A mediados del siglo XX, comienza a imponerse un segundo modelo que difiere del anterior al plantear que la causa de las enfermedades no es única, admite que coexisten otras causas, a partir de lo mismo, entiende a la salud como “completo bienestar”. Esta concepción contó con el aval de la OMS, organismo que se refiere a la salud como al “estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad”. De la misma se desprende que este nuevo modelo, no niega al anterior.

La idea de “completo estado de bienestar” es una utopía, ya que la salud y enfermedad no son categorías diferenciadas, sino que son parte de un continuo equilibrio de diversos factores naturales y sociales en permanente interacción. Al respecto sostiene Ferrandini (2010), que esta condición es ideal e inalcanzable.

Desde esta perspectiva, sólo es posible reconocer a los sujetos en su condición de sanos o enfermos. Las intervenciones de los profesionales médicos, por lo tanto, se construyen en base a algo esperado, un horizonte a alcanzar, pero que en la praxis no existe como tal.

El tercer modelo propuesto es el que concibe a la salud como “capacidad de lucha” individual y social contra las condiciones que limitan la vida, es decir como el resultado de las acciones que realizan los diferentes actores sociales por medio de su interacción e intervención en la producción de salud.

Los sujetos pueden posicionarse para cambiar el estado de las cosas y transformar con lo mismo su realidad y la de otros, con los cuales se comprometen a los fines de defender la vida. Por lo mismo, Ferrandini (2010), propone que lo más importante en el abordaje de problemas complejos, es la recreación de los vínculos entre nosotros, capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía y transmitir afecto. La posibilidad de transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio.

Este nuevo postulado, presenta una opción superadora en relación a los anteriores, trae aparejados avances significativos, propone otra mirada en torno a los sujetos, al incorporar nuevas dimensiones tales como las relaciones de poder, y el deseo de los sujetos y su entorno en las actuaciones médicas.

Ahora la atención no se centra en la intervención sobre objetos, sino en la construcción intersubjetiva de un proyecto terapéutico inscripto en la búsqueda de autonomía. Los sujetos pasan a ser considerados protagonistas de sus propios cambios, y los profesionales deben construir junto a ellos, dejando de lado cualquier práctica que implique pensar a los sujetos como seres pasivos, a los cuales abordar como objetos.

Estos cambios se van suscitando en los diferentes niveles, atravesando a todos, por lo que los diferentes sujetos deben ser flexibles. Desde este nuevo paradigma, se abre la posibilidad de analizar los procesos contextuales y visibilizar las inequidades socioeconómicas, que deben ser contempladas al momento de elaborar las políticas

necesarias. Es por ello que acordamos con Talas-Chavarría (2005) cuando sostiene que las políticas sanitarias orientan sus acciones hacia la promoción de la salud modificando estilos de vida; por lo tanto los trabajadores de la salud deben asumir los retos y desafíos que implica la asunción de un nuevo paradigma: la salud como producción social.

Desde esta perspectiva, las competencias de los equipos de salud deben posicionarse en fortalecer los vínculos y con lo mismo romper las barreras de las asimetrías impuestas por los ideales del MMH, que conduce a que la población adopte una posición sumisa y pasiva en las consultas.

Es necesario trabajar desde una perspectiva empática para captar la atención de los equipos de salud sobre las actividades llevadas a cabo por los usuarios en torno a los cuidados, fomentando con lo mismo los abordajes integrales.

En nuestras prácticas cotidianas sigue siendo necesario aclarar que esta idea nos lleva a pensar en proceso integral en donde influyen las condiciones de vida, la historia laboral de los grupos familiares, las posiciones dentro del sistema social y las estrategias que se han generado para sobrevivir (Servicio Social, p.15).

Este modo de entender a la salud acuerda con la perspectiva de salud colectiva, la cual, de acuerdo a los planteos de Liborio (2013), es referirse a saberes, prácticas, técnicas, ideológicas, políticas y económicas, relacionadas al campo de la salud; involucrando a las organizaciones que prestan asistencia a la salud de las poblaciones, a las instituciones de enseñanza, de investigación y a las organizaciones de la sociedad civil (con carácter científico o sindical) interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por este derecho.

Desde la propuesta de la salud colectiva, se entiende a la salud como un derecho, desde la cual se concibe al sujeto como un ser activo de los procesos que atraviesan su cuerpo, por lo mismo resulta necesario habilitar acciones de calidad destinadas a la salud, y se amplían los horizontes de la visión del proceso de salud-enfermedad-cuidado.

A nivel institucional, se trabaja integralmente el compromiso de los equipos de salud, lo que Spinelli (2004) llama formación del capital social en la producción de conocimientos y transformación de las prácticas. Las cuales contribuyen a superar las desigualdades económicas, sociales y sanitarias presentes en cada sociedad.

Las TS del SS, como equipo, en cada intervención se posicionan desde el enfoque de derechos, considerando a los NNJ como sujetos protagonistas activos de derechos. Al respecto sostienen que el niño es protagonista, toma la iniciativa, busca la colaboración de otros niños, tiene una interpretación de su vida y de su futuro; sabiendo que si bien se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo, esto no les inhabilita como sujetos de derechos. Pensar en la promoción de la participación activa de NNJ implica avanzar en el ejercicio concreto de ciudadanía que cada NNJ posee (Liebel, 2005).

Al pronunciarse al respecto establecen un posicionamiento que responde al paradigma de protección integral de derechos y al de la promoción del protagonismo integral, entendiendo que, el ejercicio de la ciudadanía solo es posible si están dadas las condiciones de participación activa de los NNJ, en su condición de sujetos transformadores de sus realidades.

3.1.2 *La Salud Como Derecho Humano Fundamental*

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación

de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de estos servicios sanitarios.

(CDN. Art.24).

El artículo N° 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) consagra el derecho a la salud como el derecho de toda persona y su familia, a un nivel de vida adecuado que le asegure salud, bienestar, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios; asimismo tiene derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por cuestiones independientes de su voluntad.

Al ser la salud considerada una necesidad humana básica, entendemos que todo ser humano debe gozar de la misma, siendo el Estado el encargado de garantizar un acceso en igualdad de condiciones para todos los ciudadanos. En este sentido es que recuperamos los aportes de Asa-Laurell (1994), donde concibe a la salud como una necesidad humana, teniendo el derecho a la satisfacción de la misma y que solo puede ser garantizado mediante la acción pública.

Cuando partimos de entender que la salud es un derecho, y con lo mismo le adjudicamos al Estado la responsabilidad de garantizar el acceso universal y gratuito a la salud pública para todos los ciudadanos, es acordar con lo expresado por Ase y Burijovich (2003), cuando sostienen que debido a que los derechos sociales poseen una definición amplia, es difícil aceptar limitaciones en torno a los beneficiarios o a los niveles de acceso.

En tanto derecho humano fundamental, es decir en su carácter de inalienable de la dignidad humana y universal y como tal en nuestro país se reconoce a partir de la reforma constitucional del año 1994, otorgando jerarquía constitucional de once declaraciones y

tratados internacionales de Derechos Humanos, según lo establecido en el Art. 75, inc. 22, de la Constitución Nacional.

En sintonía con la normativa internacional, y nacional, a nivel local, en el año 1987 se incorpora en el artículo 59 de la Constitución Provincial este derecho, el cual establece su garantía mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y la comunidad. El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales que promueven, protegen, recuperan y rehabilitan la salud.

A partir del reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, en pos de garantizar la satisfacción del mismo, los organismos sanitarios internacionales proponen la estrategia de la Atención Primaria de la Salud²⁵ (APS) como el instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones generales de la misma.

La declaración de Alma Ata (1978), define a la APS como el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad a través de la participación plena. Por lo mismo, se resalta un abordaje de la salud como concepto positivo, vinculado al desarrollo pleno en la vida cotidiana, que como tal no se reduce específicamente al sector sanitario.

Las características fundamentales que debe reunir todo programa de APS para un correcto funcionamiento son; la integralidad, la flexibilidad, el uso de tecnología adecuada, la universalidad, la descentralización y desconcentración, la regionalización, la

²⁵ Atención primaria de la salud. En adelante: APS

intersectorialidad e Interjurisdiccionalidad, la participación comunitaria, el trabajo en equipo y la capacitación de recursos humanos.

3.1.3 Determinantes Sociales de la Salud

Desde nuestra profesión abordamos lo que el modelo reparatorio y biologicista invisibiliza, la dimensión de lo social con todas sus complejidades (SS, p2)²⁶.

De acuerdo a la OMS²⁷, referir a los Determinantes Sociales de la Salud²⁸, (DSS) es hacer alusión a “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.

Desde esta percepción, se torna necesario para cualquier intervención, ampliar la mirada en torno a la salud y a sus múltiples condicionantes, ya que: “el objetivo fundamental de trabajar con los determinantes, es poder visualizar la mirada integral; posibilidad de trabajar en los comités interdisciplinarios, apertura y disponibilidad de otros equipos. Despliegue de estrategias de intervención” (GF 1308).

Trabajar desde una concepción integral, implica realizar abordajes que trascienden lo individual, contemplar una multiplicidad de aristas, y con lo mismo lograr erradicar: “condiciones específicas hospitalarias que no son tenidas en cuenta, para hacer el

²⁶ Servicio Social del Hospital Infantil Municipal. (s/f) Los Determinantes sociales de la salud. Adjunto N°1.

²⁷ <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

²⁸ Determinantes Sociales de la Salud: en adelante DSS.

diagnóstico (condiciones socio-económicas de la familia), debido a la mirada fragmentada de los médicos y ello no les permite una visión integral de las personas” (GF 1308).

En virtud de lo expresado, resulta necesario destacar que no existe un único factor que determine el estado de salud de los individuos dentro de una sociedad, por el contrario, entendemos que las causas son múltiples (pobreza estructural, inequidad en la distribución de los ingresos, acceso inequitativo a los servicios de salud, etc.) y afectan de manera diversa.

Ante lo expuesto, nos parece oportuno recuperar los planteos de Lalonde (1974), cuando propone cuatro grupos de factores que condicionan la salud de una comunidad:

- **El Medio Ambiente:** factores que afectan al entorno del hombre relativos no sólo al ambiente natural, sino también al entorno social (vivienda, medio ambiente, trabajo, escuela, etc.).
- **Los estilos y hábitos de vida:** se contemplan los comportamientos y hábitos de vida que condicionan negativamente la salud (alimentación, recreación, etc.).
- **El sistema sanitario:** el cual comprende a la totalidad de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc., condicionado por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, así como la buena praxis y cobertura, entre otros.
- **La biología humana:** que comprende a la carga genética y los factores hereditarios, que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente conocidas, pero que plantean interrogantes en el terreno de la bioética y las potenciales desigualdades en salud dados los costos que estas prácticas requieren.

Estos elementos nos brindan las pistas para entender que los DSS, son una herramienta necesaria a tener en cuenta, en tanto nos permiten ampliar la comprensión de las causas de las injustas desigualdades sociales, originadas por el modelo neoliberal globalizado. Convocan a su vez a configurar nuevas formas de desarrollo y que las mismas no se centren en el consumo, el individualismo, en la acumulación de capital, ni en ninguna acción que conlleve a la destrucción de los lazos de solidaridad.

En consonancia con lo planteado, destacamos la importancia de llevar a cabo acciones desde las cuales se promueva la salud, entendiendo que la promoción de la Salud es el proceso que permite a la comunidad, incrementar su control sobre los determinantes de la salud y por ende, mejorarlos (De La Guardia-Gutiérrez y Ruvalcaba-Ledezma, 2020).

Para optimizar las intervenciones de los profesionales en el HIM, se torna necesario llevar a cabo acciones desde las cuales se promuevan prácticas que contemplen una mirada integral de las niñeces, las juventudes, sus familias y las comunidades donde se desarrollan, en virtud de contribuir a mejorar la calidad de vida y con lo mismo optimizar su bienestar funcional.

3.2 Reconstrucción de las Niñeces y las Juventudes en Argentina

El tratamiento que en Argentina se dio a las Niñeces y las Juventudes, ha atravesado diferentes momentos históricos, sociales, políticos, culturales y económicos, que delinearon las representaciones sociales que se construyeron sobre dichas categorías.

Las Representaciones Sociales: *"son aquellas imágenes, visiones, percepciones, que funcionan como un mecanismo de interpretación colectiva sobre la realidad social y que*

dependen de los valores, creencias y formas de percibir e interpretar dicha realidad social”
(Servicio Social Hospital Infantil, s/f. p 3).

A esta expresión, aporta Jodelet (1985) la idea que el conocimiento específico y el saber de sentido común, manifiestan las operaciones de procesos generativos y funcionales, socialmente caracterizados. Por lo tanto, designa una forma de pensamiento social constituyendo modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal.

En la actualidad, coexisten modos diversos a partir de los cuales, se pueden comprender y abordar las niñeces y las juventudes. El modo a partir del cual son concebidos les niños y los jóvenes, van a delinear las acciones dirigidas a los mismos, es por ello que intentaremos recuperar estas cosmovisiones para entender y conocer el rol de los TS en cada una de estas etapas y ver cómo se han modificado las prácticas interventivas.

La primera concepción a la que hacemos referencia es a la “Doctrina del control social de la infancia”, la cual surge en el mismo momento en que es reconocida la infancia a partir de su diferenciación con los adultos.

En nuestro país a partir del año 1880, comienza a producirse la gestación y consolidación del Estado Nación, en su ideal de consolidar una Nación próspera y contando con los recursos primarios como extensiones de tierras, granos y ganado, pero escasa de mano de obra, el gobierno presidido por Julio A. Roca²⁹, fomentó la llegada de los

²⁹ Julio Argentino Roca (1843-1914) Nació en Tucumán-Argentina el 17/07/1843). Obtuvo la primera presidencia de la Nación (1880) gracias a la conformación de una liga de gobernadores, la cual dio origen al “Partido Autonomista Nacional”. Roca tenía una carrera militar de más de veinte años: había participado en los campos de Cepeda, Pavón y la Guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay. Un elemento esencial de la política roquista para la consolidación del estado Nacional fue la centralización política y administrativa lograda a través de un intenso “activismo legislativo”. En 1898 asume el segundo mandato presidencial, en medio de un clima político transformado, menos optimista que en el periodo anterior, donde las ideas de disciplinamiento social pero

inmigrantes que en su mayor volumen provenían de Europa huyendo de la guerra y la miseria.

Les inmigrantes arribaban por doquier a los puertos llegando a colapsar las grandes ciudades y modificando significativamente su cartografía urbana³⁰. Los habitantes de la ciudad se instalaron en los conventillos, el escenario real distó mucho del ideal pensado por el gobierno, ya que presentaba una marcada sobrepoblación con las consecuencias que la misma implicaba (enfermedades, pestes, desempleo, hambre, niños en las calles, etc.).

Los niños reales se caracterizan por ser mulates, mestices, negres, hijos de criollos, pobres e inmigrantes. Los mismos, pertenecían a los sectores populares, vivían junto a sus familias en condiciones de estrechez y hacinamiento, no pudiendo en muchos casos acceder a la educación.

Estos niños sin duda no eran ni remotamente los que habían anhelado los aristócratas de la época. Estos niños reales, de acuerdo a Iglesias (1998), se constituían en la desgracia a superar “el niño impuro”, una amenaza y un desafío; un objeto de preocupación y de disimulado desprecio.

Ante la situación generada por las inmigraciones, desde el gobierno nacional, se dieron a la tarea de tomar medidas con el fin de fomentar un sentimiento nacionalista y de mantener el orden social mediante el control exhaustivo. Los niños debían ir a la escuela, cantar las canciones patrias, profesar una religión, portar los símbolos patrios, consolidando

a su vez de cierta necesidad de reforma se instalaron con mucha fuerza.

<https://museoroca.cultura.gob.ar/noticia/recordamos-el-nacimiento-de-julio-a-roca/>

³⁰ De acuerdo al primer Censo Nacional realizado en 1869 durante la Presidencia de Domingo Faustino Sarmiento, la población argentina era de 1.800.000 Habitantes y en el segundo Censo Nacional realizado en 1895 durante la presidencia de José. E. Uriburu, la población ascendía a 4.000.000 de habitantes. Es decir que este incremento se debió a la gran inmigración europea que tuvo su máxima expresión entre 1870 y 1920

así, con la Ley N° 1.420 (1884), el sistema Educativo Nacional que establecía Educación Primaria, Mixta, Gratuita, Laica, Gradual y Obligatoria en todo el territorio Nacional.

Hasta ese momento la política asistencial la organizaban desde las clases dominantes en la figura de las damas de la beneficencia cuya misión era vigilar y educar a los sectores carentes, pero ante la creciente demanda ocasionada por las masivas inmigraciones, el Estado comienza a intervenir de a poco en la vida de los ciudadanos.

De la mano de las intervenciones del Estado se gestaban las tareas de control social de las familias de inmigrantes y de sus hijos, para lo que se sancionaron leyes que oficiaron como instrumentos de control, entre ellas Ley N° 1.902 de Residencia y Ley N° 10.903 de Patronato de Menores. Justamente esta última ley es la que dio el marco regulatorio al Control Social sobre los NyJ, habilitando al Estado a intervenir en la vida de los niños y sus familias.

A partir de la sanción de la Ley N° 10.903 también conocida como Ley Agote³¹ surge una doble concepción de la niñez, por un lado, se denominaba “niños y adolescentes” a quienes tenían una familia que les brindaba protección y los recluía en espacios privados de la familia y de la escuela, donde la autoridad de los adultos era incuestionable y el Estado les otorgaba la patria potestad dándoles la posibilidad de crianza de sus hijos.

Por otro lado, “los menores” a quienes se les atribuían connotaciones negativas en condición de “carentes” (edad, razón, condición económica de la familia) eran los niños que se encontraban en estado de vulnerabilidad, habilitando con lo mismo, la intervención de las

³¹ El Dr. Luis Agote (1868-1954), fue un médico e investigador argentino, que aduciendo su preocupación por los chicos de las calles y trabajadores prematuros, concibe un Sistema de Patronato Nacional de Menores, para lo cual presentó un proyecto de Ley, el cual después de varios intentos fue aceptado en el año 1919, conocido como Ley N° 10.903

instituciones especiales creadas por el Estado para tal fin, debiendo el mismo hacerse responsable de ellos.

El Estado a través del Patronato de Menores se convierte en el tutor de los mismos hasta los 21 años. En palabras de Reartes (2000) (como se citó en Machinandiarena, 2011), la función social que el Estado asume y ejercita, es en cumplimiento de su deber de proteger a los sectores más débiles, como así también a los menores de edad, por intermedio de los funcionarios destinados a tal fin, en este caso, pertenecientes al poder judicial.

Al atribuir la condición de minoridad, el Estado en su rol paternalista a través del patronato de menores reemplaza a la familia y se auto designa tutor y padre a la vez, justificando su intervención en la falta de responsabilidad de las familias, culpabilizándolas de su condición de precariedad, por lo cual toma medidas punitivas y correccionales, quitando con ello todo tipo de responsabilidades de su parte.

En líneas generales este periodo se caracterizó por el despliegue de políticas basadas en la judicialización y criminalización de la pobreza. Los niños eran objeto de control por parte de sus familias, las escuelas y el Estado.

En referencia a aquello, Piotti (2011), señala que el autoritarismo adulto decide sobre su vida y su proyecto y lo convierte en objeto de intervención de profesionales, instituciones y políticas sociales-judiciales. Las intervenciones son clínicas y punitivas, aislando al niño, considerándolo sin decisión y sin voz propia, con una opinión sin valor, en doble sentido al ocultarlo y privarlo de vivir con dignidad, respeto y libertad.

En lo que refiere a la intervención dentro de este paradigma, el rol de los TS, se correspondía con el de auxiliares de la justicia: no se busca comprender a la infancia y a la

adolescencia, sino controlarla. En las visitas domiciliarias los trabajadores sociales, se limitaban a describir y diagnosticar la situación, y luego con el poder que les confería la institución y sin explicar el porqué de la conducta de los padres y las causas de la situación del niño, podían recomendar a los jueces medidas tutelares que agregan aún mayor daño (Piotti, 2011).

Es esta acción la que les valió a los TS el mote de los “quita chicos”, ya que sus funciones estaban asociadas a controlar la situación de higiene de las familias, teniendo su posterior correlato en los informes sociales.

Cabe destacar que los primeros antecedentes de la profesión de TS en Argentina, dentro de las instituciones de salud se remontan a principios del siglo XX, y el criterio de intervención establecido para la época iba en consonancia con el MMH, y consistía exclusivamente en asistir a los médicos.

En los años ´50, en la provincia de Córdoba, de acuerdo a Crosetto, Bilavcik y Paviolo (2014), la función del trabajador/a social era fundamentalmente de control social, vinculado especialmente a la terminación o no abandono de tratamientos y lo referido a enfermedades infectocontagiosas, tales como TBC, Lepra, Sífilis, etc. e incluía también funciones educativas puntuales. Hasta este momento, queda en evidencia que la formación de los TS seguía orientada al servicio de otras profesiones por lo que sus acciones se plasmaban en el control de los sujetos.

Hacia mediados de los años ´60, se comienza a gestar el movimiento de Reconceptualización³², que fue central para la profesionalización del TS en Latinoamérica. A

³² Movimiento que surgió en América Latina a fines de los años ´60. Se caracterizó por la integración del análisis político-ideológico de la situación del momento a los marcos conceptuales, proponiendo no sólo una descripción de éstos sino también una marcada intervención sobre los mismos. (Carballeda, A. 1995. Pág.3)

partir del mismo, se habilitaron debates que contribuyeron a la conformación de nuevos espacios de formación y concientización orientados al desarrollo de la comunidad.

Este movimiento marcó un antes y un después en la profesión, debido a que las condiciones del contexto estaban demandando profesionales con una visión crítica de la realidad, capaces de dar respuestas a demandas cada vez más complejas, lo cual implicaba un marcado compromiso para transformar la realidad, y una necesidad urgente de ser agentes de cambio y ya no de control.

El contexto social demandaba que la solución a los problemas ya no podía centrarse en simples paliativos para superar las situaciones de carencia, sino que se tornaba imperioso generar prácticas para transformar la realidad.

Al respecto, Grassi (1989) sostiene que fue una etapa decisiva, expresada en la introducción de un nuevo método: el “Desarrollo de la Comunidad” y en el cambio de nombre de la profesión. Desde entonces cada profesional “aggiornado” pasó a ser trabajador social.

Comienzan a delinearse los primeros indicios de la profesionalización del TS, por lo que resulta importante resaltar que en el año 1987 se sancionó la Ley N° 23.377 que regula el ejercicio de la profesión, y posteriormente surge el Colegio de profesionales en cada jurisdicción, que contaban con su correspondiente código de ética. En el mismo año, con la sanción de esta norma, surgió la posibilidad de organizar el programa de Residencia de Servicio Social en Salud.

En lo que hace al accionar del TS en el campo de la salud nos aportan Carballeda, Barberena, Belzitti, Mendoza y Capello (2002) que las acciones constructivas del Trabajo Social en el campo de la salud, se relacionan con la actividad dentro de las instituciones

hospitalarias, donde se resignifican o se crean programas en base a esta nueva modalidad de intervención y su relación con el contexto, como así también en los cambios en el campo de las Ciencias Sociales. A su vez, se observan acciones constructivas dentro del campo de la Atención Primaria de la Salud.

Por su parte Crosetto et al. (2014), nos aportan al respecto que en la provincia de Córdoba la disciplina de Trabajo Social en el campo de la salud pública comienza a participar activamente en espacios de discusión creando nuevos sentidos y posicionamientos relativos al derecho a la salud, tales como la Ley N° 7.625/89 que tiene la significancia de incorporar a la disciplina de Trabajo Social como parte de los profesionales de la salud y el ingreso al mercado ocupacional a través de concursos.

Esas afirmaciones nos permiten entender que comienzan a gestarse cambios significativos, que dan cuenta de un giro en lo que respecta a la formación de los profesionales del TS, que responden a las nuevas realidades sociales desde las cuales se demandan profesionales más críticos y autónomos, que sean capaces de entender que intervienen con sujetos, por lo que ya no es admisible pensar en profesionales sin formación que actúen desde la vocación, voluntad o compasión.

Doctrina de la Protección Integral de la Infancia, concepción que surge en la última década del siglo XX, propiciada por organismos internacionales como Naciones Unidas y UNICEF, es a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño³³ (CIDN, 1989) que encuentra su máxima expresión. Para ese entonces, las políticas

³³ Convención Internacional de los Derechos del Niño. En adelante: CIDN

neoliberales avanzaban a pasos agigantados, arrasando con todo aquello que se le interpusiera.

Este avance desmedido se dio a nivel mundial y particularmente en nuestro país se pudieron consolidar con el entrante gobierno presidido en la figura de Carlos Menem (1989-1999), quien aplicó a rajatabla los postulados del mercado indicados por los organismos internacionales, avanzando sobre la soberanía política y económica y generando con lo mismo una profunda crisis.

En materia de niñez y adolescencia el escenario era difuso y contradictorio, ya que por un lado se le otorga rango constitucional a la CIDN, incorporando con ello cambios significativos en la concepción de niñez y adolescencia, por el otro, se creaba en el año 1990 mediante Decreto N° 1.606, el Consejo Nacional del Menor y la Familia, el cual de acuerdo a Fazzio (2018), oficiaba como un organismo a través del cual se implementan políticas neoliberales aplicadas a la niñez, tales como la tercerización de la asistencia a través de las ONGS, la focalización de las políticas sociales y la judicialización de la pobreza mediante un resurgimiento de la aplicación de la Ley Agote, produciendo una nueva y descomunal institucionalización de niños.

Los rasgos generales de la intervención profesional del TS se sustentan en la aplicación de prácticas clientelares mediante la aplicación de políticas de corte asistencial y focalizada, destinadas a resolver situaciones de pobreza de las personas excluidas del mercado laboral

Esta nueva corriente de pensamiento, fue una bocanada de aire fresco que venía a proponer cambios significativos con respecto a la concepción de las niñeces y juventudes. Ahora les destinataries de las políticas del Estado, ya no son más les “menores” sino

“sujetos de derechos”, concebidos desde sus capacidades y no desde sus necesidades o carencias.

Esto implica un cambio radical en cuanto a la entidad que se les da a les NyJ, como portadores de derecho en primera persona, constituyendo un cambio radical en la manera en que les adultos debemos vincularnos y trabajar con ellos: “como actores sociales que dirigimos nuestras prácticas a NNJ, corresponde que nos interpelemos revisando si en nuestras acciones cotidianas persisten cuestiones ligadas a la cultura tutelar” (Servicio Social, p.6).

Les niños y los jóvenes no solo deben ser protegidos en sus necesidades básicas, ahora se les otorga el derecho a su opinión y asociación, siendo el Estado (en todas sus instancias) el encargado inmediato de garantizar el cumplimiento de todos y cada uno de los derechos.

En base a lo anterior, Piotti (2011), afirma que se declara como objetivo de toda legislación y acción sobre la infancia, el interés superior del niño, entendiendo por tal, todos los derechos que consagra la convención, más su propia opinión.

Este cambio de percepción en torno a las niñeces y las juventudes, amerita una readecuación de las normativas y por ende de las políticas destinadas al sector. Mencionando a Gómez Da Costa (1996), como se cita en Piotti (2011), la CIDN postula cuatro tipos de políticas sociales:

Universales: para todos los NyJ, haciendo referencia a todos los derechos humanos consagrados en la CIDN y añadiendo las medidas de protección para privilegiarles.

Asistenciales: el Estado otorga ayuda económica a las familias para garantizar la sobrevivencia, destinada a la población infanto-juvenil por debajo de la línea de pobreza.

Las mismas no implicarán bajo ninguna circunstancia que les NyJ sean apartados de al lado de sus familias.

Especiales: destinadas a NyJ que UNICEF ha denominado en “circunstancias difíciles” (por conflictos bélicos, maltrato, etc.).

Garantistas: para asegurar las garantías del Estado de derecho, fundamentalmente de les NyJ transgresores con conducta extralegal o en conflicto con la ley penal.

El Estado por primera vez toma para sí la responsabilidad de les NyJ, quedando su participación subordinada a la familia y comunidad. Por su parte les adultes, conservan aún rasgos paternalistas, pero les mismos están obligades a dar a conocer a les NyJ sus derechos, para que ellos, puedan con independencia de les adultes, comunicar y expresar libremente sus ideas.

Con respecto al trabajo de les niños, la UNICEF sostiene que estes no deben trabajar y por lo tanto no debe legislarse al respecto, Según esta doctrina, el lugar de les niños y adolescentes no es el trabajo, ni las instituciones, sino la familia y la escuela (Piotti, 2011).

En el año 2005 se deroga la centenaria Ley N° 10.903 del Patronato de Menores y entra en vigencia la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Esta ley nace como un instrumento cuya vocación fue crear un marco y un piso desde donde empezar a construir, y a partir del cual se compromete una revisión de todo el andamiaje jurídico.

Recuperando los aportes de Machinandiarena (2011), la Provincia de Córdoba sanciona en el año 2002, la Ley N° 9.053 de Protección Judicial del Niño y el Adolescente, sostenida bajo el Paradigma del Control Social de la infancia y la intervención de los Jueces

de Menores, tanto en lo prevencional como en lo correccional. En el año 2007, se sanciona la Ley N° 9.396 de adhesión a la Ley N° 26.061, la misma por decisión de los legisladores y en acuerdo con el Poder Judicial, no se deroga la Ley N° 9.053, por lo cual la provincia queda en situación contradictoria al marco legal y a la fecha de hoy no se ha modificado.

Esto es importante porque da cuenta, tal como dice Vaca-Narvaja (2012), que no solo hasta el año 2005 coexistieron a nivel nacional normativamente estos dos paradigmas contrapuestos, sino también porque en las prácticas, los operadores del derecho (jueces, asesores, fiscales, etc.) siguen reproduciendo el paradigma de la situación irregular, hoy derogado.

La Ley N° 26.061, intenta reconocer y dotar de capacidad en todas sus dimensiones a los NyJ, al reconocerles sus derechos y garantías como ciudadanos, en su condición específica por ser personas en crecimiento, teniendo en cuenta su dimensión personal y social. Reconocerles su condición de sujetos de derecho de acuerdo a lo establecido por Segade (2018), quien sostiene que el Estado debe realizar todos los esfuerzos posibles por fortalecer a las familias, con el objetivo de cumplimentar su rol, reestableciendo y manteniendo los vínculos familiares, asegurando el derecho de todo NNyA a vivir en familia.

A partir de esta nueva legislación, se deberá convocar a todos los actores a centrar su mirada en los NyJ. Sostiene Piotti (2011) que partir de esta nueva concepción de la Niñez y Juventud, los problemas sociales de este grupo etario, deben caer en el campo de las políticas sociales y no en el ámbito de la Justicia. Sin embargo, la participación del Estado, está subordinada a la de la familia y la comunidad, adquiriendo esta por primera vez, responsabilidades para con los niños y adolescentes. Con respecto a los adultos de la doctrina de protección integral, sigue conservando un sesgo paternalista, porque son éstos,

quienes, a través del Estado y sus instituciones, los que constituyen benévolamente a los niños en sujetos de derechos. Se establece por primera vez la posibilidad de que los niños tengan conocimiento de sus derechos y puedan expresar y difundir sus ideas con independencia de los mayores.

Ahora el TS debe ser más crítico al momento de producir conocimiento, investigar y problematizar la realidad de la niñez y juventud. Para esto se hace imperioso, cambiar la dirección de las miradas y empezar a “conocer” a los NyJ desde ellos mismos, desde sus propias necesidades, desde sus inquietudes, desde sus saberes, reconociéndoles con sus potencias y capacidades, con su poder de crecimiento, como una entidad propia que dispone de fuerza discursiva y capacidad organizativa.

El cambio legislativo no basta, tampoco basta el cambio de las instituciones, los cambios necesarios requieren que podamos identificar qué acciones e intervenciones realizamos, que involucren a niños y continúan arraigados en el viejo paradigma, para modificarlas. La Ley es solo el punto de partida que nos permite comenzar un proceso de cambio, avanzar en mecanismos que refuercen la participación democrática en la definición de los problemas que afectan a los NNJ, integrar a los diferentes actores sociales en la búsqueda de soluciones, incorporar la palabra del niño y su familia, como elemento indispensable para definir las estrategias que permitan el disfrute pleno de sus derechos (Servicio Social, p 6)³⁴.

Un dato importante a destacar es que en el año 2014, se sanciona la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072, la cual establece el marco general que regula el ejercicio profesional de TS, en todo el territorio nacional. Los TS ahora tienen un rol más activo, y en

³⁴ Extraído de: “Apunte para Residentes: Aporte para la deconstrucción de saberes. Sistema de protección de derechos

lo que respecta a la currícula académica Piotti (2011), sostiene que los trabajadores sociales, han empezado a participar de consejos de infancia locales, cómo así también a apoyar a sus integrantes para el asesoramiento en la aplicación de la nueva ley, la extensión y la diversidad de políticas para la infancia. De este modo, el trabajo social no permanece ajeno a este fenómeno. El estudio de la infancia y la adolescencia comienza a incluirse en el programa de la carrera, en las maestrías y en los cursos de posgrado, más allá de los aportes de la psicología evolutiva.

En este paradigma damos cuenta de un cambio significativo en lo que respecta a la profesión del TS, las cuales se caracterizan por una formación académica pensada para dar respuestas a las demandas de las complejidades sociales. A diferencia del postulado anterior ahora existen profesionales con títulos habilitantes para el ejercicio profesional, a quienes la realidad les demanda de una continua actualización epistemológica, y por lo mismo estos cambios son acompañados de marcos regulatorios que rigen la ética de los profesionales.

Promoción Social o el Rol Social de la Infancia-Adolescencia, el cual se pronuncia fuertemente en los años 80-90 en Latinoamérica, sostenida principalmente por sociólogos y educadores populares. Cabe señalar que esta nueva cosmovisión, no viene a oponerse a la concepción anterior, sino que lo que busca es avanzar sobre la misma para otorgar a les NyJ los derechos de ciudadanía social.

Este paradigma toma como base la CIDN, desde una valoración crítica, analizando sus potencialidades y límites, pero avanzando más allá de ella. Se reconoce a les NyJ como actores sociales, sujetos sociales de derechos económicos y políticos con identidad

específica a la vez que se promueve la ciudadanía plena y el empoderamiento, enfrentando toda relación que implique una imposición de los mayores.

También se opone a las prácticas que impliquen el ocultamiento de los NyJ en el mundo doméstico y privado, y se demanda a los adultos el respeto y reconocimiento de los NyJ en tanto seres autónomos a los cuales deben cuidar y acompañar para promover su crecimiento y autonomía.

No sacraliza a la familia como lugar de los NyJ, considera de hecho que la misma, no siempre es el lugar más adecuado para ellos. Se coloca a todos en igualdad social, con funciones diferentes y sin dominio de unos sobre otros, por lo que se declara en contra de todo paternalismo adulto.

Es importante destacar que lo que se valora desde este postulado, no es el protagonismo individual sino el protagonismo colectivo, promoviendo con ello la presencia y participación activa de los mismos en los movimientos sociales, para contribuir a una nueva cultura de la niñez y una modificación de la cultura del adulto, la cual desde ningún punto de vista puede volver a implicar la imposición y arbitrariedad.

Desde esta cosmovisión, se concibe a la adolescencia como a una “invención” cultural del capitalismo a partir de la cual se produce opresión sobre una clase etaria con el fin de obstaculizar el pleno goce de sus derechos, entre los que destaca, el derecho a trabajar, a transitar libremente, a formar una familia, a la vida política, entre otras.

Visto así el adolescente es concebido como un “adulto marginal” o simplemente un adulto socialmente infantilizado. Por lo mismo se da cuenta de que no existe lo que socialmente se conoce como “crisis de la adolescencia”, sino que lo que realmente se está manifestando es la opresión a la que se los somete. Ante esto, nos planteamos, si esta

categoría representa los postulados del protagonismo o si sería más acorde la categoría juvenudes, que es con la que acordamos como equipo trabajar.

En lo referente a la intervención profesional, desde esta corriente, se abren múltiples posibilidades de intervención, habilitando a la vez a que se puedan proponer nuevos conceptos. Piotti (2011), aporta que toda estrategia con niños y adolescentes, no puede perder de vista una perspectiva integral, ni una visión desde la totalidad social; por lo tanto es necesario inventar estrategias que afirmen la identidad de los niños, como una vivencia libre de su aquí y ahora, ya que la identidad está estrechamente ligada a la ciudadanía.

Estas alternativas sólo pueden concretarse en la medida en que los profesionales sean capaces de alejarse de las prácticas añejas (asistencialismo) y los mitos actuales y pasados (adultismo), siendo capaces de buscar la referencia en los verdaderos actores “los NyJ”, por lo que se torna fundamental cooperar con la articulación de redes solidarias para posibilitar que los NyJ puedan construir sus espacios y se afirmen como sujetos de derecho.

3.2.1 Sistema de Protección Integral

Los Estados Partes adoptaran todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo (CIDN. Art. 19).

El nuevo régimen legal (Ley N° 26.061), crea el Sistema de Protección Integral de NNyA quedando integrado por organismos administrativos, judiciales y de control, de acuerdo a la instancia de ejecución que corresponda que son los encargados de

diseñar, planificar, coordinar, orientar, ejecutar y supervisar las políticas públicas de gestión estatal o privada, de promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos que tiene la niñez (Art. 32).

El sistema de protección integral, interviene a través de políticas, planes y programas de promoción y protección de derechos, y para garantizar su funcionamiento, utiliza recursos económicos que deben ser distribuidos equitativamente, por lo que fue necesario dotarlo de una Institucionalidad, darle una dinámica de articulación para mejorar y facilitar su funcionamiento, también se crearon herramientas para que todos los habitantes puedan hacer exigibles sus derechos.

3.2.1.1 Niveles del Sistema de Protección Integral.

Políticas Públicas: Son de carácter universal. Están dirigidas a la protección primaria de los NyJ en general como a los que pertenecen a familias con serias carencias de recursos. Corresponde a los Ministerios y Secretarías Nacionales de cada jurisdicción favorecer el acceso y permanencia a las mismas, a los fines de garantizar el ejercicio de los derechos a la educación, salud, desarrollo humano y a cualquier otro aspecto que corresponda a los derechos económicos, sociales, culturales que completan y apoyan la crianza de los niños en su grupo familiar y de su vida en comunidad.

Medidas de Protección Integral de los Derechos: Medidas estatales de prevención secundaria, que habilitan la intervención ante situaciones en las que, por ausencia u omisión de políticas públicas, se vulneran u omiten cualquiera de los derechos.

Emanan del órgano administrativo competente local cuya finalidad radica en preservar, restituir, reparar o defender derechos (Art. 33).

La autoridad administrativa de cada ministerio/secretaría o en su defecto, la autoridad administrativa local competente a través de los consejos de protección y promoción de derechos son quienes tienen la obligación de restituir los derechos, para lo cual deben activar los mecanismos de exigibilidad, instando a las áreas que correspondan al cumplimiento de las políticas necesarias.

Las mismas tienen por finalidad la preservación y fortalecimiento de los vínculos familiares (Art. 35), y de ninguna manera implican la privación de la libertad. Esta medida viene a preservar o restituir a los NyJ, que han sido afectados por una situación conflictiva, el goce y ejercicio de sus derechos y a reparar las consecuencias de dicha vulneración. Medida prevista para los casos que se consideran excepcionales, ello implica evaluar la necesidad de separación de los NyJ de su familia.

Entre las medidas propuestas se encuentran programas que promuevan la convivencia con el grupo familiar de los NyJ, becas de estudio, inclusión y permanencia en programas de apoyo escolar, asistencia integral de la embarazada, inclusión de los NyJ y de las familias en programas destinados al fortalecimiento y apoyo familiar (Art. 37). Se deben establecer plazos para la ejecución de las mismas, a los fines de establecer un criterio indicativo común a las provincias, para que fijen su propia ley o reglamentaciones y plazos que contribuyan a garantizar el derecho a los NyJ.

Medidas de Protección Excepcional: Son relativas a los NyJ que se encuentran privados temporal o permanentemente de su medio familiar, dicho apartamiento se funda en

garantizar el Interés Superior del Niño (Art. 39). Es el órgano administrativo quien decide la medida, debiendo fundarse en sede judicial competente en un plazo no mayor a las 24 Hs.

La comunicación abre la revisión judicial en cuanto a la legalidad del acto administrativo, para que la autoridad judicial se pronuncie en un término de 72 hs, que se computan a partir del momento en que se recepciono la comunicación, previa citación y audiencia a los representantes legales de les NyJ en cuestión (Art. 40). Ahora la órbita judicial es quien administra la justicia y se encarga de garantizar el sistema.

Dichas medidas no pueden consistir en regímenes de privación de la libertad, sino que deben ser modos de colocación alternativa de les NyJ a los fines de protegerles con respecto a su identidad familiar, lazos con sus hermanes, origen étnico, continuidad en la escuela, religión, cultura.

3.2.2 Un Marco para la Intervención

El marco normativo vigente en nuestro país, es un instrumento fundamental que regule la intervención de las diversas profesiones en materia de niñez y juventud, a partir de las cuales se debe garantizar el pleno cumplimiento de los derechos de ciudadanía de les NyJ.

A Nivel Nacional

El instrumento por excelencia es la **Ley N° 26.061 de “Protección Integral de los Derechos a de los Niños Niñas y Adolescentes”**, normativa que según palabras de Segade (2018), debió adecuarse a la CIDN y a partir de la cual surge un cambio de

paradigma teórico. Aquello, conllevó a la necesidad de, por un lado, crear una multiplicidad de instituciones específicas de protección de los derechos de los NNyA tales como la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia (SENNAF), el Consejo Federal de Niñez Adolescencia y Familia (COFENAF), y el Defensor Nacional de los Derechos de NNyA, y por el otro, se debieron modificar las prácticas de cuidado tendientes a respetar, promover y restituir derechos vulnerados.

La misma reconoce a les NyJ como sujetos de múltiples derechos que están por encima de los derechos de les adultes, a la vez que obliga al Estado a que los garantice. Es un instrumento fundamental para poder garantizar no solo el acceso a derechos, sino también para restituir los derechos vulnerados.

La Ley N° 26.061 de Protección integral de los derechos de NNyA, fue sancionada el veintiocho de octubre del año 2005, y reglamentada por el Ejecutivo Nacional a través del decreto 415/06.

Esta normativa nace como un instrumento para dar respuesta a los problemas de las niñeces y las juventudes, en virtud de las complejidades del contexto sumado a las representaciones reduccionistas, paternalistas, invisibilizantes y opresoras de les sujetos, para lo cual la ley antecesora era ya obsoleta.

La CIDN incorporada a la Constitución en su Art.75. Inc. 22, fue la antesala impulsora de la presente normativa, al establecer en su Art. 4 la necesidad de tomar medidas en el plano legislativo, administrativo y judicial, por lo mismo las acciones concretas se plasman en la sanción de dicha ley.

Ley N° 26.994 Código Civil y Comercial: A partir de este nuevo Código que rige desde el año 2015, en el que la niñez y la juventud tienen un lugar central que se

representa en el derecho a ser oído, el respeto de su autonomía progresiva y el principio del interés superior del niño como principio rector que atraviesa todas las instituciones y actos jurídicos y administrativos que regula el Código Civil y Comercial, entre los que podemos rescatar: el cuidado de su propio cuerpo, el derecho a la comunicación con sus parientes, la adopción, el derecho a su identidad, los derechos y deberes de los progenitores para con sus hijos, entre otros.

Si bien los niños ejercen sus derechos a través de sus representantes legales, cuando cuentan con la edad y el grado de madurez suficientes, según el nuevo Código, pueden empezar a ejercerlos personalmente. Incluso en situaciones de conflicto de intereses con sus progenitores o representantes legales, los NyJ pueden ahora dar su opinión y hacerla valer con asistencia jurídica: "Abogado del Niño".

Ley N° 26.529, “Derechos del paciente” (2009) en su artículo 1º establece el ámbito de aplicación en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica. A los efectos de la presente ley se constituyen como derecho esencial en la relación paciente médico: la asistencia, el trato digno y respetuoso, el respeto a la intimidad, la confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria necesaria y por escrito para poder realizar interconsulta en el caso de requerirlo y considerarlo necesario.

A Nivel Provincial (Instancia Local)

Ley N° 9.944, de “Promoción y Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes” en adecuación a la Normativa Nacional 26.061, habilitando a la provincia a planificar sus propias políticas a través de las respectivas áreas ministeriales. La ejecución de las mismas será llevada a cabo a través de las instituciones, las cuales fueron creadas a

los fines de garantizar el cumplimiento de la norma, por lo cual se prevén mecanismos de seguimiento de la gestión en materia de prevención, promoción, protección, defensa y restitución de los derechos.

Los criterios de esta normativa, se adecuan a los criterios de la Normativa Nacional, pudiendo incluir nuevos aportes que tiendan a mejorar o reforzar derechos, pero de ningún modo pueden implicar un retroceso en materia de derechos, ya que atentan contra el espíritu de la norma.

A Nivel Municipal (Instancia Intersectorial).

Ordenanza N° 11.618/2009. A partir de la misma se crea el Consejo Municipal de Niñez y Adolescencia y Los Consejos Comunitarios de Niñez para cada uno de los CPC (12) de la Ciudad de Córdoba. Los Consejo Comunitarios consideraron necesario incorporar en sus reglamentos internos a organizaciones estatales y no gubernamentales no previstas en la ordenanza, pero que, al formar parte del espacio territorial de referencia, pueden intervenir con les NyJ y sus familias desde la perspectiva de derecho.

Desde los Consejos se convoca a las diferentes organizaciones que conforman los diferentes espacios a participar con el fin de promover la participación, fortalecer las redes y garantizar el cumplimiento de los derechos. Cada consejo preserva su autonomía de conformación de acuerdo a la realidad local del ámbito del CPC y de la existencia de redes previas.

Este consejo se propuso conformar dos espacios, con diferentes objetivos: a). Comisión de protocolos de intervención, cuyo objetivo se centra en avanzar en los aspectos de intervención en los Servicios de Protección de Derechos (SPD); b). Comisión de

Capacitación y Diagnóstico, cuyo objetivo responde a avanzar sobre el conocimiento de la situación diagnóstica de la Niñez y Adolescencia en Córdoba, planteando diversas estrategias de capacitación de los agentes públicos y por parte de las organizaciones de la sociedad civil.

Ordenanza N° 11.817/2010. “Sistema Municipal de Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes” (S.P.D), sancionada a partir del Decreto reglamentario N° 6.487/2011. Actúan en la jurisdicción geográfica de cada Centro de Participación Comunal (12 C.P.C) de la Ciudad de Córdoba. Hasta ahora, sólo hay 5 S.P.D sobre los 12 que deberían existir.

Este sistema tiene por función la Coordinación, Implementación y Ejecución de la Políticas Públicas que serán desarrolladas por las Secretarías del Ejecutivo Municipal, para promover la prevención, defensa y restitución de los derechos de las/os NNyA.

Mencionando a González del Solar (2005), podemos afirmar que el nuevo régimen legal de la nación que se corresponde con la Ley N° 26.061, crea el Sistema de Protección Integral de NNyA quedando integrado por organismos administrativos, judiciales y de control, de acuerdo a la instancia de ejecución que corresponda, son los encargados de diseñar, planificar, coordinar, orientar, ejecutar y supervisar las políticas públicas de gestión estatal o privada, de promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos que tiene la niñez (Art. 32).

La normativa N° 26.061, reconoce tres niveles en el sistema, siendo los mismos; federal, nacional y provincial, quedando la inserción de los municipios y comunas a merced de los convenios que cada provincia haga al efecto (Art. 42).

Interviene a través de políticas, planes y programas de promoción y protección de derechos. Para garantizar su funcionamiento, utiliza recursos económicos que deben ser distribuidos equitativamente.

3.2.3 Les Niños y les Jóvenes son Sujetos de Derechos

El niño o la niña son seres completos, dignos, son ciudadanos partícipes desde su condición de ciudadanía, su voz debe ser escuchada como se escucha la voz del adulto
Arias-Banegas (2017, p 132)

Con la celebración de la CIDN, la adhesión a tratados Internacionales, la sanción de Ley N° 26.061 y la modificación del Código Civil y Comercial, se produce un giro positivo en materia de derechos en lo que respecta a la concepción de las niñeces y las juventudes.

Al respecto nos aporta Segade (2018) que considerarles sujetos de derecho, supone una ruptura teórica y práctica con el paradigma tutelar, en el cual los NNyA eran objetos desviados, a los cuáles había que normalizar. Además, la CDN obliga a los Estados a respetar los derechos de NNyA y asegurárselos a cada uno. Esto significa que deben modificarse las prácticas al interior de sus instituciones y generar políticas públicas para garantizar el pleno goce de sus derechos.

Es a partir de estos instrumentos que se concibe a les NyJ en su condición sujetos de derechos y como tales titulares de todos los derechos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) que gozan les adultes más derechos específicos (recreación, protección prioritaria, entre otros), para lo cual se les debe contemplar en su condición de persona en crecimiento.

Las normativas vigentes acompañan al cambio de paradigma de protección integral, pero debemos destacar que ello no implica que a la fecha coexistan vestigio del paradigma tutelar, que inciden directa o indirectamente en el rol social, estatal y familiar, frente a los niños y jóvenes. Al respecto Arias-Banegas (2017) señala que ser sujeto es estar sujeto a la sociedad y esta se transforma por las fuerzas de poder del momento.

Remitir a sujeto sujeto es poner al descubierto el peso de la mirada adultocéntrica, desde la cual se coloca a los NyJ a un estado de subordinación y dependencia de los adultos (tienen el poder de decidir), por lo que no pueden ejercer plena y autónomamente su condición de ciudadanos.

La condición de ciudadanos a la que hacemos referencia, es la que habilita a los NyJ a que puedan ejercer un rol activo, lo cual implica “ejercer por sí mismos los derechos que les son reconocidos en función de su madurez y desarrollo, les incentiva y convoca a participar de los procesos tanto judiciales como administrativos, políticos, económicos, culturales, etc. (Principio de Autonomía Progresiva. CIDN. Arts. 3, 5, 12, 14, 27).

Entendemos, que a pesar de los avances significativos que se produjeron, todavía falta mucho camino por recorrer ya que ser sujeto de derechos desde la definición ética política implica como afirma Arias-Banegas (2017) que ser un sujeto con capacidad para decidir, hacer escuchar su voz en igualdad de reconocimiento, con capacidad de participar, donde las relaciones sean simétricas porque el otro es el reflejo de mi yo.

Hablamos de la participación de los NyJ, de su autonomía progresiva y de la capacidad de tomar sus propias decisiones, por lo que nos preguntamos ¿ellos, conocen sus derechos?. Cuando nos referimos a la atención en salud, ¿cuántos médicos hacen valer los derechos de los NyJ?

Plantear estos interrogantes nos llevan a reflexionar, repensar nuestro posicionamiento como adultos y gestar espacios para deconstruir pensamientos y prácticas que obstruyen y anulan el acceso de les NyJ a los derechos contemplados en las normativas vigentes.

Como adultos debemos esforzarnos al máximo para posibilitar el pleno cumplimiento del Interés Superior del Niño³⁵, el cual establece que se debe asegurar la máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y garantías. Vale decir que ya no será aceptable la imposición de acciones a les NyJ, por el contrario, es necesario acordar con ellos, incluir sus voces y opiniones en todo proceso que les involucre y fundamentalmente, ser permeables y receptivos para escucharlos.

Solo así estarán dadas las condiciones para garantizar el acceso al pleno cumplimiento de derechos y con ello se habilita a una literal aseveración de lo que implica ser “Sujetos de Derechos”.

3.2.3.1 La Autonomía y la Participación de les Niñes y les

Jóvenes

Nos parece interesante y necesario abordar los postulados de autonomía y protagonismo activo para dar cuenta de la importancia de incluir las voces de les NyJ en sus procesos de salud y enfermedad, entendiendo que son ellos quienes deben poder decidir sobre sus cuerpos, expresar plenamente los límites a los otros, a los fines de preservar su bienestar físico, mental y emocional.

³⁵ Interés Superior del Niño: art. 3 de la Ley Nacional N°26.061.

El Principio de Autonomía Progresiva, contiene dos principios fundamentales; el primero a partir del cual se reconoce a les NyJ como sujetos titulares de derechos, y el segundo por el cual se reconoce a la niñez como una etapa específica e indispensable del desarrollo humano.

De acuerdo a la CIDN este principio (en sus artículos N° 3º, 5º, 12, 14 y 27) faculta la posibilidad de les NyJ para ejercer por sí mismos, los derechos que se le reconocen en función de su madurez y desarrollo, por lo cual ejercerán gradualmente el ejercicio de sus derechos.

A partir de este principio, se incentiva y convoca les NyJ a participar de los procesos tanto judiciales como administrativos, políticos, económicos, culturales, etc., garantizándoles su derecho a ser oídos y que sus opiniones sean debidamente tenidas en cuenta de acuerdo a su edad y grado de madurez, operando como un límite al poder discrecional del Estado, y de los operadores jurídicos, sociales, educativos, sociales, sanitarios y administrativos en general que trabajan en clave de protección de la infancia.

Las TS, del SS tal como lo expresamos con anterioridad, se posicionan para intervenir desde los paradigmas de la protección y desde el de protagonismo social de les NyJ, dando cuenta con lo mismo que entienden que son les mismas quienes deben tener voz para decidir sobre sus vidas y los procesos que los involucran. En líneas con lo expresado es que recuperamos las palabras de las referentas cuando sostienen;

Les Niñes y les Jóvenes tienen el derecho a que se generen las condiciones necesarias para la promoción de la salud y para la prevención de enfermedades o padecimientos; por lo mismo es fundamental que puedan tener acceso a la información sobre su salud, a los fines de involucrarles en la participación de las

decisiones y acciones que hacen al cuidado integral de su salud, tanto en lo que hace a la prevención como a la atención requerida (Apunte para Residentes, p 5).

Es importante resaltar que, al ser el HIM, una institución de salud que brinda atención NyJ, coexisten diversas miradas en relación a los sujetos y de acuerdo a las mismas, no siempre se considera este principio, ya que no es algo que este instituido en las practicas hospitalarias, a pesar de que este reconocido legalmente.

Expresar esto, es dar cuenta que el reconocimiento de este derecho, en ciertas ocasiones puede estar sujeto al posicionamiento del profesional interviniente, lo cual se expresa en la siguiente afirmación:

No se puede generalizar, hay cierto personal médico, de enfermería y de psiquiatría que toman a los pibes como sujetos válidos y hablan con ellos, pero cuesta mucho todavía que su opinión sea tenida en cuenta a la hora de determinar el tratamiento, pero en algunos equipos se trabaja con esto (GF 2608).

Desde el SS, a las TS las interpela el compromiso ético y político de reconocer a los NyJ como sujetos protagonistas, reconociéndoles el derecho a decidir, por lo mismo en los diferentes espacios de capacitación propuestos por el SS intenta promover el principio de autonomía progresiva. A pesar de ello, no es una práctica que este instituida, sino que es un proceso permanente que se va intentando instalar.

3.2.4 Les Sujetos de la Intervención

Para el desarrollo de este apartado, hemos optado por marcar una diferenciación que nos permita delimitar quienes son nuestras sujetas de intervención de los sujetos con los que ellas intervienen.

Nuestras sujetas de intervención son las TS que conforman el equipo del SS del HIM. En su condición de asalariadas, profesionales, mujeres y feministas, habitan el espacio institucional y fijan posicionamiento crítico, ético, teórico político y social al momento de intervenir, adoptando la perspectiva de género y derecho.

Les sujetos con les que ellas intervienen son les NyJ, a quienes conciben como “sujetes de derecho, con voz propia, miembros de un grupo familiar, de una cultura, con un centro de vida particular³⁶” (Servicio Social, s/f, p 18).

Al tratarse de sujetos en crecimiento, para lograr su desarrollo pleno les NyJ necesitan contar con la presencia de les adultes, quienes operan en su condición de actores de cuidado, siendo les mismos: el Estado, la comunidad, las familias y les referentes afectivos.

Resulta interesante resaltar, que si bien, les sujetos en les que se focaliza la intervención son les NyJ, no se podría intervenir con les mismos sin contar con la presencia de las familias y/o referentes afectivos, en tanto núcleo fundamental que acompañan, apoyan y dan consentimiento para la realización de diversas prácticas de acuerdo a la autonomía progresiva, ya que como expresamos con anterioridad son sujetos en crecimiento.

La familia es una de las instituciones más reconocidas y a la cual se le han atribuido históricamente un sin fin de responsabilidades. Actualmente en su función de contenedora y formadora de les sujetos sociales, cumple un rol fundamental en la estructura social:

La familia es fundamental y también es muy reconocida por muchos sectores, por ejemplo, en la internación se tiene en cuenta todos los problemas por los que

³⁶ Ley 26.061; art.3, inc.-f: Centro de vida: entendido como el lugar donde las/os NNyA hubiesen transcurrido en condiciones legítimas, la mayor parte de su existencia.

atraviesan y se les intenta dar una solución. Es muy valorado y reconocido el rol (GF 0209).

Caracterizar a las familias y a los referentes afectivos es importante, ya que permite evaluar los condicionantes estructurales que actúan como obstáculos para la reproducción de sus vidas cotidianas, a la vez que proporciona instrumentos para definir las diversas estrategias de abordajes para las intervenciones.

Es pertinente destacar, que las percepciones en torno a la “familia” se han ido modificando con el transcurrir de la historia, producto de diversas variables a contemplar, tales como género, sexualidad, cuidado, cultura, poder, genética, reproducción, técnicas de reproducción asistida, trabajo, etc.

Las nuevas estructuras familiares que hoy se presentan, se han ido constituyendo desde sus particulares relatos, narrativas y biografías. Es por ello, que, en la actualidad, según las palabras de Carballada (2007) se ratifica como un concepto polisémico, ya que es atravesada por diversas variables históricas y contextuales.

Desde el SS, se toman en cuenta las particularidades de cada familia, su trayectoria, historia de vida, etc. Por lo mismo cada intervención implica un trabajo en conjunto desde el cual se co-construye con las familias para fortalecer sus potencialidades, lo cual responde al posicionamiento de abordaje de las profesionales que implica una perspectiva de derechos y de género.

3.3 Construyendo Legitimidad al Interior del Campo Sanitario.

Parecería que las personas dejan de ser ciudadanos y automáticamente se convierten en pacientes cuando ingresan por atención en el sistema público de salud...

*Es nuestra obligación y compromiso como agentes públicos del sistema de salud municipal revisar nuestra manera de mirar y de nombrar, a efectos de intervenir adecuadamente en esta compleja realidad social.
(Servicio Social, 2008)*

El TS, en tanto profesión, ha sido históricamente asociada a labores asistenciales y de cuidado, cuya actividad es atribuida a la figura femenina. Desde una perspectiva de género nos parece importante resaltar el lugar ocupado por la profesión, en sus primeros momentos como auxiliar de las otras profesiones, por lo general masculinizadas y luego a pesar de ir ganando territorios, sigue siendo un trabajo precarizado en tanto profesión feminizada, en relación a otras profesiones.

En este apartado apuntamos a dar cuenta de que cuando se hace alusión a la legitimación en torno a la profesión de TS, no sólo se remite mención al reconocimiento de otras profesiones en los diferentes espacios institucionales donde desarrolla sus prácticas de intervención, también se hace referencia a la sociedad, la cual a través de sus diferentes actores demandan la intervención de los profesionales.

Es precisamente en estas instancias donde los SS van construyendo legitimidad dentro de los escenarios en los que están insertos, en este caso dentro del HIM.

La trayectoria del SS del HIM es reconocida por el hacer de los profesionales, lo cual se plasma en la respuesta que dan a cada una de las demandas provenientes de diferentes sectores de la sociedad y también de otras instituciones que se referencian con el mismo:

Las interconsultas ingresan por guardia, internado, consultorios externos de especialidades, o bien por las personas que se acercan a solicitar asesoramiento.

También hay demandas espontáneas de gente que se acerca a ver cuestiones que tienen que ver con lo social, otros vienen también por distintas instituciones de salud,

por la escuela, la DEM, algún otro centro de salud, organizaciones de mujeres, bueno por organizaciones no gubernamentales también te pueden hacer alguna consulta, es como muy amplio (E1 p11).

En lo que refiere al reconocimiento de otros profesionales sostiene una entrevistada “hemos sido consultadas por gestiones, seguimientos y abordajes, ya que hay distintas lógicas de intervención” (GF 0210).

Por su parte las familias que acuden al SS para demandar intervención, implícitamente están dando un lugar particular a las acciones de las profesionales, lo cual se cristaliza en la siguiente expresión:

La virtualidad es un discurso, pero no todos tienen la posibilidad de acceso. Lo que tengo para rescatar de esta situación es la referencia de la gente en relación al Servicio Social. (...), me ha escrito gente que no tenía mi teléfono, capaz se lo dio algún médico (GF 0210).

Esta tarea, demanda de un trabajo con otros, lo cual en ocasiones se dificulta debido a que históricamente el lugar y reconocimiento que tienen otras disciplinas respecto de la profesión, la ubican según palabras de Bertona (2017), como auxiliar de la disciplina médica tanto por quienes diseñan, como por quienes operan las políticas sanitarias, delegándoseles tareas de índole operativas y/o instrumentales, que la colocan en un lugar subsidiario respecto al desarrollo teórico sobre la salud.

Esto nos lleva a reflexionar que en el ejercicio profesional, las TS, disputan batallas a diario ya que hay espacios en los que todavía no se dimensiona la magnitud del trabajo que se realiza desde el área del SS, a pesar de que esta disciplina en el campo de la salud pública, desde su especificidad profesional, intenta resolver las manifestaciones de la

cuestión social en una sociedad capitalista, participando activamente en espacios de discusión, creando nuevos sentidos y posicionamientos relativos al derecho a la salud.

Esto tiene su correlato a partir de la sanción de la Ley N°7.625/87³⁷ con la cual de acuerdo a Crosetto y otras (2014), la disciplina del TS se incorpora como parte de los profesionales de la salud y el ingreso al mercado ocupacional a través de concursos, clausurando así el espacio social y legitimándolo.

Al referir a la práctica profesional del TS de acuerdo a Parola (2020), se hace mención al conjunto de acciones que miembros del colectivo llevan adelante en función de normativas y marcos teóricos metodológicos y ético-políticos en un contexto institucional, con la finalidad de transformar situaciones problemáticas en función de demandas realizadas por sujetos diversos.

El trabajo social constituye su intervención a partir de las mediaciones de un modo particular de ver y que tiene como resultado un quehacer particular (Parola, 2020).

Allí, se hace mención al modo en que se construye la legitimidad en los diferentes espacios de actuación, ante las diferentes circunstancias, frente a los diversos capitales que se ponen en juego y que están disputando los actores por el reconocimiento.

Desde un consistente posicionamiento teórico, ético y político, las TS sustentan sus acciones, posicionándose frente a otras posturas y directivas del MMH. En la práctica concreta estas expresiones se ven plasmadas cuando se sostiene que:

Se deben librar batallas constantes, hay mucha preponderancia del modelo médico hegemónico (..) hay una disputa con los micro poderes constante(...) si bien el

³⁷ Ley N°7625/87: RÉGIMEN DEL PERSONAL QUE INTEGRA EL EQUIPO DE LA SALUD HUMANA. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-7625-123456789-0abc-defg-526-7000ovorpyel/actualizacion>

Servicio Social tiene cierta legitimidad, no terminan de entender todo lo que hacemos, nuestra forma de intervención, pero sí hay cierto reconocimiento, siempre se referencia, porque siempre está el hecho de que el servicio siempre queda cubierto, ante cualquier circunstancia hace de que todo el mundo lo referencie, derivan todo, después filtraremos nosotros pero si hay reconocimiento(...) las batallas se van dando día a día en defensa de las incumbencias profesionales (E3 p4).

Entendemos que, a partir de cada una de las acciones llevadas a cabo, tales como la elaboración de diagnósticos, la gestión de recursos, elaboración de informes, derivaciones, acompañamientos, etc.; las profesionales del SS, están disputando espacios a la vez que construyen legitimidad frente a otras profesiones.

Por lo mismo, pensar en el lugar que ocupa hoy el TS en los diferentes campos en los que interviene, es recuperar su historia de lucha, que le ha valido su reconocimiento en los diferentes espacios institucionales. Con un particular modo de intervenir, se posiciona con autonomía para tomar decisiones, diseñar estrategias y construir conocimiento fundado.

3.4 Trabajo Social es un Trabajo Artesanal

TS tiene la particularidad de ser una profesión que necesita la presencia de un “otro” para habilitar su intervención, la cual se inserta en el campo social para dar respuesta a las demandas sociales de los sujetos. El campo de la intervención social de acuerdo a Aquin (2010), se estructura, desestructura y reestructura en torno a las necesidades de los sujetos, los cuales son el objeto de intervención del TS.

Lo enunciado, nos da las primeras pistas para entender a qué queremos remitir cuando expresamos que TS es un trabajo artesanal, lo cual se traduce en el despliegue de múltiples estrategias para interpretar, decodificar y definir la demanda concreta de los sujetos.

La intervención demanda a los profesionales del TS un trabajo minucioso, en el cual debe estar presente una escucha atenta, un conocimiento previo de la situación, pero sobre todo se debe tener en consideración las implicancias de intervenir con sujetos diversos, inmersos en un entramado complejo que les atraviesa y les determina. Tener esto presente es reconocer lo expresado por Gattino (2015) cuando sostiene que intervenir es hacer sabiendo y el conocer, es haciendo.

Es precisamente allí donde fijamos nuestro posicionamiento de atribuir la cualidad de artesanal al TS, entendiendo que la misma añade un plus que se materializa en la aptitud creativa de los profesionales, desde la cual se habilita a la construcción de estrategias flexibles acordes al abordaje de cada caso. Al respecto nos aportan:

El laburo que acá se hace es sumamente artesanal, donde se tejen y construyen redes, donde se busca cubrir las necesidades. Hay que cuidar las redes y tratar de no romper las relaciones porque puede irrumpir en las intervenciones y perjudicar (GF 0909).

Yo formo parte del Estado, a pesar de que no hay políticas públicas que puedan cubrir todas las necesidades, nos la ingeniamos para dar respuestas. Nuestro rol es de servidoras públicas, la gente no debería agradecerlos por cumplir nuestro rol, por el cual cobramos un sueldo (GF 2608).

Para poder dar respuesta a las demandas, las TS en muchos casos no cuentan con todos los recursos necesarios, esto no implica que no existan políticas públicas, sino que los

recursos son escasos. Por lo que a la hora de intervenir deben generar estrategias artesanalmente, generando redes y aprovechando al máximo las herramientas con las que cuentan, por lo que se valen de las experiencias acumuladas a lo largo de sus trayectorias.

3.4.1 Funciones de Servicio Social

Nosotras tenemos una función para con un "otro".
Si la gente viene acá al hospital y necesita recursos,
nosotras como agentes del estado tenemos una función que cumplir
porque nos pagan un sueldo. La gente viene acá y vos la atendes.
(GF 2608).

Antes de abocarnos a dar cuenta de las diversas funciones que atañen a las TS que conforman el SS del HIM, nos pareció pertinente recuperar una concepción planteada por las mismas, en la que definen al TS hospitalario. Esta elección se funda en la consideración de que a partir de dicha concepción, podremos entender el sentido que le atribuyen las TS a sus prácticas interventivas. Ellas lo entienden como:

Profesión que orienta su intervención a la atención de necesidades materiales y no materiales de personas, familias y grupos que tienen dificultades para la reproducción de su existencia, agravada por la presencia de niños enfermos.

Promueven su vinculación con instituciones públicas y privadas que disponen o pueden crear satisfactores que permitan el ejercicio de los DERECHOS DE LOS NIÑOS, del DERECHO A LA SALUD y del DERECHO A LA SALUD como CIUDADANOS (Servicio Social, Presentación. D.2).

Las incumbencias de TS están definidas por el quehacer profesional, el cual se ha ido consolidando con el paso del tiempo, logrando acumular "una sólida formación teórico-

metodológica, que le otorga fundamentos suficientes para desarrollar una intervención profesional acorde a los requerimientos y demandas que generan las problemáticas sanitarias” (Servicio Social, Adjunto. P.2).

Desde el SS, las profesionales intervienen con sujetos portadores de diversas necesidades, atravesados por distintas realidades por lo que la función de las TS se piensa y se organiza en virtud de responder a la complejidad de lo social. Al respecto sostienen;

Delimitamos nuestra intervención a los niños, pacientes de este Hospital, que se encuentran en estudio y tratamiento de una patología. Nuestras intervenciones son en situación de crisis familiar por el impacto de un diagnóstico y la necesidad de un tratamiento prolongado (Servicio Social, Presentación del Servicio. D.4)³⁸ .

Las TS, intervienen ante situaciones que impliquen la vulneración de derechos de los NyJ, y las familias y/o referentes afectivos, por lo que les mismos demandan atención para la satisfacción de necesidades materiales, no materiales y simbólicas.

El abordaje de estas situaciones demanda a las TS el despliegue de estrategias, ante lo cual sostienen “activamos la red institucional formal e informal a través de la referencia y contrarreferencia para la contención social del niño y su familia” (Servicio Social, Presentación del Servicio. D.4).

Lo que habilita la intervención de las TS, es la demanda concreta (a partir de la interconsulta escrita, presentación espontánea, la derivación de internado, etc.) de los sujetos. El siguiente paso es la elaboración diagnóstica de la situación, para lo cual se torna necesario desplegar una serie de herramientas que permitan acopiar la mayor cantidad de

³⁸ Material proporcionado por el SS, en formato Power Point.

insumos a través de los cuales se podrá realizar una lectura más completa de las situaciones complejas demandadas.

Una de las herramientas a las que hacemos mención son las entrevistas a los sujetos (niños, jóvenes, miembros de las familias, referentes afectivos), que pueden llevarse a cabo con otros profesionales pertenecientes a la institución o bien a otras instituciones. Con este instrumento, los profesionales se proponen *“recuperar la trayectoria vital, los saberes acumulados de los individuos y sus grupos de pertenencia”* (Servicio Social. Ateneo. D.10).

Las TS en algunas ocasiones utilizan las entrevistas en domicilio, la regla general es realizarlas en consultorio o en el internado, puesto que entienden que es una manera de preservar la intimidad de los sujetos y no avasallar sus derechos. Al respecto sostienen:

Nosotras hacemos entrevista en domicilio, utilizándolas como herramientas y siempre se acuerda con la familia, por respeto y porque trabajamos desde los derechos humanos. Nosotras no vamos a violentar ningún espacio íntimo. Entramos y acordamos. La entrevista en domicilio debe tener objetivos claros, porque, aunque sea acordada no deja de ser una intromisión en el espacio íntimo familiar y tiene impacto, aunque uno trate de acordar, es alguien ajeno a la familia que se entromete en un espacio que es íntimo y que hay que respetarlo. La entrevista en domicilio es una herramienta que utilizamos sólo en algunos casos, no siempre (GF 3010).

Los insumos que se obtienen a partir de estos instrumentos, son vitales para poder elaborar diagnósticos sociales den cuenta de las distintas problemáticas por las que atraviesan los sujetos. También se llevan a cabo los informes socioeconómicos a partir de los cuales se pueden llevar a cabo la gestión de medicamentos, prótesis, estudios

especiales y otros que se pudieran requerir para hacer efectivos los derechos de les NyJ y sus familias y/o referentes afectivos.

Las TS deben coordinar con los servicios intra e inter hospitalarios y con las diferentes instituciones públicas y privadas con los cuales gestionan los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades. Un claro ejemplo de estas enunciaciones se plasma en las siguientes expresiones:

Hoy se cuenta con un solo neurólogo para todo el hospital. Esto produce que muchas veces desde el SS se articule con los centros de salud que demandan respuestas para poder gestionar. Ocupa más tiempo la gestión que el tratamiento, pero lo peor es que en el medio están los pibes que son los que lo padecen (GF 2008).

Actualmente no se cuenta con ginecóloga/o, por lo que la pediatra se encarga de esa tarea, para lo cual tuvo que hacer un curso (...). No se aborda la temática de sexualidad, cuando se puede se coordinan traslados con el Hospital Príncipe de Asturias, ya que se puede coordinar el protocolo de ILE³⁹, por medicación (GF 0608).

Acompañan a les NyJ y sus familias y/o referentes afectivos para concretar la efectivización de sus derechos. Acompañar implica trabajar en conjunto con todes les sujetos implicades, por lo que es fundamental el armado de redes, a través de las cuales se les contiene. Al respecto nos aportan:

Con los centros de salud es con los que más se articula ya que manejan la misma lógica, armar redes para generar respuestas a las demandas de los sujetos. La modalidad de trabajo que nos caracteriza mucho a los fines de movilizar recursos es la llamada, al presionar eso genera respuestas (GF 2608).

³⁹ Intervención Legal del Embarazo

Las TS se encargan de asesorar sobre temáticas referidas a: familia, niñez, adolescencia (insumos de salud, violencia familiar, recursos humanos, derechos de ciudadanía, discapacidad y enfermedades crónicas) lo cual permite ampliar la mirada de los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios y de los comités en los cuales participan.

Actualmente participan en los comités de fibrosis quística, el de enfermedades neuromusculares y de oncología, aportando al conocimiento de los determinantes socio-culturales en que se desenvuelven los NyJ y sus familias, así como las condiciones en que sostienen su salud integral. Sus funciones dentro de los comités se definen en tanto:

Podemos gestionar el recurso, pero también tenemos un rol de educadoras, también tenemos actividades de contención, hay como mucha variedad de cosas que podemos hacer en el proceso de acompañamiento de salud - enfermedad de la familia (E3 p6).

Además de participar en los comités, articulan con la ONG⁴⁰ del HIM para la gestión de recursos garantizando con lo mismo, el acceso a derecho de les NyJ:

La ONG, hace trabajo con los pibes y vinculados con los derechos de los pibes, hay ludotecas en las salas de espera, hay una radio en la sala de espera y tienen proyectos de acompañamiento adolescentes tienen como todo un laburo vinculado con la defensa y el reconocimiento de los derechos de los pibes en situación de hospital y por otro lado tienen un programa de asistencia de recursos por un lado y de remedios para quienes vienen al hospital (E2 P2).

⁴⁰ Asociación del Hospital Infantil, hace más de 20 años que esta activa en el HIM.

Articulamos por ejemplo recursos de transporte, o cobertura de medicación para pacientes que no están bajo el programa o que no cuentan con obra social, hacemos eso y hay un día en el año que se festeja el Día del Niño y el día de los derechos del niño y ahí si articulamos para programar los talleres que se dictan ese día, es una jornada que dura todo el día y está bueno el trabajo que se hace (E3 P7).

A pesar de tener autonomía, liberan a diario batallas para definir las incumbencias profesionales que se ven avasalladas frente al posicionamiento médico hegemónico.

Sostienen que en cada intervención el sentido de la responsabilidad las interpela para:

Abrir nuestras miradas, romper con preconceptos/prejuicios e incorporar nuevas conceptualizaciones teóricas, para poder intervenir integralmente, desde el enfoque de derechos. Así como brindar la información necesaria respecto al estado de salud, los requerimientos de tratamiento y las opciones con las que cuenta, tanto al niño como a sus responsables legales. Es necesario garantizar que esta información esté adaptada a la capacidad de cada sujeto y las prácticas deben ser explicitadas en Consentimientos y Asentimientos informados, según corresponda (Servicio Social, s/f. p.18).

Las TS entienden que son les NyJ los que teniendo el grado de madurez necesaria, deben decidir sobre sus cuerpos. Por lo tanto, todes les profesionales, deben proporcionarles siempre la información necesaria respecto a su estado de salud, los requerimientos de tratamientos y opciones de acceso a los mismos.

En cada uno de los comités en los que participan promueven el acceso a derecho, trabajan desde una perspectiva de género, apuestan a la interdisciplina y a la transdisciplina. Al respecto aporta Cazzaniga (2002) que la interdisciplina constituye una herramienta

necesaria para intervenir en lo social hoy por hoy, pero es desde la soledad profesional, que se puede dar respuestas a las demandas que se presentan a las instituciones; y tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos.

El trabajo en equipo es fundamental cuando se llevan a cabo intervenciones en lo social, ya que permite ampliar las miradas, por lo mismo se torna necesario desterrar prácticas omnipotentes, ya que las mismas perjudican a los sujetos:

Es importante no caer en la soledad, porque no puedes avanzar, porque no vamos a poder abordar la complejidad de la realidad social. Digo, desde el área de la intervención en salud, solo puedes abordar un área, un aspecto nomás y tiene que haber otros equipos que acompañen evidentemente. La omnipotencia es una de las cuestiones que uno tiene que trabajar a la hora de trabajar con otros. La idea es que siempre estemos acompañados por otros, así las características sean diferentes, o tengas otras limitaciones. A veces uno intenta poner un punto en común, con que acordemos dos o tres criterios es suficiente para un trabajo en común (GF3010).

Las TS en cada intervención se ven interpeladas a recurrir a mecanismos de autocuidado ante situaciones de extrema vulnerabilidad, que las sobrepasa y las expone, ya que no puede omitirse que, si bien están cumpliendo un rol, también son seres humanos y como tales la realidad las atraviesa, a veces calando tan profundo que las lleva a reconocer que son situaciones que no pueden afrontar:

El trabajar con otros es fundamental porque el otro- la otra no solo te ayuda a la claridad, sino que es el sostén, el acompañamiento entre nosotras. Yo creo que solas no se puede ser Trabajador Social en ningún ámbito, menos en un hospital.

Entonces es fundamental la presencia del otro, es fundamental la mirada, el acompañamiento, la escucha para poder estar acá (GF 3010).

A pesar de que intentan mantener la objetividad, estas situaciones van sentando precedentes para la adopción de estrategias: “es bueno poder objetivar que se te agotaron las posibilidades y advertir cuando llegaste al techo de la intervención y poder derivar, sino se termina generando un vínculo patológico” (GF 3010).

Por todo lo expuesto, desde el SS del HIM, las profesionales se responsabilizan por ampliar sus miradas, romper con preconceptos y/o prejuicios. Por lo mismo se preocupan y ocupan en incorporar nuevas conceptualizaciones teóricas para poder intervenir integralmente, desde el enfoque de derechos, para dar respuesta a las demandas de los sujetos.

3.5 Lo ético en la Intervención

*El límite de toda acción, es cuando se avasallan derechos
(GF 0909).*

Hacer alusión a la ética de acuerdo a Banks (1997), es referir a reglas y normas de conductas concernientes a lo correcto o incorrecto, o a lo bueno o malo, cómo por ejemplo el código de ética . Los profesionales son seres morales en constante reflexión ética.

La moralidad como compromiso deriva precisamente de la certeza de que el bienestar, e incluso la supervivencia, requieren algo más que autonomía y justicia: el reconocimiento y cumplimiento de derechos y deberes.

Particularmente al referir a la ética del TS, en palabras de Piñeros-Londoño (2008), hacemos referencia a un deber ser de la profesión, sustentado en principios, valores y

deberes, la mayoría consignados en los códigos profesionales, y otros resultantes de nuevos escenarios sociales que convocan nuevas prácticas y posturas de los Trabajadores Sociales.

Aludir al deber profesional, nos remite a lo que es correcto en el hacer de las prácticas cotidianas de encuentro con los otros con quienes se interviene desde la complejidad, para garantizar el cumplimiento de los derechos.

En el encuentro con los otros se juegan una multiplicidad de sensaciones, vivencias, emociones, etc., que implican un cuidar, tanto a los sujetos como a los profesionales.

Ante lo anteriormente planteado, nos parece pertinente tomar las palabras Alvado-García (2004) sobre la ética del cuidado. La misma se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que estamos inmersos, y de donde surge el reconocimiento de la responsabilidad hacia los otros. Se relaciona con situaciones reales: las necesidades ajenas, el deseo de evitar el daño, el ser responsable de otro, tener que proteger o atender a alguien, etc.

En cada intervención, la cual implica un encuentro con otros, se despliegan acciones intersubjetivas, las cuales tienen inevitablemente consecuencias que modifican en algún sentido el devenir de la vida de los sujetos. Al respecto se expresa: “trabajamos con intervención subjetivas, por ello el desafío es ser objetivos ya que trabajamos con sujetos” (GF 1410).

La mayoría de decisiones que se toman en el SS, implican una interacción compleja de aspectos éticos, políticos, técnicos y legales, los cuales están interconectados. Por lo mismo, el desafío de los profesionales se centra en definir sus incumbencias, guiadas por la ética profesional, a partir de la cual, se ponen en diálogo las convicciones ético-políticas y

los compromisos que llevan a los profesionales a decidir cómo actuar en cada momento frente a las complejidades del contexto.

Cabe destacar que las elecciones no se producen en el vacío, ni desde la soledad absoluta, por lo mismo resulta fundamental contar con un equipo donde poder apoyarse, trabajar en red, tener en claro los objetivos, no perder el eje, puesto que resulta inviable abordar la complejidad de la realidad social desde lo individual:

Cuando hablo de construir redes y estrategias, hablo de un posicionamiento político e ideológico que permitan trascender. El límite es el compromiso político e ideológico con los pibes en pos de defender sus derechos. Con eso no se transa, no se hace nada que vaya en contra de los derechos (GF 0909).

Hay que pensar las prácticas ante las nuevas movidas marcadas por las leyes y marcos teóricos, hay que tener cintura política profesional para trabajar. Siempre hay disputas de fuerzas, por ello se busca construir redes (GF 1410).

El ejercicio profesional de los TS, se encuentra enmarcado en la normativa N° 27.072 de la Ley Federal del Trabajo Social, la cual encuadra la labor profesional y rige sus prácticas; en lo que refiere al código de ética, aunque con ello no implica necesariamente que los profesionales deben estar colegiados para trabajar.

En cada intervención los profesionales buscan mejorar las condiciones de vida de los NyJ, y de sus familias, por lo mismo, desde el SS se trabaja para garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de los mismos.

Frente a situaciones de vulneración, avasallamiento y desprotección de los derechos, las acciones de los profesionales se orientan a la atención de su salud,

promoviendo y garantizando el bienestar de les NyJ. Por esto y en función de garantizarlo, proponen como su objetivo primordial “promover la salud integral de les niñas y les jóvenes”.



4. 1 Intervenir en la Complejidad: Atravesando Subjetividades

Las condiciones subjetivas y objetivas hoy para quienes trabajan en el ámbito de la salud no son las óptimas e ideales para generar cambios. Estar inmersas hoy en sus cuerpos y subjetividades hace que estas reflexiones sobre cambios sean transitorias, acotadas, revisables y precarias (Soldevilla y Ortolanis, 2020)

Incluir este título para el desarrollo del presente escrito fue algo movilizante para nosotras, por la implicancia del mismo para todes les actores inmerses y atravesades por las condiciones de un contexto tan particular.

En nuestra condición de estudiantas nos encontramos cursando nuestra última práctica pre profesional en el espacio del SS del HIM, por lo que debemos acomodarnos, reorganizarnos y ajustarnos a las nuevas condiciones que nos demanda e impone la realidad social.

Cada una de las decisiones impactan de modo diverso en nuestras vidas cotidianas, en nuestras subjetividades, pero entendemos que es necesario para co-construir conocimientos significativos con otros, y que los mismos a futuro sean un instrumento valioso para otros estudiantes y profesionales.

Es pertinente destacar que las profesionales del SS no están ajenas a los embates y secuelas que trae aparejada la pandemia, puesto que la misma impacta directamente en la vida cotidiana de les sujetos con les cuales intervienen. Lo que más se demanda hoy al SS son recursos básicos para la subsistencia:

La gente te plantea que no pueden salir a trabajar porque estamos en cuarentena. Hay gente que no tiene redes familiares por lo tanto no tiene ayuda informal de ningún lado, se mueven con las transferencias del Estado únicamente y eso hace que por ahí tengamos que estar gestionando cuestiones como bolsones alimentarios, eso lo hemos hecho y tenemos una reserva ahí y en la medida de lo que vamos valorando en la entrevista se le va entregando a la gente, pero si, básicamente lo que están demandando es eso (E3 p6).

Remitir a la vida cotidiana de los sujetos, en palabras de Heller (1970) es hacer mención al conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres, los cuales crean la posibilidad de la reproducción social. Es el espacio donde los sujetos conforman sus subjetividades e identidad social.

Es fundamental recuperar estos aportes para entender cómo se han modificado los abordajes desde las prácticas profesionales, y los impactos que han tenido directa e indirectamente en los profesionales.

Se torna imperioso incorporar todas las variables contextuales que atraviesan el espacio institucional, ya que a la pandemia se suma el conflicto gremial municipal, el cual incide en el estado de ánimo de los sujetos en su condición de asalariados:

Estamos acá con una gran contradicción porque si nos afecta porque los compañeros perdieron horas de trabajo es un avasallamiento a los derechos de los trabajadores en el marco de la pandemia la verdad que es bastante indignante que pasen esto ahora en lo particular nosotros estamos haciendo balances de las situaciones que hay una gran vulnerabilidad en salud y esto es bastante difícil a la

hora de generar medidas de fuerza que den cuenta de nuestro malestar sin vulnerar más aún el derecho de la población con la que estamos trabajando (E2 p4).

El nuevo escenario opera en las subjetividades de las TS, al dificultar el acompañamiento en los procesos de reflexión y construcción con los sujetos, al modificar la cotidianeidad de las mismas, por estar insertas en un espacio en donde se exponen constantemente y donde las invaden sentimientos de miedo ante lo desconocido, expresados en el temor a enfermarse o enfermar a sus familiares. En referencia a lo enunciado, sostienen:

Esta situación nos ha desbordado a todos, hoy la única forma de atención es la virtualidad, pero no toda la gente se adecúa a esta forma y tampoco tienen los recursos, por eso está bueno rescatar la referencia que tiene la gente con el servicio social y a pesar de no poder ir al hospital la gente lo sigue referenciando, y si bien tenemos que modificar prácticas permanentemente, me parece que vamos pudiéndolo hacer lo mínimamente posible para dar respuesta a la demanda (GF 0210).

En la cotidianeidad de las intervenciones son múltiples los atravesamientos, por lo mismo a diario se presentan infinidad de situaciones cada vez más complejas que demandan respuestas a las profesionales, según nos lo manifiestan las mismas al sostener que: “los casos son cada vez más complejos y las situaciones de los niños y niñas son más complejas dentro de las familias y demás, y nosotros trabajamos mucho con la vulneración de derechos, con maltrato, con abuso y otros” (E1 p32).

Esto nos lleva a destacar que las TS, no son ajenas a esta realidad, y que, a pesar de estar desempeñando un rol específico en la institución, son mujeres interpeladas en cada

intervención, donde se produce una mezcla de sensaciones por el hecho concreto de trabajar directamente con los niños y con mujeres.

Para no afectar el desempeño de sus prácticas, despliegan estrategias de autocuidado. Sostienen al respecto que:

Constantemente debemos hacer todo un ejercicio para entender que lo que hacemos acá es cumplir con un rol profesional. Hay involucramientos que te llevan a modos de pensar, de hacer o de actuar y a veces eso va en contra de lo que quieren los pibes, entonces esto es como un juego constante de decir hasta dónde sí y hasta donde no. Aunque uno tenga este juego en claro, de que una está acá trabajando, lo cierto es que cada historia te atraviesa, a pesar de que intentamos ser lo más objetivas posibles somos personas trabajando con personas, mujeres trabajando con mujeres y niños, entonces necesariamente nos atraviesa, nos preocupa, nos ocupa, nos duele (GF 3010).

La pandemia vino a ponernos a todos en jaque, nos sumió en un verdadero campo de juego en el cual nos vimos obligados a desplegar al máximo cada uno de los capitales que tenemos en nuestro haber.

Nosotras, formamos parte de este entramado campo social, en tanto contenedor y modelador de otros campos. Como estudiantes del campo educativo, en nuestro rol participantes activas desplegamos estrategias (grupos de WhatsApp, encuentros virtuales, llamadas telefónicas, etc.), que nos permitieran disputar con otros agentes (TS- del SS, docentes, compañeros) nuevos capitales (reconocimiento, espacios, conocimiento, etc.).

Me parece que esto de vayan estudiantes de la carrera al hospital es enriquecedor, si bien nos capacitamos, esto te hace estar actualizada porque ustedes van a traer cosas nuevas también. Entonces esa dinámica que se va a generar esta re buena (...) se aprende de los dos lados, lo que quiero que se entienda, es un proceso de retroalimentación, es de un lado y del otro, me parece genial que puedan asistir al hospital (E3, p8).

Hicimos uso y abuso del ejercicio empático y de las prácticas de cuidado colectivo, lo que esta pandemia nos enseñó, es a reivindicar que somos seres sociales, y como tales, definitivamente “individualmente” no se puede avanzar, ni superar las adversidades de la vida.

4. 2 Modificando Prácticas

*El aislamiento lo que ha hecho es
hacer visible la desigualdad social, la vulnerabilidad,
entonces la gente no tiene ni un centavo
para manejarse ni para comer.
(E1, p19)*

La cotidianeidad y la rutina no siempre son sinónimo de aceptación de los sujetos, por lo general se asocian con acciones monótonas, aburridas, desgastantes, y ello se debe a que quizás la esencia de los seres humanos demanda la presencia de aires nuevos y renovadores, de un cóctel de adrenalina que nos motive y nos anime a trascender, a sentirnos distintos.

La pandemia vino a mover nuestras estructuras, a desestabilizarnos, entonces nos replanteamos ¿siempre es mejor lo nuevo? La respuesta es ambigua, nos coloca en una

encrucijada al tener que decidir entre el confort que nos da la estabilidad ante lo conocido y la desesperación y el miedo ante situaciones desconocidas que pueden ser una amenaza.

Este nuevo escenario vino a interpelarnos, demandando mayor criticidad, responsabilidad y empatía. Se tornó necesario modificar las prácticas en todos los ámbitos, las medidas sanitarias globalizaron la vida cotidiana de todos.

En el HIM, al tratarse de una institución de salud, se pusieron en funcionamiento una serie de medidas protocolares, a partir de las cuales se pretendía cuidar a los trabajadores como a los usuarios: corredor sanitario, protocolos de ingreso, triage hospitalario, rotación del personal, atención de urgencias, suspensión del turnero, suspensión de cirugías, uso de equipos de protección como barbijos, máscaras, guantes, etc.

Lo primero que se hizo fue cerrar los accesos, se puso una carpa de acceso para entrar, solamente se ingresaba por un sector, inicialmente, yo creo que también se fue modificando. El aislamiento vino para quedarse por un tiempo largo, inicialmente todo parecía un rato, “es por ahora”, cuando se empezó a dimensionar que esto se quedaba, en este tiempo se empezaron a flexibilizar algunas cuestiones (E1, p17).

A la prohibición de circulación se sumaba otro hecho social concreto, paro de transporte, que venía a favorecer las medidas que apuntaban a reducir el flujo de circulación de personas en el hospital, sin dudas estas disposiciones agudizaban aún más la realidad social de los sujetos: “La gravedad de las cuestiones de salud y el impacto al interior de las familias aisladas, sin un centavo, sin comida y sin poder venir a un turno, a un control, a nada. Todo eso tuvimos que ver cómo asegurarlo” (E1, p19).

Desde el SS, las TS también debieron aggiornarse ante los atravesamientos contextuales, la intervención les demanda un plus de exigencias para poder dar respuesta a las demandas de los sujetos que están más vulnerables y con menos recursos, imposibilitados de acceder libremente, no solo a los espacios públicos y privados, sino también la dificultad para el uso de los nuevos canales de comunicación (por desconocimiento del uso de la tecnología, por no contar con dispositivos y/o redes de acceso):

Mucho del trabajo que hacemos lo hacemos vía telefónica, después la otra hace algo desde la casa y después se modificó por la gran cantidad de gente entonces venimos dos y una en la casa, eso como nivel asistencia y después a nivel abordaje tenemos el barbijo y la máscara (E2, p4).

La modalidad de atención de atención del SS debió modificarse de acuerdo a los protocolos establecidos. Como medida preventiva, para disminuir la circulación del personal hospitalario: “lo que hacíamos era cubrir una semana y descansar 14 días y eso tenía como un objetivo epidemiológico de que si presentabas algún síntoma lo presentarás en tu casa y no en el servicio, para preservar” (E3, p4).

En lo que respecta al abordaje de los casos, también se modificaron las estrategias de intervención pasando de la presencialidad a la virtualidad o bien la llamada telefónica, cada caso es particular por lo que responde a diversas lógicas de abordaje teniendo que evaluarse las condiciones de posibilidad de los sujetos:

El acompañamiento es diferente, ahora es telefónico, y obstaculiza mucho la gestión. No tanto en la gestión de recursos de salud porque gestionamos prótesis, medicamentos. La Municipalidad gestiona los recursos en provincia, entonces lo que

hacemos es mandar todo con el chófer al Ministerio de Desarrollo Social, ya que la gente no puede ir (E3, p2).

Otro cambio significativo con respecto al tipo de intervención, son las demandas de los sujetos, las cuales hoy van más allá del recurso hospitalario, enfocándose en la subsistencia, demandando a las TS urgente respuesta, lo que se ve plasmado en los siguientes enunciados:

Lo que más se demanda hoy, son recursos básicos para la subsistencia. La verdad que la demanda de recursos de salud está siempre. Lo que está pasando en este último tiempo, la gente te plantea “No pueden salir a trabajar porque estamos en cuarentena”. Hay gente que no tiene redes familiares por lo tanto no tiene ayuda informal de ningún lado, se mueven con las transferencias del Estado únicamente y eso hace que por ahí tengamos que estar gestionando cuestiones como bolsones alimenticios (E3, p4).

Tuvimos que gestionar bolsones que los llevamos al hospital porque la gente no come y en el medio está enferma y de gravedad y en el medio el paro de transporte, entonces estas situaciones fueron de alta tensión y nosotros estamos trabajando mucho con esta situación (E1, p19).

Las TS del SS, continuamente ponen el cuerpo y desarrollan una atenta mirada epistemológica desde la cual buscan desentrañar la complejidad. Las atraviesa una multiplicidad de situaciones que hace aflorar sus sensibilidades ya que las interpela constantemente ese “otro” que es sujeto de intervención:

Nosotras trabajamos todos los días con barbijo con una pantalla con las máscaras, ingresamos con una ropa, nos tenemos que quitar esa ropa ponernos otra. Cuando llegamos a nuestras casas nos tenemos que quitar la ropa, irnos a bañar. Es un esfuerzo, es un estar atento, es una exigencia ver cómo contener a alguien sin poder tocarlo ni abrazarlo. Nosotras somos muy corporales, digamos, a la hora de contener situaciones graves como un niño que se está muriendo y no lo podes abrazar, contener esas lágrimas, es mucho esfuerzo para adecuarnos a esto sin perdernos, ha sido muy difícil y en el medio te están avasallando tus derechos laborales (E1, p19).

A pesar de las adversidades que fueron atravesando durante el presente año, tanto en lo laboral, lo profesional y lo personal, las TS supieron traspasar los obstáculos, planteando nuevos desafíos que sientan precedentes al quehacer profesional, abordados siempre desde una mirada de derechos.



Vamos Cerrando... ¿Es el fin?

Hemos llegado al final de un largo camino transitado, el cual hoy nos marca el momento de cerrar un intenso, pero hermoso ciclo. Transitamos por diferentes momentos, en donde se nos presentaron situaciones límites en las que experimentamos, angustias, alegrías, frustraciones, expectativas, y un sinfín de sentimientos, que nos brindaron la posibilidad de adquirir nuevos aprendizajes.

Reconocemos que fue un desafío, pero logramos superar los diferentes obstáculos que se nos presentaron, para lo cual pudimos crear diferentes estrategias y alternativas para generar nuestro propio espacio, logrando aportar un instrumento que sea de utilidad para las profesionales del SS.

En este marco de referencia intentamos dejar plasmado el posicionamiento de las profesionales del SS, por lo que recuperamos sus voces, desde las cuales expresan sus sentires respecto a las leyes y reglamentaciones vigentes en torno a las niñeces y las juventudes en el campo social en general y en el campo de la salud en particular.

Desde este proceso se pretendió construir una retroalimentación epistémica fluida, por lo que se trabajó desde un abordaje crítico que contempló la perspectiva de derecho.

Realizamos un recorrido fructífero desde el cual pudimos ampliar nuestras miradas, por lo mismo nos interpelaron diversos interrogantes en relación a ¿cómo es posible que el modelo médico hegemónico desde su mirada reduccionista se siga imponiendo frente a los otros modelos de salud?

Este interrogante vino a develarnos una vez más que los diversos postulados coexisten como consecuencia de las prácticas enraizadas en el entramado social, y que costarán muchos años erradicarlas, o tal vez nunca se logre.

Esto nos impulsó a seguir indagando y de este modo nos permitió engrosar cada vez más el campo del saber y del conocimiento propio y colectivo, aspecto que creemos fundamental para la vida cotidiana de cada sujeto.

Estamos seguras que este no es el fin, por el contrario, es el inicio de un gran camino por transitar, que nos ha de conducir a nuevas vivencias, nuevos desafíos que nos permitan reivindicar y fortalecer la pasión por esta hermosa profesión.

Desandando el Camino: "Somos Hoy, lo Que Elegimos Ayer".

Hemos llegado hasta aquí y podemos decir que no ha sido para nada fácil. Haber transitado este largo camino nos ha colmado algunas veces de alegrías por los logros alcanzados, por les amigues ganades, y otras veces de tristezas por las distancias, los exámenes reprobados y los encuentros postergados.

Lo dulce y lo amargo hemos probado, las sonrisas y las lágrimas han aflorado, pero entendemos que todas y cada una de las vivencias experimentadas, son el fiel reflejo de quienes somos hoy. Consciente o inconscientemente trazamos nuestro camino y con ello imprimimos una huella al destino.

Esta loca y hermosa aventura inició allá por el año 2014, han transcurrido siete largos años, y ha llegado el momento de desandar el camino. Definitivamente nos une el

ideal de la lucha social, de la empatía, el respeto y la justicia, ideal que por azares del destino nos llevó a coincidir en la elección de esta hermosa carrera.

Dejamos de lado muchas cosas para optar por lo que realmente nos apasiona, esa voz interna que clamaba *“Naty, tenes que volver a la facultad”*, *“Gise no encontrarás en la psicología tu vocación”*. Tardamos muchos años en entender y dar entidad a esa tenue voz que con el tiempo tomó fuerzas y se hizo oír tan fuerte que nos condujo al camino indicado.

Llegó por fin el momento de decidir con convicción, la que hoy nos lleva a ratificar nuestra elección. ¿Fue difícil? Tal vez, pero fue necesario para crecer, transformar y aceptar que realmente ese es nuestro destino.

Hoy podemos decir con orgullo que este proceso nos transformó y fortaleció en todas las aristas de la vida, como mujeres, madre, hijas, hermanas, amigas, tías, colegas, esposas. Transitamos la agonía y dolor de tratamientos de embarazos no logrados, las pérdidas de seres queridos que no podíamos terminar de asimilar ante las urgencias y auto exigencias de cursar, aprobar, trabajar y llevar adelante la cotidianidad de organizar el funcionamiento familiar.

A pesar de las contingencias nunca estuvimos solas, siempre contamos con una mano extendida para sujetarnos, un oído presto a escucharnos, unos brazos afectuosos para acurrucarnos, y es precisamente en cada uno de esos pequeños gestos donde reivindicamos nuestra elección de esta bella profesión.

Somos mujeres que tuvimos la posibilidad de escribir nuestro destino, siendo hoy la primera generación en nuestras familias en alcanzar un título universitario. Es un orgullo para nosotras decir que esto no ha sido solo nuestro mérito, si bien pusimos las cuerpos en

cada espacio, en cada momento, tuvimos la dicha de contar con el apoyo incondicional de nuestras familias, amigos, compañeros y docentes.

No creemos en la meritocracia, ya que los logros nunca se dan individualmente, somos seres sociales y como tales necesitamos siempre de ese sostén que nos nutre y retroalimenta. La familia fue nuestro cable a tierra en todo este proceso, fueron nuestros afectos más cercanos quienes nos acompañaron las largas noches de estudio, nos escucharon una y mil veces repasar antes de cada examen y quienes nos apoyaron cuando queríamos bajar los brazos.

Siendo este nuestro último año de cursada nos interpelo a valorar más que nunca las redes de sostén y el rol del Estado en nuestras vidas, y en la de todes les sujetos. Hoy podemos decir con convicción firme, que somos afortunadas de vivir en un país maravilloso que con errores y aciertos puja para que todes les ciudadanes puedan acceder a sus derechos.

Muestra de ello es que contamos con el privilegio de acceder a la Universidad pública, gratuita y de calidad. Aunamos el hecho de contar con políticas públicas destinadas al sector educativo, entre las cuales podemos mencionar: el boleto educativo, el acceso a las becas estudiantiles (PROGRESAR) y de apuntes, espacio de pasantías, comedor universitario, intercambio cultural, consejerías, tarjetas telefónicas para acceder a internet, entre tantas otras.



Alvarado-García, A. (2004). La Ética del Cuidado. *Revista AQUICHAN*, 4(1), 30-39.

Recuperado de: <http://www.scielo.org.co>

Aquin, N. (s/d). Afinidades y desafinados en la ética profesional. Material de Cátedra.

Seminario de Ética y Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. UNC. Recuperado de: <https://sociales.unc.edu.ar>

Aquin, N. (2010). Fundamentos del Trabajo Social Comunitario. Material de Cátedra. Teoría

Espacios Y Estrategias de Intervención II. Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. UNC. Recuperado de: <https://sociales.unc.edu.ar>

Arias-Banegas, B. (2017). La infancia como sujeto de derechos. Un análisis crítico. *Revista*

Ratio Juris, 12(24). UNAULA. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es>

Asa-Laurell, C. (1994). La Salud: de Derecho Social a Mercancía. Nuevas Tendencias y

Alternativas en el Sector Salud. Biblioteca Virtual en Saúde. 194. Recuperado de: <http://bases.bireme.br>

Ase, I. y Burijovich, J. (2000). La Reforma del sector salud en Córdoba. El Náufrago de un

Piloto de Tormentas. Material de cátedra. Salud y Políticas Públicas. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. Recuperado de: <https://sociales.unc.edu.ar>

Ase, I. y Burijovich, J. (2003). Las políticas de salud en Córdoba: ¿Una oportunidad para el

fortalecimiento del paradigma asociativo? Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración. Recuperado de: <https://aaeap.org.ar>

Bank, S. (1997). Ética y valores en el trabajo social. Paidós.

- Bertona, M. C. (2017). La legitimidad del Trabajo Social en equipos de salud interdisciplinarios. *ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 1(2). Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar>
- Burijovich, J. y Pautassi, L. (2005). Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas. *Revista Serie Mujer y Desarrollo*, 60. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org>
- Carballeda, A. (1995). La Reconceptualización hoy. Material de cátedra. Trabajo Social I. Escuela superior de Trabajo Social, UNLP. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr>
- Carballeda, A. (2007). Algunos cambios en la esfera de la familia. Una mirada desde la intervención en lo social. Material de Cátedra. Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención III-Cátedra A. Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. UNC. Recuperado de: <https://sociales.unc.edu.ar>
- Carballeda, A., Barberena, M., Belzitti, M.C., Mendoza, M. y Capello, M. (2002). Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación. *Revista Margen Edición*, 27. Recuperado de: <https://www.margen.org>
- Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Revista Margen*, 27. Recuperado de: <https://www.margen.org>
- Crosetto, R., Bilavcik, C., y Paviolo, M. (2014). El desarrollo de la profesión de trabajo social en el campo de la salud pública en la ciudad Córdoba-historia y actualidad. XXVII Congreso Nacional de Trabajo Social. Recuperado de: <https://issuu.com>

De la Aldea, E. (2019). Cuidados en tiempos de descuido. LOM ediciones.

De La Guardia-Gutiérrez, M. A. y Ruvalcaba Ledezma, J.C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Revista Scielo*,5(1).

Recuperado de: <https://scielo.isciii.es>

Fazzio, A. (2018). La Niñez en la Argentina en el siglo XXI. Recuperado de:

<http://capacitasalud.com>

Fernández, T. y Tamaro, E. (2004). Biografía de Julio Argentino Roca. *Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea*. Barcelona. Recuperado de:

<https://www.biografiasyvidas.com>

Ferrandini, D. (2010). Salud: opciones y paradigmas. Material de Cátedra Salud y Políticas Públicas. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. Recuperado de:

<https://sociales.unc.edu.ar/>

Butelman, I. (2006). Pensando en las instituciones. Paidós.

Gattino, S. (2015). Una propuesta: Categorías variables y dimensiones. Diagnóstico y estrategias de intervención. Material de cátedra no editado. Teoría, espacios y estrategias de la intervención III. Facultad de Ciencias Sociales. UNC.

Recuperado de: <https://sociales.unc.edu.ar/>

González del Solar, J. (2005). Derecho de la Minoridad. Protección Jurídica de la Niñez. Ed. Mediterránea.

Grassi, E. (1989). La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana. Editorial Humanitas.

- Gutiérrez, A. (1997). Las prácticas sociales. *Arjé, Revista de Postgrado FACE-UC*, 8(14).
Recuperado de: <http://www.fhyics.unam.edu.ar>
- Heller, A. (2002). Sociología de la vida cotidiana. *Arjé, Revista de Postgrado FACE-UC*, 8(14).
Recuperado de: <http://www.arje.bc.uc.edu.ve>
- Iglesias, S. (1998). Un viaje a través de los espejos de los congresos Panamericanos del Niño. Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes, OEA. Recuperado de: <http://iin.oea.org>
- Jodelet, D. (1985). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Editorial Paidós. Recuperado de: <https://sociopsicologia.files>
- Korman, (1986). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Artículo publicado en CEO. *Revista Electrónica*, 7. Recuperado de: <http://huitoto.udea.edu.co/ceo/>
- Lalonde, M. (1974). Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es>
- Liborio, M. (2013). ¿Por qué Hablar de Salud Colectiva?. *Revista Médica Rosario*, 79. Recuperado de: <https://www.saludcolectiva-unr.com.ar>
- Liebel, M. (2005). Los movimientos de los Niños y Niñas Trabajadores. Un enfoque desde la Sociología. Academia Internacional para Educación, Psicología y Economía Innovativa (INA).
- Machinandiarena, P. (2011). El control social de la infancia. Su historia en occidente y Argentina. Material de cátedra, Ficha de cátedra. Seminario de Trabajo Social con

Niños y Adolescentes. Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales.
UNC. Recuperado de: <https://sociales.unc.edu.ar>

Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires. Grupo Editor de las Jornadas.
Recuperado de: <https://www.psi.uba.ar>

Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Revista Salud Colectiva*, 1(1). Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/scielo>

Parola, R. (2020). Problematizando las prácticas preprofesionales en Trabajo Social. Desafíos y perspectivas. *Revista de Trabajo Social*, 29. doi: 10.25100/prts.v0i29.8714

Pellegrino y Ruggieri W. (2012). Los Cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención. En busca del espacio del varón padre en las familias actuales. FDyCS-UNC. Recuperado de: <https://rdu.unc.edu.ar>

Peralta, M. I. Pinotti, G., Bossio, M.T. y Videla, V.C. (2016). Reflexiones sobre la dimensión ético-política de las prácticas profesionales desde los aportes de Enrique Dussel. Simposio N° 7: Movimientos sociales y práctica política, Eje c. La intervención social ante la constitución y demandas de los nuevos sujetos de la acción colectiva y crítica. Recuperado de: Material de Cátedra Seminario de Ética 2020.

Piñeros-Londoño, L. (2008). Ética y Trabajo Social: Una aproximación a los debates contemporáneos a partir de un estado del Arte. *Palabra N° 9*. doi.org/10.32997/2346-2884-vol.9-num.9-2008-214

Piotti, M. (2011). Los tres paradigmas sobre la infancia y la adolescencia y el trabajo social.

Ponencia colegio de profesionales del servicio social, Provincia de Córdoba.

Seminario de Trabajo Social con Niños y Adolescentes. Escuela de Trabajo

Social, Facultad de Ciencias Sociales. UNC. Recuperado de:

<https://sociales.unc.edu.ar>

Machinandiarena, A. P. (2011). De cómo surgió la infancia y los niños/as perdieron su

autonomía. El control social de la infancia. Material de Cátedra Seminario de

Trabajo Social con Niños y Adolescentes. Escuela de Trabajo Social, Facultad de

Ciencias Sociales. UNC. Recuperado de: <https://sociales.unc.edu.ar>

Sandoval-Ávila, A. (2001). Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional

del trabajo social. Editorial Espacio.

Schvarstein, L. (1992). Psicología social de las organizaciones. Nuevos aportes. Editorial

Paidós.

Segade, A. (2018). Reflexión sobre el Sistema de Protección Integral de los derechos de

niños, niñas y adolescentes. *Deudas y desafíos*. Recuperado de:

<https://doncel.org.ar>

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*,

6(3). Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar>

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas:

consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva

latinoamericanas. *Revista Argentina de Psiquiatría*. Recuperado de:

<http://www.psi.uba>

Talas-Chavarría, L. (2005). Hacia el cambio de paradigma en medicina: un reto en salud.

Revista de Trabajo Social, 68. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr>

Vaca-Narvaja, T. (2012). El cambio de paradigma en el marco legal vigente. Creative

Commons. Recuperado de: <https://www.unc.edu.ar>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de

prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33.

Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy>

Fuentes Documentales

Código de Ética del Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba.

(1996). Recuperado de: <https://www.trabajo-social.org.ar/codigo-de-etica/>

Constitución de la Provincia de Córdoba (1987). Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar>

Ley N° 9.944 (2011). Promoción y Protección Integral de los derechos de Las Niñas,

Niños y Adolescentes en la Provincia de Córdoba. Recuperado de:

<https://senaf.cba.gov.ar>

Ley N° 23.849 (1989). Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Recuperado

de: <http://servicios.infoleg.gob.ar>

Ley N°25.673 (2002). Salud Sexual y Procreación Responsable. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar>

Ley N° 26.061 (2005). Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Recuperado de: <http://www.jus.gob.ar>

Ley N° 26.529 (2009). Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar>

Ley 26.994 (2014). Código Civil y Comercial de la Nación. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar>

Ley Federal de Trabajo Social N° 27072/14 (año). Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar>



Aquin, N. (2020). Contexto de pandemia y sus implicancias en la intervención profesional.

Recuperado de: <https://youtu.be/iLLLOzXirnw>

Chen, C. (2020). Marco de referencia. Recuperado de: <https://www.significados.com>

Grassi, E. (2020). Pandemia, protecciones y protección de la sociedad. La necesidad del

Estado. Ciclo de Conferencias online. Recuperado de:

<https://www.facebook.com/watch/?v=285776412417500>

Ortolanis, E. y Soldevilla, A. (2020). Debates actuales del Trabajo Social, los contextos de

crisis, y la intervención en familias. Conferencias online. Recuperado de:

<https://www.youtube.com/watch?v=yr00I2qkAQ0>

<https://www.youtube.com/watch?v=qq9r-tXRqEU>

Material Institucional:

Echecolanea, C. y Giaime, G. (2018). Ateneo. Servicio Social Hospital Infantil Municipal.

Correspondiente.

Reconstrucción del Servicio Social del Hospital Infantil Municipal (Diapositiva PowerPoint).

Servicio Social Hospital Infantil Municipal (s/f). Aportes para la Deconstrucción de Saberes

Hegemónicos. Sistema de Protección Integral de derechos.

Servicio Social Hospital Infantil (s/f). Apunte para Residentes.

Servicio Social Hospital Infantil Municipal (s/f). Adjunto N°1 y 2: Los Determinantes Sociales

de la Salud.

