UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL

LAS PRÁCTICAS INTERDISCIPLINARIAS EN EQUIPOS DE SALUD. UN ANÁLISIS DE LAS TENSIONES EN LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ACERCA DEL ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL. TUCUMÁN 2011-2018

AUTORA: LIC. KARINA IVANNA JEREZ

DIRECTORA: DRA. MIRIAM DEL VALLE FARÍAS

AÑO 2020

RESUMEN

El objeto de investigación social de la presente tesis doctoral refiere a las prácticas interdisciplinarias con énfasis en la indagación de las tensiones que se generan en las estrategias de intervención de los Equipos Interdisciplinarios, en los casos de abuso sexual infanto-juvenil. El capítulo I expone las particularidades y alcances de la estrategia metodológica, desde un diseño flexible propio del enfoque cualitativo. El mismo se desprende del paradigma interpretativo de las ciencias sociales, tendiente a analizar la realidad o el fenómeno social, desde una mirada holística. Seguidamente, los capítulos -II y III- se centran en explorar y analizar con el apoyo de una diversidad de autores las categorías teóricas sustantivas vinculadas al presente estudio. Para continuar, en el primer momento investigativo se discute y reflexiona desde el trabajo empírico. Las categorías de interpretación surgen del proceso de análisis documental y del discurso manifestado/expresado en documentos oficiales (leyes fundamentalmente) referidos a políticas públicas, relacionados al abuso infanto-juvenil. Esta investigación se realiza desde un enfoque reflexivo y crítico de los datos cualitativos. En un segundo momento, se efectúan las entrevistas a los integrantes de los tres Equipos de salud interdisciplinarios que se desempeñan durante el período de 2011-2018. Las discusiones y reflexiones finales ajustadas al objetivo general de la tesis analizan las tensiones que emergen en las estrategias de intervención, en casos de abuso infanto-juvenil, abordados por los Equipos Interdisciplinarios luego de la implementación de la Ley Nº 26.061. Trazan lo reseñado con la intención de responder a los interrogantes, clara vinculación a las conjeturas y las nuevas preguntas que resultan insoslayables.

Palabras clave: Estrategias de intervención - Prácticas interdisciplinarias - Relaciones de poder - Equipo Interdisciplinario de Salud - Tensiones

REVIEW

The aim of social investigation of the present doctoral dissertation refers to interdisciplinary practices focusing on the enquiry of pressures generated in the intervention's strategies of Interdisciplinary Systems, in cases of children and adolescents sexual abuse. Chapter one exposes the features and extents of the methodological strategy, from a flexible design proper of the qualitative focus. This detaches the interpretative paradigm from social sciences, designed to analyze reality or the social phenomenon, from a holistic approach. Secondly, chapters two and three are targeted on explore and analyze with the assistance of varied authors the substantial theoretical classes related to the current study. In order to continue, in the first investigative point we argue and ponder from the empirical work. Interpretation categories emerge from the process of documental analysis and the expressed speech official records (namely laws) referred to public policies, related to infant-juvenile sexual abuse. This is carried out by means of a thoughtful and critical approach of qualitative data. In a second point, we carry out interviews to participants of the three healthy interdisciplinary Systems that work during the period of 2011-2018. Final discussions and considerations adjusted to the thesis general aim analyze the strains that emerge from intervention strategies, in cases of children and adolescents' abuse, approached by Interdisciplinary Systems after the Law Nº 26.061 was executed. They trace the outlined with the purpose to answer the interrogatives, clear association to the assumptions and new questions that result unavoidable.

Key words: Intervention strategies – Interdisciplinary practices – Power relationships – Healthy

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por el espíritu, la fuerza y la voluntad que me acompañaron en el proceso y culminación de esta Tesis Doctoral.

Gracias a toda mi familia, a mis padres Estela y Raúl, a mis hermanos Nancy, Daiana y Edgardo y a mi cuñada Belén. Son las personas que siempre me han brindado su afecto y apoyo de manera incondicional. Ellos son los pilares fundamentales, que a pesar de las tensiones vividas en la convivencia, me brindaron diversos aprendizajes y experiencias. Gracias por la paciencia, entendimiento y amor, a pesar de mis innumerables ausencias por mis estudios, a las reuniones familiares, asados, cumpleaños. Lo vivido me dio impulso para afrontar diversos desafíos y encontrar siempre la luz en etapas de profundad soledad, manteniendo la constancia y perseverancia a pesar de las adversidades presentadas.

Gracias a mis profesores, tutores, colegas, compañeros y amigos por todo lo compartido en las aulas, cursos y talleres de la carrera de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Tucumán y del Doctorado en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

Gracias a todos los docentes, especialmente a la Directora del Doctorado, Doctora Alicia González Saibene, por la excelencia y calidad de sus clases magistrales y disertaciones, por el trato, apoyo y reconocimiento que hicieron posible enfrentar los diversos obstáculos y la distancia durante el cursado del Doctorado. Ciertamente, es un enorme placer haber compartido esta experiencia académica gratificante que me ha formado y acompañado en el proceso de esta investigación social.

Gracias a mis compañeros y compañeras de la cohorte del Doctorado. Gracias a mi ex directora de Tesis Doctoral, Doctora Silvia Bacci, por su guía y aportes críticos que enriquecieron mi trabajo de investigación. De igual manera, quiero agradecer y reconocer a la Magister Inés Suayter y a la profesora y

Licenciada Maria Nélida Mena por sus orientaciones y conocimientos. De manera especial deseo expresar mi profundo agradecimiento a la Directora de Tesis, Doctora Miriam del Valle Farías, por su profesionalidad, dedicación y acompañamiento, lo cual fortaleció mi compromiso académico y rigor científico. A todas estas personas va dirigido mi profundo respeto y valoración. Ellas han sido mis maestras para afrontar los retos de este complejo y dinámico proceso que implica toda investigación social.

Gracias a los profesionales médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados y supervisores de agentes socio-sanitarios de los tres Equipos de salud. Destaco su familiar trato, su visión crítica, como así también su autocrítica. Agradezco, además, a los colegas trabajadores sociales del SIPROSA. Gracias a los que participaron de este estudio, ofreciendo su mirada reflexiva y crítica desde el interior de las prácticas interdisciplinarias cotidianas.

ÍNDICE CONTENIDO

RESUMEN 3
REVIEW 5
GLOSARIO DE SIGLAS 19
INTRODUCCIÓN 21
1. Descripción del Problema. Justificación y alcance del estudio 21
2. Objetivos 25
3. Antecedentes investigativos 25
4. Enfoque teórico del estudio 29
5. Enfoque teórico-metodológico 33
6. Contenidos del trabajo. Índice comentado 37
CAPÍTULO I: Estrategia Metodológica 41
1.1. Alcances y particularidades. La investigación y los paradigmas 42
1.1.1. El enfoque cualitativo 44
1.1.2. Nivel y diseño de la investigación 49
1.1.3. Fuentes primarias y secundarias 50
1.2. Técnicas de recolección y análisis de datos 51
1.3. Población y muestra 54
1.4. Triangulación 55
1.5. Contexto del estudio/referente empírico/población 55
1.5.1. Sistema Provincial de Salud. Organización 57
1.5.2. El SIPROSA en la Provincia de Tucumán 59
1.5.3. Situación de la pobreza en la provincia de Tucumán 61
1.5.4. Los determinantes de la salud como campo de la salud 62
1.5.5. Los Equipos de Salud Interdisciplinarios: El Caso Lucía 64
1.6. Resumen del capítulo 65
CAPÍTULO II: Prácticas interdisciplinarias 69
2.1. Las prácticas. Aproximación conceptual 69

2.2. La salud: un análisis de los supuestos epistemológicos 74
2. 3. Prácticas hospitalarias/Prácticas de poder.....83
2.3.1. Poder.....88
2.3.2. Interconsulta: la práctica hospitalaria o práctica de poder, versus práctica interdisciplinaria 93
2.4. Interdisciplina.....100
2.5. Diferencias entre grupo y equipo 107
2.6. Equipo interdisciplinario.....117
2.7. Institución.....124
2.8. Resumen del capítulo 128
CAPÍTULO III: Estrategias de Intervención 133
3.1. Indagaciones preliminares.....134
3.2. Concepto de estrategia: La planificación normativa y estratégica.....135
3. 3. La voz estrategia en el campo de la salud 141
3.4. Trabajo Social: La estrategia de intervención como una construcción histórica 145
3.5. La intervención fundada e intervención indiscriminada 165
3.6. El concepto de sujeto construido.....170
3.7. La intervención interdisciplinaria en los casos de abuso sexual infanto juvenil.....174
3.8. Resumen del capítulo 177
CAPÍTULO IV: Primer momento investigativo.....185
4.1. Análisis documental 186
4.1.1. Análisis e interpretación – matriz conceptual 186
4.1.2. Consideraciones previas al análisis 189
4.2. Matriz conceptual del marco legal a nivel nacional.....195
4.3. Matriz conceptual del marco legal a nivel local.....206
4.4. Fundamentos para la elaboración de un Protocolo Interinstitucional sobre la problemática del ASIJ 209
4.4.1. Protocolo Interinstitucional – ASIJ Tucumán 211
4.4.2. Abordaje del ASIJ en el SIPROSA según Ministerio de Salud de la Nación.....215
4.5. Políticas Públicas y ASIJ 218

4.6. Intervenciones judiciales sobre las situaciones de abuso sexual.....225
4.7. Resumen de este capítulo.....231
CAPÍTULO V: Trabajo de Campo… segundo momento.....237
5.1. Descripción del Proceso investigativo: segundo momento.....238
5.2. Informantes clave – descripción.....244
5.3. Observación participante. Notas.....247
5.4. Caracterización de los Equipos Interdisciplinarios.....253
5.5. Aproximaciones conceptuales: Equipo Interdisciplinario e Intervenciones Interdisciplinarias.....262
5.6. Resumen del capítulo.....273
CAPÍTULO VI: Trabajo de Campo -tercer momento.....277
6.1. Recapitulación del Proceso investigativo.....278
6.2. Intersectorialidad. Miradas/enfoques/ perspectivas.....285
6.3. Subjetividad – relaciones vinculares.....294
6.4. Protocolo – Estrategia.....304
6.5. Fortalezas y debilidades.....373
6.6. Resumen del capítulo.....386
DISCUSIONES O REFLEXIONES FINALES.....397
BIBLIOGRAFÍA.....423

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1.1:	Provincia de Tucumán. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por departamentos. Años 2001-2010.	Página N° 56.
Cuadro Nº 1.2:	Organización y funcionamiento.	Página N° 58.
Cuadro N° 1.3:	Áreas programáticas.	Página N° 59.
Cuadro Nº 1.4:	Tasa de hogares y personas bajo LP y LI. San Miguel de Tucumán - Tafí Viejo. Período: 2do. Semestre 2016 - 1er. semestre 2019.	Página N° 62.
Cuadro N°3.1:	Enfoque de APS.	Página N° 144.
Cuadro N°5.1:	Composición de los Equipos Interdisciplinarios.	Página N° 242.
Cuadro N°5.2:	Integrantes, servicios y disciplinas según Equipos.	Página N° 245.
Cuadro N°5.3:	Formación y experiencia de los integrantes de los Equipos.	Página N° 246.
Cuadro N°5.4:	Personas que participaron en la recolección de datos y su especialidad. Especialidad de los Informantes clave.	Página N° 247.
Cuadro N°5.5:	Expresiones de entrevistados. Equipo Nº2.	Página N° 250.
Cuadro N°5.6:	Caracterización de equipos interdisciplinarios que conforman la unidad de análisis. Primer equipo de estudio.	Página N° 254.
Cuadro N°5.7:	Caracterización de equipos interdisciplinarios que conforman la unidad de análisis. Segundo equipo de estudio.	Página N° 258.
Cuadro N°5.8:	Caracterización de equipos interdisciplinarios que conforman la unidad de análisis. Tercer equipo de estudio.	Página N° 259.
Cuadro N°5.9:	Equipo Interdisciplinario y sus aproximaciones conceptuales. Equipo N°1.	Página N° 263.
Cuadro N°5.10:	Equipo interdisciplinario y sus aproximaciones conceptuales. Equipo N°2.	Página N° 265.
Cuadro N°5.11:	Equipos y sus aproximaciones conceptuales– Equipo N°3.	Página N°269.

ÍNDICE DE MATRICES CONCEPTUALES

Matriz conceptual N°2.1:	Conformación de un equipo de salud interdisciplinario.	Página N° 123.
Matriz conceptual N°4.1:	Prácticas Interdisciplinarias. Subcategorías. Aspectos de la realidad.	Página N° 187.
Matriz conceptual N°4.2:	Marco legal a nivel nacional.	Página N° 196.
Matriz conceptual N°4.3:	Derechos a la Protección de la Salud.	Página N° 202.
Matriz conceptual N°4.4:	Leyes nacionales de avance positivo.	Página N° 205.
Matriz conceptual N°4.5:	Marco legal de la provincia de Tucumán y su adecuación al Sistema de Protección Integral.	Página N° 207.
Matriz conceptual N°4.6:	Datos estadísticos e informes.	Página N° 208.
Matriz conceptual N°4.7:	Políticas públicas relacionadas al abuso sexual infanto-juvenil a nivel local. Matriz de análisis integral.	Página N° 224.
Matriz conceptual N°5.1:	Caracterización de los Equipos interdisciplinarios.	Página N° 272.
Matriz conceptual N°6.1:	Categorías y subcategorías del objeto de estudio.	Página N° 278.
Matriz conceptual N°6.2:	Relaciones intersectoriales.	Página N° 292.
Matriz conceptual N°6.3:	Equipo N°1 - Subjetividad.	Página N° 299.
Matriz conceptual N°6.4:	Equipo N°2-Subjetividad.	Página N° 301.
Matriz conceptual N°6.5:	Equipo N°3-Subjetividad.	Página N° 302.
Matriz conceptual N°6.6:	Equipo N°1-Metodología del trabajo interdisciplinario.	Página N° 329.
Matriz conceptual N°6.7:	Equipo N°1-Estrategias de intervención.	Página N° 330.
Matriz conceptual N°6.8:	Equipo N°2-Metodología del trabajo interdisciplinario.	Página N° 344.
Matriz conceptual N°6.9:	Equipo N°2-Estrategias de intervención.	Página N°345.
Matriz conceptual N°6.10:	Equipo N°3-Metodología del trabajo interdisciplinario.	Página N°351.
Matriz conceptual N°6.11:	Equipo N°3-Estrategias de intervención.	Página N° 352.
Matriz conceptual N°6.12:	Equipo N°1-Institución.	Página N° 352.
Matriz conceptual N°6.13:	Equipo N°2-Institución.	Página N° 353.
Matriz conceptual N°6.14:	Equipo N°3-Institución.	Página N° 353.
Matriz conceptual N°6.15:	Equipo N°1-ASIJ.	Página N° 354.
Matriz conceptual N°6.16:	Equipo N°1-Problemática de ASIJ.	Página N° 354.
Matriz conceptual N°6.17:	Equipo N°2-ASIJ.	Página N° 354.
Matriz conceptual N°6.18:	Equipo N°2-Problemática de ASIJ.	Página N° 355.
Matriz conceptual N°6.19:	Equipo N°3-ASIJ.	Página N° 356.
Matriz conceptual N°6.20:	Equipo N°3-Problemática de ASIJ.	Página N° 356.

Matriz conceptual N°6.21:	Equipo N°1-Interdisciplinariedad.	Página N° 357.
Matriz conceptual N°6.22:	Equipo N°2-Equipo Interdisciplinario.	Página N° 358.
Matriz conceptual N°6.23:	Equipo N°3-Trabajo Interdisciplinario.	Página N° 360.
Matriz conceptual N°6.24:	Equipo N°3-Grupo Interdisciplinario.	Página N° 360.
Matriz conceptual N°6.25:	Equipo N°3-Interdisciplina.	Página N° 361.
Matriz conceptual N°6.26:	Equipo N°1-Prácticas Profesionales.	Página N° 362.
Matriz conceptual N°6.27:	Equipo N°2-Prácticas Profesionales.	Página N° 363.
Matriz conceptual N°6.28:	Equipo N°3-Prácticas Profesionales.	Página N° 364.
Matriz conceptual N°6.29:	Equipo N°1-Paradigma de protección integral.	Página N° 364.
Matriz conceptual N°6.30:	Equipo N°1-Ley de protección.	Página N° 365.
Matriz conceptual N°6.31:	Equipo N°2-Sistema de protección integral.	Página N° 365.
Matriz conceptual N°6.32:	Equipo N°3-Ley de protección.	Página N° 366.
Matriz conceptual N°6.33:	Equipo N°1-Dispositivo.	Página N° 366.
Matriz conceptual N°6.34:	Equipo N°2-Dispositivo.	Página N° 366.
Matriz conceptual N°6.35:	Equipo N°3-Dispositivo.	Página N° 366.
Matriz conceptual N°6.36:	Equipo N°1-Proceso de constitución del Equipo.	Página N° 368.
Matriz conceptual N°6.37:	Equipo N°2-Proceso de constitución del Equipo.	Página N° 368.
Matriz conceptual N°6.38:	Equipo N°3-Proceso de constitución del Equipo.	Página N° 368.
Matriz conceptual N°6.39:	Equipo N°1-Comunicación.	Página N° 369.
Matriz conceptual N°6.40:	Equipo N°2-Comunicación.	Página N° 369.
Matriz conceptual N°6.41:	Equipo N°3-Comunicación.	Página N° 369.
Matriz conceptual N°6.42:	Equipo N°1-Tiempo y procesos legales.	Página N° 371.
Matriz conceptual N°6.43:	Equipo N°2-Tiempo y procesos legales.	Página N° 371.
Matriz conceptual N°6.44:	Equipo N°3-Tiempo y procesos legales.	Página N° 371.
Matriz conceptual N°6.45:	Equipo N°1-Sistema de salud.	Página N° 372.
Matriz conceptual N°6.46:	Equipo N°2-Sistema de Salud.	Página N° 372.
Matriz conceptual N°6.47:	Equipo N°3-Sistema de Salud.	Página N° 373.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1: Determinantes sociales. Página N° 63.
Figura N°2: Proceso de actuación Sanitaria en Caso de ASIJ. Página N° 217.
Figura N°3: Mapa conceptual de Instituciones. Página N° 294.

GLOSARIO DE SIGLAS

ADC: Asociación por los Derechos Civiles

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

APS: Atención Primaria de la Salud

ASI: Abuso sexual infantil

ASIJ: Abuso sexual infanto-juvenil

CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud

CC: Código Civil

CDN: Convención Internacional sobre los Derechos del Niño

CIC: Centro Integrador Comunitario

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud

CIPPEC: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento

CJT: Centro Judicial Tucumán

DINAyF: Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia

DRAE: Diccionario de la Real Academia Española

DSM: Manual Diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales

ECRO: Esquema Conceptual, Referencial y Operativo

ESI: Educación sexual integral

ILE: Interrupción legal del embarazo

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

JUFEJUS: Junta Federal de Cortes y Superiores Tribunales de Justicia de las Provincias Argentinas y Ciudad Autónoma de Buenos Aires

LI: Línea de indigencia

LP: Línea de pobreza

LPI: Protección Integral de los Derechos de NNyA

MIJ: Maltrato Infanto Juvenil

NNyA: Niñas, Niños y Adolescentes

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PE: Planificación estratégica

PEN: Poder Ejecutivo Nacional

PES: Planeamiento Estratégico Situacional

PN: Planificación normativa

PNSSyPS: Programa Nacional de Salud, Sexual y Procreación Responsable

RAE: Real Academia Española

SIPROSA: Sistema Provincial de Salud

SNAyF: Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia

SPF: Servicio Penitenciario Federal

SPF: Servicio Penitenciario Federal

UNICEF: Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCIÓN

1. Descripción del Problema. Justificación y alcance del estudio

La implementación de la Ley Nacional Nº 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, sancionada en el año 2005 marcó un cambio importante en las prácticas profesionales, promoviendo la formación del Sistema de Protección Integral de los derechos de la niñez, adolescencia y familia, para una mejor intervención en los casos de abuso infanto-juvenil, en todo el territorio de la República Argentina.

El objeto de estudio de esta investigación refiere a las prácticas interdisciplinarias, énfasis en la indagación de las tensiones que se generan en las estrategias de intervención de los Equipos Interdisciplinarios, al intervenir en casos de abuso sexual infanto-juvenil (ASIJ).

A partir de un sucinto recorrido legal en la provincia de Tucumán. El 21 de mayo de 2010, la Honorable Legislatura de la provincia, sancionó la Ley N° 8.293 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en adelante NNyA, garantizando el pleno goce de los derechos consagrados en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN) del año 1989 y, la antes citada Ley Nacional.

El trabajo de magistrados y funcionarios, durante los años 2009-2010, posibilitó la creación del "Protocolo Interinstitucional para la Atención de las NNyA Víctimas o Testigos de Abuso Sexual o Violencia", formalizado en la Acordada Nº 669/2011 del Centro Judicial Tucumán (CJT). En su creación intervinieron Hernán Monath representante del Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Claudia López, jueza civil de Familia VIª Nominación, coordinadora del grupo de trabajo a nivel local.

El citado Protocolo Interinstitucional, en correspondencia con el Sistema de Protección Integral de NNyA, se plasma en una política estatal de dos poderes del Estado, el Ejecutivo y el Judicial, herramienta que contribuye a la implantación de la práctica de los profesionales, abordada desde el equipo interdisciplinario en el ámbito de la salud pública. Recientemente, según Acordada N° 295/2017 se aprobó el Protocolo Interinstitucional del Sistema de Protección de NNyA. Éste define el abuso sexual y la violencia de NNyA, aludiendo a procesos de intervención.

El interés en el análisis del tema nace a raíz de la experiencia personal/profesional, en el marco del ex Comité de Maltrato Infantil, integrado por un grupo de profesionales del Hospital del Niño Jesús, de la provincia de Tucumán, durante el período 2005-2008. Se considera además, la tesina de grado realizada en el año 2010, en la Universidad Nacional de Tucumán: "El abuso sexual intrafamiliar. Una mirada interdisciplinaria desde el Trabajo Social". Así también, el actual desempeño laboral en el Servicio Social del Hospital del Niño Jesús en casos de ASIJ.

Importa también, mencionar las reflexiones teóricas, metodológicas y epistemológicas surgidas de las prácticas interdisciplinarias realizada por la autora de esta tesis.

La conformación de equipos de salud interdisciplinarios, pertenece al Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) de la provincia de Tucumán. Dadas las exigencias de las complejas problemáticas sociales que se presentan en el ámbito institucional, muchos de los profesionales se ven implicados por sus competencias en las acciones y/o decisiones. En este ámbito se ponen de manifiesto las tensiones que se producen en las prácticas interdisciplinarias de los equipos de salud y en el desarrollo de las estrategias de intervención acerca del ASIJ. A su vez, cada profesional despliega un conjunto de respuestas calificadas y legitimadas desde un marco científico que da respuesta a la situación problema

con métodos y posturas que promueven la construcción de estrategias de intervención dentro de un determinado espacio institucional.

Esta investigación problematiza el objeto de estudio, provocando una serie de rupturas sistemáticas. La postura inicial fue la de romper con las representaciones que el sentido común se hace de la realidad social, destruyendo la ilusión de transparencia del mundo social, como práctica de la duda radical, según Pierre Bourdieu (2005).

Por tanto, se presenta una serie de reflexiones sociopolíticas acerca de los procesos que atribuyen al ASIJ el status de problema social. Se ubica la discusión en el terreno del Estado, el Derecho y la Política. Se muestran las claves de interpretación acerca de cómo emergen las tensiones en relación con los actores participantes. Por otra parte, ¿cuáles son las estrategias de intervención de los equipos de salud en sus prácticas interdisciplinarias?

De allí surge el problema teórico que guía y acompaña el estudio, indaga e interroga acerca de: ¿Cuáles son las tensiones que emergen cuando los Equipos Interdisciplinarios de Salud Pública aplican las estrategias de intervención para abordar casos de abuso infanto-juvenil en Tucumán entre los años 2011 y 2018?

Es por ello que en esta investigación social, la categoría tensión presenta varios usos y significados. El origen etimológico de la misma se encuentra en el vocabulario proveniente del latín *tensĭo,* y del italiano *tensione*. También, el Diccionario de Trabajo Social define la tensión social como: "Dícese de un estado en el seno de una sociedad determinada en la cual una especie de carga emocional se produce entre diversas fuerzas y sectores que aprecian o tienen intereses contrapuestos respecto a un problema, objetivos o situación" (Ander Egg, 2005: 78).

Se toma el aporte teórico de Bourdieu (2005), Morín (1977), Foucault (1970), Galende (1990) y Carballeda (2008) sobre las tensiones que se generan en

las estrategias de intervención de los Equipos Interdisciplinarios. Éstos ponen de manifiesto la puja entre el poder y el saber de los diferentes actores sociales intervinientes en el entramado de las relaciones intersectoriales e institucionales.

Las relaciones entre poder y saber en los Equipos Interdisciplinarios, por un lado, puede estar relacionado a la subjetividad afectando las relaciones interpersonales. Las diferentes disciplinas científicas poseen marco teórico y metodologías diferentes cuando se encuentran en el terreno de la práctica hospitalaria o práctica de poder. Las mismas no disponen del tiempo necesario para pensar en el marco conceptual, acuerdo básico, no solo teórico sino también ideológico para la práctica profesional.

Por otro lado, a nivel de organización de las diferentes especialidades en los espacios de la institución de salud pública, se presentan conflictos al interior de los diferentes servicios, como ser: la falta de recursos humanos, técnicos, etc. Al no ser abordados, generan tensión en las relaciones interpersonales.

Asimismo, se transcriben los supuestos, anticipaciones de sentido o respuestas conjeturales que guiaron el presente estudio:

- Las relaciones de poder en los Equipos Interdisciplinarios de salud obstaculizan las estrategias de intervención. En este aspecto se recurre al aporte de Foucault (1970) sobre las relaciones de poder intersectorial e institucional. Cada miembro de un equipo de salud se desempeña conforme a diversas normativas, ya que cada disciplina responde a su propio campo científico.

- Los procesos y tiempos judiciales no acompañan los procesos y tiempos de salud y enfermedad del niño, generando frustración en el interior del equipo interdisciplinario.

Esta tesis doctoral pretende generar nuevas reflexiones en torno al ASIJ abordado desde el Equipo de Salud interdisciplinario, y dar respuesta al problema planteado en esta investigación.

2. Objetivos

El objetivo general de esta tesis es: analizar las tensiones que emergen en las estrategias de intervención, en casos de abuso infanto-juvenil abordados por los Equipos Interdisciplinarios luego de la implementación de la Ley N°26.061.

Los objetivos específicos son:

1- Identificar y describir las estrategias utilizadas en las intervenciones interdisciplinarias de los Equipos de Salud Pública en el seguimiento de los casos estudiados.

2- Caracterizar las prácticas profesionales de los equipos interdisciplinarios que intervienen en los casos de abuso sexual infanto-juvenil.

3- Indagar acerca de las relaciones vinculares de los profesionales que integran los Equipos de Salud Pública.

4- Reconocer los facilitadores y obstaculizadores en el desarrollo de las estrategias de intervención de los equipos interdisciplinarios.

3. Antecedentes investigativos

La línea de investigación interdisciplinaria que aflora a mediados de 1970, ocupa un lugar de privilegio en las investigaciones actuales. El abuso sexual aparece frecuentemente mitificado y rodeado de prejuicios, difícil de transformar en objeto de estudio (Intebi, 2008).

En Argentina, en la provincia de Corrientes se realizó un estudio descriptivo transversal, abordando interdisciplinariamente el problema del maltrato infantil (Seldes et al., 2008). Por otro lado, otra investigación analizó las

historias clínicas de veintinueve casos, con el objetivo de conocer la incidencia de abuso sexual entre las pacientes que consultaron en el Servicio de Adolescencia del Hospital Dr. Enrique Vera Barros (Davico, 2011).

Ahora bien, en el campo del Trabajo Social, la línea de investigación predominante refiere al análisis de la intervención en los casos de abuso sexual infantil. Los profesionales deben concebir al niño como individuo y como ser social. Es imprescindible que cada uno, desde su disciplina, esté capacitado para realizar una atención integral de manera adecuada y, coherente con el abordaje de los demás profesionales (Rodríguez, 2003).

De Jong (2001: 49) aporta una producción teórica acerca de la familia que enriquece la mirada para el Trabajador Social y diversas reflexiones interdisciplinares.

> En el abordaje interdisciplinario cada disciplina aporta a la construcción del todo desde su propia especificidad. Por lo tanto es importante tener en claro la especificidad del Trabajador Social para poder establecer con los otros miembros del equipo un acuerdo ideológico, epistemológico y teórico indispensable para la comprensión de la diversidad de los conflictos que se presentan en la intervención.

En esta línea también, Tobón (2001) presenta una propuesta metodológica para validar, diagnosticar y derivar los casos, desagregando las técnicas para el abordaje de la realidad del maltrato infantil intrafamiliar. En este sentido el Trabajador Social comparte con los demás miembros del equipo el marco referencial de abordaje del problema, hasta que logre articular etapas metodológicas de intervención.

Desde el campo de las ciencias sociales, en Argentina (2008), la Asociación por los Derechos Civiles (ADC), la Junta Federal de Cortes y Superiores Tribunales de Justicia de las Provincias Argentinas y Ciudad

Autónoma de Buenos Aires (JUFEJUS) y UNICEF, realizaron un trabajo de relevamiento con organismos judiciales y del Poder Ejecutivo de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con intervención en la protección, abordaje y acceso a la justicia de NNyA, víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos. Estas buenas prácticas intentan reflejar el conocimiento actual y el consenso emergente sobre la temática. Las mismas están respaldadas por la bibliografía analizada, la experiencia internacional estudiada y las consultas realizadas a diversos especialistas.

En cuanto a las tensiones acerca de las estrategias de intervención, en Argentina en la provincia de Córdoba se desarrolló una investigación sobre las estrategias de intervención de enfermería durante el pre alta del niño en el área Infantil, que utilizan las enfermeras, respecto a patologías respiratorias (Carmona, 2003).

En Mar del Plata, se efectuó una tesis sobre Trabajo infantil: Una mirada desde las estrategias familiares de la vida de los sectores pobres urbanos de la zona puerto-sur de la ciudad de Mar del Plata para el período 2011-2013 (Dahul, 2013).

Otra de las investigaciones desarrolló el análisis de las políticas de Niñez y Adolescencia a partir de la puesta en vigencia de la Ley N°13.298 (Promoción y Protección de Derechos de NNyA) en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2007, y de las condiciones laborales de los trabajadores sociales y de las estrategias desplegadas en búsqueda de un mayor control de su direccionalidad socio-política (Pantanali, 2014).

En la provincia de Santa Fe se realizó un estudio con un enfoque cualitativo para la comprensión de las estrategias de intervención de seis cooperativas agropecuarias de Entre Ríos, República Argentina, a través del accionar de sus ingenieros agrónomos (Goette Bisheimer, 2014).

Además, en Mendoza, se llevó adelante una investigación sobre la niñez, en el marco de la Ley Nacional N°26.061 y desde el rol profesional del trabajador social.

En Costa Rica, otro estudio aportó conocimiento teórico y metodológico a la disciplina de Trabajo Social identificando así la forma de intervenir desde las Unidades de Cuidados Paliativos mediante la reconstrucción de estrategias de intervención en esta profesión (Alvarado Rodríguez y Granados Quesada, 2008).

En Chile se elaboró una tesis doctoral: Efecto de una estrategia de intervención educativa basada en el desarrollo de competencias saludables sobre el autocuidado físico en estudiantes universitarios de Chile (Espinoza Oteiza, 2010). Y en Uruguay, se indagó acerca de cuáles son y cómo operan las tensiones generadas por el cambio de un enfoque materno-infantil, hacia otro centrado en la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Gómez López, 2016).

De lo expuesto en las líneas de investigación sobre la temática del abuso sexual infantil, han sido tradicionalmente interpretadas por la medicina con numerosas contribuciones. La línea de investigación más desarrollada es la psicológica en NNyA, incluyendo diversas temáticas asociadas a los procesos evolutivos de sus cambios. En este último tiempo también existen otras líneas de investigación: psicología forense, psicología social y psicología de la salud.

En el caso de Argentina, las diversas líneas de investigación representan un gran aporte para el ASIJ. Sin embargo, la interdisciplina que es más reciente, marca la necesidad de seguir avanzando en las investigaciones del área de la salud pública, como así también en las discusiones acerca de las estrategias de intervención profesional, prácticas profesionales y políticas de salud.

Finalmente, se presenta la tesis doctoral de Elichiribehety (2012) titulada: Las acusaciones públicas de abuso sexual infantil intraescolar en la Argentina contemporánea. Agenciamientos colectivos, legitimaciones invisibles y estigmas

actuales, da cuenta de los casos ocurridos en establecimientos educativos de nivel inicial pertenecientes a la Iglesia Católica. Los cuales han adquirido un notable desarrollo de comportamientos vinculados a la exposición pública de delitos que exhiben la intimidad, los que impactan directamente en los derechos personalísimos de los afectados. Los procesos sociales observados evidencian un tránsito que hace eje en la categoría de drama social, conceptualización que permite leer estos fenómenos como estrategias colectivas ante profundos conflictos internos, en el que convergen significaciones sociales antagónicas, en torno al abuso sexual infantil y a la sexualidad silenciada del clero. Estas respuestas colectivas se instalan ante la ausencia de instituciones sólidas que permitan la asimilación y elaboración de estas experiencias traumáticas y ante la falta de un discurso explicativo de los acontecimientos.

Cabe destacar que no se encontraron investigaciones que aborden las estrategias de intervención, ni las relaciones que interfieren en las prácticas profesionales. Por eso, este estudio presenta un aporte en el abordaje de estas temáticas.

4. Enfoque teórico del estudio

Un sucinto recorrido en el enfoque teórico del estudio da cuenta, entre otros tópicos, de las categorías inherentes al estudio.

Alicia Stolkiner (1987: 2) sostiene:

> La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos.

Por su parte, la interdisciplinariedad articula y coordina mediante el diálogo y el intercambio de los diversos saberes. Genera un nuevo conocimiento, permitiendo afrontar los conflictos y situaciones problemáticas que vive el sujeto (Eroles, 2001). Cada profesional que participa en el abordaje interdisciplinario, despliega un conjunto de respuestas calificadas y legitimadas desde un marco científico que da respuesta a la situación problemática, promoviendo la construcción de estrategias de intervención en un espacio institucional.

En lo que respecta a las prácticas, la palabra práctica es de origen griego; proviene de los vocablos praxis y pragma, y significa poner en práctica. El diccionario de la Real Academia Española la define como "perteneciente o relativo a la práctica" (RAE, 2014: 1).

Por otra parte, la institución es un establecimiento o fundamento de algo, organismo que se desempeña en función de intereses públicos, especialmente benéficos o docentes. Se refiere a organizaciones fundamentales de un Estado, nación o sociedad (RAE, 2018).

Además, se hace necesario definir las estrategias de intervención de los equipos de salud interdisciplinarios. Por su parte, Ander Egg señala que "la estrategia es sinónimo de un método como estrategia de acción" (Ander Egg, 1996: 21). En su análisis incluye el diagnóstico social, programación, ejecución y evaluación. La estrategia de intervención se construye en el segundo aspecto.

A su vez, "la estrategia supone pues: a) la aptitud para emprender o buscar en la incertidumbre teniendo en cuenta esta incertidumbre; b) la aptitud para modificar el desarrollo de la acción en función del alea y de lo nuevo" (Morín, 1986: 71). Por otra parte, "la estrategia de intervención, además, será lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención" (Intebi, 2012: 141). Las mismas son construidas por el equipo de salud interdisciplinario y "en ese encuentro aparecen

las estrategias de aplicación o intervención necesarias […], en un involucramiento progresivo (Lucca, 2017: 25).

Cabe señalar que "la intervención posibilita la construcción de un saber profesional, como conjunto de conocimiento que se produce al interior de una práctica de un oficio, es saber local que se constituye en la cotidianeidad produciendo efectos de trasformación […]" (González Saibene, 1995: 5).

La intervención profesional del Trabajador Social genera un saber local que produce efectos de transformación, y opera en la realidad social de los sujetos afectados por la exclusión y vulnerabilidad social. El propósito es diseñar estrategias de intervención para lograr su inclusión.

"Así, ese saber o conocimiento particular producido en la profundización de cada situación puede devenir objeto de estudio, objeto teórico, desde el cual procesarse una investigación […]" (González Saibene, 2011: 247).

Malacalza (2009: 8-9) refiere que:

> El Trabajo Social ha sido y es, una de las profesiones que ha requerido para su desarrollo como campo, la visión de la economía y de la política como elementos inseparables; es necesario reafirmar y profundizar esa relación y ampliarla. Lo interdisciplinar no es hoy ya una opción teórica-metodológica sino, una responsabilidad profesional. Por ello lo interdisciplinar debe estar presente, más que nunca, tanto en la formación como en la actualización de nuestros colegas. […] hablar de estrategias ayuda a entender que toda intervención es política […].

Por su parte, la conformación de equipos profesionales que trabajan en el ámbito de la salud pública supone diversas miradas, objetos de estudio, análisis de los problemas y modalidades de intervención. Una diferencia entre equipos interdisciplinarios de investigación y equipos interdisciplinarios de asistencia, es

que se constituyen por distintas profesiones. Este deslizamiento (de disciplina a profesión) es una clara orientación hacia el campo de prácticas (Stolkiner, 2005).

En lo enunciado hasta aquí se pueden identificar dos tipos de prácticas: la de la investigación interdisciplinaria y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales (Stolkiner, 2005).

Cabe señalar que en un equipo coexisten diferentes saberes disciplinarios contenidos como "el espacio en el que el sujeto puede tomar posición para hablar de los objetos de que trata en su discurso" (Foucault, 1970: 306). Conviven diversos tipos de discursos y dispositivos de intervención que están en relación con las instituciones hospitalarias, organizaciones y, por ende, con las prácticas profesionales.

Al respecto, los conflictos surgidos en los Equipos Interdisciplinarios están asociados a un proceso inconcluso que demanda pasar de la intervención a la constitución de una práctica profesional, la cual necesita problematizarse y transformar su objeto en relación a la realidad (Grassi, 1995).

Por otro lado, Carballeda afirma que "no obstante, hacia el interior de los equipos, la conformación de las relaciones simétricas, la existencia de esquemas piramidales o verticales, impiden la construcción de respuestas concretas, mostrándose como una forma de ratificación del poder de una u otra disciplina" (Carballeda, 2008: 32).

Foucault aporta que "donde hay poder hay resistencia, y, no obstante, precisamente por eso, ésta nunca está en posición de exterioridad respecto al poder" (Foucault, 1976: 116).

En este marco ideológico, la noción del sujeto construido desde el pensamiento complejo de Morín (1997) refiere que es un sujeto controvertido,

evidente y no evidente. Se caracteriza como un ser humano complejo para el abordaje de los diferentes equipos de salud interdisciplinarios.

Las tensiones en los equipos interdisciplinarios pueden coexistir cuando abordan los casos de ASIJ. "De esta forma, el hacer se constituyó en la práctica predominante del Trabajo Social. Las estrategias del equipo constan en la revalorización del profesional, poniendo en discusión el rol que se le asigna" (Almada y Frau, 2016: 11). Por otro lado, "la subjetividad, la organización y la institución y el cruce de las tres dimensiones, se ponen en tensión ante las dificultades de los equipos técnicos de poder dar tratamientos efectivos de la temática" (Fontao, 2016: 67).

5. Enfoque teórico-metodológico

Se aborda el objeto de estudio desde un nivel descriptivo y de comprensión interpretativa; con un enfoque cualitativo, ya que según Garrart (1992: 121):

> El investigador cualitativo entra en un campo munido de un problema, una aproximación conceptual que le señala rubros conceptuales amplios en los que centra su interés y un lugar; escenario o categoría de personas que le brindarán la información, a partir de los cuales desarrollará su estrategia de investigación.

Además, "[…]. La fase metodológica cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de la personas, habladas o escritas, y la conducta observable" (Taylor y Bodgan, 1996:19). Los mismos autores agregan "Se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas […] y por lo tanto es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan" (Taylor y Bogdan, 1996: 20).

A ello refieren, Denzin y Lincoln (2005) implica un acercamiento interpretativo y naturalista del mundo.

Se busca una comprensión interpretativa centrándose en el interés sobre el contexto de estudio donde se produce el objeto de investigación. Allí se configuran sus experiencias profesionales, lenguajes, discursos orales o escritos, que reproducen los equipos de salud interdisciplinarios, para comprender las prácticas interdisciplinarias, se alude a los siguientes autores como Marx Weber (1992), Schütz (1993) y Schuster (1995).

El referente empírico de esta investigación son los Equipos de Salud Pública interdisciplinarios, durante el período de 2011-2018. Por lo tanto, se recurrió a la caracterización del contexto de estudio.

La República Argentina cuenta con una población total de 40.091.359 de habitantes y en el país existían 12.333.747 de personas menores de 18 años según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, realizado en el año 2010. Por otro lado, la provincia de Tucumán se encuentra ubicada en la región del noroeste, con una superficie de 22.524 km^2 y cuenta con 1.448.188 habitantes.

Por otra, parte, la Constitución de la provincia, establece en su artículo 25, el derecho a la salud y legitima al Estado provincial como proveedor de una política sanitaria.

Según Yedlin, el SIPROSA es un conjunto de profesionales que da respuesta a la población (Yedlin, 2015). El Ministerio de Salud Pública de Tucumán (MSP, 2006) considera que "la provincia, posee una extensa red de servicios públicos, de más de 300 establecimientos de salud: 33 establecimientos con internación y 269 sin internación".

En Tucumán el año 2011 fue un período de avances en las cuestiones sanitarias, recursos humanos e infraestructura de equipamiento a los hospitales y a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS); además, se plantearon nuevas demandas sociales (MSP, 2011). Por otro lado, en Tucumán hay 407.633 niños de entre cero y catorce años (Censo Nacional de Población Hogares y

Vivienda, 2010) y uno de cada mil niños, es víctima de violencia (Cohen Imach, 2015).

Cabe destacar que la reforma de la Constitución Nacional Argentina, sancionada en el año 1994, legitima al niño como sujeto de derecho fundamentado en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN) del año 1989. Ésta marcó un cambio en la legislación, exaltando los derechos del niño.

Una política provincial, además, incorporó ordenamientos de servicios con equipos de profesionales de diferentes disciplinas, y dispositivos de abordaje. En el año 2012 hubo un crecimiento en sistema de salud de Tucumán (Ministerio de Salud de Tucumán, 2012).

Los datos estadísticos más recientes dan cuenta que "en Argentina, las estadísticas en los últimos quince meses, desde noviembre de 2016 a febrero de 2018, hubo 2.094 niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual. Y según, llamadas al Programa de Víctimas contra la violencia del Ministerio de Justicia, en la distribución por provincia, Tucumán cuenta con un total de 1,9 casos por cada 10.000 habitantes" (Ministerio de Justicia, 2016 -2018).

Es importante considerar las fuentes que constituyen la información recogida por otros, como ser leyes, documentos, memorias, acordadas y protocolos de intervención. En el primer momento de la estrategia metodológica, para hacer una aproximación al contexto empírico, se efectuó un exhaustivo rastreo bibliográfico que contempló las diversas líneas de investigación que aborda este tema: leyes y documentos escritos sobre las políticas públicas, relacionadas al ASIJ. Esto posibilitó la construcción de una matriz que permitió establecer los puntos de partida o los interrogantes de la investigación, así como contar con la sistematización de la información.

Las fuentes primarias estuvieron constituidas por las entrevistas realizadas a los tres equipos de salud interdisciplinarios pertenecientes al SIPROSA, que desempeñaban su actividad laboral en el ámbito del área de salud.

Previo a la realización de las entrevistas se conversó con los profesionales de Trabajo Social, integrantes de los tres equipos, con la finalidad de invitar a participar del estudio, con notas formales de autorización.

En el trabajo de campo se recurrió a la observación participante y a las entrevistas semi-estructuradas. Este tipo de instrumento es el más adecuado para captar la recuperación de experiencias en prácticas interdisciplinarias (Ibáñez, 1999; Alonso, 1999). Además se recogió información pertinente de los legajos e informes relacionados con los equipos de investigación. Para posicionarse profesionalmente en esta investigación se consideró que una aproximación más ética es aquella del observador como participante para recoger datos (Gold, 1958).

Se entrevistó a los profesionales integrantes de los tres equipos de salud interdisciplinarios intervinientes en los casos estudiados. Cabe señalar que los mismos están conformados por trabajadores sociales, psicólogos, médicos, enfermeros y abogados, según un proceso de selección informal.

La muestra fue intencional (Ruiz, 2012) y se utilizaron los siguientes criterios para la elección de la misma:

- Que los equipos de trabajo se autodefinan como interdisciplinarios.
- Que exista por lo menos un Trabajador (a) Social al interior de ese equipo y, además, profesionales de al menos tres disciplinas distintas.
- Que dichos equipos de salud interdisciplinarios pertenezcan al SIPROSA, y que hayan tenido continuidad laboral en los últimos 10 a 30 años.

Para validar la información obtenida durante el proceso de investigación se recurrió a la siguiente triangulación metodológica: información recabada de los entrevistados, marco teórico seleccionado e interpretación de la autora.

Además, se tuvo en cuenta que el "análisis cualitativo, […] se efectúa en base a información, observación o expresión oral o escrita, poco estructurada, recogida con pautas flexibles, difícilmente cuantificable" (Garrart, 1992: 3).

6. Contenidos del trabajo. Índice comentado

La estructura de esta investigación está conformada por seis capítulos, conclusiones, anexos y bibliografía:

En el Capítulo I: Estrategia Metodológica, se explicitan y justifican los alcances de la investigación y los paradigmas. Se presenta el enfoque cualitativo, nivel y diseño de investigación, técnicas utilizadas en fuentes primarias y secundarias, como así también las técnicas empleadas en la recolección y análisis de datos. Además, se describe la población, muestra y se presenta el método de la triangulación. Se fundamentan los interrogantes, las conjeturas iniciales y el problema de investigación que guiaron esta tesis, lo que permitió el avance al contexto del estudio y al referente empírico. Por último, se muestra el resumen del capítulo.

En el Capítulo II: Prácticas Interdisciplinarias, se aborda la categoría de la práctica y sus aproximaciones conceptuales y se expone sobre salud y análisis de los supuestos epistemológicos. Se profundiza teóricamente la categoría práctica, clave que constituye el objeto de estudio, tomando como eje teórico a la interconsulta. En este marco se define a la práctica hospitalaria o práctica de poder, versus prácticas interdisciplinarias. Además, se desarrollaron los temas sobre poder, interdisciplina, diferencias entre grupo y equipo interdisciplinario e institución. Finalmente, se desarrolla el resumen del capítulo.

En el Capítulo III: Estrategias de Intervención, se presentan las indagaciones preliminares. Se analiza el concepto de estrategia, planificación normativa y estratégica. Se presenta la voz de la estrategia en el campo de la salud. Luego se aborda el Trabajo Social y la estrategia de intervención como construcción histórica, en torno al proceso de la reconceptualización explicitado por diversos teóricos. Se profundiza la intervención fundada e intervención indiscriminada. Se aborda el concepto de sujeto construido, desde el pensamiento complejo. En este apartado, también se desarrollan los temas de las redes sociales, las tensiones que surgen en los equipos interdisciplinarios y las intervenciones interdisciplinarias en casos de ASIJ. Finalmente se presenta el resumen del capítulo.

En el Capítulo IV: Primer momento investigativo, se realiza un análisis documental y su interpretación, mediante la elaboración de matrices conceptuales. Por otra parte, se presenta el Protocolo Interinstitucional sobre la problemática del ASIJ, en el marco del sistema de salud provincial. Para finalizar, se expone el resumen del capítulo.

En el Capítulo V: Segundo momento investigativo, se describe el proceso de investigación. Como así, también, se presenta a los informantes clave, participantes de este estudio. Se desarrolla la técnica de la observación participante. Además, se presenta la caracterización de los tres Equipos Interdisciplinarios, objeto de estudio, y se realiza el análisis de las aproximaciones conceptuales y empíricas, surgidas en el trabajo de campo. Por último se presenta el resumen de este capítulo.

En el Capítulo VI: Trabajo de campo. Tercer momento, se desarrolla la recapitulación del proceso de investigación, intersectorialidad, subjetividad/relaciones vinculares, protocolo/proceso/estrategias, fortalezas y debilidades. Posteriormente se realiza el resumen del capítulo.

Finalmente, en las conclusiones se retoman los interrogantes y conjeturas que guiaron esta investigación social. Se presentan las argumentaciones, hallazgos y aportes de la misma al conocimiento.

Esta tesis doctoral, recorriendo el proceso de investigación científica, rigurosa y sistemática, implicó una profunda reflexión crítica y autocrítica a nivel teórico, epistemológico y metodológico sobre la práctica profesional del Trabajo Social, como individuos y como colectivo profesional.

De esta manera, en las prácticas cotidianas y en las relaciones sociales entre individuos, con frecuencia están presentes las relaciones de poder. Las mismas se evidencian, ya sea de forma explícita, implícita o inmersas en lenguajes y discursos de las distintas disciplinas científicas. Desde la perspectiva foucaultiana se plantea que "en todo lugar donde hay poder, el poder se ejerce. Nadie, hablando con propiedad, es su titular y, sin embargo, se ejerce en determinada dirección, con unos a un lado y los otros en el otro" (Foucault, 1981: 15). Por ello, el ejercicio profesional que plantea para el/la trabajador/a social un poder para sí y un poder para otros. Según Foucault (1981), cuando se entra en diálogo o no con las disciplinas hegemónicas, se pone de manifiesto que la construcción de la estrategia de intervención, no es tarea fácil para los Equipos Interdisciplinarios, en ciertos espacios determinados de las instituciones de salud pública.

Actualmente se intensificó el debate del tratamiento de los casos de ASIJ, a raíz de la ley Nacional N° 26.061 sobre la Protección Integral de los Derechos del NNyA, sancionada a nivel provincial en el año 2010. Esta ley tomó como principal marco a la CDN del año 1989.

De esta manera, en la práctica interdisciplinaria desarrollada por los Equipos de Salud, es importante, por un lado, el cuestionamiento de las intervenciones poco fundamentadas, como lo menciona González Saibene (1995). Por otro lado, en el campo disciplinar de las/los trabajadores sociales, se plantea la

presencia de diversas tendencias clásicas, contemporáneas y marcos epistemológicos de las diversas disciplinas científicas.

El impacto de las prácticas profesionales y de las estrategias de intervención en las ciencias sociales, sobre todo en los espacios micro de las instituciones de salud pública, generan otros roles caracterizados por la co-responsabilidad compartida. Bachelard (1938) y Bourdieu (2005) refieren que para la profundización de los criterios previos sobre la investigación en las ciencias sociales con el fin de la construcción del objeto de estudio, no solo se requiere de una reflexión crítica, sino también de una ruptura epistemológica del sentido común de los lenguajes y discursos entrañados en las prácticas interdisciplinarias.

CAPÍTULO I: Estrategia Metodológica

El primer capítulo de la presente investigación, tesis doctoral, tiene como objetivo presentar particularidades y alcances de la estrategia metodológica, tendiente a analizar la realidad o el fenómeno social desde una mirada holística, con énfasis en un enfoque cualitativo.

El objetivo general de esta tesis es analizar las tensiones que emergen en las estrategias de intervención, en casos de abuso infanto-juvenil, abordados por los Equipos Interdisciplinarios luego de la implementación de la Ley Nº 26.061.

En este marco, tal como fue expresado en la introducción, el enfoque teórico-metodológico refiere a la explicitación de la estrategia metodológica a la luz de los aportes de Gallart (1992), Taylor y Bogdan (1984, 1996), Denzin y Lincoln (2005), entre otros autores contemporáneos.

Los tres apartados que componen el capítulo apuntan a:

- Las estrategias metodológicas y sus aspectos centrales: Este punto incluye la descripción breve del enfoque cualitativo, tipo de estudio y el diseño de investigación. Además, exposición de las fuentes primarias y secundarias.
- Las técnicas de recolección y análisis de datos. La población y la muestra del estudio.
- Contexto del estudio: Se consignan entre otros aspectos los datos de la población.

Además, el último apartado pretende recuperar lo trabajado en el capítulo, a modo de síntesis.

1.1. Alcances y particularidades. La investigación y los paradigmas

Para introducir el tema resulta pertinente referirse a la etimología de la palabra investigación, la cual proviene del latín investigare. Además, son varias las actividades metodológicas y técnicas a las que el concepto de investigación se aplica. Cabe señalar que en el proceso de investigación social existen desafíos constantes. La elección de una metodología implica, entre otras decisiones, los supuestos teóricos del método científico y los procedimientos metodológicos.

Saltalamacchia expresa (2002: 8): "la investigación es un ir hacia y en ese ir, construir y destruir se combinan; es lo que nos permitirá ser humanos sin delegar en la utopía divina la regulación que nos corresponde". Para este autor, el proceso de una investigación social se plantea como una construcción constante.

El filósofo e historiador estadounidense Kuhn (1962: 34) fue quien introdujo la noción de paradigma en el campo científico. "Voy a llamar, de ahora en adelante, a las realizaciones que comparten esas dos características, paradigmas, término que se relaciona estrechamente con ciencia normal […]. Proporcionan modelos de los que surgen tradiciones particularmente coherentes de investigación científica". Desde esta perspectiva, la definición inicial de paradigma marcó uno de los principales desarrollos de la ciencia; y la misma se incluye en el campo de la investigación científica.

Cabe mencionar que luego de la noción del paradigma de Kuhn, se plantearon cambios en el mismo. Respecto a las ciencias físicas, a fines del siglo XIX surgieron otros representantes, como ser el físico alemán Albert Einstein, como uno de los principales científicos que en el siglo XX ha modificado los conceptos de las formas físicas en las ciencias naturales, con su denominada Teoría de la Relatividad (1915). Ibáñez (1998: 182), por otra parte, aporta lo siguiente: "En otras ciencias (físicas, biológicas…), las técnicas de investigación empíricas se articulan sobre la teoría: por eso es posible la interacción mutua entre los dos planos […]".

Sin embargo, se ha de mencionar que el uso general de los paradigmas en las ciencias sociales, implicó otros conceptos como por ejemplo, la noción de cosmovisión científica, planteada por Freud (1932). Como así también la Teoría de la Gestalt surgida en el siglo XX y que provenía de la rama de la filosofía metafísica, epistemología y ética.

Además, "la reflexión epistemológica a la que me he venido refiriendo me permite aseverar que en las ciencias sociales coexisten en la actualidad tres paradigmas, dos de ellos consolidados: el materialismo-histórico y el positivista, un tercero-el interpretativo […]" (Vasilachis de Gialdino, 2007: 9). También esta autora hace referencia a los teóricos clásicos como ser Comte (1934), Marx (1859), Weber (1964), Durkheim (1985), que a través de sus aportes han construido los paradigmas existentes en el campo de las ciencias sociales.

Vasilachis de Gialdino (2003: 102) afirma sobre el paradigma:

> Desde la perspectiva sociológica entiendo esos paradigmas argumentativos como marcos que delimitan las diferentes formas en las que los hablantes representan discursivamente la realidad. [...]. Los paradigmas argumentativos se hacen patentes en el texto a través de marcas, de señales léxicas, semánticas y sintácticas, los modelos interpretativos constituyen el fundamento cognoscitivo de esos paradigmas […].

Es evidente que la elección de un paradigma implica, por un lado, el abandono del modelo de las ciencias físico-naturales y, por el otro, la elección de una postura paradigmática que plantea diferencias en la relación al sujeto de investigación, el contexto de estudio y la construcción del conocimiento científico.

"El paradigma interpretativo está en vías de consolidación y su supuesto básico es la necesidad de comprensión del sentido de la acción social en el

contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes" (Vasilachis de Gialdino, 1992: 43).

De esta manera, se puede sostener que en una investigación cualitativa se busca comprender los datos holísticos, contextuales y prácticas de los sujetos. De modo que esta investigación social se apoya en el paradigma cualitativo e interpretativo en el marco de las ciencias sociales.

1.1.1. El enfoque cualitativo

Denzin y Lincoln (2003) sostienen que las investigaciones cualitativas comienzan cuando la Etnografía Temprana estudiaba los pueblos primitivos, en el siglo XX. Por su parte, Kant (1971: 114) señala que "la crítica de la razón conduce […] a la ciencia; el uso dogmático […], sin crítica, conduce, en cambio, a afirmaciones que carecen de fundamento, frente a las cuales se pueden oponer otras igualmente ilusorias y, por tanto, al escepticismo".

La propuesta de Weber (1964: 5) introduce el concepto de la acción social, afirmando que: "Debe entenderse como sociología (en el sentido aquí aceptado, de esta palabra con tan diversos significados: una ciencia que pretende entender, interpretándola, la acción social para de esa manera explicarla casualmente en su desarrollo y efecto". Además, Weber (1964: 5) aporta que: "La acción debe entenderse como una conducta humana (bien consista en un hacer externo o interno, ya en un omitir o permitir) siempre que el sujeto o los sujetos de la acción enlacen a ella un sentido subjetivo". De esta manera, la acción social es definida como una acción en donde el sentido mentado por su sujeto o sujetos está referido a la conducta de otros, orientándose por ésta en su desarrollo.

También, Piovani (2011: 1) aporta que: "Frecuentemente, se atribuye a la Escuela de Chicago un lugar central en el desarrollo de las técnicas cualitativas de investigación social". Como ser: la observación participante, entrevista en profundidad y documentos personales.

Entre 1945 y 1955, se destacó la investigación acción que tuvo como representante y fundador a Kurt Lewin (1946). En la década 1960, recuperó la importancia el enfoque cualitativo. En el año 1970 se comenzó a realizar investigaciones cualitativas desde el campo educativo. Entre 1980 y 1990 en adelante, se consideró como tránsito durante la etapa de la posmodernidad. "La investigación cualitativa es un campo de investigación por derecho propio. Atraviesa disciplinas, campos y temáticas. Una compleja e interrelacionada familia de términos, conceptos y supuestos rodea al término investigación cualitativa […]" (Denzin y Lincoln, 2005: 6).

En este capítulo se utilizó una estrategia metodológica desde un enfoque cualitativo, tomando aportes teóricos de los autores mencionados. Esta perspectiva permite investigar la realidad social y plantea las siguientes implicancias:

- Saber cuáles son los intereses del investigador.
- Interpretar los conocimientos teóricos en ese contexto de estudio.

Es por ello, que el objeto de estudio de esta tesis doctoral, fue abordado desde un nivel de comprensión interpretativo, cualitativo y flexible.

Con respecto al enfoque cualitativo en el proceso del conocimiento, se utilizó un método que responde a un paradigma interpretativo, el cual busca una comprensión del sentido de la acción social (Weber, 1964). Se considera al mismo como una forma de razonar, partiendo de una serie de observaciones particulares de los hechos y fenómenos, para conseguir los datos necesarios que llevan al planteamiento de una conclusión general o un nuevo conocimiento.

Galeano Marín (2007) entiende al enfoque cualitativo de investigación: "[…] como un complejo de argumentos, visiones y lógicas de pensar y hacer, algunas de ellas con relaciones de conflicto, y no como competencias entre tradiciones; y como un conjunto de estrategias y técnicas […]". Esta perspectiva,

plantea que "el conocimiento es producto social y su proceso de producción es colectivo, está atravesado por valores, percepciones y significaciones de los sujetos que lo construyeron" (Galeano Marín, 2007: 21).

Esta autora sostiene que "la relación que se establece entre el investigador y los participantes conlleva una responsabilidad ética […] mediante una vigilancia permanente y reflexiva sobre ellos" (Galeano Marín, 2007: 19-21). Plantea una diferencia fundamental entre la investigación cuantitativa e investigación cualitativa, con respecto a los procedimientos metodológicos, y a la perspectiva epistemológica, para acercarse a la realidad social.

La estrategia metodológica elegida en esta investigación social responde a:

> Modelos o patrones de procedimientos teóricos y metodológicos […] se diferencian de las técnicas de investigación […] por tanto requieren decisiones de diseño […] y porque, además se las considera como mediadoras entre los enfoques de investigación y las técnicas de recolección de datos y análisis de la información (Galeano Marín, 2007: 19).

Así, también, se acuerda que "la pluralidad metodológica permite tener una visión más global y holística del objeto de estudio, pues cada método nos ofrecerá una perspectiva diferente…son los datos cuantitativos los que se incorporan en un estudio cualitativo" (Rodríguez Gómez et al, 1999: 69). Estos autores sostienen que, dependiendo del método utilizado, los procedimientos y técnicas permiten recoger información para la construcción del conocimiento científico. Agregan, además, que "la competencia del investigador radica en su versatilidad y flexibilidad metodológica, conociendo las posibilidades y limitaciones de cada estrategia metodológica" (Rodríguez Gómez et al, 1999: 69).

Otra autora, Vasilachis de Gialdino (2006: 9) plantea lo siguiente:

> […] la flexibilidad para, entre otros: a) volver una y otra vez al campo para afinar, ajustar la pregunta de investigación; b) reconsiderar el diseño de investigación; c) recolectar nuevos datos; d) implementar nuevas estrategias de recolección y análisis; y e) revisar y, si fuera necesario, modificar las interpretaciones.

Esta autora sostiene una metodología de carácter flexible, pero al mismo tiempo de rigor científico, sistematicidad, entrenamiento y creatividad por parte del investigador cualitativo (Vasilachis de Gialdino, 2006).

En tal sentido, Guber (1991: 87) afirma que "la flexibilidad en el Trabajo Campo es el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la flexibilidad del sujeto cognoscente-sentido común, teoría, modelo explicativo de conexiones tendenciales- y la de los actores o sujetos/ objetos de investigación".

A la luz de los aportes teóricos es posible advertir dos perspectivas epistemológicas con relación a la construcción del objeto de investigación.

Primeramente, Besse (2000: 71) señala que "[…] la construcción de un objeto de investigación es posible a través de prácticas de diseño que vinculen la intelección del investigador con la producción de información que provee la realidad". Este concepto teórico permite reflexionar sobre el proceso de investigación social, poner en palabras el modo en que se obtiene información de la realidad, la construcción de ese dato y la relación con la compleja construcción del objeto de investigación (Besse, 2000).

En la segunda perspectiva, Bourdieu y Wacquant (1995: 163) señalan:

> En realidad, lo que cuenta es la construcción del objeto y el poder de un método de pensamiento que nunca se manifiesta tan bien como en su

> capacidad para construir objetos socialmente insignificantes en objetos científicos, lo cual da lo mismo, en su capacidad para reconstruir científicamente, enfocándolos desde un ángulo inusitado, los grandes objetos socialmente importantes.

Es decir, que en el proceso de construcción de un objeto de investigación, evidentemente, sitúa a los objetos reconstruidos científicamente como una forma de romper y transcender las investigaciones positivistas.

Bourdieu y Wacquant (1995: 177) proponen:

> Construir un objeto científico significa, primero y ante todo, romper con el sentido común, es decir, con representaciones compartidas por todos, trátese de simples lugares comunes de la existencia ordinaria o de representaciones oficiales, a menudo inscritas en instituciones y, por ende, tanto en la objetividad de las organizaciones sociales como en los cerebros.

Para construir esta estrategia metodológica, se tuvo en cuenta las referencias teóricas y empíricas. Esto implicó la necesidad de profundizar en el problema de investigación. Por lo tanto, se recurrió a los conceptos desarrollados por diversos autores presentados en el capítulo II y III, para ser estudiados en su contexto.

Se percibió, también, una constante tensión entre el marco referencial y el trabajo de campo. Además, en esta investigación social no se intentó reducir o controlar los datos proporcionados del mundo empírico. Sino a través de un acercamiento de carácter flexible, al decir de Taylor y Bogdan (1994: 20), quienes consideran que "en los estudios cualitativos los investigadores siguen un diseño de investigación flexible".

A su vez, Guber (1991: 85) al referirse sobre "la tensión entre el bagaje del investigador y la originalidad del campo recorre, como en otras ciencias, la

totalidad de esta disciplina, pero que contiene aspectos distintivos, particularmente en el trabajo de campo". Además enfatiza que "el bagaje teórico y el sentido común del investigador no queda a las puertas del campo, sino que lo acompaña, pudiendo guiar, obstaculizar, distorsionar o abrir su mirada" (Guber, 1991: 87), aporta, a su vez que "hablar de diálogo significa eliminar, lo más posible, los monólogos tautológicos del investigador teoricista y la ilusoria réplica empirista de lo real" (Guber, 1991: 87).

1.1.2. Nivel y diseño de la investigación

En esta investigación social se aborda el objeto de estudio enmarcado en el paradigma cualitativo desde un nivel descriptivo que según Tamayo y Tamayo (2003: 46) posibilita "comprender la descripción, registro, análisis e interpretación de naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos".

El diseño en esta investigación social hace referencia al trabajo de campo, el cual estuvo basado en hechos reales. La estrategia metodológica seleccionada permitió analizar directamente la situación donde se produjeron los mismos. Arias (2012: 27) afirma que "el diseño de la investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder el problema planteado […]".

De esta manera es preciso considerar que "[…] el componente cualitativo exige un ir y venir entre los datos y la teoría y de ésta a aquéllos que suele modificar a lo largo de la investigación tanto los aspectos conceptuales, como los sujetos de la investigación" (Gallart, 1992: 115).

Teniendo en cuanta el tipo de diseño y el enfoque es preciso la elección de un método y técnicas de recolección de datos para el análisis de la información que se detallarán a continuación.

1.1.3. Fuentes primarias y secundarias

La presente investigación recurre a fuentes primarias y secundarias relacionadas con el objeto de estudio.

Al respecto, Saltalamacchia (2002: 336) señala que:

> Toda fuente se produce a partir de la acción de un investigador que, al caracterizar algo como fuente, pasa a convertirlo en un elemento de trabajo en el que se produce una interacción entre aquello que fue convertido en fuente y su propio desempeño, en relación a ella, a partir de ese momento.

"Son fuentes primarias, tanto las referencias que obtiene de forma directa a través de entrevistas realizadas en el trabajo de campo, testimonios de expertos […] que se complementa con documentación formal […]" (Mendicoa, 2003: 91).

En cuanto a las fuentes secundarias la misma autora especifica que "son aquellas que resultan del trabajo de recolección y procesamiento de las de primera mano, para su divulgación, a través de guías, directorios, índex, documentos especiales, etc. […]" (Mendicoa, 2003: 91).

A partir de las referencias teóricas, sobre las fuentes primarias y secundarias a la hora de diseñar el objeto de la investigación es necesario la identificación y evaluación de las fuentes de información. Según el autor precitado "ellas no están en el campo esperando al investigador: es el investigador el que, en el momento en que toma un objeto como elemento útil para su investigación y se dispone a interrogarlo, les asigna el carácter de fuente" (Saltalamacchia, 2002: 333).

En cuanto a las posibilidades para el acceso al campo se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones previas: la comunicación informal con los trabajadores sociales, los posibles informantes clave y la presentación de notas de

autorización para el acceso a la información del resto de los miembros de tres equipos de salud interdisciplinarios.

1.2. Técnicas de recolección y análisis de datos

En el trabajo de campo se recurrió a la observación participante y a las entrevistas semiestructuradas, sumado al análisis documental que se realizó en el primer momento investigativo.

Coincidiendo con Valles "[…] los tres ingredientes metodológicos principales de la investigación social son la documentación, la observación y la conversación" (1999: 119).

Las entrevistas semiestructuradas llegan a ser el instrumento más adecuado para captar la recuperación de experiencias en prácticas interdisciplinarias (Ibáñez, 1998; Alonso, 1994).

Se entrevistó a los profesionales integrantes de tres equipos de salud interdisciplinarios, pertenecientes al Sistema Provincial de Salud (SIPROSA), de la provincia de Tucumán, y, que además desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito del área de salud y son intervinientes en los casos estudiados. Cabe señalar que estos equipos interdisciplinarios están conformados por: trabajadores sociales, psicólogos, médicos y abogados. Para el proceso de selección se tuvo en cuenta su experiencia en la participación de equipos interdisciplinarios.

Las entrevistas se realizaron durante los meses de abril, mayo, agosto y diciembre de 2018. Se tomaron estos meses debido a que la mayoría de los profesionales se encontraban en su ámbito laboral, lo cual facilitó la interacción en el contexto de estudio. Previo a la aplicación de las entrevistas se mantuvo contacto con los trabajadores sociales integrantes de los tres equipos, con la finalidad de invitarlos a participar del estudio, con notas formales y el pedido de autorización al jefe de cada efector de salud para realizar las entrevistas. Cabe

destacar que se avanzó en el trabajo de campo en la medida en que los integrantes disponían de sus horarios y tiempos para participar del estudio.

Además, se recogió información pertinente de un legajo de los equipos de investigación y se realizó análisis documental de leyes y documentos escritos sobre las políticas públicas, relacionadas con el ASIJ.

Se entiende por "documentos a todo conocimiento fijado materialmente sobre un soporte (piedra, papel, celuloide, magnetófonos, etc.), que se puede utilizar para rememoración, consulta, estudio o trabajo" (Saltalamacchia, 2002: 353). El autor agrega que un documento para que sea útil en una investigación social debe reunir las siguientes cualidades: originalidad, fiabilidad, posibilidad de acceso (Saltalamacchia, 2002). Es decir, que el investigador social debe poder conocer e identificar la naturaleza de su soporte, para el tratamiento de los documentos en el proceso de análisis documental.

El análisis documental consiste en una descripción de sus partes esenciales para su posterior análisis. Existen diferentes métodos y técnicas, sin embargo para ser coherentes con el enfoque, se seleccionó el método cualitativo, "[…] de documentos oficiales [que] permiten nuevas formas o fuentes de comprensión y se caracterizan por un mínimo de interpretación y conceptualización" (Mendicoa et al., 1998: 115).

Se tuvo en cuenta que el "análisis cualitativo, en cambio, se efectúa en base a información observacional o expresión oral o escrita, poco estructurada, recogida con pautas flexibles, difícilmente cuantificable" (Gallart, 1992: 3).

La observación participante es otro instrumento para la recolección de datos en el trabajo de campo. En esta técnica se tuvieron en cuenta las observaciones en un espacio de trabajo interdisciplinario y las charlas informales que luego fueron registradas en el cuaderno de campo. Para el acceso al campo, el

contacto previo con los trabajadores sociales de los tres equipos posibilitó, además, la llegada hacia el resto de los profesionales.

En cuanto, a la técnica de la observación participante Taylor y Bogdan (1996: 50), sostienen:

> Los observadores participantes entran en el campo con la esperanza de establecer relaciones abiertas con los informantes. Se comportan de un modo tal que llegan a ser una parte no intrusiva de la escena, personas cuya posición los participantes dan por sobreentendida. Idealmente, los informantes olvidan que el observador se propone investigar.

Con respecto al registro de la información se empleó el diario de campo y un grabador para realizar las entrevistas semiestructuradas.

Para el análisis de los datos cualitativos en esta investigación social, se tomaron los aportes teóricos de Coffey y Atkinson (2003: 9-10), quienes plantean diferencias claras en los trabajos de algunos autores predominantes:

> Huberman y Miles (1994), […] definen como tres subprocesos ligados entre sí: reducir los datos, exponerlos y sacar y verificar las conclusiones […]. Dey (1993) ofrece una visión semejante del análisis de los datos cualitativos, que describen principalmente en términos de identificar y vincular categorías analíticas […]. Descompone el análisis de datos cualitativos en tres procesos relacionados: describir, clasificar y conectar […]. Wolcott (1994) usa el término de transformación para describir una variedad de estrategias […]. Descompone estos métodos en tres tipos: descripción, análisis, e interpretación.

Según Gallart (1992) el análisis de los datos cualitativos son difícilmente cuantificables, a diferencia de Coffey y Atkinson (2003: 12) quienes sostienen que

"el análisis es un proceso cíclico y una actividad reflexiva; el proceso debe ser amplio y sistemático pero no rígido; los datos se fragmentan y dividen en unidades significativas, pero se mantiene una conexión con el total". Con respecto a la codificación, los autores Coffey y Atkinson (2003: 32) sostienen: "Primero, los códigos vinculan diferentes segmentos o ejemplos presentes en los datos. Traemos estos fragmentos de los datos y los reunimos para crear categorías que definimos con base en alguna propiedad o elemento común".

1.3. Población y muestra

Para la presente investigación se hace referencia a la "población como totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno..." (Tamayo y Tamayo, 2003: 176).

En este sentido, la población de estudio refiere a los equipos de salud interdisciplinarios pertenecientes al SIPROSA de Tucumán, durante el período 2011-2018.

La unidad de observación representa "la unidad de análisis, las cuales se configuran por las instituciones, grupos de individuos, personas individuales, etc., las que por su parte se ubican en un espacio geográfico y temporal" (Mendicoa, 2003: 101).

En cuanto a la determinación de la muestra se estableció bajo el criterio de "muestra intencional o de expertos, [la cual] ocurre cuando el investigador selecciona los elementos o unidades de población que a su juicio son representativos. Estas muestras son útiles y válidas cuando el objetivo del estudio así lo requiere" (Tamayo y Tamayo, 2003: 153).

Igualmente, agrega Ruiz Olabuénaga (2003: 67):

> El criterio de confianza que elijamos para garantizar la representatividad de la muestra es la característica que distingue a los diversos tipos de muestra. Estos se dividen en dos grandes familias. Las que usan las leyes probabilísticas del azar para garantizar la confianza de la muestra, que se llaman probabilísticas, y las que se sirven de algún otro criterio, que suelen denominarse intencionales.

De este modo, atento al enfoque cualitativo dado al estudio, se constituyó una muestra de tipo intencional o muestra de expertos.

1.4. Triangulación

Como ya se viene planteando en la Introducción de esta tesis doctoral, para validar la información obtenida durante el proceso de investigación, se recurre a la triangulación metodológica: información recabada de los entrevistados, marco teórico seleccionado y la interpretación de la autora.

1.5. Contexto del estudio/referente empírico/población

El referente empírico de la presente investigación social comprende las posibilidades de observación del contexto de estudio e implica la delimitación e identificación del universo de análisis.

Tomando en cuenta ello surgió la necesidad de profundizar teóricamente el objeto de estudio, que son las prácticas que realizan los equipos de salud interdisciplinarios. Por lo tanto, se amplía la caracterización del contexto de estudio, ya expresada en la Introducción de este trabajo.

"Las características refieren a los contextos, a las situaciones sociales que son observadas, y en las que tienen lugar las relaciones entre los actores y entre éstos y el investigador" (Vasilachis de Gialdino, 2009: 9).

La provincia de Tucumán se encuentra ubicada en la región del Noroeste de la República Argentina: limita al norte con la provincia de Salta, al este y sur con Santiago del Estero y al oeste y sur con Catamarca. La población total de la provincia, se encuentra distribuida por departamentos, el cual se expone en el siguiente cuadro:

Cuadro Nº1.1: Provincia de Tucumán. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por departamentos. Años 2001-2010.

Departamentos	**Población 2001**	**Población 2010**	**Variación Absoluta**	**Variación Relativa**
Burruyacú	32.936	36.951	4.015	12,2
Capital	527.607	548.866	21.259	4
Chicligasta	75.133	80.735	5.602	7,5
Cruz Alta	162.240	180.499	18.259	11,3
Famaillá	30.951	34.542	3.591	11,6
Graneros	13.063	13.551	488	3,7
Juan B. Alberdi	28.206	30.237	2.031	7,2
La Cocha	17.683	19.002	1.319	7,5
Leales	51.090	54.949	3.859	7,6
Lules	57.235	68.474	11.239	19,6
Monteros	58.442	63.641	5.199	8,9
Río Chico	52.925	56.847	3.922	7,4
Simoca	29.932	30.876	944	3,2
Tafí del Valle	13.883	14.933	1.050	7,6
Tafí Viejo	108.017	121.638	13.621	12,6
Trancas	15.473	17.371	1.898	12,3
Yerba buena	63.707	75.076	11.369	17,8
Departamentos	Total: 1.338.523	Total: 1.448.188	Total: 109.665	8,2

Fuente: Extraído del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

El cuadro N°1.1 corresponde a la provincia de Tucumán, población total y variación intercensal absoluta y relativa por departamento, período 2001-2010.

Como se expone en el cuadro precedente, la provincia de Tucumán está dividida en 16 departamentos.

Con relación a lo mencionado, el Ministerio de Salud de Tucumán (2016: 43) refiere la existencia de una desegregación entre lo urbano y rural. No cuenta con departamentos de población menor a 2.000 habitantes, de acuerdo al Censo del INDEC 2010. La población total de la Provincia es de 1.448.188 habitantes; el estimado de 2016 es de 1.613.476. El 81% reside en zona urbana y el 19% en zonas rurales, agrupadas o dispersas.

1.5.1. Sistema Provincial de Salud. Organización

Como ya se planteó en la Introducción, el sistema de salud de la provincia de Tucumán está instituido bajo la órbita del Ministerio de Salud Pública, cuya función es garantizar el derecho a la salud de la persona. Además, se organiza a través del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) creado por Ley N°5.652 del año 1984. Define entre sus funciones: organizar e instrumentar la promoción, prevención, reparación y rehabilitación de la salud integral.

Por tanto, regulan las áreas de salud en los hospitales de alta complejidad y atención sanitaria en cada departamento o centro de atención primaria de la salud (CAPS). Para una mayor organización existen cuatro Áreas programáticas, que se exponen en el cuadro N°1.2. y cuadro N°1.3.

Cuadro Nº 1.2: Organización y funcionamiento

Hospitales del Tercer Nivel de atención de Salud en Tucumán	
Capital	Hospital Ángel C. Padilla
	Hospital Centro de Salud Zenón Santillán
	Hospital del Niño Jesús
	Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes
	Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda
	Hospital De Día Néstor Kirchner
	Hospital Juan M. Obarrio
	Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Carmen
Este	Hospital del Este Eva Perón
Sur	Hospital Regional de Concepción Dr. Miguel Belascuain
Oeste	Hospital General Lamadrid- Monteros

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del Ministerio de Salud Pública Tucumán (2016).

El cuadro precedente, N°1.2 muestra los 11 hospitales del Tercer nivel de atención en salud que se encuentran en la provincia de Tucumán; 8 (ocho) corresponde a San Miguel de Tucumán, 1 (uno) el Hospital del Este Eva Perón ubicado en la zona Este y los 2 (dos) restantes Hospitales de Concepción y Monteros que pertenecen a la zona Sur de la provincia. Con diferentes grados de complejidad para el manejo de patologías agudas, patologías complejas con técnicas de diagnóstico, tratamiento complejos. Además, se agrega la atención integral al paciente en diferentes especialidades.

A partir del año 2013, desde el Ministerio de Salud de la provincia, se incorporó el sistema informático digitalizado en el proceso de información. Se puede mencionar por ejemplo, las herramientas de informatización permitiendo el registro de la consulta médica de cada paciente que concurre a los centros de atención. (Hospital del Este Eva Perón, Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes y en el Hospital Regional de Concepción), y por cada año posterior se fueron incorporando el resto de los Hospitales, CAPS, y Policlínicas, agregando pacientes con internación y enfermería.

Cuadro N°1.3: Áreas programáticas

Áreas programáticas	**Postas Sanitarias**	**Centro de atención primarias**	**Policlínicas Hospitales del II Nivel**
Centro	2	55	9
Este	36	54	12
Oeste	11	50	6
Sur	13	66	10
Total	62	225	37

Fuente: Extraído del Ministerio de Salud Pública Tucumán (2016).

En este cuadro N°1.3 se expone la distribución de las áreas programáticas que comprende a los establecimientos de salud. Esto da cuenta de que se amplía la organización del sistema de salud en la provincia de Tucumán. El informe mensual del Ministerio de Salud Pública (2016: 17) sostiene que:

> El I Nivel (CAPS, CIC, POSTAS SANITARIAS) brindan una atención ambulatoria integral, con énfasis en la Prevención y Promoción de salud. Estas unidades son periféricas a un II Nivel (POLICLÍNICAS/HOSPITALES DEL II Nivel) que resuelve patologías del mediano riesgo. Todas ellas brindan, además de la atención clínica, soporte para el diagnóstico y tratamiento (laboratorios de análisis clínico y radiología), totalizando en la provincia 324 servicios de atención sanitaria […].

1.5.2. El SIPROSA en la Provincia de Tucumán

La reforma de la Constitución Nacional del año 1994 postula al Estado garante -tanto nacional y provincial- el derecho a la salud de cada uno de los ciudadanos argentinos. Como ya se mencionó, el Estado provincial crea en el año 1984 el SIPROSA, a través de la Ley SIPROSA N°5.652, modificada en el año 2004 con la Ley N°7.466, estableciendo a la provincia como: "Responsable y garante económico de la organización, planificación y dirección de un sistema igualitario, de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud física

y mental de la población […]" (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento -CIPPEC-, 2008: 12).

En este sentido, en el marco del Plan Rector 2016/2024, la misión del MSP de Tucumán "[…] es garantizar el derecho a la Salud como fundamental de la persona, a través de la promoción de la Salud, prevención de enfermedades y provisión de servicios de atención" (MSP, 2016: 14).

El MSP se vio fortalecido mediante la puesta en marcha del plan mencionado, marcando así una primera etapa de cambio dentro del sistema provincial de salud pública. Con anterioridad a este plan surgieron otras propuestas referidas al contexto de estudio, durante los años 2012- 2015.

El MSP de la Provincia de Tucumán (2012: 15) considera que:

> […] durante 2012 se fortalece el sistema informático que llega a nuclear 12 hospitales públicos y más de 110 CAPS y que está conformado por el Subsistema de Gestión Hospitalaria, de CAPS y de Programas de Salud entre otros, con una base de datos única que concentra información de pacientes del Sistema Provincial de Salud, registrada en todo centro de atención informatizado.

El Ministerio de Salud de la Nación realizó un convenio con el gobierno provincial, y "este acuerdo surge en el marco del Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal (SPF) 2012-2015, cuyo objetivo es consolidar un sistema de cuidado de la salud para las personas privadas de la libertad" (Memoria Anual 2013. Programa Sumar: 28).

En cuanto a los recursos humanos que integran el Sistema de Salud Pública y en relación al Plan de Salud Tucumán 2015-2025, "[…] en los últimos años, hubo un fortalecimiento en el subsector público, de los recursos humanos en áreas orientadas a la atención de la salud de las personas, como en las áreas de

apoyo para el logro de metas sanitarias" (Ministerio de Salud Publica Tucumán, 2016: 26).

En este sentido, un dato estadístico relevante pone de manifiesto que "tomando como referencia el personal sanitario del año 2003, en el año 2014 el crecimiento general fue del 119% desde un total de 7.410 a 16.253 recursos humanos en situación permanente o transitoria" (Ministerio de Salud Pública Tucumán, 2016: 26).

Cabe señalar que junto a un mayor crecimiento en las residencias de las ciencias médicas, que se viene realizando desde hace años como requisito de la carrera de Medicina, se constata a partir de 2017 la ejecución de la propuesta de residencia en Trabajo Social.

1.5.3. Situación de la pobreza en la provincia de Tucumán

Según los datos referidos a la tasa de hogares y personas bajo la Línea de pobreza (LP) y Línea de indigencia (LI), el INDEC presenta un actual escenario social atravesado por una compleja situación de pobreza. Esto explicaría la situación a nivel provincial que se analiza e investiga mediante estudios realizados en la provincia de Tucumán.

Cuadro Nº 1.4: Tasa de hogares y personas bajo LP y LI. San Miguel de Tucumán - Tafí Viejo. Período: 2do. Semestre 2016 – 2do. semestre 2018

Período	Pobreza		Indigencia	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas
2do semestre 2016	21,2%	27,7%	3,1%	4,0%
1er semestre 2017	18,4%	24,3%	2,3%	2,9%
2do semestre 2017	16,5%	21,8%	2,6%	3,1%
1er semestre 2018	17,9%	24,2%	2,1%	1,9%
2do semestre 2018	25,0%	32,2%	3,2%	3,7%

Fuente: Extraído del INDEC.

Estas características que presenta la realidad social de la provincia de Tucumán influyen en las prácticas interdisciplinarias de los Equipos Interdisciplinarios. Cabe señalar que la población que asiste a las instituciones de salud se encuentra bajo la LP y LI.

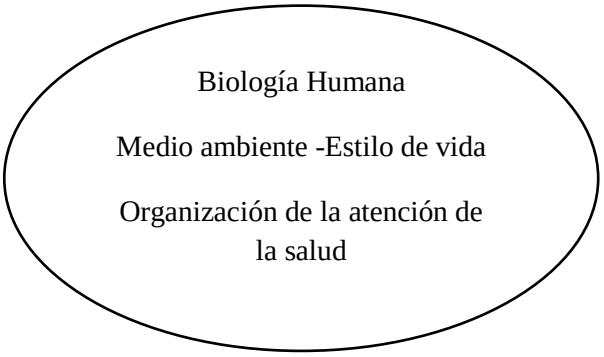
1.5.4. Los determinantes de la salud como campo de la salud

En este recorrido es evidente que el enfoque de los determinantes sociales de la salud proporciona un marco para explicar las diversas desigualdades existentes en la población.

Lalonde (1974) divulgó un informe elaborado en Canadá donde propone un modelo de salud pública que explica los determinantes de la salud: Biología Humana; Medio ambiente; Estilo de vida; Organización de la atención de la salud. Cabe señalar, que si bien estos principales elementos ya existían en el sistema de salud, eran considerados fuera del sistema.

A continuación se expone un diagrama circular sobre los determinantes sociales:

Figura N°1: Determinantes sociales



Fuente: Extraído de Lalonde (1974).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003: 1), estableció la siguiente definición sobre los determinantes, los mismos son: "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".

En el año 2005, la OMS conformó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, y publicó un informe en el año 2008 que refiere:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidiana.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medición y análisis del problema.

Este enfoque de campo de la salud plantea una mirada holística de los determinantes de la salud. Es decir, que el contexto de estudio desde el enfoque de los determinantes de salud visualiza los diferentes procesos sociales a nivel demográficos, en relación a la desagregación rural y urbana que presenta la población de Tucumán, expuesta en el cuadro del censo del año 2010; sumado a ello, es preciso mencionar lo heterogéneo del territorio, la diversidad de actores y las características institucionales de cada centro de atención de salud.

En el SIPROSA se tienen en cuenta diversos momentos de intervención: la prevención primaria, la prevención secundaria -comprende al conjunto de acciones que brinda la promoción de salud desde el área local y plantea un área de responsabilidad territorial- y la prevención terciaria que comprende aquellas medidas de tratamiento y rehabilitación, referidas a las instituciones de salud de alta complejidad.

1.5.5. Los Equipos de Salud Interdisciplinarios: El Caso Lucía

Es de mencionar la repercusión que tuvo a nivel nacional e internacional la situación del Caso Lucía, nombre ficticio escogido para preservar la identidad de la nena violada y embarazada por el novio de su abuela.

La situación antes descripta llevó a efectuar un breve análisis con respecto a las tensiones que emergen cuando los equipos interdisciplinarios de salud pública deben abordar casos de ASIJ, según la Ley N° 26.061 sobre Protección Integral de NNyA, y según la Ley provincial N°8.293, en sus artículos 10 y 22.

En primer lugar, el equipo de salud del Hospital Eva Perón de Tucumán, tuvo demoras que obstaculizaron la interrupción legal del embarazo (ILE), vigente en el país desde 1921, artículo 86 del Código Penal para casos de violación. En segundo lugar, en este hecho se pone de manifiesto la situación económica de la provincia de Tucumán. Como se expuso anteriormente, la mayor parte de la población proviene de familias en situación bajo la LP. Esto influye en su atención y acceso a derechos en salud, educación, vivienda, etc. de NNyA. En tercer lugar, según Beck (1998: 248) "la modernización política quita poder y limita a la política y politiza la sociedad". Esto da cuenta de que las relaciones de poder en la política, han cambiado.

Con respecto a ello, Beck (1998: 245) sostiene dos posturas:

a) la pérdida de poder que experimenta el sistema político centralizado en el curso de la generalización y percepción de los derechos ciudadanos en la forma de una nueva cultura política;

b) en los cambios de estructura social que van conexos con la transición de lo no político a lo subpolítico, proceso que parece perder sus condiciones de aplicación en las hasta hoy «fórmulas pacíficas» de avance tanto técnico cuanto social.

De esta manera, siguiendo a Beck (1998) se puede reflexionar sobre el sistema político, y la percepción de los derechos humanos. En referencia al Caso Lucía, el exponente de la Iglesia Católica de Tucumán, reveló el nombre de la niña en un audio que fue viralizado en las redes sociales. Sumado a esto se percibió la influencia religiosa en el proceso de la intervención del equipo interdisciplinario del Hospital Eva Perón y en el sujeto de la práctica profesional.

El análisis puso en evidencia las tensiones que emergen cuando los equipos interdisciplinarios de salud pública abordan casos de ASIJ, aplicando estrategias de intervención. Ciertamente, las leyes N°26.061 y N°8.293 -nacional y provincial- y el artículo 146 de la Constitución de la provincia de Tucumán, protegen los derechos de los NNyA. En este sentido, surgen los siguientes interrogantes: ¿Cuál fue el lugar del Equipo de salud en el marco de una práctica interdisciplinaria? ¿Qué participación le correspondió a esta niña llamada Lucía como sujeto de derecho.

1.6. Resumen del capítulo

En este capítulo se desarrollaron los fundamentos teóricos y metodológicos sobre la estrategia metodológica seleccionada, desde un enfoque cualitativo y flexible que se desprende del paradigma interpretativo de las ciencias sociales.

El objetivo fue entender la realidad social, tal como existe en su contexto de estudio. Con respecto al diseño de investigación, no es experimental sino de Trabajo de Campo. "La reflexividad en el trabajo de campo es el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente -sentido común, teoría, modelo explicativo de conexiones tendenciales- y la de los actores o sujetos/objetos de investigación" (Guber, 2004: 50).

Además, como parte del análisis, la política de salud del Estado de la provincia de Tucumán como política pública plantea la reforma y modernización del sistema de salud provincial. Se realizó el análisis interpretativo del contexto de estudio, considerando las particularidades de la provincia de Tucumán: aspectos relacionados a lo demográfico, política de salud y organización del sistema de salud.

Así, la investigación permitió caracterizar el objeto de estudio que son las prácticas interdisciplinarias en la provincia de Tucumán, durante el período 2011-2018.

Al respecto, se señala que hubo cambios sustanciales en lo que comprende a la política de salud integral. En la provincia de Tucumán, la reforma y modernización del sistema de salud pública corresponde a un proceso de transición registrado a fines de la década de los 90. Se pasó de una administración de tipo patriarcal del personal de salud como empleado público (Ministerio de Salud, 2016) y la atención primaria en la salud (APS, 1978), a una reforma de la APS, a principios del siglo XX con ciertos avances en el plano individual (paciente) y la relación con los profesionales de salud (ley de paciente y consentimiento de la información). Por un lado, el legado de un modelo médico hegemónico, según Menéndez (1988, 1992), planteó un proceso tardío de reformas legales que recogió los avances de carácter normativo y regulatorio a nivel local. Por otra parte, la postura de Bourdieu y Wacquant (1995) invita a

romper con lo preconcebido y lograr una ruptura con lo preestablecido; lo cual significa tener otra mirada sobre la práctica interdisciplinaria.

Por eso, la nueva conformación de los diferentes ministerios responde a procesos singulares que aportaron, también, nuevas miradas y caminos en los equipos interdisciplinarios. Por otra parte, la práctica interdisciplinaria se enfrenta a la complejidad que traen las nuevas demandas hacia los servicios de salud, interpelada por una serie de acontecimientos que pueden englobarse en una sociedad moderna.

CAPÍTULO II: Prácticas interdisciplinarias

Este capítulo explora y analiza la categoría teórica sustantiva que refiere a las prácticas interdisciplinarias. Se toma como referencia la voz de origen griego, *praxis* y se propone indagar acerca de cuáles son sus vinculaciones con el campo del conocimiento científico.

Dicho interés se centra en lo social y desde allí se analizan y describen los significados que conllevan las prácticas interdisciplinarias de los equipos de salud. En consecuencia, cabe mencionar que estas prácticas adquieren características propias desde el campo de la medicina del siglo XIX, y en la actualidad presentan diversos significados.

2.1. Las prácticas. Aproximación conceptual

En referencia a lo señalado anteriormente, el DRAE (2010) remite a una gran diversidad de acepciones. Según su etimología la palabra práctica es una voz de origen griego y refiere a *praxis* y *pragma*, una derivación del verbo poner en práctica.

Siguiendo esta línea de pensamiento, son doce las acepciones que se encuentra en el DRAE (2010), a saber:

- Pertenece o relativo a la práctica.
- Dicho de un conocimiento. Que enseña el modo de hacer algo.
- Experimentado, versado y diestro en algo.
- Que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil.
- Que comporta utilidad o produce provecho material inmediato.

- Técnico, que por el conocimiento del lugar en que navega, dirige el rumbo de las embarcaciones en la costa o en un puerto.
- Ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas.
- Destreza adquirida con el ejercicio de la práctica.
- Uso continuado, costumbre o estilo de algo.
- Modo o método que particularmente observa alguien en sus operaciones.
- Ejercicio que bajo la dirección de un maestro y por cierto tiempo tienen que hacer para habilitarse y poder ejercer públicamente su profesión.
- Aplicación de una idea o disciplina.
- Contraste experimental de una teoría.

En efecto, el DRAE (2010) ofrece múltiples acepciones, remitiendo a una gran diversidad de significados, de orden teórico y práctico. Cabe mencionar, que cada disciplina científica, conformada por un conjunto de teorías, posee un método científico y no existe ninguna que no se beneficie de la práctica.

Además, se puede señalar que el contexto histórico y social de las diferentes disciplinas científicas, han determinado el modo en que la práctica orienta la especificidad de las profesiones sociales, especialmente, en el caso del Trabajo Social.

Al respecto, a continuación se presentan reflexiones sobre la práctica, desde la visión de algunos teóricos. Por su parte, Kisnerman (2005: 71) se interroga:

> ¿Qué es la práctica? Es la instancia verificadora de la teoría, y es lo que, sistematizada permite modificar y enriquecer a la teoría. La teoría guía la práctica y explica los hechos hallazgos que la práctica descubre al científico. Teoría-práctica para los dialécticos configura una unidad invisible en el conocimiento científico. Una práctica sin teoría solo

conduce al activismo, y una teoría sin práctica se convierte en mera especulación racionalista […].

Otro autor, Ander Egg (2011: 138) expresa que:

> […] las personas tenemos esquemas cognitivos y conceptuales, de tal modo que, cuando iniciamos una práctica, lo hacemos orientados por un marco de referencia que guía la lectura de la realidad y la práctica misma. Y este marco referencial incluye desde la lengua materna hasta las categorías científicas (cuando las utilizamos); desde los prejuicios hasta los valores; desde la experiencia de la vida cotidiana hasta las teorías científicas que pueden servirnos de referencia. Nuestra cultura, nuestra ideología, nuestra cosmovisión..., todo ello está presente.

Así también, Cazzaniga (2002: 1) sostiene que:

> Las profesiones son producto del movimiento dinamizador de las sociedades. La complejización de la vida social, fundamentalmente, en el marco de los sistemas capitalistas trae aparejado, entre muchos nuevos fenómenos, la necesidad de racionalizar el saber de las prácticas sociales […]. Este saber moderno desplaza al conocimiento empírico, conocimiento obtenido en forma práctica […].

Carballeda (2008: 30) refiere que en: "[…] las prácticas en sí mismas, la intervención aparece como un lugar indicado para la formulación de nuevas preguntas; básicamente, como un espacio de creación de la agenda pública, como un punto que genera instancias de interpelación".

Para este autor son prácticas de intervención que constituyen nuevas formas de relación entre lo macro y lo micro, entre los diferentes campos del saber. No se trata de imponer dicho saber sobre el otro ni de borrar lo que se sabe, sino de dialogar y de entender el diálogo (Carballeda, 2008).

Así, desde esta perspectiva el autor antes citado propone el diálogo, lo que implica la comunicación entre varias personas. Se trata de una conversación que posee características particulares: la de una discusión organizada entre las personas que se encuentran interesadas por la misma cuestión y además el respeto por los diferentes puntos de vista (Carballeda, 2008).

Según Carballeda (2008: 32):

> Las prácticas en los escenarios actuales a veces se muestran carentes de acciones que orienten, articulen y problematicen el mero carácter asistencial, y esta falta les impide ingresar a nuevos universos donde se podrían multiplicar las posibilidades de anticipación y estrategia.

Las definiciones antes citadas no se contraponen, más bien se complementan. Mientras Kisnerman (2005) se apoya en una postura dialéctica entre teoría y práctica, Ander Egg (2011) sostiene que al iniciar una práctica operan esquemas de orden cognitivo y conceptual de la persona, brindando un marco de referencia. También remite a esquemas de orden cultural, como la ideología y la cosmovisión.

Por otra parte, Cazzaniga (2002) plantea la necesidad de racionalizar el saber de las prácticas sociales. Mientras que la postura de Carballeda (2008) expresa que la práctica interpela al conocimiento desde lo empírico, no obstante requiere una instancia reflexiva en diálogo con la teoría.

Carballeda (2007: 15) refiere que:

> La noción de práctica desde la perspectiva Kantiana implica una configuración concreta: "No denominamos práctica a cualquier ocupación, sino a la efectuación de un fin pensado como consecuencia de ciertos

principios metódicos representados en general". De este modo, Kant[1] articula teoría y práctica.

Otra de las autoras, Matus Sepúlveda (1999: 72) señala que:

> En la relación tensional de teoría y praxis en Trabajo Social ha existido una larga polémica en torno a la forma de conectar estas dos dimensiones. Asumiendo el esquema propuesto por Adorno[2], se tratarán las implicancias del énfasis y la sujeción de un polo al otro y los caminos para una relación tensional que no pretenda resolver sino iluminar las contradicciones.

La autora plantea que este problema de la praxis es también problema del conocimiento, apelando a la conciencia de teoría y praxis. Mientras que Villela Iamamoto (1992: 183) sostiene que: "La práctica social: [es] la superación del fatalismo y del mesianismo en la práctica profesional". Plantea recuperar la dimensión práctica, como práctica crítica.

Eroles (2001: 32) diferencia entre práctica social y práctica profesional:

> Al definir el trabajo social como un punto de inflexión entre dos prácticas, la práctica social propia de los actores populares al enfrentarse a situaciones problemáticas y la práctica profesional, estamos haciendo referencia a una circunstancia fundante del trabajo social: su condición de emergente del sujeto pueblo (estar-siendo-con).

El autor citado sostiene como punto de inflexión de las prácticas complementarias: la práctica social (popular de los actores sociales) y la práctica profesional. Esta última pertenece al ámbito de la actuación específica, refiere a principios operacionales.

[1] KANT, Immanuel (1973), *Acerca del refrán: lo que es cierto en teoría, para nada sirve en la práctica. incluido en Filosofía de la Historia*, Buenos Aires: Nova, 167-168.
[2] ADORNO, Theodor W. (1993), *Notas marginales sobre teoría y praxis.* Critica de la cultura y sociedad II en *Consignas*, Buenos. Aires: Amorrortu.

Según las diversas perspectivas presentadas sobre la categoría práctica, se logró un acercamiento teórico y el diálogo entre los diversos autores mencionados. La teoría guía la práctica, pero sin ella se consigue una mera especulación (Kisnerman, 2005). El planteo de Ander Egg (2011) invita a reflexionar sobre los esquemas cognoscitivos y conceptuales de la persona, que se encuentran presentes al iniciar una práctica. Mientras que Cazzaniga (2002) refiere que la complejización de la vida social conlleva la racionalización del saber en las prácticas sociales. En esta misma dirección, también Carballeda (2008) considera que la práctica de intervención genera instancias de interpelación.

Por una parte, Matus Sepúlveda (1999) sostiene la relación tensional de teoría y praxis en Trabajo Social. Por otra, Villela Iamamoto (1992) como superación del fatalismo y del mesianismo en la práctica profesional. Por lo tanto, se la podría pensar como un *salto cualitativo* en el análisis de la práctica social. A diferencia de Eroles (2001), quien refiere un punto de inflexión de las prácticas complementarias.

Ciertamente, estos autores constituyen un valioso aporte al corpus teórico en este primer acercamiento conceptual de la práctica.

2.2. La salud: un análisis de los supuestos epistemológicos

En el apartado precedente se expusieron algunas de las definiciones que dan cuenta de perspectivas, alcances y limitaciones en torno a la voz práctica, donde se recuperan los aportes de autores inherentes a Trabajo Social.

Por tanto, en este punto se considera necesario introducirse en el campo de la salud por cuanto existen diferentes disciplinas -medicina, psicología, trabajo social, entre otras- presentes en el campo que se vinculan directamente con el interés del estudio.

Para ello se tomarán las siguientes definiciones sobre salud, para luego realizar un análisis de los supuestos epistemológicos que atraviesan su campo de y, por ende, las prácticas interdisciplinarias. Winslow (1920: 10) en relación con la primera definición que se enuncia, expresa que:

> La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: saneamiento del medio, control de las enfermedades transmisibles, educación sanitaria, organización de servicios médicos y de enfermería, desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud.

La segunda definición fue propuesta por la OMS en su Constitución de 1946. Define salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad (OMS, 1946: 100).

La tercera definición fue ofrecida por la Conferencia Internacional de Alma-Ata, (ex U.R.S.S)[3] en el año 1978. Los representantes de los gobiernos de todo el mundo acordaron la siguiente definición de Atención Primaria en la Salud (APS).

> La Atención Primaria de la Salud es, fundamentalmente, asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y grupos de la comunidad, por medio que sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la misma y el país puedan soportar, con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados. (Declaración de Alma-Ata, 1978: 10)

[3] Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

En la cuarta definición, una adaptación contemporánea a la definición de Winslow (1920), la salud pública queda definida como:

> La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (Terris, 1992: 71)

Considerando las expresiones antes señaladas, se puede presentar un análisis de los supuestos epistemológicos, que expresan claramente las siguientes posturas:

En primer lugar, en las distintas concepciones antes citadas referidas a la salud, los términos utilizados son: bienestar, ausencia de enfermedad, asistencia sanitaria, participación, población, sociedades y métodos (científicos y prácticos).

La primera definición propuesta por Winslow (1920) se encuentra realizada en el marco de una postura *positivista* que prioriza la ciencia, lo observable, medible y cuantificable.

Según González Saibene (1993: 7), los supuestos básicos de esta postura epistemológica son:

> El Empirismo inglés-Locke, Hume-pone el énfasis en el objeto, que es objeto de la experiencia y fuente de sensaciones. De allí deriva el positivismo de Comte, planteado como ruptura con la filosofía metafísica-es decir, con las doctrinas preocupadas por encontrar y explicar las causas

> de los fenómenos; éste plantea que toda indagación sobre las causas es ajena a la ciencia, a la que le interesa solo describir los fenómenos y hallar sus leyes con el objetivo de prever su curso ulterior. El sujeto y el objeto de la filosofía tradicional ceden su lugar a los hechos, a la realidad positiva que no tiene otra existencia que esa realidad fenoménica que puede ser descriptiva, registrada, clasificada y cuantificada. […].

González Saibene (1995: 5) afirma que:

> En términos de paradigmas hegemónicos, debemos referir al racionalista clásico-positivista, el que sostiene como supuestos epistemológicos:
> - La unificación metodológica en la ciencia en el modelo hipotético-deductivo.
> - La neutralidad valorativa de las ciencias sociales.
> - La misión tecnocrática de la misma.

Desde esta postura, el conocimiento científico es solo aquel que permite derivar de sus enunciados algo posible de ser percibido por la experiencia, probado y verificado. En tal sentido, la salud es observable, medible y cuantificable a través del control de las enfermedades transmisibles, educación sanitaria, organización de servicios médicos y de enfermería y de desarrollo de los mecanismos sociales.

Además, este paradigma plantea la idea de una sociedad ideal que expresa el pensamiento de Comte[4] y, en términos de Parsons[5], un sistema autorregulado.

[4] COMTE, Augusto (1934), en sus estudios, analiza y describe a la sociedad como un organismo vivo que tiene una estructura y cada elemento posee una función que contribuye a la evolución social, al desarrollo. Considera a los fenómenos observables como causas particulares de leyes generales, lo cual es el estado ideal.

[5] PARSONS, Talcott (1968) sostiene que las sociedades tienden a la autorregulación, así como la interconexión (valores, metas, funciones, etc.). RITZER, George (1993:120) afirma que Parsons. "[…] Se centró en los grandes sistemas y su interrelación (funcionalismo societal). Incluso cuando hablaba de los actores, lo hacía desde la perspectiva del sistema. Este análisis refleja también la preocupación de Parsons por el mantenimiento del orden en el sistema social".

En cuanto al método que se utiliza en la investigación, es científico, de aplicación en el individuo y la comunidad. También utiliza técnicas de control de enfermedades. Y, finalmente, plantea una concepción de salud en términos de *conservación*, que conlleva el pensamiento de Comte (1934).

La segunda definición propuesta por la OMS (1946) se asienta en un contexto socio económico y político de la Segunda Guerra Mundial, por lo que el entendimiento de la salud y bienestar tiene connotaciones políticas. Se enmarca en un *"*paradigma tecnocrático de salud, recorta un plano físico y un plano mental, disocia la unidad y así, quien volviera a unirla deberá pensarlo primero como planos separados, como cuando se habla de enfermedades psico-somáticas" (Lores Arnaiz, 1986: 174).

Entiende a la salud como aspectos subjetivos ligados a lo mental, físico y social. Cabe destacar, que si bien surgen elementos para pensar a la salud desde otros aspectos, esta definición tuvo diversas críticas, entre ellas al referirse al estado de completo bienestar.

En la tercera definición de salud propuesta por la Conferencia Internacional de Alma Ata, en el año 1978 se maneja un concepto de equidad en la atención de salud; dando origen así a desafíos y estrategias denominada Atención Primaria de la Salud (APS). Esta definición se enmarca en un cambio de enfoque de la concepción de la salud.

Además, en cuanto a sus aspectos metodológicos, forma parte de una corriente que cuestiona los enfoques tecnocráticos. Por ejemplo, la consideración de los determinantes sociales propuesta por Lalonde (1974) hace referencia a los procesos sociales, históricos y holísticos, etc. Esta perspectiva se encuentra realizada en el marco de la postura del materialismo.

Al respecto, Lores Arnaiz (1986: 174) señala que:

> En epistemología llamamos paradigma a esa visión de la realidad que está internalizada en nosotros y que se expresa en nuestros conceptos; son nuestros supuestos más generales y al mismo tiempo, más recónditos, a menudo inconscientes. Ellos determinan nuestros métodos, recortan nuestros problemas, guían nuestra hipótesis. Nos hablan de cómo es la realidad, sus posibilidades, sus límites; hablan poderosamente, pero sin dejarse ver; no son explícitos. Son la tierra que nutre nuestra teoría. No podemos dejar de tener una; pero podemos volver nuestra visión hacia ellos, examinarlos, hacer los explícitos y ver si aún responden a nuestras necesidades, a nuestras expectativas, a nuestras emociones.

En este sentido se propone la definición de paradigma, "término que se relaciona estrechamente con la ciencia normal [...]" (Kuhn, 1962: 34). Está constituido por leyes, teoría y aplicaciones e instrumentos que adoptan los miembros de una comunidad científica.

En palabras de González Saibene (1995: 5):

> Frente a esto, y como crítica al racionalista clásico positivista, el pensamiento marxista sostiene:
> - la unificación metodológica sostenida, no en el método experimental sino en la dialéctica.
> - en lugar de la neutralidad valorativa, la necesidad de compromiso las ciencias sociales en la lucha contra la alienación.

La cuarta definición ya expresada, propuesta por Terris (1992), propone una noción contemporánea a la de Winslow (1920). Hablar de salud pública es hablar de salud y no de medicina, ya que es un área de la misma. Esta definición se realiza desde una *postura dialéctica*: lo físico, mental, social, prevención y educación.

Esta línea de pensamiento responde a un modo de percibir a las cosas, la realidad, el mundo; responde al materialismo dialéctico. En tal sentido, la misma autora señala que:

> Ya dentro del marxismo, hay diversas maneras de entender el materialismo dialéctico; es verdad que éste es una interpretación de Federico Engels[6] y no de Marx. Lo peculiar de Marx es el materialismo histórico, pero también es verdad que Marx no corrige a Engels, por lo tanto hay que suponer que lo aprueba.

González Saibene (1990: 5) considera que:

> Engels desarrolló el materialismo dialéctico en la obra La transformación de las ciencias por el Sr. Dühring, conocida con el nombre de Anti-Dühring. Aunque Engels se opuso al idealismo, incluso al idealismo hegeliano, encontró en este autor apoyo para una filosofía de la naturaleza que descartara y superara el materialismo mecanicista característico de gran parte de la Física y de las interpretaciones Filosóficas de la Ciencias Modernas que profijaron en el siglo XIX por obras de varios autores […].

A ello se agrega que el materialismo dialéctico de Hegel (1949) se refiere a los procesos, por lo tanto, para esta postura: salud y enfermedad son procesos. Hegel (1964) es un pensador que veía procesos detrás de las cosas. La última definición posiblemente sea la más contemporánea de las definiciones de salud pública. Se posiciona en un modo de ver la salud de manera global y dialéctica.

Al respecto, Kosik (1963: 25) expresa que:

> El pensamiento dialéctico distingue no solo dos formas y grados de conocimientos de la realidad sino dos cualidades de la praxis humana, la

[6] ENGELS, Federico (1925), *Dialéctica de la naturaleza*.

> de un ser que actúa objetiva y prácticamente, la de un individuo histórico que despliega su actividad práctica con respecto a la naturaleza y los hombres y persigue la realización de sus fines e interés dentro de un conjunto determinado de relaciones sociales.

Este pensamiento dialéctico permite conocer la realidad de manera compleja y dialéctica. Es decir que el método utilizado en las dos últimas definiciones de salud pública comprende al método dialéctico.

González Saibene (1990: 7) refiere que:

> Esta posición epistemológica dialéctica se encuentra en la Dialéctica de la Naturaleza, en las denominadas leyes de la dialéctica, que orienta como principio, pero no principios a priori a la manera de las posibilidades idealistas, sino que constituyen un reflejo del comportamiento de la naturaleza y del propio pensamiento humano que no es sino naturaleza también […].

Es por ello que es necesario pensar el *Campo de la salud*, como global y dialéctico.

Bachelard (1938: 15) sostiene que:

> El conocimiento de lo real es una luz que siempre proyecta alguna sombra. Jamás es inmediata o plena […] mostraremos causa de estancamientos y hasta de retrocesos, es ahí donde discerniremos causas de inercia que llamamos obstáculos epistemológicos […]. Hay que plantear el problema del conocimiento científico en términos de obstáculos […] se conoce en contra de un conocimiento anterior […]. La ciencia, tanto en su principio como en su necesidad de coronamiento, se opone en absoluto a la opinión […]. Al designar a los objetos por su utilidad, ella se prohíbe de

conocerlos. Nada puede fundarse sobre la opinión: ante todo es necesario destruirla. Ella es el primer obstáculo a superar.

Bachelard (1938: 22) refiere que:

> Comenzamos nuestro encuentro caracterizando este obstáculo y poniendo de relieve que entre la observación y la experiencia no hay continuidad, sino ruptura […]. La experiencia básica o, para hablar con mayor exactitud, la observación básica es siempre un primar obstáculo para la cultura científica […].

El autor plantea el problema del conocimiento en términos de obstáculos. "No se trata de considerar los obstáculos externos […] es en el acto mismo de conocer, íntimamente, donde lo estropeamos y las confusiones" (Bachelard, 1938: 15). Por lo que el primer obstáculo epistemológico es la vigilancia epistemológica, como una actitud reflexiva.

En este sentido Barg (2003: 123) explica lo siguiente:

> En primer lugar las familias plantean las demandas sociales práctico-empíricas que dan lugar a la intervención. Comienza un proceso investigativo en donde el profesional, quien analiza con él, o los miembros del grupo familiar su organización, los conflictos y sus contradicciones, vislumbrado su complejidad para descubrir, explicar y predecir efectos de las estrategias seleccionadas […].

En esta dirección, Grassi (1995: 5) aporta:

> […] La investigación (producción de conocimiento) para el trabajador social no es una herramienta en el proceso de intervención, sino que se inscribe en la posibilidad misma de constituir una práctica profesional. Por eso la problematización de situaciones que no conducen de manera

inmediata a un diagnóstico para la acción, no está vedada a los trabajadores sociales, sino que constituye una apuesta estratégica en dirección a sustentar la práctica crítica. En ese sentido, el propio proceso de investigación puede devenir el objeto de investigación. Cada uno de estos tipos de investigación corresponde a niveles diferentes, objetivos, e intereses distintos, pero igualmente legitimados.

Las nociones analizadas desde los supuestos epistemológicos permiten pensar a la salud, el campo y los diferentes modelos que atraviesan las prácticas de los Equipos interdisciplinarios. Por lo tanto, es fundamental referirse a la salud como un proceso y no como un estado completo. En una sociedad moderna, globalizada, dicho análisis presenta los supuestos e interrogantes al momento de la transferencia de los conocimientos.

Después de lo expuesto se desarrolla y analiza el apartado siguiente referido a las prácticas hospitalarias/prácticas de poder.

2. 3. Prácticas hospitalarias/Prácticas de poder

En esta instancia resulta necesario conceptualizar y diferenciar algunas posturas con respecto a las prácticas hospitalarias o prácticas de poder, entendiendo las mismas como emergentes de un proceso de relaciones sociales.

En el campo científico coexisten diferentes saberes disciplinarios, discursos y disciplinas científicas. Éstas ofrecen posibilidades y presentan límites (Morín, 1977). El saber disciplinario puede o no entrar en diálogo con otras disciplinas hegemónicas, lo cual trae aparejado ciertas condiciones en el ejercicio profesional.

Ahora bien, a la luz de autores como Weber (1944), Foucault (1971,1977) y Deleuze (1987) no se entiende poder como dominación, sino poder como potencialidad, capacidad de ser afectado o afectar. También, es necesario el

manejo de un lenguaje común en una práctica interdisciplinaria, ya que la presencia de un leguaje de poder hegemónico en las diversas disciplinas científicas, trae aparejado prácticas hospitalarias o prácticas de poder.

Al respecto, si uno se encuentra en el *pensamiento común*, se pueden hacer afirmaciones sin fundamentos y mirar los problemas de salud como ajenos y de fácil resolución. Por lo tanto, es necesario dejar de considerar al fenómeno de manera fragmentada.

Según Bachelard (1938), la ciencia se opone en absoluto a la opinión, porque ella es el primer obstáculo a superar. Asumir una postura epistemológica es de gran importancia en las prácticas hospitalarias, ya que dan lugar a diferentes discursos, lenguajes y prácticas.

Para comprender con mayor profundidad la complejidad del área de la salud pública, materializada en *prácticas hospitalarias* donde emergen las relaciones de poder, se alude al aporte de Foucault: "donde hay poder hay resistencia, y no obstante precisamente por esto, ésta nunca está en posición de exterioridad respecto al poder" (Foucault, 1977: 116).

Por lo tanto, las prácticas hospitalarias se constituyen en el ámbito del campo de la salud, en prácticas individuales y sociales. Este concepto se sustenta en el aporte de Foucault (1977) cuando se refiere a las relaciones de poder. Este autor define a las prácticas hospitalarias como una relación social que se reproduce y se expresa en el acto mismo de su ejercicio. Puede haber resistencias, pero también negociaciones, mostrando una diversidad de intervenciones interdisciplinarias que puede establecer objetivos en común, vinculaciones teóricas y saberes disciplinarios como *prácticas de poder*.

Las prácticas de poder hacen alusión a un lenguaje codificado en un conjunto de categorías que se expresan en el diagnóstico médico. Por ejemplo, es lo que sucede cuando se realiza una interconsulta entre el médico y el psicólogo,

en una práctica hospitalaria. Cada profesional aporta su conocimiento desde un lenguaje específico.

Una disciplina no logra entender qué es lo que hace la otra, generándose expectativas que surgen de desiguales concepciones acerca del sentido de lo que se está haciendo (Carballeda, 2007). En el campo de la salud son diversas las dificultades y limitaciones que presenta cada disciplina científica. Lo cual opera cuando uno está en el terreno de la práctica hospitalaria o bien en prácticas de poder.

Además, un saber es también el campo de coordinación y de subordinación de los enunciados en los conceptos que aparecen, se definen, se aplican y se transforman (Foucault, 1977).

Popper (1934) adopta el criterio de la falsabilidad para decidir si un sistema teórico, pertenece o no a la ciencia empírica. Además, distingue entre falsabilidad y falsación. En ésta incorpora reglas especiales que determinan qué condiciones se deben considerar cuando un sistema es falsado (Popper, 1934).

Popper (1934: 43) aporta:

> Hemos de distinguir, por una parte, nuestras experiencias subjetivas o nuestros sentimientos de convicción, que no pueden jamás justificar enunciados alguno (aun cuando pueden ser objeto de investigación psicológico) y, por otra parte, las relaciones lógicas objetivas existentes entre diversos sistemas de enunciados científicos y en el interior de ellos.

Al respecto, en las prácticas hospitalarias o prácticas de poder, es habitual el lenguaje de las disciplinas científicas y el uso de categorías médicas (socio-patologías) que se traducen en el manejo del diagnóstico médico, y son utilizadas en una intervención interdisciplinaria. Comprende un análisis más profundo, como ser la construcción de ese objeto de intervención interdisciplinario. En este

sentido se utiliza, también, un lenguaje propio de cada saber disciplinario, herramientas para construir discursos, vías para adentrarse en las contradicciones de eso que se denomina realidad social, para develar su régimen de mirada (Foucault, 1996).

El obstáculo epistemológico que subyace en las prácticas hospitalarias o prácticas de poder, es la codificación de categorías médicas como por ejemplo socio-patologías. Las mismas constituyen categorías del Manual Diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales (DSM IV, DSM V) y también aluden a la clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE10).

Los documentos mencionados poseen códigos específicos. Ambos poseen reconocimiento mundial para el diagnóstico de diversas enfermedades que comprenden, además, descripciones de las categorías.

Kant, en la obra de la Crítica de Razón Práctica, afirma que el uso de la categoría es razonamiento: "La razón práctica proporciona ahora realidad por sí misma -y sin haberse puesto de acuerdo con la especulativa- a un objeto suprasensible de la categoría causalidad [...]" (Kant, 1788: 8).

Agrega que "la razón pura es de suyo únicamente práctica y da (al hombre) una ley universal que denomina ley moral" (Kant, 1788: 43).

Desde otra perspectiva, Galende (1990) señala que "las prácticas terapéuticas están ligadas con frecuencia a los modos más espontáneos y pragmáticos de enfrentar los problemas de los enfermos mentales y funcionan como extrañamiento, a veces con contradicción franca con respecto a la teoría […]" (Galende, 1990: 102).

Este autor sostiene lo siguiente: "La psiquiatría es una práctica técnica instituida por el instituyente de una demanda social específica y a la vez un

discurso ideológico que se propone como saber de una norma psíquica y sus desviaciones" (Galende, 1990: 102).

Para Galende (1990: 102):

> Tratamientos en Salud Mental, en sus distintos momentos históricos, no son un cuerpo homogéneo y coherente de prácticas terapéuticas sino un conjunto de medidas prácticas, procedimientos pragmáticos y técnicas incorporadas de alguna ciencia. Pero un hilo sutil las une para recortar en el espacio social un conjunto inteligible, ligado a la problemática de lo subjetivo. Y hacen que configuren en la totalidad disciplinaria. Esto hace que se reconozcan entre sí y también las reconozcamos como modos sociales, consensuales, de tratar a los sujetos enfermos. […].

Desde la postura del *materialismo dialéctico*, con respecto a la práctica, Kosik (1963: 35) aporta que:

> La práctica utilitaria de cada día crea el 'pensamiento en común' en el cual se captan todas las cosas y su aspecto superficial como la técnica de tratamiento de ella como forma de su movimiento y de su existencia. Se encuentra relacionado con el 'mundo de la pseudoconcreción', ya que este fenómeno a la vez que aparece mostrarse tal cual es, encubre su verdadera esencia.

"Un conocimiento inmediato es principio subjetivo. Apropiarse de la realidad como un bien, proporciona certidumbres prematuras que traban, más que ayudan, al conocimiento objetivo […]" (Bachelard, 1938: 221).

Desde el materialismo dialéctico, el pensador Hegel afirmaba: "La dialéctica de la totalidad resuelve todos estos dualismos abstractos y abre una vasta perspectiva en la que desaparece toda esa rígida dualidad, que en realidad no es más que una manera simplista de ver las cosas" (1949: 122). Naturalmente, en

ocasiones, surge la tentación de encerrarse en un modelo perfecto. Con Comte (1934) se siente que acaricia la esperanza de encontrar la regla ideal para solucionar la anatomía social.

Comte (1934: 3) considera que:

> […] la sociología denomina física social [...] se divide en estática social y dinámica social. La primera ampliamente tratada en el Sistema que en Curso, insiste en la idea de orden y analiza las condiciones que explican la pervivencia de la familia y la sociedad a lo largo de la historia. La familia debe su cohesión a la subordinación de los sexos y a la subordinación de las edades; cualquier sociedad supone una separación, y también existe una ley por la que no hay sociedad sin gobierno, ni gobierno sin sociedad.

Cabe mencionar que se abordó la categoría de las prácticas hospitalarias o prácticas de poder, teniendo en cuenta el aporte de diversos autores y las diferentes posturas epistemológicas, ontológicas y filosóficas con respecto a la misma. En el siguiente apartado se analiza el poder y sus implicancias con respecto al ejercicio profesional.

2.3.1. Poder

Es preciso señalar que las definiciones y posturas respecto al poder, como se viene analizando, fueron desarrolladas a partir del pensamiento de los autores Weber (1944), Foucault (1971,1977) y Deleuze (1987). Los distintos significados sobre el poder han sido objeto de estudio desde hace tiempo, en los inicios de la teoría política y de la teoría sociológica. Este término proviene del latín *possum*, que significa ser capaz, o tener fuerza para algo.

El pensamiento weberiano hace alusión a la relación de un poder en términos de dominación en un determinado grupo social y a su vez plantea el grado de una cierta obediencia y mandatos específicos (Weber, 1944).

"Debe entenderse por dominación [...], la probabilidad de encontrar obediencia dentro de un grupo determinado para mandatos específicos" (Weber, 1944: 170). De esta manera, distingue las clases de dominación según sus pretensiones típicas de legitimidad.

"La legitimidad de una dominación tiene una importancia que no es puramente ideal-aunque no sea más que por el hecho de mantener relaciones muy determinadas con la legitimidad de la propiedad" (Weber, 1944: 172).

Para Weber, además, existen tres tipos de dominación legítima:

- Las de carácter racional o autoridad legal: hace referencia a la creencia de la legalidad de disposiciones estatuidas y de las de derechos de mando (Weber, 1944: 172).
- Las de carácter tradicional o autoridad tradicional: comprende a la creencia de orden tradicional que rige desde los tiempos de la creación (Weber, 1944).
- Las de carácter carismático o autoridad carismática: extra cotidiana, santidad (Weber, 1944).

Weber (1944) en su denominación del poder como dominación en un determinado grupo social, plantea la capacidad de imponer la voluntad sobre los demás, por lo que surge el tipo de dominación. De este modo, en una sociedad moderna esta legitimidad adquiere la forma de mantener relaciones entre el Estado y Sociedad, legitimando un sistema social que puede ser de tipo: racional, tradicional o carismática.

Foucault en la obra de la Microfísica del Poder (1971: 83-84) sostiene desde otra perspectiva:

> Del mismo modo, sería necesario saber bien hasta dónde se ejerce el poder, por qué conexiones y hasta qué instancias, infinitas con frecuencias, de jerarquías, de control, de vigilancia, de prohibiciones, de sujeciones. Por todas partes, en donde se ejerce el poder, existe poder, el poder se ejerce. Nadie, hablando con propiedad, es el titular de él; y, sin embargo, se ejerce siempre en una determinada dirección, con los unos de una parte y los otros de otra; no se sabe quién lo tiene exactamente; pero se sabe quién no lo tiene […].

Foucault (1971) en su denominación del poder, hace referencia a las relaciones entre sujetos que conforman un determinado espacio. Como por ejemplo práctica de control, de vigilancia, de prohibiciones, de sujeciones etc. También, es mencionar en esta obra Foucault (1971) primeramente analiza la genealogía del saber disciplinario, especialmente en el ámbito del saber y poder.

Además, en su análisis del poder[7], Foucault (1977: 116), considera cierto número de proposiciones:

> Que el poder no es algo que se adquiera, arranque o comparta, algo que se conserve o se deje escapar; el poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias; que las relaciones de poder no están en posición de exterioridad respecto de otros tipos de relaciones (procesos económicos, relaciones de conocimiento, relaciones sexuales), sino que son inmanentes; constituyen los efectos inmediatos que se reproducen, y , recíprocamente, son las condiciones internas de tales diferencias; […] que el poder viene de abajo; es decir, que no hay, en el principio de las relaciones de poder y como matriz general,

[7] FOUCAULT, Michel (1977), *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Buenos Aires: Siglo XXI.

> una posición binaria y global entre dominadores y dominantes […] que las relaciones de poder son a la vez intencionales y no subjetivas […] que donde hay poder hay resistencia, y no obstante (o mejor: por el mismo), ésta nunca está en posición de exterioridad respecto al poder.

Por su parte, Deleuze (1987: 18) con respecto al poder señala que:

> […] atender a las relaciones de fuerza, a la capacidad de ser afectado o de afectar, entendidas respectivamente como materia de la fuerza (un cuerpo, una población cualquiera), y función no formalizada de la fuerza (la anátomo-política, la bio-política); y siempre en enigmática relación con un Afuera: te Dehors.

Por otro lado, Foucault (1969: 307) entiende como saber disciplinario:

> Un saber es aquello de lo que se puede hablar en una práctica discursiva que así se encuentra específica: el dominio constitutivo por diferentes objetos que adquirirán o no estatuto científico. […]. Un saber es también el espacio en el sujeto que puede tomar posición para hablar de los objetos de que trata en su discurso […].

En este caso, si se toma un ejemplo de las prácticas hospitalarias o prácticas de poder, es habitual el uso de un lenguaje médico en el marco de las instituciones hospitalarias, diferente con respecto a otros discursos o lenguajes que poseen diferente marco teórico y metodológico para hablar de los objetos.

Además, el pensamiento de Foucault (1977) define a los discursos que son elementos o bloques tácticos en el campo de las relaciones de las fuerzas. Pueden ser diferentes e incluso contradictorios en el interior de la misma estrategia. Como también consiguen por el contrario circular sin cambiar de forma entre estrategias opuestas.

A nivel general, el campo de las ciencias sociales desde sus inicios ha mostrado su dificultad en relación con su rigurosidad científica. Esto fue debido al predominio de las ciencias naturales que permitían explicar lo social a través del método experimental del positivismo, propulsado por Comte, a través de su principal obra sobre el Curso de la Filosofía Positivista (1830-1842), desarrollada durante el siglo XIX.

Entre los aportes que conformaron la teoría social clásica y contemporánea en Europa occidental, se encuentra Durkheim, quien publicó Las Reglas del Método Sociológico (1895) y El Suicido (1897).

Cabe señalar que el pensamiento de Weber (1992) impulsó el análisis de la realidad social. Para la sociología debe ser una comprensión interpretada o *Verstehen* de la acción social.

Además, Marx y Engels (1845: 665), en la primera Tesis sobre Feuerbach, sostuvieron:

> La falla fundamental de todo el materialismo procedente (incluido el de Feuerbach) reside en que sólo capta la cosa (Gegenstand), la realidad, lo sensible, bajo la forma del objeto (Objekt) de la contemplación (Anschauung), no como actividad humana sensorial, como práctica; no de un modo subjetivo. De ahí que el lado activo fuese desarrollando de un modo abstracto, en contraposición al materialismo, por el idealismo, el cual, naturalmente, no conoce la actividad real sensorial, en cuanto tal. Feuerbach aspira a objetos sensibles, realmente distintos de los objetos conceptuales, pero no concibe la actividad humana misma como actividad objetiva (gegensatändliche).

En la segunda mitad del siglo XIX se produce una subdivisión en las ciencias sociales y humanas que trae aparejado la subdivisión de las disciplinas

científicas, "[…] el espíritu hiperdisciplinario va a devenir en un espíritu proletario que prohíbe toda incursión de parcela del saber" (Morín, 1998: 3).

2.3.2. Interconsulta: la práctica hospitalaria o práctica de poder, versus práctica interdisciplinaria

La interconsulta por sospecha de ASI proviene de la clínica. Además, comprende a las situaciones de violencia como causa externa de alguna lesión, según el Programa provincial de Prevención y asistencia de la Violencia, resolución 319/SEM-SIPROSA (2011: 17):

> La violencia está considerada en tres capítulos según la (CIE[8]10): capítulo XIX: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00- T98); Capítulos: Causas externas de morbilidad y morbilidad (V01-Y98) y Capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99).
>
> También son considerados: T74 Síndrome de maltrato:
>
> T74.0 Negligencia o abandono
> T74.1 Abuso físico (esposa, niño, bebé)
> T74.2 Abuso sexual
> T74.3 Abusos psicológicos
> T74.8 Otros síndromes de maltrato (formas mixtas)

"Los códigos T son considerados en la (CIE10), como consecuencia de causas externas pero si se modifica el código T debe agregarse alguno de los códigos Y como causa" (Programa provincial de Prevención y asistencia de la Violencia resolución 319/SEM-SIPROSA, 2011: 17-18).

[8] Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud.

Agrega Giberti (2014: 56) en su libro sobre Incesto Paterno/Filial: una visión desde el género:

> El criterio denominado Abuso Sexual Infantil (ASI), que tiene en cuenta no solo la penetración en el cuerpo de la niña, sino también otras actividades sexuales que inician el abuso para avanzar progresivamente hacia el coito, que compromete los órganos genitales de la criatura. Tanto en la aplicación de los criterios cuanto en otras modalidades de abordaje se encuentra la inclusión de lo que se denomina grado o situación de riesgo familiar. Es pertinente llamar la atención acerca de las aplicaciones del concepto de riesgo social y familiar cuestionado durante las últimas décadas.

Para esta autora, dada las diversas definiciones y posicionamientos de los riesgos sociales y familiares, una tarea técnica es tangencial a las ideologías de quienes componen equipo de trabajo (Giberti, 2014).

Así mismo, Karsz (2004: 25) sostiene que:

> El riesgo aquí es legitimar estas categorías. Mientras sean más o menos espontáneas y los actores las utilicen para situarse y para ordenar mejor las complejas tareas a su cargo, responden al funcionamiento normal de una institución o de un profesional […].

Cazzaniga (2008: 161) aporta lo siguiente:

> De esta manera se requiere un examen constante de las categorías que usamos, reconocer la trama teórica que le da contenido a fin de ponerla en tensión con la realidad que abordamos, y buscar pertinencia de los instrumentos con que contamos para no caer en la racionalidad instrumental, esa que pone énfasis en los medios sin tener en cuenta los fines últimos.

Matus Sepúlveda (1999: 20) agrega también:

> Trabajo Social hoy son inseparables de un análisis reconstructivo de un porqué que ya no es monocausal, unívoco. Esto se traduce en pensar cómo en Trabajo Social se produce el proceso de nombrar no sólo cosas tangibles sino también dimensiones intangibles.

Cabe preguntarse entonces: ¿La interconsulta plantea la diversidad a las disciplinas científicas en el marco de una práctica hospitalaria o práctica de poder? O bien, ¿desde la interdisciplina con quiénes se va a trabajar en equipo? ¿Es solo el tipo de lenguaje o discurso con los cuales es habitual el manejo de las prácticas hospitalarias o prácticas de poder, o bien existen otras lógicas diferentes al equipo e instituciones hospitalarias?

La doctora González Saibene (1993, 1998: 24):

> Sostiene, que rigurosamente hablando el poder no existe; lo que existe son prácticas o relaciones de poder, lo que significa decir que el poder es algo que se ejerce, que funciona como una máquina social que no está situada en un lugar privilegiado o exclusivo sino que se disemina por toda la estructura social -que circula-. Es lucha, enfrentamiento, relaciones de fuerza, situación estratégica. Este tipo específico de poder que Foucault llamó disciplinas o poder disciplinar.

En términos de Bourdieu (2005), se plantea como un campo de lucha entre las diversas disciplinas científicas, atravesadas por prácticas hospitalarias o prácticas de poder. La interconsulta, por ejemplo, opera en la práctica hospitalaria o práctica de poder, versus práctica interdisciplinaria. Por lo tanto, se podría decir también que la interconsulta no es interdisciplina.

Aquí aparece la interconsulta, la cual plantea la diversidad de las disciplinas científicas como interconsultores mediante la comprensión de los

problemas complejos, estableciendo la integración de los diferentes discursos en el marco de una institución hospitalaria.

También, para ampliar este concepto, es necesario remitirse a los autores Freud (1913) y Lacan (1964) que han desarrollado diversos aportes.

En relación con la interconsulta, desde el psicoanálisis, Freud (1913) aporta en sus estudios sobre *La Iniciación de un Tratamiento*. El cual debe ser propuesto con un período de prueba de algunas semanas, y una motivación diagnóstica (neurosis con sistemas histérico u obsesivo) ante la diversidad de las constelaciones psíquicas del ser humano.

La teoría del psicoanálisis de Freud contribuyó a la ciencia, sosteniendo que "la investigación considera como propio todos los campos de la actividad humana y no puede menos que criticar sin miramientos cualquier invasión ensayada por otro poder" (Freud, 1933: 148).

Freud (1933: 146) define a la Cosmovisión Weltnaschauung como:

> Una construcción intelectual que soluciona de una manera unitaria todos los problemas de nuestra existencia a partir de una hipótesis suprema; dentro de ella, por tanto, ninguna cuestión permanece abierta y todo lo que recaba nuestro interés halla su lugar preciso.

Además, Freud (1933: 148) subraya que la filosofía:

> No es opuesta a la ciencia, ella misma se comporta como una ciencia; en parte trabaja con iguales métodos, pero se distancia de ella en tanto se aferra a la ilusión de poder brindar una imagen del universal coherente y sin lagunas, imagen que, no obstante, por fuerza se resquebraja con cada nuevo progreso de nuestro saber.

En su libro de "Tótem y Tabú (1912-1913) desarrolla una conjetura que reconducía esa mudanza a una subversión en las relaciones de la familia humana" (Freud, 1933: 153).

La transferencia ha sido otro concepto fundamental analizado por Freud (1912). En este sentido es necesario tener en cuenta las contribuciones de la teoría de Lacan (1966:247) cuando afirma que:

> Sus medios son los de la palabra en cuanto que le confiere a las funciones del individuo un sentido; su dominio es el del discurso concreto en cuanto campo de la realidad transindividual del sujeto; sus operaciones son las de la historia en cuanto que constituye la emergencia de la verdad en lo real.

Además, Lacan sostiene que para "liberar la palabra del sujeto lo introducimos en el lenguaje de su deseo, es decir, en el lenguaje primero en el cual más allá de lo que nos dice de él, ya nos habla sin saberlo, y en los símbolos del síntoma en primer lugar" (Lacan, 1966: 282).

Lacan también expresa que "[…] El fundamento de esta interlocución en cuanto incluye la respuesta del interlocutor, es como el sentido se nos entrega de lo que Freud exige como restitución de la continuidad en las motivaciones del sujeto". (Lacan, 1966: 248). Siguiendo con la perspectiva de Lacan sobre Freud, se puede comprender cómo los seres humanos, dependiendo del contexto social en el que se encuentren insertos, actúan de una determinada manera. Es decir, cómo operan las prácticas humanas con la palabra, cómo en un determinado equipo interdisciplinario un profesional recibe la palabra del otro, habilitando o no el lenguaje. Esto da cuenta que el sustento teórico de Lacan (1966) señala que para liberar la palabra del sujeto en el lenguaje, y dar continuidad a las motivaciones del sujeto, establece la interlocución.

En relación a la interconsulta desde la postura mencionada por Lacan, la misma es la práctica de un profesional médico a otro; en ocasiones puede ser a un

psicólogo, el cual puede solicitarla a un Trabajador Social. Se trata de cómo se habilita la interconsulta en un determinado equipo interdisciplinario. La transferencia es la que posibilita la interconsulta. Lo propuesto por Lacan presenta diversas particularidades en el campo disciplinar del Trabajo Social, comprendiendo la demanda social, la técnica de la entrevista y las categorías de un espacio, tiempo e intervención profesional. Es decir, cómo lo social emerge y expresa esas dificultades y situaciones complejas.

El aporte teórico de Lacan sobre la transferencia distingue el mundo de lo imaginario de lo simbólico, caracterizándola como compleja. Lacan sostiene, que "la transferencia no es nada real en el sujeto, sino la aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos permanentes según los cuales constituyen sus objetos". (Lacan, 1964: 2014). También la adscripción y sentido de pertenencia de los sujetos es otro elemento necesario en una intervención profesional, que posibilite los procesos de comunicación entre el usuario, la institución y el profesional de Trabajo Social, para el logro de la transformación.

Avanzando en el análisis de la interconsulta, cabe destacar que no todos los aspectos de la enfermedad provienen de un paciente que se encuentra internado. En el terreno de la práctica hospitalaria o práctica de poder, surgen aspectos relacionados a la ansiedad y el estrés de los profesionales de la salud, generados al abordar consultas por sospecha de abuso sexual infantil.

Cabe señalar que emergen aspectos relacionados al orden de lo subjetivo, preferencias de los modos de crianza, cuidados maternos, etcétera. Todo lo mencionado se puede interpretar desde el aporte teórico de Lacan, cuando considera que "la transferencia en la opinión común, es presentada como un efecto. Se la califica vagamente de manera positiva o de negativa" (Lacan, 1964: 129). Es decir, convergen diferentes miradas. La transferencia es el impacto de la subjetividad de los otros profesionales en el deber ser y hacer del Trabajador

Social. Lo cual puede presentarse en la inmediatez, emergencia y urgencias institucionales.

Otro elemento para analizar se refiere al discurso médico hegemónico, el cual se encuentra codificado en diversos diagnósticos. A raíz del avance del marco legal referido a la Ley Nacional N° 26.061 y provincial N° 8.293 sobre la Protección Integral de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, la cuestión social del abuso sexual infantil interpela la práctica hospitalaria o práctica de poder, a partir de la escucha del paciente. El aporte de Lacan (1964, 1966) podría interpretarse como la habilitación de la palabra y del lenguaje, es decir, del poder que transmite el sujeto.

Desde otra perspectiva, docentes de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA, encargados de la enseñanza en el Hospital Pirovano, Lic. Cherni, y Dr. Heumann (2009), reflexionaron al abordar el tema de la interconsulta médico-psicológica:

> […] Al recibir una interconsulta, es decir, una solicitud de interconsulta médica puede adoptar diferentes posturas profesionales, entre ellas podemos mencionar algunas: inicialmente puede dirigirse al paciente y luego informalmente al médico solicitante; otra instancia puede dirigirse al médico y preguntar cuál es el motivo de la interconsulta para enfocar la entrevista social que se realizará al usuario y hacer luego una devolución al médico, o bien realizar la entrevista y en el mismo marco de la entrevista marcar puntos de intervención social posibles […]. (2009: 1-2)

Los autores Agüero Pozzo y Quino Cabral (2017) en su investigación *El lugar de la Interconsulta*, sostienen que es una práctica, convirtiéndola en un dispositivo de psicoanálisis aplicado. Este dispositivo toma los siguientes elementos: espacio, tiempo, honorarios y deseo del analista y busca adecuada situación de internación. Propone el constructivo específico espacio como un lugar a construir junto al paciente internado. Es decir, una elaboración teórica que

propicia la alianza terapéutica. La metodología es exploratoria y de diseño bibliográfico.

"En la práctica del día a día, es común que realicemos articulaciones con profesionales de diferentes instituciones u organizaciones, el punto sería trascender la articulación (interconsulta o derivación) hacia una constitución interdisciplinaria" (Cazzaniga, 2008: 167).

2.4. Interdisciplina

Se toma como referencia el diccionario de la RAE (2014) donde "se define el término interdisciplina como la cualidad de ser interdisciplinario, refiriéndose por esta al estudio que realiza la cooperación de varias disciplinas".

Rodríguez Ortega (2016:1) define:

> El término interdisciplinariedad surge por primera vez en 1937 y le atribuyen su invención al sociólogo Louis Wirth. Con el transcurrir del tiempo, el propio desarrollo científico-técnico hizo que fueran surgiendo paulatinamente numerosas ramas científicas que requerían su integración para lograr un tratamiento objetivo y eficaz, tanto en la ciencia como en la investigación.

En general, empezaron a aparecer especialistas en cada una de esas disciplinas que no lo eran en otras áreas del conocimiento. Cabe señalar que ciertos estudios que requerían de diversos conocimientos, eran inasequibles a la mayoría de los científicos especializados. Y ello se relaciona con la historia del esfuerzo humano para unir e integrar situaciones y aspectos que requieren su propia práctica científica y social (Rodríguez Ortega, 2016).

Por su parte, Tamayo y Tamayo (2009) señala que tiene un doble origen: uno interno que tiene por característica esencial el replanteo general del sistema de las ciencias y por el otro, externo caracterizado por el saber, y la multiplicidad de la especialización.

A su vez, Najmanovich (1991: 4) sostiene que:

> Diferentes líneas de investigación han enfatizado diversos aspectos de la Teoría de Sistemas, pero todas ellas aceptan el *dictum* aristotélico: El todo es más que la suma de las partes. […]. Es por esto que la teoría de los sistemas es de naturaleza interdisciplinaria o mejor aún transdisciplinaria […].

Cabe señalar en los aportes de los autores mencionados, que la teoría de los sistemas, es de carácter interdisciplinario.

En términos más precisos de lo interdisciplinar, inter indica entre disciplinas, es decir, que va a establecer la relación. Por lo tanto, determina el tipo de relación que conduce a un estudio de los niveles de la interdisciplinariedad (Tamayo y Tamayo, 2009).

Desde esta perspectiva se sostiene que la característica central de la interdisciplinariedad se desprende del hecho de incorporar los resultados de varias disciplinas, a partir de esquemas conceptuales de análisis.

Tamayo y Tamayo (2003:64-74) plantean tipos de disciplinariedad:

- Multidisciplinariedad: conjunto de disciplinas, cuyo punto de unión radica en el hecho de ser impartidas en el mismo centro docente.
- Pluridisciplinariedad: conjunto de disciplinas que presentan una gran afinidad pero que aparecen en yuxtaposición y se sitúan en un mismo nivel

jerárquico y se agrupan de manera que subrayan las relaciones existentes entre ellas.

- Interdisciplinariedad: conjunto de disciplinas conectadas entre sí y con relaciones definidas, a tal fin de que sus actividades no se produzcan en forma aislada, dispersa y fraccionada.
- Intradisciplinariedad: se presenta como aquellas disciplinas que superan estadios descriptivos y que aportan axiomas y modelos de orden superior con mayores posibilidades de transferirlos a otros campos disciplinarios, ejerciendo su atracción sobre la propia disciplina menos subyugadas a este esfuerzo conceptualizado.
- Transdisciplinariedad: intenta ordenar articuladamente el conocimiento, coordinándolo y subordinándolo en una pirámide que permita considerar orgánicamente todas las ciencias.

La interdisciplina articula y coordina mediante el diálogo y el compartir de los diversos saberes. Genera un nuevo conocimiento permitiendo afrontar los conflictos y situaciones problemáticas que vive el sujeto (Eroles, 2001).

Este autor sostiene, que la complejidad de la realidad afecta principalmente al hombre en situación, familiar, grupal y comunitaria (sujeto del trabajador social), además plantea un enfoque clínico e interdisciplinario (Eroles, 2001: 25)

Por su parte, Kisnerman (2005: 107) sostiene lo siguiente:

> La interdisciplina articula dos o más de ellas, en un equipo de trabajo, con un código y una metodología compartida. En algunos casos se llegan a fundirse o configurar un nuevo objeto teórico, como puede ser en el caso bioquímica, la psicosociología o psicología social. El abordar de esta manera el objeto de la práctica profesional anticipa nuevas y más fructíferas perspectivas tanto de acción, como de producción y enseñanza.

Para esta perspectiva, lo interdisciplinario se produce mediante preguntas de una disciplina a otra, que opera en una situación concreta para superar la comprensión separada. Siguiendo este pensamiento Lucca (2017) sostiene que la interdisciplina como la transdisciplina son procesos que se construyen en 7 momentos.

Lucca (2017: 23) plantea el proceso interdisciplinario y los procedimientos metodológicos:

> 1° momento: fuerte relación propia disciplinar. Intervenciones desde el lugar de la propia disciplina. Incapacidad de escuchar aportes de otras disciplinas.
> 2° momento: con la aparición de cierta interrelación afectiva (de respecto y aceptación) entre los miembros, disputan la apertura de la escucha a lo que dice el otro […].
> 3° momento: primera crisis epistemológica generalizada. Se cuestionan, interna y externamente, los saberes, y aparece la pérdida de seguridad. […].
> 4° momento: sobreviene la confusión entre cómo encarar las situaciones/problemas/objeto de intervención del grupo interdisciplinario. Se enuncia una de las reglas de la interdisciplina: el principio del silencio ante la pregunta formal.
> 5° momento: se comienza a practicar formas de tejer la visión sobre el objeto desde distintos ángulos, observando la deformación de ese objeto que adquiere a partir de las distintas miradas.
> 6° momento: se entrega el dominio de la comprensión del objeto a la revisión conjunta. Es el primer momento interdisciplinar.
> 7° momento: el ejercicio de una mirada multifocal permite ampliar la conciencia incorporando una visión organizada, concertada, transdisciplinar.

Desde esta perspectiva, "la interdisciplina es un camino de reconstrucción después de la construcción del conocimiento indisciplinar, una reconstrucción necesaria" (Lucca, 2017: 24). Esta autora refiere que tal proceso a seguir se incorpora en cada persona como experiencia vital.

Además, propone algunos de los procedimientos metodológicos (Lucca, 2017: 24):

> La creación del campo común: Crear la matriz grupal consensuando conceptos, terminologías, enfoques […].
> El método expansivo a través de asociación nos permite buscar los contenidos que no son claramente explícitos, pero que cuentan en las decisiones y nos involucran vitalmente […].
> La metodología de la intersubjetividad objetiva implica liberar los procesos propios contenidos y al mismo tiempo, consensuados con otros miembros […].

Kisnerman (2005: 107) aporta:

> En cuanto a la multidisciplinariedad o pluridisciplinariedad supone un conjunto de disciplinas, estudiando diferentes aspectos de un mismo objeto y/o cooperando en su abordaje, desde cada una de ellas. No están ligadas a ninguna modificación de sus estructuras teóricas. Por ejemplo, consulta entre médicos de distintas especialidades frente a un cuadro complejo de enfermedad.

Kisnerman (2005: 108) también sostiene que:

> Transdisciplina como meta disciplina (está más allá de las disciplinas), tiene sentido de globalidad, de fecundación mutua, de unidad de las relaciones humanas y acciones de interpretación de saberes. Y de este

intercambio surge una nueva disciplina, un nuevo enfoque para abordar una realidad de trabajo.

Desde otra perspectiva, Elichiry (2009: 1) sostiene que:

> El enfoque multidisciplinario está caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas de conocimientos, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas. Desde este aporte plantea las diferencias entre lo multidisciplinario e interdisciplinario.

Otro aspecto que destaca Elichiry (2009: 6) refiere a "la transdisciplinariedad que es una aproximación metodológica que compatibiliza la unidad y diversidad de la ciencia".

Desde otra perspectiva, García (2011) plantea la diferencia entre multi o pluridisciplina e interdisciplina. No parte de una definición de interdisciplina, sino que define primero el objeto de estudio y luego una forma de estudiarlo.

Este autor define la conceptualización de la investigación interdisciplinaria, la cual posee implicancias metodológicas y de formación de investigadores. Ambas realizaciones requieren también una re conceptualización del interior de cada disciplina (García, 2011).

Ciertamente, la interdisciplina ha sido abordada desde múltiples perspectivas, entre ellas se considera el aporte del pensamiento complejo de Morín (1995). Por otra parte, entre los referentes teóricos en el tema de la interdisciplinariedad, se destaca la autora argentina Stolkiner (1987: 2) quien señala:

> Interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones, imbricadas con cuerpos conceptuales diversos.

"En este punto estamos y en ese contexto cabe reflexionar sobre la interdisciplina y la salud mental hoy. Conviene detenerse en algunos conceptos. […] (Stolkiner, 2005: 4).

Stolkiner (2005: 5) afirma que:

> […] Significa situarse necesariamente en otro paradigma pos positivista. Reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto de conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone una comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas […].

Evidentemente, el aporte del recorrido teórico en los autores mencionados muestra que en la interdisciplina convergen diferentes perspectivas en las que, por ejemplo, el autor García (2011) plantea una re conceptualización al interior de cada disciplina.

Desde otra perspectiva, Morín (1990), Najmanovich (1991), Eroles (2001) y Kisnermam (2005) plantean la interdisciplinaria desde el pensamiento complejo.

Además, en este espacio de las prácticas interdisciplinarias, Stolkiner (2005: 5) agrega lo siguiente:

> El desafío que presenta particularmente en las prácticas: cómo integrar los saberes que no son disciplinarios, que no se estructuran como conocimientos científicos. Ésta es la pregunta que atraviesa la dimensión estética y el arte (cabe recordar que la producción artística, es una forma de comprensión de la realidad), la estética y los constructos de la comunidad y los actores […].

En un esfuerzo por delimitar lo multidisciplinario e interdisciplinario Elichiry (2009) y Lucca (2017) refieren que la interdisciplina es como un camino de reconstrucción después de la construcción del conocimiento indisciplinar, es decir una reconstrucción necesaria.

Las nociones antes trabajadas son un valioso aporte para comprender con más profundidad el concepto de interdisciplina. En la actualidad se considera que los autores mencionados, a partir de sus diferentes posturas, sostienen aspectos relevantes para integrar en la práctica científica. Respecto a esto, la Teoría de los Sistema ha sido de gran influencia. Sin embargo, lo interdisciplinario presenta constantes desafíos en el campo de la salud. También, este concepto fue analizado por Cazzaniga (2002) y Malacalza (2009) en el capítulo anterior.

2.5. Diferencias entre grupo y equipo

Las definiciones que propone el diccionario de la RAE (2018) al examinar la palabra Equipo son las siguientes:

> 1. m. Grupo de personas organizadas para una investigación o servicio determinado. 2. m. En cierto deportes, cada uno de los grupos que se disputa el triunfo. 3. m. Conjunto de ropas y otras cosas para uso particular de una persona y en especial, ajuar de una mujer cuando se casa. Equipo de novia, de colegio. 4. m. Colección de utensilios, aparatos y aparatos especiales para un fin determinado. Equipo quirúrgico, de salvación. 6. m. Acción o efecto de equipar. (RAE, 2018: 1)

Ciertamente, estas definiciones sirven para introducir en un comienzo a la noción y representaciones de la palabra. A nivel general, se hace referencia a la palabra grupo como un conjunto de personas o elementos organizados. Sin embargo existen diferencias entre grupo y equipo, más aún cuando se considera, un equipo interdisciplinario.

El filósofo francés Sartre (1963: 432-434) señala lo siguiente:

> […] porque el grupo (como organización práctica directamente establecida por la praxis de los hombres y como empresa concreta y actual) sólo se puede producir sobre la base fundamental de un colectivo que no por eso suprime (o que en todo caso nunca su prime del todo), e, inversa meo te, en la medida en que necesariamente actúa -cualquiera que sea su fin […]. La oposición "reciprocidad como relación de interioridad" y "soledad de los organismos como relación de exterioridad" que condiciona en lo abstracto a una tensión, no caracterizada en las multiplicidades, sino que, por el contrario, se encuentra superada y fundida en un nuevo tipo de relación "externa-interna" por la acción del campo práctico-inerte que transforma a la contradicción en el medio del Otro en serialidad.

En el diccionario de Trabajo Social, elaborado por Ander Egg (1995: 25), se introduce a la noción de la dinámica de los grupos:

> La capacidad propia derivada del conjunto de las fuerzas que operan dentro de los grupos para darles vida propia. La investigación de dinámica de grupos consiste en el estudio de esas fuerzas de como surgen en un estudios de esas fuerzas de como surgen y que las motiva.

Ander Egg (1995: 25) define la *dinámica social:*

> Como el paso de las sociedades primitivas a formas desarrolladas y *dinámica de grupo* cuerpo de conocimiento, de datos organizados sobre

> una profesión o saber especializado, sostenido por un colectivo que cultiva en un mismo cuerpo teórico, el cual constituye una comunidad científica unidisciplinar.

Del mismo modo, Pichón Rivière (1985) analiza y utiliza el Esquema Conceptual, Referencial y Operativo (ECRO), "es el producto de síntesis de corrientes aparentemente antagónicas, pero sobre todo ignoradas, situación que crea, por ejemplo, por ignorancia sobre psicoanálisis, un clima somnoliento de bizantinismo" (Pichón Rivière, 1985: 38).

Pichón Rivière (1985: 12) propone una nueva epistemología:

> La postulación de una epistemología convergente, según la cual las ciencias del hombre consideran a un objeto único: el hombre en-situación susceptible de un abordaje pluridimensional. Se trata de una interciencia, como una metodología interdisciplinaria, la que como unidad operacional permite un enriquecimiento de la comprensión del objeto de conocimiento y una mutua retroalimentación de la comprensión del objeto de conocimiento y una muta realimentación de las técnicas de aproximación al mismo.

Para definir su teoría, Pichón Rivière (1985: 152) se refiere al grupo de esta manera:

> Todo conjunto de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se plantea explícita e implícitamente una tarea, que constituye su finalidad. Podemos decir entonces que estructura, función, cohesión y finalidad, junto con un número determinado de integrantes, configuran la situación grupal que tiene su modelo natural en el grupo familiar.

Pichón Rivière plantea la noción de grupo operativo como unidad básica de la interacción social. Sus vectores son los siguientes:

- "La Afiliación o identificación con los procesos grupales, pero no en lo que es el sujeto guarda una determinada distancia, sin incluirse totalmente en el grupo […]" (Pichón Rivière, 1985: 154). En cuanto a la Pertenencia, se plantea cuando hay una mayor integración grupal.

- "La Cooperación consiste en la contribución, aun silenciosas, a la tarea grupal […], se dan roles diferenciados" (Pichón Rivière, 1985: 154).

- La Pertinencia, consiste en el entrarse del grupo en la tarea grupal en forma implícita y en forma explícita (Pichón Rivière, 1985).

-"La Comunicación que se da en la construcción, aun silenciosa, a la tarea grupal […]" (Pichón Rivière, 1985: 154). En este vector, además se dan roles diferenciados.

- El Aprendizaje, se logra por la sumatoria de información de los integrantes del grupo, cumpliéndose en un momento dado la ley de la dialéctica de transformación de cantidad en calidad […] (Pichón Rivière, 1985: 154). En este vector, se logra un cambio cualitativo.

- El vector denominado Telé, definido por el profesor Moreno (1966) como disposición positiva o negativa para trabajar con un miembros del grupo […] (Pichón Rivière, 1985: 154). El Telé proviene del griego: influencia a distancia (Moreno, 1966).

Asimismo, en todo grupo existen diferentes momentos por los cuales se debe atravesar:

- "La Pre tarea, es en la que se pone en juego las técnicas defensivas del grupo, movilizadas por las resistencias al cambio y destinadas a proteger la

elaboración de las ansiedades que funcionan como obstáculo epistemológico" (Pichón Rivière, 1985: 153).

- La Tarea consiste entonces en la elaboración de dos ansiedades básicas: miedo a la pérdida (ansiedad depresiva) de las estructuras existentes y el miedo al ataque (ansiedad paranoide) (Pichón Rivière, 1985).

- El Proyecto surge cuando se ha logrado una pertenencia de los miembros; se concreta entonces una planificación (Pichón Rivière, 1985).

Desde la perspectiva mencionada por Pichón Rivière, en un grupo hay varios roles: observador, portavoz, chivo emisario, saboteador, entre otros. Pero, en esta investigación se tomará el *rol del coordinador* y *el del líder*, ya que tienen relevancia en el Equipo interdisciplinario cuando intervienen en la toma de decisiones.

A continuación se tratará de analizar algunas similitudes y diferencias entre los autores mencionados:

El coordinador, según Quiroga (1994) quien sigue a Pichón Rivière (1985) considera que los roles en un grupo están fundamentalmente requeridos desde la tarea (principio organizador), ya sea para realizarla o para negarla. "El rol de coordinador (cuando el grupo trabaja con un encuadre técnico) está requerido en función de la tarea y a partir de los obstáculos que surgen para su desarrollo" (Quiroga, 1994: 90).

Kisnerman (1969:90) plantea que el liderazgo: "Como resultado de la interacción social y de las valoración que hacen entre sí los miembros en función de la personalidad tipo que todos pretenden alcanzar, emerge el líder natural".

Este autor, explica que el líder, que si bien asume el estatus más alto del grupo; estatus que la da normativas (autocrítica, paternalismo) o autoridad funcional (participativo).

Kisnerman, en cuanto a los roles, a diferencia de Pichón Rivière (1985) y Quiroga (1994), sostiene que el líder asume la suma de roles positivos (participativos) o negativos (autoritarios).

En cuanto al rol de la coordinación, Kisnerman (1969), afirma que se da en la etapa de organización del grupo.

Kisnerman (1969: 104) sostiene que:

> La coordinación entre los miembros respecto a la actividad no se efectúa basada en la autoridad, sino mediante la conciencia de grupo que les permite unificar propósito de manera que cada miembro adaptará su tarea a lo de los otros con habilidad y entusiasmo necesario.

Desde otra perspectiva, García y col. (2008: 37) sostienen que "la función del/la coordinador/a dentro de un grupo es definida como la de co-pensador/a, rol que implica una clara posición ideológica en términos de aprendizaje: *trabaja junto* al grupo y no *para*, ni *por* el grupo".

Estos autores, citando a Martínez Moreno (2001) que establece diferencias conceptuales entre coordinador/líder, enuncian 24 condiciones para un liderazgo eficaz. Desde otra perspectiva, Lucca plantea que la tarea de un coordinador no solo requiere mayor entrenamiento, sino también haber vivido en esta práctica, ya que el rol trabaja sobre los contenidos implícitos. La decodificación de los mismos es fundamental para la marcha del grupo, especialmente, aquellos contenidos que señalan la aparición de flujos de poder (Lucca, 2014).

García et al. (2008: 40) sostienen que "la posibilidad de formular hipótesis también se vincula con la *atención flotante* del/la coordinador/a, su capacidad para dejarse llevar por la información, de permitir su resonancia y, desde allí, elaborar hipótesis que siempre deberán ser conformadas con el grupo".

Desde la perspectiva de Quiroga (1994: 76) se plantea el concepto de grupo y los principios organizadores de la estructura grupal según el pensamiento de Pichón Rivière (1985):

> A la definición, al señalamiento de los principios organizadores internos, al discernimiento de lo esencial (naturaleza del fenómeno), se llega desde una tarea previa de elaboración de las experiencias, de re trabajo del material empírico […]. La elaboración conceptual de la experiencia supera al conocimiento empírico en tanto significa un interrogarse por la esencia […]. La experiencia concreta el lugar desde donde se construye toda pregunta pertinente. Tomando, como punto de partida, lo que se denomina principios organizadores internos, configurante de la estructura grupal.

Quiroga (1994: 83) sostiene:

> Esos procesos interaccionales, sustancia de toda trama vincular, constituyen el horizonte de la conducta humana, el contexto en que dicha conducta reviste significatividad […]. Es precisamente el conocimiento de esos organizadores internos, los estructurantes grupales, lo que permite una interacción psicológica que desarrolle los distintos momentos de la planificación: estratégica, táctica, técnica y logística.

Quiroga (1994: 84) aporta, además:

> De dos o más sujetos que comparten un tiempo y un espacio, hay entre ellos un juego corporal de miradas, de gestos. Se reciben recíprocamente y sobre la base de esa percepción recíproca intercambian mensajes, utilizando un lenguaje

verbal y gestual. Decimos que se establece entre esos sujetos un proceso comunicacional […].

Nuevamente Quiroga (1994: 84) refiere:

> Se da interacción en tanto se dé una determinación recíproca o interjuego que se efectiviza cuando la presencia y la respuesta del otro es incluida, anticipada en la actitud de cada sujeto. Inclusión y anticipación que se configuran como expectativa hacia el otro, en un interjuego de orientación mutua. El desarrollo de expectativas recíprocas, el intercambios de mensajes permite afirmar que interacción implica proceso de comunicación a la vez que fenómenos de aprendizaje, en tanto se da una modificación interna de cada uno de los actores, modificación emergente del reconocimiento del otro, de su incorporación, lo que tendrá por efecto un ajuste -en mayor o menor grado del comportamiento de ambos a esa realidad que significa la presencia concreta del otro.

Kisnerman (1969: 92) plantea que "llamamos proceso de grupo al desarrollo evolutivo del grupo, teniendo en cuenta la interacción dinámica entre sus miembros y el logo del objetivo propuesto. Supone una sucesión de etapas y operaciones de resolución de problemas integrados en sí".

Desde otra perspectiva Romero (1996) aporta las principales características psicosociales de los pequeños grupos, siguiendo los lineamientos de las distintas escuelas: Teoría del Campo, Interaccionismo, Sociometría. Este autor incorpora una postura crítica, incorporando la teoría del psicoanálisis.

Romero (1996: 60) plantea que:

> El grupo es una unidad que se manifiesta como una totalidad. En esta propiedad del grupo coincidirían si bien con marcadas diferencias de

perspectivas-distintos enfoque, por ejemplo Lewin (14[9]), Bion (3[10]). Esta propiedad grupal fue propuesta y trabajada, fundamentalmente, por la teoría del campo en general y en particular por Kurt Levin, quien definió y caracterizó al grupo por su totalidad y por la interdependencia entre sus miembros.

Según Romero (1996), el grupo es un proceso en continuo movimiento, por lo tanto es dinámico. Considera que su dinámica está en función de los integrantes, expresándose en las relaciones y actividades intergrupales.

Y en cuanto a la cuarta característica, Romero (1996: 62) sostiene:

> […] en todo grupo coexisten fuerzas contradictorias: unas tendientes a favorecer la cohesión grupal y otras hacia la desintegración, inter-juego de fuerzas que debe entenderse en función del grupo como totalidad; la tensión se genera como consecuencia del interjuego entre fuerzas de integración y desintegración, que determinan, a su vez, niveles de tensión positiva o negativa.

Desde otra perspectiva, Kisnerman (1969) plantea la clasificación de etapas del proceso y gratificación de la siguiente manera: Etapa de Formación o Aparente de Grupo, Etapa de Conflicto, Etapa de Organización, Etapa de Integración, Etapa de Declinación y Muerte del Grupo (Kisnerman, 1969).

Otros autores, Beal et al. (1964: 102) sostienen que:

> El tamaño del grupo es una fuerza importante que debe considerarse […], en particular para decidir qué técnicas de grupo han de emplearse en ciertas condiciones para lograr objetivos específicos. El tamaño es una variable que puede limitar la cantidad y calidad de la comunicación que

[9] Lewin, Kurt (1968), "Fronteras en Dinámica de Grupos". *Ficha* UBA.
[10] Bion, W. (1963), Experiencias en grupos. Buenos Aires. Paidós.

> pueden tener lugar los miembros del grupo […]. A medida que aumenta el tamaño, hay una mayor tendencia hacia procedimientos más formales […].

Estos autores plantean la evaluación del grupo que puede ser una fuerza interna poderosa que afecta a la productividad del grupo. Reconocen que la evaluación siempre está presente.

En cuanto a las normas del grupo, "se pueden definir como el nivel de rendimiento aceptable para el grupo mismo" (Beal et al., 1964: 81).

Bion (1980: 115) propone discutir los aportes que el *psicoanálisis*, en su evolución posterior, ofrece acerca de los mismos problemas:

> Espero mostrar que el adulto, en su contacto con las complejidades de la vida de grupo, recurre en forma que podría ser una regresión masiva, a mecanismos que Klein escribió (1931-1946) como típicos de la fase más tempranas de la vida mental. El adulto debe establecer contacto con la vida emocional del grupo en que vive; esta tarea puede parecerle tan formidable como le parece al niño la relación con el pecho, y su regresión revela el fracaso en satisfacer las exigencias de esta tarea.

Este autor sostiene, además, la existencia de una mentalidad grupal, a través de conductas grupales de supuestos básicos (Bion, 1980). "El primer supuesto básico consiste en que el grupo se reúne a fin de lograr el sostén de un líder de quien dependerá para nutrirse material y espiritualmente y para obtener protección" (Bion, 1980: 119). En cuanto al segundo supuesto básico, igual que el primero, también se relaciona con el propósito del grupo (Bion, 1980: 121).

El autor precitado, Bion (1980: 117), define un grupo de trabajo como aquel que se reúne para hacer algo, donde participan personas con entrenamiento y capacidad:

> En todo grupo pueden encontrarse rasgos que revelan una actividad mental. Aunque sea en forma casual, todo grupo se reúne para 'hacer' algo: cada miembro coopera en dicha actividad de acuerdo con sus capacidades individuales. Esta cooperación es voluntaria y depende del grado de habilidad que el individuo posea. Sólo pueden participar en tal actividad los individuos que tienen años de entrenamiento y una capacidad para la experiencia que les ha permitido evolucionar mentalmente.

Por su parte, Souto expresa que: "Un grupo nace en el seno de una organización, una escuela, una universidad, un club, un centro cultural, una familia. Representantes a su vez de instituciones sociales más genéricas" (Souto, 1993: 6).

Hasta aquí se presentaron algunas referencias teóricas en cuanto a la etimología de grupo y equipo. Pero, esto no alcanza para definir un equipo interdisciplinario. Por lo tanto, en el siguiente apartado se desarrollan las nociones sobre el mismo.

2.6. Equipo interdisciplinario

Ciertamente, algunos aportes elaborados por los autores como Durkheim (1895) iluminan sobre la burocracia y sus grados de dominación en las organizaciones administrativas. Estos elementos fueron tomados por Marx y Engels (1845), para analizar los procesos de una sociedad donde las relaciones se tornan en conflictos y contradicciones, a raíz de la modernidad y complejidad del pensamiento. Desde este lugar Weber (1964) plantea una delegación y articulación en los equipos interdisciplinarios.

También son importantes las contribuciones desde la Teoría del Campo, elaborada por Kurt Lewin (1988), fundamental para entender las diversas transformaciones de las organizaciones. Por otro lado, el pensamiento de George Mead (1975), citado por Ritzer (1993: 283) sobre el Interaccionismo Simbólico

que ha aportado diferentes aspectos a la psicología social, en relación a la Teoría de Grupos[11].

En cuanto a los antecedentes del surgimiento del Equipo Interdisciplinario como servicio de salud y asociación no jerarquizada, el Informe Anual del Director General de la OMS a la Asamblea Mundial de la Salud y a la ONU (1973), considera que es importante fortalecer los sistemas de salud.

Este informe, además, precisa que:

> Uno de los objetivos a plazo medio de la OMS en lo relativo al fortalecimiento de los sistemas de salud es ayudar a algunos países que adquieran la capacidad de planificar, decidir, distribuir y administrar eficazmente los recursos. Para ello no sólo será necesario crear secciones de planificación y ejecución de los ministerios de salud sino también formar personal especializado en las disciplinas correspondientes y establecer métodos que hayan sido elaborados y ensayados en el país respectivo. Los llamados institutos de fomento de servicio de salud pueden ayudar en este aspecto a los ministerios aunque no dispongan de facultades o dirección o decisión pueden también servir de centro secundarios de formación y desarrollar una labor innovadora […]. (1973: 101)

Además, en este documento se detallan aspectos de la formación y perfeccionamiento del personal de salud, lo cual implicó la instalación de los equipos capacitados en diferentes países. Lo expuesto, plantea un antecedente en relación al surgimiento del Equipo interdisciplinario en el campo de la salud.

[11] Martínez y Peralta (2006) hacen interesantes aportes en su documento de investigación titulado: "Los Antecedentes y Emergentes del Trabajo Social de Grupo, una aproximación histórica". Fue publicado en la revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Este texto señala algunos de los momentos y motivos que definen la evolución del Trabajo Social de grupo. Reconoce a algunos autores que han enriquecido sus planteamientos y práctica, especialmente en Estados Unidos y Latinoamérica, e identifica los vacíos en el conocimiento de la historia del Trabajo Social de grupo en otros continentes y en Colombia.

Por otra parte, De Lellis (2015: 26) plantea cuestiones centrales en cómo concebir a la Política de Salud (PS), analizado en el último encuentro en Finlandia en el año 2013:

> La PS debe ser interdisciplinaria, es decir que sus acciones requieren de un conjunto de interrelaciones de varias disciplinas académicas –como puede ser la sociología, la psicología, la epidemiología, la comunicación, la filosofía, la economía, la medicina social y la educación– para lograr sus objetivos. Lo primordial es que se conjuguen elementos de todas ellas, creando un campo teórico con identidad propia y con técnicas y metodologías adecuadas para contribuir al logro de sus sociedades más justas y equitativas.

Además, De Lellis (2015: 26) refiere que:

> En relación a la intervención de la PS debe desarrollarse en dos niveles; uno que abarca el ámbito 'estructural', en el cual se plantean las acciones para modificar los ambientes (físicos, sociales, culturales, políticos) buscando influir en las causas últimas o determinantes de las condiciones de vida/salud; y otro cuyas actividades están dirigidas a lograr cambios en los 'estilos de vida'.

En el Posgrado en Salud Social y Comunitaria, organizado por el Ministerio de Salud de la Nación (2010: 11), destinado al personal del sistema de salud, en el módulo N°8: Trabajo en equipo de salud, se expresa:

> […] trabajar en equipo tiene ventajas e intentaremos abordar la problemática de la constitución de los equipos en los lugares de trabajo, en especial para los trabajadores de la salud , en particular en las instituciones dedicadas a la Atención Primaria de la Salud.

Ander Egg (2009) definió al equipo como un número pequeño de personas con conocimientos y habilidades que se completan, y ponen claros los objetivos para la realización de sus actividades.

Según Elichiry (2009: 5), existen prerrequisitos complementarios para la interdisciplina sea como tal:

> 1. Trabajo en equipo: conformación de actitudes cooperativas en el grupo.
> 2. Intencionalidad: que la relación entre las disciplinas es provocada. El encuentro fortuito entre disciplina no es interdisciplina.
> 3. Flexibilidad: que exista apertura en cuanto a la búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas; sin actitudes dogmáticas con reconocimientos de divergencias y disponibilidad para el diálogo.
> 4. Cooperación recurrente: que haya continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr cohesión al equipo. Una cooperación ocasional no es interdisciplina.
> 5. Reciprocidad: está dada por la interacción entre disciplinas. La reciprocidad lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados, etc.

Es de mencionar, además, que esta autora desarrolla los requisitos básicos para la conformación de un equipo interdisciplinario, señala entre ellos el de la integración sistémica (Elichiry, 2009).

Aguilar Idáñez y Ander Egg (1997: 12) definen lo que es un equipo de trabajo:

> Se trata de un conjunto de personas que tiene un alto nivel de capacidad operativa de cara al logro de determinados objetivos y a la realización de actividades orientadas a la consecución de los mismos. El trabajo individual y colectivo se realiza con un espíritu de complementación,

mediante una adecuada coordinación y articulación de tareas, y un clima de respeto y confianza mutua, altamente satisfactorio.

Follari (2013) enfatiza que el equipo interdisciplinar también depende de ciertas condiciones políticas, institucionales, etc. para ser finalmente eficaz, pero sin duda puede tener una visión muchos más abarcativa.

Cazzaniga (2008: 163) aporta sobre "[…] el campo de intervención de los equipos interdisciplinarios en el ámbito público. Los objetos complejos deben abordarse con herramientas complejas. Los problemas sociales presentan una gran complejidad acentuada en la actualidad dada las transformaciones operativas en el contexto […].

En un equipo interdisciplinario coexisten diferentes saberes disciplinarios entendidos como "el espacio en el que el sujeto puede tomar posición para hablar de los objetos de que trata en su discurso" (Foucault, 1969: 306).

Además, es de mencionar a las *relaciones vinculares* que toma el aporte desde la Teoría del vínculo desarrollada por Levi Strauss (1949). También, Pichón Riviere (1985) y Quiroga (1994) sostienen que la formación del ser humano deviene en la familia, grupos, etc. Esto es concepto importante para el análisis de los elementos que conforman un equipo interdisciplinario.

Al respecto Grassi (1995) sostiene que los conflictos surgidos en los Equipos interdisciplinarios están asociados a un proceso inconcluso que demanda pasar de la intervención a la constitución de una práctica profesional, la cual necesita problematizarse y transformar su objeto en relación a la realidad.

Contrariamente, Cazzaniga sostiene que "estos obstáculos, no siempre de fácil remoción, ameritan una fuerte crítica entre todos los actores a fin de llegar a diálogos profundos en los saberes" (Cazzaniga, 2008: 163).

Además, Fernández (1988: 26) plantea que "el tercer momento epistémico se perfila, justamente, a partir de las dificultades que presentan las disciplinas de objeto discreto para abordar ciertas realidades disciplinarias sin caer en algún reduccionismo (sociologismo, psicologismo, psicoanalismo). […]".

En cuanto a las *características de un equipo*, tiene relación cuando se logran integrar "equipos de representantes de las diferentes disciplinas aunados en un trabajo a largo plazo que posibilite una conceptualización y un lenguaje común" (Ander Egg y Follari, 1993: 30). Por un lado, hacen referencia a la especialización de las disciplinas, que comparte un espacio de trabajo y por el otro, permite intercambiar conocimientos y habilidades. En cuanto a las diferencias entre grupo y equipo, Romero (1980) menciona características que el grupo presenta como por ejemplo, la dinámica, un proceso continuo.

Esto puede ser tomado como una *fortaleza* dentro del Equipo de salud interdisciplinario, poder llegar a un acuerdo común entre las diferentes disciplinas, además de la experiencia de cada uno y los conocimientos (Bion, 1980). Pero también, puede aparecer como una *debilidad*, ya que en los equipos existen profesionales con falta de actualización en la temática, capacitación y otros factores internos y externos.

En cuanto a la *dinámica de las reuniones,* cada disciplina participa desde su propia especificidad, marco teórico y metodología. Sin embargo, en las reuniones posteriores se propone lograr un acuerdo en el abordaje integral. En este sentido Pichón Riviere (1985) plantea una visión integradora.

Las *delegación* de *funciones* y *articulación* en los equipos interdisciplinarios no es una tarea sencilla, ya que los roles de cada disciplina es diferente. De este modo, el campo de conocimiento y definición de su objetivo de intervención, también será diferente. Pero, en un espacio interdisciplinar la integración con estos diferentes conocimientos será alcanzada, de manera articulada y otras veces no.

Se pueden analizar en un equipo interdisciplinario: la constitución en *tiempo y espacio,* los objetivos generales y específicos, el marco de referencia común, la circulación de poder e información, las relaciones vinculares (Quiroga, 1994), y la toma de decisiones (Pichón Rivière, 1985).

A continuación, se desarrolla la siguiente matriz conceptual. Se presentan algunos elementos que podrían constituir la formación de un equipo de salud interdisciplinario.

Matriz conceptual N°2.1: Conformación de un equipo de salud interdisciplinario

Características de un equipo	**Aspectos de la realidad observable**
	-Integrantes de un equipo/coordinación interna o externa - Fortalezas y debilidades - Dinámica de las reuniones - Delegación de funciones y articulación - Constitución en tiempo y espacio - Los objetivos generales y específicos - Marco de referencia común - Circulación de poder e información - Relaciones vinculares - La toma de decisiones

Fuente: Elaboración propia.

Elichiry (2009) plantea prerrequisitos complementarios para la interdisciplina. Desde otra perspectiva, Follari (2013) sostiene que el equipo interdisciplinar también depende de ciertas condiciones políticas e institucionales. Mientras que Lucca (2017) alude a un proceso interdisciplinario y los procedimientos metodológicos, los cuales se construye en 7 momentos. A partir

de lo expuesto, y con el aporte teórico de los autores seleccionados y analizados en el marco conceptual. La matriz conceptual N°2.1 refleja aspectos de la realidad observable, los cuales se van complejizando en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. El análisis de la conformación de un equipo interdisciplinario es uno de los elementos más complejos que se presentan en las instituciones públicas.

2.7. Institución

En el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2018) se pueden encontrar las siguientes acepciones de la voz institución.

1- Establecimiento o fundamento de algo.
2- Cosa establecida o fundada.
3- Organismo que se desempeña en función del interés público, especialmente benéfico o docente.
4- Cada una de las organizaciones fundamentales de un Estado, nación o sociedad.

Además, de las acepciones precitadas se puede especificar que el término proviene del latín *institutio*. Es un término formado a su vez por el prefijo *in*, que significa penetración; la palabra *statu ere*, que quiere decir colocar y el sufijo *ion*, que quiere decir acción y efecto.

Las instituciones no surgen de manera espontánea, sino que devienen de un proceso de diversas relaciones entre los individuos, grupos, sociedades y los Estados. Para dar respuesta a las necesidades de la población en general, en la actualidad puede tener un carácter formal o no formal. También, existen instituciones que han establecido diferentes normas, leyes y decretos. Entre las más importantes se pueden mencionar: la institución familiar, el Estado, entre otras.

En el diccionario de Trabajo Social se define a "la institución como cosa establecida o fundada. Palabra ambivalente que sociología y derecho público utilizan para designar, tanto la acción de un estado, o sea hace referencia como asociaciones, organismos establecidos dentro de una sociedad determinada [...]" (Ander Egg, 1995: 42).

En este punto resulta pertinente presentar la corriente del funcionalismo. "Ninguna institución puede ser funcionalmente relacionada con sólo una necesidad básica, ni tampoco como regla general, como una simple necesidad cultural" (Malinwoski, 1944: 119).

Por su parte, Durkheim (1912: 31) expresa que:

> En efecto, sin desnaturalizar el sentido de este término se puede llamar institución a todas las creencias y todos los modos de conducta instituidos por la comunidad, podemos, entonces definir la sociología como ciencia de las instituciones, su génesis y su funcionamiento.

Además, autores como Parsons (1988), Weber (1981) y Habermas (1990), entre otros, han construido y enriquecido las diferentes visiones de las instituciones, como objeto de estudio.

Desde el psicoanálisis, el pensamiento de Freud (1930) elaborado en el texto Malestar en la Cultura, plantea las relaciones del individuo con el mundo exterior, y cómo ante las exigencias de las masas, será armonizado por las instituciones.

Por tanto, en este punto se pueden recuperar aspectos comunes y algunas diferencias de los autores antes citados.

Mientras que la corriente del funcionalismo plantea que las instituciones han sido creadas para diversas acciones que comprende un sistema de

organización de la sociedad, la teoría de Malinowski (1944), advierte las tensiones que se generan cuando un sistema de salud no se encuentra organizado.

Desde la sociología como ciencia, Durkheim aporta: "[…] toda sociedad produce fenómeno nuevos, distintos a los que acontecen en las conciencias solidarias, es preciso admitir que tales hechos específicos residen en la sociedad misma que los reproduce y no en sus partes, es decir en sus miembros" Durkheim (1912: 22).

Berger y Luckmann (1968: 80) definen a las instituciones como objetivaciones por el hecho mismo de existir. También controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada.

De esta manera, agregan los autores, "las instituciones se experimentan como si poseyeran una realidad propia, que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo" (Berger y Luckmann, 1968: 78).

La institución, desde esta perspectiva es vista como lo establecido, donde se configura lo normativo; constituida por grupos de personas y actos constitucionales, que configuran prácticas interdisciplinarias.

Al respecto, Bourdieu (2008: 81) sostiene:

> Así, el acto de institución es un acto de comunicación, pero de un tipo particular: significa dar a alguien su identidad, pero a la vez en el sentido de que la expresa y la impone expresándola frente a todos, notificándole así, con autoridad, lo que él es y lo que él tiene que ser.

En las instituciones operan los discursos de las diferentes disciplinas, se materializan en un espacio de prácticas interdisciplinarias. "Los discursos son elementos o bloques tácticos en el campo de las relaciones de fuerzas: puede

haberlos diferentes e incluso contradictorios en el interior de la misma estrategia; pueden por el contrario circular sin cambiar de forma entre estrategias opuestas" (Foucault, 1976: 124).

"Las instituciones no piensan independientemente. Ni tienen objetivos propios, ni pueden crearse en sí mismas. Cuando las construimos, adaptamos nuestras ideas a una forma común y así tratamos de demostrar su legitimidad" (Douglas, 1986: 1).

Otro autor, Souto (1993: 6), señala que:

> La institución en tanto organización cobija una propuesta, convoca, propone, facilita, materializa un encuentro en un espacio y un tiempo. Otorga, como organizaciones ya existente, una estructura estructurante, una dinámica y funciones, un conjunto de fantasmáticas diversas. Sitúa a ese conjunto de subjetividades en un ámbito más amplio que tiene una disponibilidad para su fundación y origen, pero que no es materia inherente sino procesos vivos dramáticos que atraviesan y se incluirán de manera diversa en la vida grupal que se inicia.

Por su parte, Galende (1990: 275) manifiesta:

> [...] Se trata de que el analista en la institución instituye un lazo social de otro tipo: interpreta la institución, evidencia sus síntomas, desnuda la complejidad de sus relaciones, genera una relación del saber y la verdad entre sus miembros, que tiende a desinvertir el poder del terapeuta sobre el enfermo. En este sentido, es válido ubicar el analista como efector de una política (lazo social) opuesta a la política de la psiquiatría.

2.8. Resumen del capítulo

Como se señala al inicio de este capítulo, se analiza la práctica como núcleo teórico vinculado al objeto de esta investigación social. El concepto de praxis se asocia a los conceptos del mundo griego al cual pertenece, y a partir de allí se interroga la categoría práctica con sus vinculaciones en el campo de conocimiento científico.

Se aborda la categoría práctica partiendo de los significados del DRAE (2010) y el aporte de los autores: Kisnerman (2005), Ander Egg, (2011), Cazzaniga, (2002), Carballeda, (2008), Matus Sepúlveda, (1999), Villela Iamamoto, (2002) y Eroles, (1992), entre otros. A partir de este corpus teórico surge una diversidad de posturas que permite, por un lado, un acercamiento teórico y el diálogo entre los diversos autores ya mencionados. Por el otro, desde la teoría crítica se responde a la teoría marxista, ofreciendo un soporte teórico sobre la llamada relación tensional de teoría y praxis -desarrollada por Adorno (1973)-, en la profesión del Trabajo Social.

Se puede señalar que el interés central estuvo en analizar y describir los significados sobre las prácticas interdisciplinarias desde el aporte de las posturas clásicas y contemporáneas que atraviesan el campo de la salud. Por lo tanto, las prácticas interdisciplinarias adquieren características propias, gestadas en el campo de la medicina del siglo XIX.

A partir del análisis de los supuestos epistemológicos que subyacen en la categoría de la salud pública, desarrollados por los autores Winslow (1920), OMS (1946), Declaración de Alma-Ata (1978) y Terris (1992) se aborda la noción de paradigma, posturas y enfoques de la salud pública. En cuanto al paradigma hegemónico racionalista clásico-positivista fueron presentados por Kuhn (1962), González Saibene, (1993) y Lores Arnais, (1986). En cuanto al paradigma materialista dialéctico expuesto por los autores Hegel (1949), Kosik (1963), González Saibene (1990), surgen posturas que cuestionan el enfoque tecnocrático

de la salud, a partir de la declaración de la APS (Alma Ata, 1978). También, en este punto se recupera el aporte de Lalonde (1978) quien sustenta los procesos sociales desde una perspectiva integral.

Además, Bachelard (1938) centra el debate en el conocimiento de la realidad en términos de obstáculos epistemológicos. Éstos son analizados en el campo de la salud por Barg (2003) y Grassi (1995). Quienes, también, analizan la diferencia entre la investigación (procesos de conocimiento) y el proceso de intervención profesional, desarrollado por González Saibene (1995). Este tema será analizado en el próximo capítulo.

Otro punto que se analiza son las prácticas hospitalarias/prácticas de poder, que se conceptualizan a partir de los aportes de Morín (1990), Weber (1944), Foucault (1977) y Deleuze (1987). Luego se plantean diferentes posturas con respecto a las mismas, a partir de Bachelard (1938), Foucault (1976), Carballeda (2007), Kant (1788), Galende (1996), Kosik (1963), Hegel (1949), Popper (1934) y Comte (1934).

Otro núcleo teórico que se analiza es el Poder. Éste ha sido objeto de estudio de la teoría política y la teoría sociológica. Se examinan, también, las definiciones y posturas de autores como Weber (1944), quien plantea al poder como dominación en un determinado grupo. Además, sostiene un sistema de legitimidad entre el Estado y la Sociedad, aludiendo a diferentes tipos de legitimidad: racional, tradicional y carismático. Desde Foucault (1971) se analiza la genealogía del saber y del poder. Además, el mismo autor en otra de sus obras, conceptualiza al poder como relaciones, mientras que Deleuze (1987) refiere al poder en función de fuerza con un afuera.

En la interconsulta se pone de manifiesto la práctica hospitalaria o práctica de poder, versus práctica interdisciplinaria. Giberti (2014), González Saibene (1993), Bourdieu (2005), Freud (1913, 1933), Lacan (1964, 1966), Cherni y Heumann (2009), y Agüero Pozzo y Quino Cabral (2017) plantean diversos

aspectos que se complejizan en el campo de la salud. Por otra parte, los conceptos centrales de Karsz (2004) y de Cazzaniga (2008) remiten a pensar el lugar de la interconsulta en el campo de la salud, como articulación para trascender a la interdisciplina. La interconsulta o derivación es una práctica entre médico-especialista o médico-psicólogo que se constituye en el marco de una práctica hospitalaria en el área de la salud.

Las relaciones de poder y saber son producidas y reproducidas en determinado espacio de la organización general de la institución. Esto habilita la interconsulta entre las diferentes especialidades, donde se entrelazan y entretejen diferentes relaciones entre las disciplinas científicas que conforman una especialidad.

Se analiza desde el psicoanálisis de Freud (1913, 1933) la interconsulta, el tratamiento. Desde las contribuciones de Lacan (1966) se abordaron las diversas tensiones referidas a la transferencia, la palabra, y el lenguaje como fundamento de la interlocución. Es decir, la palabra opera en la práctica interdisciplinaria. La habilitación de la interconsulta para el profesional de Trabajo Social, lo simbólico, imaginario y complejo emerge en el terreno de la práctica hospitalaria o práctica de poder. Surgen aspectos relacionados a la ansiedad de los profesionales, de orden subjetivo que impacta en el deber ser y hacer del Trabajador Social (inmediatez, emergencia y urgencias institucionales). Los avances de la ley de Protección Integral en la cuestión del ASIJ interpela el discurso médico hegemónico a partir de la escucha del paciente.

Siguiendo con el análisis, lo propuesto por Kosik (1963) sobre la cosa misma, invita al mundo de la pseudoconcreción. En el campo de la salud pública, en un contexto hospitalario, la interconsulta por parte del médico hacia el profesional de Trabajo Social, aparece como un punto de partida para dar inicio a una intervención social, caracterizada por la complejidad de las demandas y problemas sociales.

La vigilancia epistemológica propuesta por Bachelard (1938), comprende la ruptura de las nociones comunes, habituales, para lograr la objetivación de las técnicas, ayudando en la práctica interdisciplinaria. Favorece la reelaboración de las nociones teóricas y describe nuevos conocimientos científicos, desnaturalizando relaciones de poder y de saber, así como también lenguajes de las disciplinas científicas, discursos y no discursos.

Otro obstáculo que surge en la dimensión de los conocimientos científicos refiere a las nociones del sentido común en el lenguaje cotidiano. Es necesario tomar distancia del objeto estudiado para comprenderlo de una manera más crítica. Las explicaciones desde la dimensión social no permiten caer en orientaciones lineales, causales o fragmentadas. Luego se define y se caracteriza la perspectiva interdisciplinaria, señalando los diferentes enfoques a partir del DRAE (2014), Rodríguez Ortega (2016) y Tamayo y Tamayo (2003). Esta última autora plantea los tipos de disciplinariedad: multidisciplinariedad, pluridisciplinariedad, interdisciplinariedad, intradisciplinariedad y transdisciplinariedad. A diferencia de Lucca (2017), quién plantea el proceso interdisciplinario y procedimientos metodológicos.

Cabe señalar que Morín (1990), Eroles (2001), Kisnerman (2005), Elichiry (2009), García et al. (2008) y Stolkiner (1987) proponen una perspectiva de pensamiento complejo.

Y, finalmente, se aborda la diferencia entre grupo y equipo interdisciplinario, según la definición del DRAE (2018). Mientras que Sartre (1963) considera al grupo como la organización práctica establecida por la praxis humana.

Desde la teoría de la psicología social, elaborada por su fundador Pichón Rivière (1985), y analizada por Quiroga (1994), se abordan aspectos comunes y diferencias con respecto a la categoría de grupo, equipo interdisciplinario y rol del coordinador y líder. Estos conceptos, también, fueron desarrollados por

Kisnerman (1969), García et al. (2008), Martínez Moreno (2001), Lucca (2014), Romero (1996), Beal et al. (1964), Bion (1980) y Souto (1993).

Se aborda la categoría institución y se analizan diferentes posturas con respecto a la misma, a través de la teoría del funcionalismo, destacada por la figura de Parsons (1988). Esta teoría también está asociada a la teoría institucionalista. Esta dos teorías mencionadas fueron presentadas y analizadas a partir de las definiciones conceptuales del RAE (2018), Ander Egg (1995), Malinowski (1944), y Durkheim (1981).

En cuanto a la teoría neoinstitucionalista desarrollada por Weber (1981) y la teoría del psicoanálisis de Freud (1930), es preciso indicar que han estudiado y analizado a las instituciones y sus relaciones entre individuo, sociedad e instituciones sociales. Según Berger y Luckmann, (1968), las instituciones son objetivaciones por el hecho de existir.

Desde otra perspectiva, Bourdieu (2008) refiere que las instituciones poseen diferentes características de actos, de comunicación, de identidad y autoridad. Mientras que Foucault (1976), en su denominación del discurso como elementos o bloques, considera que estos actúan como operantes en las relaciones sociales de los individuos en dichas instituciones públicas. Además, éstas promueven, legitiman y organizan propuestas según Douglas (1986) y Souto (1993), a diferencia de Galende (1990), quien afirma que la institución establece un lazo social.

CAPÍTULO III: Estrategias de Intervención

El presente capítulo pretende dar cuenta de las estrategias de intervención desde la profesión del Trabajo Social. Al mismo tiempo interesa identificar y describir las estrategias de intervención utilizadas por los equipos de salud interdisciplinarios. Además, se prende analizar las diversas tensiones surgidas en las prácticas profesionales cuando entran en diálogo con las disciplinas hegemónicas.

Para introducir la temática de este capítulo se considera oportuno hacer mención al significado de la palabra *estrategia*, que según el DRAE (2010) significa:

1. Arte de dirigir las operaciones militares.
2. Arte, traza para dirigir un asunto.
3. Conjunto de las reglas que aseguren una decisión óptima en cada momento.

Este primer acercamiento al concepto estrategia remite al orden militar, es decir, a operaciones y ordenamientos militares. Además, este término significa el arte para dirigir un asunto, como así también se presenta como un proceso que reglamenta y normaliza, asegurando la toma de decisiones óptimas.

En este capítulo es pertinente realizar algunas indagaciones preliminares con respecto a: ¿cómo emergen las estrategias en el contexto histórico y social? y ¿cómo, a través de los diferentes enfoques y perspectivas, las estrategias afloran e ingresan con posterioridad al campo de la salud?.

En el campo de la salud existen, diferentes profesiones, entre ellas el Trabajo Social, que sustentan un Equipo de salud interdisciplinario. Cada una de

ellas posee un saber propio que genera estrategias de intervención acerca del ASIJ.

3.1. Indagaciones preliminares

Como ya se mencionó, interesa adentrarse en un rastreo bibliográfico. Así, en cuanto a los antecedentes históricos del uso del término estrategia, se hace referencia al filósofo militar chino Sun Tzu[12] en su escrito titulado El Arte de la Guerra. Éste es uno de los principales documentos que servirá de base para el desarrollo de los estudios posteriores.

Algunos especialistas en comunicación plantean un breve recorrido histórico del término estrategia desde su génesis:

La historia de la estrategia en Occidente es importante por dos hechos fundamentales:

- El reconocimiento y la aceptación oficial de la palabra en la Real Academia Española en el año 1843.
- Las publicaciones de los dos mejores tratados de la estrategia de la historia, cuyos autores fueron Clausewitz y Jomini (Crespo et al, 2012: 22).

Con relación a la evolución histórica se puede mencionar, también, al filósofo militar alemán Carl von Clausewitz[13], reconocido por combatir contra las formas del ejército de Napoleón, lo que tuvo lugar en la Revolución Francesa de 1789 (Crespo et al, 2012). Otro dato significativo es que en el año 1940 se incorpora el término estrategia en la Teoría de los Juegos, la cual fue desarrollada recién a partir del año 1944, en la llamada obra homónima: Teoría de los Juegos y

[12] SUN TZU (1981), *El Arte de la guerra*, 2ª, Madrid: Fundamentos.
[13] CLAUSEWITZ, Carl von, (1973), *De la guerra. Diógenes*, México: Tomo 1. Libro 3.

la Conducta económica (1953) de Jhon Von Neumann y Oscar Morgenstern (Restrepo Carvajal, 2009).

En los años 80 y 90 se hace referencia a la expansión de la estrategia en el mundo empresarial. En este sentido, no se puede dejar de mencionar que la estrategia, en este ámbito de las exigencias del mundo comercial, mercantilización y marketing, ha tomado diferentes características dependiendo de la esfera de su aplicación y de sus usos.

Luego de esta breve introducción sobre las primeras apariciones históricas del término estrategia, se puede mencionar que la estrategia ha sido utilizada, también, para definir las actividades habituales de organización en el sistema educativo.

Al retomar el campo de la salud, a mediado de 1980, "el enfoque de la APS selectiva se caracterizó por focalizar recursos limitados en problemas específicos de salud, y centró las actividades de los servicios sanitarios dirigidos a las poblaciones vulnerables" (De Lellis, 2015: 63). En el 1990 se agudiza la crisis en el sistema de salud, obstaculizando a la población el acceso a sus recursos. Siguiendo a De Lellis (2015), también es cuestionado el papel del Estado como garante de este derecho.

3.2. Concepto de estrategia: La planificación normativa y estratégica

Como se mencionó en párrafos anteriores, la aparición de la Teoría de los Juegos fue una de las demostraciones que posibilitó la aceptación de la estrategia en el mundo científico (Restrepo, 2009; Crespo et al, 2012). En este apartado se aborda el concepto de estrategia y la planificación normativa y estratégica desde el aporte de diversos autores.

Ahora bien, ya que la voz estrategia estuvo ligada a la capacidad de mando, podría decirse que desde lo político estuvo presente en Francia después de la Revolución Francesa, entre los años 1789-1799.

En lo que respecta a los representantes de la teoría clásica en el campo científico de las ciencias sociales, durante el siglo XIX hasta los comienzos del siglo XX, estuvo representada por Comte, fundador de la tradición positivista, como así también por los teóricos Marx, Durkheim y Weber. En lo que respecta a la postura del Materialismo Dialéctico, Marx y Engels han influenciado en los teóricos clásicos en torno al término que interesa.

Uno de los representantes fue Testa (1989: 3) quien incorpora el pensamiento estratégico cuando se trata de confrontar algún tipo de enfrentamiento:

> Las disciplinas que incorporan el término de estrategia lo hacen cuando entienden que deben confrontar la resolución de algún tipo de enfrentamiento, sea este un enfrentamiento entre *enemigos* -la guerra- o entre *amigos* - el juego, a veces política -pero también entre seres humanos y objetos no humanos -la naturaleza- o entre instituciones y circunstancias externas- la administración o planificación […].

Además, Testa (1989: 4) considera que la "administración estratégica, es un intento por superar las insuficiencias de esa disciplina frente a circunstancias complejas y conflictivas […]".

Agrega el autor: "La estrategia formal parte desde el inicio del arsenal de categorías que constituye la disciplina: guerra, el juego (no como excepciones lúdicas sino competitivas), la política" (Testa, 1989: 4).

Además, aporta Testa (1989: 10) que:

> Definimos, a la política como una propuesta de distribución de poder y estrategia como la forma de implementación de una política. Conceptualiza a la política que puede aparecer como el objetivo de la estrategia, tal como ésta es el instrumento de la política […]

Sostiene que "el Poder es el status teórico de la categoría poder en el desarrollo investigación es el de ser el objeto de la reflexión: el pensamiento estratégico es un pensamiento sobre el poder" (Testa, 1989: 23).

Plantea, además, que el pensamiento estratégico ubica a "la práctica teórica -pero también práctica-práctica, en marco teórico derivado de la experiencia observada en los países capitalistas subdesarrollados y dependientes, al escapar de las formulaciones derivadas tanto del esquemático funcionalista norteamericano como de las rigideces del marxismo tradicional"(Testa, 1989: 24).

El autor se refiere a los actores individuales y actores colectivos de la trama estratégica. En cuanto a los primeros alude a que "es un sujeto que tiene interés en el sector salud y que ocupa una posición dentro del mismo […] (Testa, 1989: 38). Con respecto a los segundos, "los actores colectivos, son grupos o clases […]" (Testa, 1989: 37).

Asimismo define que "el escenario de una acción social se define como el espacio social que puede contener o no un espacio físico […]. El espacio social es una relación entre actores que se genera para desarrollar una acción determinada" (Testa, 1989: 58). Según el pensamiento del autor, la coherencia entre la estrategia y la lógica como eje, es el diagnóstico de salud.

Por otro lado, esta postura del Materialismo Dialéctico, también fue propuesta en el Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación (2010: 32):

> La planificación estratégica en salud se entiende como una forma de relacionar los problemas y necesidades en materia de salud, que presentan los conjuntos sociales que viven los espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir al proceso hasta la resolución del control del problema.

En cuanto a los momentos de la planificación estratégica se identifican los siguientes (Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación, 2010: 28):

- El momento explicativo: que explora la realidad con formas verbales *fue, es y tiende a ser*.
- El momento normativo: que se concentra en el diseño para proponer como *deber ser* nuestra realidad y asumir esa norma como un compromiso.
- El momento estratégico: que articula dialécticamente el *debe ser* con el *puede ser*.
- El momento táctico operacional: que es el momento de *hacer*.

Por su parte, Ander Egg (1985: 19) plantea la estructura metodológica y las diferencias sobre la PN y PE:

> Planificación Normativa, es utilizada de una serie de procedimientos normativos en lo que interesa de manera particular la formalización de un proceso (determina de manera precisa las acciones necesarias para alcanzar ciertas metas y objetivos), estableciendo los tiempos parciales y totales de una trayectoria que conduce desde el modelo analítico (resultado del diagnóstico) al modelo normativo (a lo que se quiere llegar según lo estable el sujeto planificador).

> Planificación Estratégica (la nueva propuesta como teoría y práctica de la planificación), se utilizan procedimientos estratégicos, en lo que interesa, de manera particular, la direccionalidad del proceso (mantener el arco direccional para alcanzar determinadas metas y objetivos) y ajustar tanto cuanto sea necesario y según la intervención de los diferentes actores sociales, la trayectoria del proceso de planificación en su realización concreta.

Este autor plantea que a la estructura metodológica en la planificación estratégica, se la reconoce como teoría y práctica. Sus aportes son embarcados desde una postura positivista, basados en un método de acción. Cabe señalar que la planificación normativa se enfoca solo a lo que quiere llegar el sujeto planificador, mientras que en la planificación estratégica el sujeto pasa a ser protagonista de ese proceso. Le interesa mantener la dirección del proceso y ajustar cuanto sea necesario, según la intervención de los diferentes sectores sociales, la trayectoria del proceso de la planificación en su realización concreta.

Cabe destacar, que en una planificación estratégica, la intervención de los diferentes sectores sociales y la complejidad de sus relaciones, atraviesan sus procesos, surgiendo obstáculos que imposibilitan el alcance de las metas u objetivos, como por ejemplo el acceso a los recursos de salud.

Matus (como fue citado por Kisnerman, 1972: 235), creador del Planeamiento Estratégico Situacional (PES) señala:

> La capacidad del gobernante se verifica por los resultados en su gestión en relación a la dificultad del proyecto de gobierno que acomete y el grado de gobernabilidad del sistema en que actúa: Tres variables que se entrelazan en la teoría del gobierno: capacidad de gobierno, proyecto de gobierno y gobernabilidad del sistema.

El autor precitado es considerado uno de los teóricos clásicos más importantes en relación a la planificación del sector público.

Por otro lado, Castellano Bohórquez (2010: 62) afirma que:

> La planificación es el método bajo la forma del proceso, para la toma de decisiones en torno al mantenimiento de una realidad dada o a su transformación en otra más deseable, mediante la distribución de recursos frente a fines múltiples, cumpliendo los siguientes requisitos: minimización de los costos, la maximización de los beneficios y el mantenimiento de equilibrios dinámicos entre la fuerzas sociales que poseen los recursos, desean poseerlos o se ven afectados para el uso de ellos que hagan.

Nuevamente Castellano Bohórquez (2010: 63) plantea las siguientes fases:

- Definición de objetivos.
- Diagnóstico.
- Descripción de lo planificado tal y como es: modelo analítico.
- Descripción de lo planificado tal y como debería ser: modelo normativo.
- Explicación del porqué lo planificado es como es y no como debería ser: diagnóstico propiamente dicho.
- Prospectiva.
- Prognosis: descripción del cómo evolucionaría lo planificado si sus condicionantes actuales continuarán actuando igual que hasta ahora.
- Escenarios: situaciones durante el lapso futuro, del conjunto de variables, que sin ser parte del plan lo condicionan fuertemente.
- Imagen objetivo: visión referencial elástica de lo que, en conjunto, se desea alcanzar con el plan.
- Selección de los instrumentos para alcanzar los objetivos
- Selección preliminar.
- Evaluación multicriterios.

- Jerarquización.
- Análisis de la frecuencia.
- Análisis de compatibilidad y complementariedad.
- Selección final de los instrumentos.
- Definición de mecanismos para implementar y revisar lo planificado.

Cabe señalar, que desde la postura de este autor, la planificación es un método de proceso que ayuda a participar en la toma de decisiones referidas a la realidad social. Es un proceso de evolución porque va atravesando diversas fases.

3. 3. La voz estrategia en el campo de la salud

En el desarrollo del punto anterior se hizo referencia a las diferentes acepciones de estrategia que surgieron desde su génesis e ingresando, luego, al campo de conocimiento como categoría.

El término estrategia aparece en el campo de la salud a partir del año 1978. La declaración del Alma Ata afirma que: "la Atención Primaria de la Salud (APS), donde se declararon los componentes de atención primaria de salud, significó un cambio en el modo que se consideraba a la salud, e ingresa el enfoque estratégico al campo de la salud" (Declaración Alma-Ata, 1978: 1).

Cabe destacar, que luego se plantearon diversos enfoques de la estrategia en el campo de la salud, como por ejemplo, la denominada Renovación de la Atención Primaria de la Salud en la Américas, -documento de posición y elaborado por la Organización Mundial Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud- (OPS/OMS, 2007, 2008).

Según OPS/OMS (2007-2008: 71):

> Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir, la necesidad de corregirlos las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoque de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS, el reconocimiento crecientes de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en material de salud; y por último , el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

Según la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986: 1):

> […] dirigida a la consecución del objetivo 'Salud para Todos en el año 2000'. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencias de la Declaración del Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción Intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

También, la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI, ofrece una visión y enfoque para abordar los determinantes de la salud: "Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa son esenciales para el éxito: Construir una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud,

fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales, reorientar los servicios de salud" (1997: 3).

Estas estrategias son elementos nucleares para la promoción de la salud y son relevantes para todos los países. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, Brasil (2011: 38) se declaró:

> Nosotros, Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos, nos reunimos […], por invitación de la Organización Mundial de la Salud, […], con el objeto de expresar nuestra determinación de lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral.

A partir del recorrido sobre los diferentes acuerdos internacionales en salud, realizados por los organismos Multilaterales, se pone de manifiesto el origen, misión y limitaciones. El documento de la Declaración de Alma Ata (1978), Carta de Ottawa para la promoción de la Salud (1986), Declaración de Yakarta sobre determinantes de la Salud (2011), plantean los antecedentes de la voz Estrategia en el Campo de la Salud.

Según la Declaración de Alma-Ata (1978: 2):

> La atención primaria de la salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente accesible, universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueda soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia, autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es eje central y el foco principal) como del total desarrollo social y económico de la comunidad.

De esta manera, el concepto de la APS, surge como estrategia para alcanzar la salud para todos. Educación para la salud. Participación Comunitaria: autodeterminación y autorresponsabilidad. La APS Renovada. Desde otra perspectiva, De Lellis (2015) presenta una propuesta superadora de la tradicional y limitada concepción acerca de la APS.

Cuadro N°3.1: Enfoque de APS

Enfoque	**Definición o Concepto de la Atención Primaria**	**Priorización**
APS Selectiva	Se centra en un número limitado de actividades y servicios, conocidos como Monitorización (control) del crecimiento (growth monitoring), terapia de rehidratación oral (oral rehydratation therapy), lactancia materna (breastfeeding) e inmunización (immunization) (GOBI)	Conjunto específico de actividades, focalizando en las poblaciones más carecientes.
APS Nivel de atención	Se refiere a que la APS es solo la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Se relaciona directamente con los efectos y profesionales del primer nivel de atención, sin alcanzar la interrelación con los otros niveles del sistema de salud.	Primer nivel de atención del sistema de salud, representada por la labor de instituciones tales como Centro o Unidades de Atención Primaria, Dispensarios o Puesto Sanitarios.
APS Estrategias de Salud Integral	Es la asistencia sanitaria basada en una estrategia de Salud Integral (abordaje de la salud tanto física, psicológica y social) próxima a todas las personas y familias de una comunidad, promoviendo su plena participación y acercamiento de la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyen el primer paso de un proceso permanentemente de asistencias de salud.	Estrategia de la organización de los servicios de salud para promover salud integral.
APS Enfoque de Derechos	Concibe la salud como derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud de modo de alcanzar mayor equidad de la población en el acceso de la salud y en los indicadores sanitarios.	Filosofía que impregna el sector de salud como sector social y político.
APS Renovada	Exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención (OPS/OMS, 2007).	Se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro y es aplicable para todos los países.

Fuente: Extraído de De Lellis (2015: 65-66).

Luego de la exposición detallada sobre los diferentes enfoques de la APS que se sucedieron en la formulación de la estrategia, De Lellis define que "la estrategia de la APS Renovada se constituye entonces en una condición esencial para que la población tenga la oportunidad de construir ciudadanía al ejercer el derecho a la salud y se basa en principios, componentes y valores […]" (De Lellis, 2015: 67).

En relación con los principios que sirven a los valores sociales y componentes elementales, es imprescindible "dar respuesta integral a las necesidades de salud de la población, Participación, Intersectorialidad" (De Lellis, 2015: 69-72).

Además, plantea los componentes: "Cobertura y acceso universal, Énfasis en la promoción y en la prevención, Atención Integral y cuidados apropiados" (De Lellis, 2015: 72-74).

3.4. Trabajo Social: La estrategia de intervención como una construcción histórica

En este apartado es primordial centrarse en las estrategias de intervención. Al respecto Matus Sepúlveda (1999: 27) plantea que "hay una relación mediada insustituible entre intervención y un sistema de comprensión social constituido por cuatro dimensiones relacionadas aunque no homologables: los cambios existentes en el contexto, las diversas perspectivas de teorías sociales, los enfoques epistemológicos y marcos ético/valóricos".

Desde una postura crítica analiza los diversos enfoques presentados por algunos autores respecto al Trabajo Social. Uno de ellos afirma que "en la medida en que Trabajo Social presente un rigor institucionalizado (en el sentido de ser un ejercicio metódico pleno y transformarse en la norma conductual de un grupo), se constituye en una disciplina" (Matus Sepúlveda, 1999: 34). En todos los enfoques

subyace el concepto weberiano de racionalidad con arreglo a fines, el cual permanece intocado aún después de los cuestionamientos de las diversas posturas que conciben al Trabajo Social como profesión. No se aclara cómo compatibilizar esta perspectiva tecnocrática con la acción transformadora, instancia que también se reconoce como elemento central, racionalidad de acuerdo a valores, en el lenguaje weberiano.

Matus Sepúlveda (1999) adhiere a los aportes de Habermas, Adorno Hokheimer y Foucault. Realiza una crítica conceptual y contextual a la noción tecnológica del Trabajo Social en Chile y la relación tensional entre teoría y praxis. Según el pensamiento de la mencionada autora, la estrategia de intervención constituye "un modelo de intervención lineal donde exista una evolución que parte del diagnóstico, programa, ejecuta y termina con la evaluación" (:101).

Desde otra perspectiva, Carballeda (2007: 18) plantea lo siguiente:

> En definitiva, la intervención en lo social dialoga hoy con ciertas formas de producción de subjetividad, cuyo terreno de disputa en los procesos interdisciplinarios e institucionales pasa nuevamente por la cuestión del sentido y lo ideológico. De este modo, requiere de más y nuevos instrumentos, diálogos y conceptos que le permitan comprender y explicar el hacer desde lo singular de cada situación.

Siguiendo a Rovere (1993: 18) "el calificativo de estratégico para acciones o resultados que puedan considerarse un avance significativo en relación a poner el objetivo al alcance, avance que necesariamente debe considerarse como un cambio en la correlación de fuerzas entre dos o más actores sociales".

Este autor, refiere que la palabra estrategia se ha venido usando en el campo de la planificación instrumental, respondiendo a cómo instrumentar políticas.

También, el médico argentino Testa (1989), un gran pensador y crítico de la planificación normativa, ya mencionado, realizó sus contribuciones a la planificación estratégica. "La estrategia no es una manera de alcanzar una meta, sino una manera de ponerse/en situación de aproximarse a alcanzar la meta: ganar espacio, ganar tiempo, establecer condiciones favorables a nuestro desempeño" (Testa, 1989: 3).

Además, Testa (1989: 59) menciona: "Estrategia institucional es la que se desarrolla en y desde el espacio institucional, es cual ya es definido en una secciones precedentes como la formalización de una organización".

Por otra parte Testa (1989: 71-75) explica:

> Estrategia de programación: esta estrategia se refiere a la implementación de una política (propuesta de distribución de poderes) por vía de realización de un programa […], consiste en un ordenamiento de recursos que tienen un destino específico, con un objetivo prefijado y bajo la conducción de una norma. […]. Estrategias sociales referidas a la salud son las que se definen en el espacio social general, por lo tanto son las que concretan la política de salud.

Cazzaniga (2002: 1) sostiene que "las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos, van adquiriendo un rasgo común: responden a necesidades y urgencias sociales que estructuran un objeto específico de intervención".

En cuanto a lo que constituye y configura el campo del Trabajo Social, Cazzaniga (2002: 1) lo presenta "como conjunto de saberes, explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura, y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y acción".

Cazzaniga (2002: 2), en cuanto al proceso de constitución del Trabajo Social, sostiene que adquiere características particulares:

> […] Su aparición como una nueva práctica de intervención en el espacio social asistencial, ese campo híbrido entre lo público y lo privado, que la ubica en la incomodidad -para darle un nombre- de trabajar con un sector social, pero respondiendo en su calidad de profesional asalariado a un tercero (estado, instituciones privadas, ONG, empresas, etc.), la más de las veces con un mandato de parte del empleador de control social, la enfrenta a nudos de gran complejidad que tensionan su práctica cotidiana.

El Trabajo Social, en el proceso de intervención social comprende una mirada crítica y constructiva desde la práctica profesional en el ámbito hospitalario. Donde la interconsulta y la entrevista social se encuentran interrelacionadas en el ejercicio profesional. Siendo fundamental el análisis del proceso salud-enfermedad y atención, ya que permite problematizar e interpelar el interior del quehacer profesional.

El cómo y con quiénes, en esta investigación, se trabajó con Equipos Interdisciplinarios, mediante el análisis de las características particulares de la intervención del Trabajo Social, en el campo de la salud. Al estar integrados los Equipos por diferentes disciplinas científicas, la mirada de los Equipos se enriquece debido a los marcos teóricos-metodológicos y epistemológicos para la construcción de estrategias de intervención.

Ahora bien, ante la diversidad de enfoques existentes en torno a la estrategia, se analizó en este apartado la noción de estrategia de intervención desde el Trabajo Social, como una construcción histórica. Se recibió el aporte de los siguientes autores: Richmond (1917), Aguilar Idáñez y Ander Egg (1995), Oliva (2007, 2015), Carballeda (2007), González Saibene (1995, 2014), Malacalza (2009, 2014), Rovere (2006), entre otros.

La noción de estrategia de intervención se aborda desde la dimensión histórica de la profesión del Trabajo Social, en la etapa de su formación como disciplina científica a partir de los trabajos de Richmond (1917).

Cabe señalar que Richmond (1917), como representante de Estados Unidos, fue pionera en la fundación científica del Trabajo Social y, por otro lado, Gordon Hamilton (1951) se destacó proponiendo técnicas para el registro de datos.

Kisnerman (2005: 98) afirma que:

> Trabajo Social no es una ciencia ya que, por otra parte, no creemos en las ciencias sino en la ciencia como una práctica social de producción de conocimientos, mediante la cual nos apropiamos de la realidad y la transformamos para nuestro servicio. El Trabajo Social tiene históricamente definido su objeto desde que se constituyó como disciplina con Mary E. Richmond […].

Como representante de América Latina, Kisnerman (2005: 97) define al Trabajo Social "como la disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora que los supere". Lo concibe como tecnología, y lo reconoce desde un paradigma positivista liberal que privilegia la práctica, es decir la acción.

Además, Escalada (1986: 113), en la Crítica a los Métodos de la Re conceptualización del Trabajo Social, sostiene:

> Ander Egg, es uno de los autores que con mayor claridad ha caracterizado al Trabajo Social como una Tecnología Social [...]. Este autor se niega permanentemente a dar instrumentos teóricos, técnicos y metodológicos que puedan tomarse como recetas para actuar, y en cambio desarrolla

profundamente un modelo del deber ser de la humanidad, que a la vez lo niega como modelo y lo propone como meta, como aspiración.

Otro autor sostiene. "Resulta, pues extraño que hoy en día, "reconceptualizados" o "pos-reconceptualizados", defiendan esta posición enajenante, ya que la tecnología sólo representa un recurso al Trabajo Social mecanicista" (Kisnerman, 2005: 98). Plantea que esta relación entre disciplina-profesión no ha sido comprendida.

Además aporta que: "Hoy, el Trabajo Social se plantea la organización de grupos humanos para transformar situaciones problemas, buscando elevar la calidad de vida de la población con la que trabajamos, en una sociedad más solidaria" (Kisnerman, 2005: 104).

Kisnerman (2005: 77) considera que:

> El constructivismo tuvo el acierto de sustituir el dualismo sujeto-objeto por una forma de monismo cognitivo. Pero a nosotros, y sobre todo desde el Trabajo Social, nos interesa más el construccionismo porque remite a los intercambios que se dan entre personas situadas históricas y culturalmente en una sociedad dada.

Este autor aporta que "[…] en la deconstrucción utilicemos los procedimientos de distinguir, describir, comprender, significar, explicar. […].La reconstrucción, como proceso de construir una situación nueva implica una planificación estratégica […]" (Kisnerman, 1989: 150-153). Por lo tanto, se opone a la planificación normativa, o tradicional.

Kisnerman plantea el Trabajo Social como una disciplina que se ocupa de conocer causas y efectos de los problemas sociales. Si bien se basa en el paradigma positivista, sostiene la postura del materialismo histórico-dialéctico. Su aporte teórico es relevante en Trabajo Social de grupos, porque a través de una

epistemología construccionista para la planificación estratégica, propone una intervención transformadora. Presenta como método la deconstrucción, construcción y reconstrucción. Éstos son considerados procesos coexistentes, sin que ninguno tenga una posición dominante con respecto al otro.

"La intervención es estratégica al entenderla como la manera de abordar el objeto, teniendo en cuenta actuales y potenciales aliados para acumular fuerzas. El conocimiento de la situación señaló quiénes tienen mayor poder en recursos humanos, materiales, culturales, económicos, políticos" (Kisnerman, 2005: 154). Para este autor, estrategia es pensar cómo distraer o confundir, ampliar, cooperar, reaccionar, capacidad, concertación, negociación, etc. Plantea, además, participación democrática y evaluación al interior del proyecto.

"La evaluación del impacto precisa qué cambios se han logrado en la situación objetivo (en la calidad de vida, la comunicación, la organización, en las respuestas institucionales, en las políticas sociales, en el espacio operativo, en las actitudes de las personas)" (Kisnerman, 2005: 154).

En el siglo XX tuvo lugar la Reforma Industrial entre los años 1760 -1832. Este movimiento, además, viene a impactar en las organizaciones de las empresas, tanto a nivel internacional como nacional. En lo que respecta a América Latina, la autora argentina Rozas Pagaza (2002: 304), afirma lo siguiente:

> Las transformaciones que el capitalismo ha generado en la vida social, así como las contradicciones que marcaron su constitución, no se remiten a las políticas neoliberales que se aplican hoy; tienen su raíz en un hecho fundacional, la Revolución Industrial a fines de siglo XVII, basado en el liberalismo económico que fue capaz de reducir todo los elementos de la producción al estado de mercancías.

A principios de los años 1970 se inició un período moderno con relación a la estrategia, tomando dimensiones diferentes. También, en este período se re

conceptualizó el Trabajo Social como profesión. En este sentido, diversos autores han contribuido en el análisis del quehacer profesional (González Saibene, 2007).

Desde el pensamiento de Villela Iamamoto (1992: 23) se considera que:

> Las primeras manifestaciones críticas documentadas que identificamos remontan a los años 70, ya en pleno movimiento de reconceptualización, en la búsqueda de ruptura con los compromisos sociales de origen. Fue con la intencionalidad de atribuir visibilidad a esa inflexión en el trayecto del Servicio Social brasilero, que se anexaron a este libro textos que tienen como objeto de análisis un periodo de la historia profesional, dando mayor transparencia al movimiento de renovación del Servicio Social en el País.

Por ejemplo, Montaño (2003: 21) considera que:

> Nuestra profesión ya se ha caracterizado por enfrentar estos desafíos, cuestionándose y problematizando su papel en la sociedad, intentando asumir perfiles más críticos y comprometidos con los intereses de los trabajadores sociales y sectores subalternos. Ejemplo de eso son el "Movimiento de Reconceptualización", así como posterior intento de definir un "Trabajo Social Alternativo", dentro de una constante preocupación con el sentido de su práctica, con el proceso de conocimiento crítico, con la crítica al capitalismo y a las situaciones de injusticia social.

Las siguientes posturas presentan un principal aporte y en cuanto a las características que asumió la denominada re conceptualización del Trabajo Social, en la corriente brasilera, ha mostrado la importancia de rupturas, desafíos, para atribuir una mayor visibilidad de la práctica de Trabajo Social.

Es de señalar que existen diferentes posiciones sobre la concepción del Trabajo Social. Haciendo alusión a esto, González Saibene (2007: 20) sostiene lo siguiente:

> Las disciplinas sociales y el paradigma positivista -desde el exterior- y en las mismas prácticas mecanicistas, asistencialistas, repetitivas y acríticas de los/las trabajadores/as sociales habían ubicado al Trabajo Social en un papel de técnico, es decir, ocupando de modo unilateral en el dominio de un aspecto específico de la realidad social que conforma su ámbito de acción inmediato, preocupado por dar razón de su quehacer en ese espacio reducido sin relacionarlo con la totalidad de los procesos sociales, delegando esta tarea a los sociólogos, politólogos, filósofos. Este lugar, esta posición debería ser revisada, se imponía su superación.

Esta autora examina la discusión en torno a las disciplinas científicas y el paradigma positivista en las ciencias sociales, desde el interior de las prácticas cotidianas del Trabajo Social.

En este sentido, Escalada (1986: 7) aporta:

> El movimiento de la Reconceptualización del Trabajo Social surge en América Latina por la autocrítica que un grupo de trabajadores sociales realiza a su propio quehacer y a la función que históricamente desempeño el Trabajo Social en general. La autocrítica surge por una toma de conciencia sobre los marcos de referencia teóricos y fundamentalmente ideológicos que sustentan la práctica de Trabajo Social anterior al movimiento de Reconceptualización, y al que hoy día consensualmente se reconoce con el nombre del Trabajo Social tradicional.

La autora, plantea una postura dialéctica con respecto a la autocrítica de los trabajadores sociales en América Latina.

El pensamiento de Faleiros (1986: 5) plantea lo siguiente en relación a la re conceptualización:

> En ese período el Trabajo Social latinoamericano ha cambiado mucho, bajo la influencia del movimiento de re conceptualización y principalmente por las exigencias de cambio de los movimientos populares [...]. En realidad, el movimiento de crítica era incómodo para los agentes institucionales al exigir un compromiso con los intereses del pueblo y su replanteo teórico-metodológico de las políticas estales y su operacionalización […].

Este autor esboza un análisis de la re conceptualización no reduccionista latinoamericano de cambio, pero también "[…] critica al aparato institucional que exacerbó una visión maniqueísta al considerarlo exclusivamente como una máquina de represión y explotación capitalista de la fuerza de trabajo" (Faleiros, 1986: 5). Desde esta postura se sostiene la importancia de salir de una visión maniqueísta, anticapitalista, de represión, reduccionista a una visión de lectura de cambio.

En torno a estas discusiones y los diversos posicionamientos, Miranda Aranda (2003: 29) sostiene que para entender la evolución del Trabajo Social es necesario:

> […] Diferenciar disciplina y profesión […]. En Europa a principios del siglo XX hubiera ya profesionales, la disciplina, es decir el conjunto de conocimiento teórico prácticos, el corpus sistemático de conocimientos sobre un campo determinado sobre lo que progresivamente se va a construir la profesión, se configuró fundamentalmente en los Estados Unidos.

Este autor plantea en una de sus tesis que el Trabajo Social nace formando parte del mismo proyecto global de las ciencias sociales (Miranda Aranda, 2003).

También Parra (1999: 7) considera que:

> En cuanto aporte a la discusión, consideramos que los esfuerzos por elaborar y definir un objeto en Trabajo Social, desde la perspectiva hegemónica en el campo de la epistemología positivista, nos conduce a un callejón sin salida como profesión, sea porque nos conduce a una mera técnica, sea porque limita las posibilidades de intervención profesional […].

En las diversas discusiones, en torno al campo de las ciencias sociales, Cazzaniga (2001: 1), identifica nuevas formas de comprender las intervenciones profesionales en esta realidad: "Para entender la realidad social, no es suficiente basarme en una disciplina en particular, necesito de un enfoque interdisciplinario que dé lugar a la comprensión de los diferentes mecanismos y los diferentes aspectos que configuran como entramado […]".

Esta autora proyecta la reconceptualización desde la perspectiva teórica crítica e interdisciplinaria, centrada en la Teoría Social.

El recorrido por los autores de la re conceptualización permite señalar que las discusiones que aparecen y las diferentes posiciones plantean aspectos comunes, con relación a la distancia de posturas de la tradición positivista.

Luego de la etapa de la re conceptualización, a partir del aporte teórico de los autores antes mencionados, las discusiones giran en torno al Trabajo Social y el objeto de intervención, y no se refieren a las estrategias de intervención. En este sentido, se intenta recapitular las siguientes posturas:

Richmond (1917), fue la principal fundante de las bases científicas del Trabajo Social. "El planteamiento concreto de un diagnóstico social se dirige al trabajo social de caso, pero pretende, además, convertirse en un instrumento auxiliar en los sectores de la médica, la educación, el derecho y la industria" (Richmond, 1917: 40).

"Los procesos que permiten establecer el diagnóstico social, y, desde éste un plan de tratamiento social puede dividirse en la recopilación de evidencia y la extracción de inferencias a partir de éstas" (Richmond, 1917: 57).

En cuanto a la recopilación de la evidencia, se realiza en los primeros contactos del Trabajador Social con el cliente, con la familia y con fuentes ajenas al grupo social.

Evidentemente, los primeros pasos del trabajo de caso en la disciplina estuvo vinculada a la evidencia social. Además, "[…] y entre las técnicas que se utilizaban, la entrevista tiene como protagonista al chico de 19 años de Boston que buscaba orientación profesional y decía que quería ser médico" (Richmond, 1917: 70).

En cuanto a la comprensión de la problemática, sostiene que "[…] como cualquier avance de conocimiento se deriva de la interacción de dos métodos, el relativo al testimonio directo de los hechos acaecidos en su vida […] y el referido a la inferencia (razonamiento), realizada a partir de los hechos" (Richmond, 1917: 124).

Aguilar Idáñez y Ander Egg (1995: 22) mencionan que: "Como es harto conocido, todas las formas o modalidades de intervención social están configuradas por la integración y fusión de diferentes fases o momentos lógicos de una estrategia de actuación. Estos momentos se dan dentro de un proceso encabalgado y retroactivo […]".

Aguilar Idáñez y Ander Egg (1995: 22), señalan que la estrategia es sinónimo de un método como estrategia de acción e incluye lo siguiente:

> Estudio-Investigación, culmina en un diagnóstico de la situación-problema, que sistematiza los datos para su comprensión. Programación, se apoya en los resultados del diagnóstico, […]. Ejecución, que tiene en cuenta el

> diagnóstico para establecer las estrategias operativas y la implementación de acciones y Evaluación, se puede hacer sobre y en diferentes momentos del proceso […].

Desde esta postura sistémica los autores plantean que la estrategia de intervención se construye en el segundo aspecto que es la programación, es decir, para formular propuestas de intervención. Además, definen o "habla de estrategia para designar el arte de combinar, coordinar, distribuir y aplicar acciones de cara a alcanzar un objetivo" (Aguilar Idáñez y Ander Egg, 1995: 77). También diferencian a las tácticas, las cuales responden a las actuaciones de cada momento, y se refieren a lo coyuntural o circunstancial. Mientras que la estrategia se preocupa por las metas y objetivos.

Oliva (2007: 15) sustenta que:

> El desarrollo de una estrategia de acción no está determinado únicamente por el posicionamiento del Trabajador Social, ni por la dirección política de la institución, ni por los usuarios, sino por una compleja y dinámica relación que está determinada por los recursos, mediados por una articulación que se condesa en el arsenal operativo de un momento histórico.

En cuanto al desarrollo de una estrategia de acción plantea que debe ser pensada desde el arsenal operativo de un momento histórico. Esta autora llama intervención en lo social a la protección social o a las formas de asistencias. Las mismas ya existían mucho antes que iniciara la formación profesional del trabajo social y ello no explica solamente, por la influencia ejercida por el pensamiento europeo o norteamericano (Oliva, 2007).

Esta autora plantea las distintas modalidades de intervención como antecedentes de la profesión del trabajo social en torno a las visitas domiciliarias,

la obtención y registro de la información, educación sanitaria, entre otras (Oliva, 2015).

Para Oliva la perspectiva teórica se encuentra anclada en el Materialismo de Marx, por eso "Se trata de construir puentes desde lo que -como plantea Marx- aparece como real y concreto para el pensamiento, para transitar un camino de comprensión del Trabajo Social" (Oliva, 2015: 19).

Desde otra perspectiva Carballeda propone: "De ahí la importancia del manejo de la noción de estrategia, desde donde resalta lo significativo del conocimiento de los sentidos de utilización y dirección de los procedimientos que se emplean" (Carballeda, 2007: 62).

Otra postura la presenta Malacalza (2009: 4): "Desde algunas perspectivas teóricas y políticas no han cuestionado ciertas dimensiones que se corresponden con lo que Marx llamaba modo de producción capitalista".

Malacalza (2009: 8-9) aporta que:

> El Trabajo Social ha sido y es, una de las profesiones que ha requerido para su desarrollo como campo, la visión de la economía y de la política como elementos inseparables; es necesario reafirmar y profundizar esa relación y ampliarla. Lo interdisciplinar no es hoy una ya una opción teórica-metodológica sino, una responsabilidad profesional. Por ello lo interdisciplinar debe estar presente, más que nunca, tanto en la formación como en la actualización de los colegas. […]. Hablar de estrategias de intervención ayuda a entender que toda intervención es política.

Esta autora propone como interrogante, al momento de elaborar una estrategia de intervención profesional, el qué hacer con las instituciones heredadas, tanto políticas como civiles.

Malacalza sostiene que "la investigación en este modo de la estrategia, se configura como un recurso poderoso, no solo en el conocimiento sino también político en cada inserción particular cotidiana" (Malacalza, 2009: 9).

González Saibene (2014: 23) se refiere a las estrategias de intervención en Trabajo Social:

> Las estrategias que los/las profesionales del Trabajo Social adoptan para modificar estas circunstancias particulares son -deberían ser- variadas, creativas e innovadoras: el establecimiento de redes comunitarias, el trabajo social con grupo con pacientes y familiares, la mediación ante distintos actores gubernamentales, no gubernamentales y sociales, la atención individualizada frente a situaciones específicas […].

La autora precitada hace referencia a las estrategias de intervención, las cuales deben ser variadas, creativas e innovadoras. Además, González Saibene (2014) plantea un nivel de abordaje integral en el Trabajo Social. Esta postura hace referencia al objeto de la intervención profesional, el cual es empírico, real y material. También plantea un abordaje integral del diagnóstico social, comprendiendo las diversas dimensiones que transita el objeto de intervención mencionado. Además, existen otras dimensiones con sus marcos conceptuales, entre ellos: la participación del sujeto, la familia, las situaciones cotidianas, las transformaciones o no, la comunidad, el territorio, y los diversos criterios de riesgo surgidos y construidos en el marco de la práctica profesional (González Saibene, 2014).

Por otro lado, desde el enfoque de las redes sociales se puede hacer referencia al Trabajo Social de caso o *casework*[14] como método privilegiado del ejercicio de la profesión, evidente durante la primera mitad del siglo XX (García Escobar, 2011). También, es de mencionar los niveles de abordaje del Trabajo

[14] RICHMOND, Mary (1922), *Caso Social Individual What is Social Case Work*.

Social de caso que interviene a nivel individual y familiar. El Trabajo Social a nivel de grupo u organizaciones institucionales comprende, además, a la articulación con las redes sociales.

En el campo de la salud, Dabas (2001: 1) sostiene el enfoque de Redes Sociales, el cual se registra en el Campo de la Psiquiatría y Psicología Social, a mediados de los años 60 y la década de los 70.

> Desde esta concepción, que fue generalizada como modalidad de intervención en situaciones de crisis aguda o urgencias, fueron surgiendo otros grupos de trabajo, que dieron un marco a este mundo de intervenciones ligadas a una diversidad de situaciones que interceptan el campo de la salud mental con lo social, lo político y lo organizacional.

Para la autora antes citada, las redes comienzan a cobrar importancia en el campo de la sociología y la teoría de las organizaciones en redes. "Surgen entonces las redes como una nueva moda organizativa" (Dabas, 2001: 2). En esta dirección, Dabas y Perrone (1999) establecen cinco niveles de redes: personal, red comunitaria, red institucional, red de establecimientos y servicio. Es preciso destacar a Cunill Grau (2005) como integrante de esta última red intersectorial.

Al decir de Rovere (1998: 3) es importante vincularse con otras instituciones que permitan la articulación solidaria de redes abordando la complejidad de las problemáticas presentadas:

> Convocar a estas 3800 personas, que podrían eventualmente articularse alrededor de la palabra redes, a su vez tendría sentido, no porque cerrarían una especie de isla perfecta, sino porque constituiríamos o profundizaríamos redes abiertas, lo que significa abrir éstas y articularse con otras que la misma sociedad ha ido generando como verdaderas estrategias de supervivencia o como muestras firmes de solidaridad […].

En último lugar, Barilari (2009: 3) plantea lo siguiente en relación al sector de salud y su abordaje a la problemática del ASI y el fortalecimiento de una red:

> Las/os profesionales de la salud en general, del ámbito legal y de la asistencia social y/o comunitaria, pueden favorecer el abordaje de la problemática en forma grupal y/o en equipo, permitiéndose aprender unas/os de otras/os; fortaleciendo una red que no sólo evite la doble victimización y la superposición de acciones, sino también acompañe el deber profesional cuidando a los que cuidan.

Desde otro enfoque, Castro (2014) propone la producción de conocimiento desde el Trabajo Social y la definición de las estrategias de intervención profesional: líneas teóricas, epistemológicas y metodológicas.

Faleiros (1986) plantea diversas contribuciones y realiza un análisis de la Dialéctica y del Trabajo Social. "Los impedimentos para una reflexión dialéctica sobre la práctica proviene de las condiciones históricas en que se desarrolló" (Faleiros, 1986: 61).

Faleiros (1986: 65), en la dialéctica y metodología sostiene que: "En el proceso de planificación se suponía la existencia de una serie de etapas que iban desde la formación, al diagnóstico, al establecimiento de planes, programas-proyecto, para ejecución y evaluación".

Por otra parte, Faleiros (1986: 65) trata de entender lo real como proceso dinámico:

> La dialéctica, como forma de pensar lo concreto a través de la construcción de categorías abstractas que intentan apropiar lo real por el pensamiento, busca comprender el movimiento de lo real por el proceso dinámico y contradictorio, y no como una serie de etapas rígidas preestablecida. […]. Desde el punto de vista dialéctico, la metodología no es un conjunto de

> reglas sino una conciencia de los procesos globales históricamente dados en una relación contradictoria y globalizadora. La relación lineal y causas entre variables y sectores es tan solo una forma de control mediato, mientras que la dialéctica supone la construcción de categorías que permitan una articulación global de lo particular a lo general y de lo general a lo particular.

Faleiros, sostiene una crítica a la planificación tradicional, pero además critica al positivismo, el cual "llevó a considerar a la ciencia como una elaboración social, institucionalizada, como resultado de las luchas sociales y no como discurso aislado. La ciencia no puede confundirse con el discurso de la propia ciencia" (Faleiros, 1986: 65).

En las formas ideológicas de la participación, Faleiros (1986: 88) reconoce que:

> No se puede negar que el Servicio Social usa procedimientos de diagnóstico, elaboración de programas y proyectos, control de actividades y evaluación de resultados. No obstante, este conjunto de operaciones prácticas se inscribe en un contexto político y teórico mucho más complejo. Se sitúa, en primer lugar, en una determinada correlación de fuerzas que objetiva la racionalización de recursos en función de aquello que los propios tecnócratas llaman necesidades.

Este autor reconoce un paradigma complejo de correlación de fuerzas, que se inscribe en un contexto político y teórico. Propone una metodología de la regulación, "como el proceso metodológico que se sitúa en el nivel de la práctica y que consiste en el estudio de ciertas situaciones problemas y en la búsqueda de una compensación, en el nivel de los recursos, de la situación dada" (Faleiros, 1986: 89).

Además, plantea que la regulación combina la relación problema–recurso, de acuerdo con ciertas normas institucionales preestablecidas, tomando a los problemas como desarreglos que pueden repararse mediante mecanismos institucionales. De esta manera, sostiene la relación de problema-recursos mediante al uso de un saber disciplinario.

Faleiros presenta la metodología de la articulación, la cual propone "transformar la comprensión de una cuestión en un proceso de producción constante de conocimiento, articulando las categorías generales con las expresiones, las palabras, los gestos a través del relacionamiento de la población con el asistente social" (Faleiros, 1986: 93).

A través de este recorrido de los autores, respecto a las estrategias de intervención, se puede considerar, por un lado, a Richmond (1917) quien propuso el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Los autores, Aguilar Idáñez-Ander Egg (1995) consideran que la estrategia de intervención se construye en el segundo aspecto de la programación. Por otro lado, en términos de construcción teórica, los autores Oliva (2007, 2015), Carballeda (2007), Malacalza (2009), González Saibene (2014) y Faleiros (1986), integran las posturas que debaten teóricamente las estrategias de intervención en el actual campo profesional.

Además de los diversos aspectos presentados por los autores mencionados, González Saibene (1995) caracteriza al Trabajo Social como una profesión centrada en la intervención social. Persigue "[…] el objetivo de modificar las situaciones particulares que aborda en su ejercicio cotidiano […]" (González Saibene, 2014: 21). El Trabajo Social como profesión interviene en lo social, con el objetivo de transformar las condiciones de la vida cotidiana de los sujetos. A partir de lo mencionado, la autora plantea, además, que "en los procesos de recuperación, sistematización y reflexión que su puesta en acto conlleva no se plasman en teorías científicas, en tanto sus objetos no son teóricos y, por lo tanto, no constituyen procesos de investigación científica" (González Saibene, 2007:17).

Ahora bien, el campo de la salud se encuentra atravesado por situaciones complejas de los sujetos, vinculadas a la salud integral como proceso, a las representaciones con respeto a la enfermedad y salud, y al acceso de los recursos relacionados a la política de salud, entre otros.

Tobón, plantea que "la estrategia metodológica de intervención se basa en la confección de un diagnóstico de la realidad del caso, para posterior toma de decisiones" (Tobón, 2001: 25). Entre las diferentes técnicas menciona a la entrevista por separado y en la institución y visita domiciliaria, visitas a instituciones e intervinientes por consulta. También nombradas por Oliva (2007).

En cuanto a los aspectos comunes de los autores, Faleiros (1989) y Malacalza (2009), ambos destacan las estrategias de intervención desde una postura crítica al materialismo.

Desde la complejidad del escenario actual se analizó el proceso de intervención social, donde emergen las relaciones de poder y las estrategias consensuadas en el Equipo Interdisciplinario. Carballeda (2007) sostiene que para elaborar una estrategia de intervención se requiere el conocimiento de los sentidos de utilización y dirección de los procedimientos, ante la puja de diferentes tendencias y visiones.

Las diferentes posturas de los autores nombrados se consideran como una construcción histórica que favorece la elaboración de un diagnóstico social y la planificación estratégica. Por otra parte, como herramienta sustenta el campo profesional y es en éste en el cual se centra la especificidad del Trabajador Social, planteando una intervención fundada que se desarrolla en el siguiente apartado.

3.5. La intervención fundada e intervención indiscriminada

Como se viene planteando, los conceptos relacionados con el campo profesional del Trabajo Social son: la estrategia y la planificación. Para desentrañar esta cuestión interesa presentar la intervención fundada, y sus diferencias con la intervención indiscriminada. En este sentido, para lograr un encuadre teórico, epistemológico, ético y político de la misma, se alude al Trabajo Social tradicional y contemporáneo.

Haciendo mención al Trabajo Social tradicional, los trabajadores sociales fueron caracterizados como técnicos que operaban en la realidad social, y los problemas sociales eran vistos como casos individuales. Esta visión recibe la impronta de las corrientes paradigmáticas del positivismo y el pragmatismo. Como así mismo la influencia del capitalismo hegemónico y de las consecuencias de la primera y segunda guerra mundial en lo económico, social y político.

La postura del positivismo propulsada por Comte (1934) y luego por Durkheim (1912), en su análisis sociológico de la realidad social, solidaridad mecánica y orgánica, plantea la relación entre la teoría y la práctica. Recibe también el aporte de la teoría del Estructural-Funcionalismo de Parsons (1934).

A diferencia de la postura del materialismo, la "teoría y la práctica constituyen aspectos inseparables de conocimientos, configurando una totalidad-sea que se considere que entre estos dos términos existe articulación, sea que se plantee esa relación como unidad indisoluble" (González Saibene, 1995: 3). Desde esta perspectiva, el Trabajo Social se caracteriza por una práctica teórica y por una praxis social ligada a la transformación.

Ciertamente, el Trabajo Social contemporáneo en la línea brasileña, ha marcado la influencia en los países latinoamericanos por sus diversos aportes teóricos y su mirada crítica. Villela Iamamoto (1992) sostiene que el análisis del significado social de la práctica profesional no se revela de inmediato en el propio

relato de la acción del profesional, en medio de las dificultades que enfrenta cotidianamente.

Por otra parte, Montaño (2009), considera que el profesional de Trabajo Social, que se encuentra en el campo, usa los conocimientos teóricos para intervenir. No produce una teoría científica, sino que se nutre teóricamente y los usa críticamente para elaborar un conocimiento situacional (diagnóstico). Este autor atribuye el problema a "la práctica de campo, la dimensión operativa, dejando a los 'cientistas' y 'políticos' los puntos anteriores: el conocimiento de la realidad y la definición política de los objetivos que se persiguen en torno de ésta" (Montaño, 2000: 140). Al decir de Matus Sepúlveda (1999), la relación entre teoría y práctica es tensional, ya que plantea una intervención polifónica.

Resulta pertinente enfatizar en las diferentes perspectivas contemporáneas, en el contexto latinoamericano, el aporte de García Salord (1991), Grassi (1995), Barg (2003), Rozas Pagaza (2010), Carballeda (2007), Cazzaniga (2009), González Saibene (2014), Karsz (2007), entre otros. Se puede destacar la maduración teórica que enriquece el actual debate en el campo profesional del Trabajo Social, para resignificar la intervención fundada. Por ello, para profundizar las cuestiones elementales de la misma, se hace pertinente mencionar los siguientes elementos:

1. El *campo profesional* se encuentra entrelazado con la coexistencia de determinados paradigmas, modelos y enfoques -positivismo y marxismo- que configuran las matrices hegemónicas de la profesión. Así mismo, convergen las transformaciones de un contexto social complejo. Es decir, "las coordenadas de las formas de nombrar e interpretar las transformaciones sociales que se ven replanteadas" (Matus Sepúlveda, 1999:28). Para esta autora, la intervención fundada se presenta en base a cuatros cuestiones: las trasformaciones contextuales, teoría social, enfoques epistemológicos y perspectivas éticas y valóricas. La intervención indiscriminada y de tipo asistencialista no se funda en

una noción de sujeto construido, en términos de Morín, y remite a una estrategia de intervención lineal poco flexible.

2. La *identidad profesional* y las *necesidades sociales*. Cabe señalar la naturaleza del Trabajo Social y la práctica crítica profundizada desde el pensamiento de Villela Iamamoto (1992), entre otros autores. Por otra parte, González Saibene (2014) señala tres posturas que evidencian otras maneras de concebir a la identidad profesional: la visión esencialista, ontológica, centrada en la naturaleza del Trabajo Social; una visión crítica parte de la identidad de la profesión y se apoya en la tradición, pero también se construye. Lo cual implica una visión constructivista, donde el Trabajador Social se cimenta creando una multiplicidad de perfiles, de diferenciaciones que operan sin límites. Además, García Salor (1991) plantea la especificad profesional, como una aproximación epistemológica. A diferencia de Kisnermam (2005), quien entiende al Trabajo Social como una profesión, ya que tiene históricamente asignada una diversidad de áreas en las que realiza su práctica profesional. Este autor no delimita cuáles son los elementos puntuales sobre la misma.

Por otra parte, Rozas Pagaza (2010: 51) refiere que "la intervención profesional es una construcción histórico-social; y afirmamos que dicha intervención pensada como campo problemático: se desarrolla a partir de las manifestaciones de la cuestión social que afectan directamente a la reproducción social de los sujetos". En este campo problemático y tensionado por las diversas transformaciones sociales, políticas y económicas se define formalmente la intervención fundada. La cual remite a su "[…] naturaleza, es decir que tiene un objeto, que se ha configurado como práctica social primero y como práctica social profesional luego; para atender ciertos problemas, muy concretos y específicos" (Aquín, 2014: 2).

3. El *objeto* de una intervención fundada implica la naturaleza del objeto del Trabajo Social, y remite a una teoría del mismo. En este sentido Escala (1986: 90) afirma que "la falta definición del objeto del Trabajador Social, la

sobrevaloración de los objetos en detrimento de éste y la consideración de un objeto demasiado genérico, fueron las causas a determinar que obstaculizan la teorización en el Trabajo Social". A medida que se avanza en este análisis se encuentran fundamentales discusiones en torno a la temática del objeto en el Trabajo Social. Además, Grassi (1995: 1) sostiene que "el objeto de intervención, en tanto que su práctica está explícitamente dirigida a producir alguna modificación en la situación problemática puntual en relación a la cual es llamado a actuar".

En esta tesis doctoral se analizó el núcleo teórico de la práctica profesional, recibiendo el aporte de Kisnerman (2005), Ander Egg (2011), Eroles (2011) Cazzaniga (2002), Carballeda (2008), Matus Sepúlveda (1999), Villela Iamamoto (1992), entre otros. Una intervención fundada produce una práctica específica. Por lo tanto, lo que define a una intervención fundada es que la misma está "sostenida argumentalmente desde lo teórico-epistemológico y lo político-ideológico (González Saibene, 2007: 11). Mientras que una intervención indiscriminada no se puede justificar por el sólo hacer. Cabe señalar que lo impulsivo, rutinario, burocrático, actos heroicos y voluntarios, constituyen intervenciones indiscriminadas.

4. Otro elemento puntual constituye *la intervención profesional* que se presenta de manera desordena, se nombra, se usa para determinar, inclusive se hace abuso de la misma. Pero no se la define, no se la conceptualiza y no se la especifica (González Saibene, 2014). Mientras que Carballeda (2008) la define como dispositivo. Por otro lado, Cazzaniga (2001: 1) entiende "por intervención profesional la puesta en *acto* de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional". Plantea que una intervención fundada es un acto que implica la toma de decisiones y acciones. Otro componente que señala es la construcción histórica social de la profesión. Destaca dos dimensiones: la demanda que se expresa por la construcción imaginaria de la profesión y la intervención como un proceso artificial.

Por otra parte, Aquín (2014: 4) se diferencia de los autores mencionados porque sostiene que "la intervención no es mero hacer, es el horizonte donde se juegan las miradas epistemológicas y de la teoría social. Si no mejoramos estas dos miradas, la mejora de la intervención es imposible, ya que ellas nos están direccionando nuestra interpretación del fenómeno". Esta autora plantea que "otro campo de tensión radica en que, si Investigación e Intervención son diferentes, y cuando planteamos relaciones de mediación entre ellas, estamos hablando de articulación" (Aquín, 2014: 3).

Los conceptos que entran en tensión son la investigación e intervención, que responden a un viejo debate sobre el binomio de la teórica y práctica. Cada una tiene un cuerpo teórico, pero procedimientos y fases diferentes, como así también sus objetos de estudio.

Una investigación científica produce conocimiento científico y el objeto es teórico (González Saibene, 1995). Por ello, el proceso de una investigación cualitativa plantea una construcción constante que requiere decisiones teóricas, metodológicas y procedimientos metodológicos. Según González Saibene (1995, 2007) la intervención profesional se da en los marcos operativos de la realidad social del sujeto para su transformación. "El objeto de la intervención profesional es ese/esos aspectos de la realidad, de una necesidad social, de un problema, susceptibles de ser modificados con la intervención; es decir por lo tanto, un objeto real, empírico, material" (González Saibene, 1995: 7).

El registro de los datos, los procesos de sistematización y contextualización de la práctica profesional, son importantes para el saber del objeto de intervención, empírico y material. Éste bien trabajado, podría ser un objeto teórico de investigación, teniendo presente la vigilancia epistemológica. Los aportes de Bachelard (1938) y Bourdieu (2005) plantean profundizar los criterios previos de una investigación en las ciencias sociales, no solo la ruptura epistemológica, sino también la reflexión en la construcción del conocimiento científico y las posibilidades y límites, en términos de Morín (1997). De esta

manera entre teoría y práctica no hay una relación directa, sino que hace falta un proceso de mediación (González Saibene, 1995).

La intervención profesional implica operar en términos de estrategias y de pensamiento estratégico (González Saibene, 2007). Las estrategias de intervención constituyen una dimensión histórica del Trabajo Social que adopta, diseña y resignifica una situación particular para transformarla. Por lo tanto, las estrategias de intervención dependerán de la estructura de ese campo, en términos de Bourdieu (2005).

Después de diferenciar y caracterizar la intervención fundada de la intervención indiscriminada se desarrollará la noción de sujeto construido desde el pensamiento complejo.

3.6. El concepto de sujeto construido

Este apartado tiene como objetivo desarrollar el concepto de sujeto construido desde el pensamiento complejo, es decir, sin reducir su singularidad solo al aspecto biológico o psicológico.

Tanto la ciencia como los organismos de la protección del Estado, los ministerios e instituciones públicas y los profesionales de los Equipos Interdisciplinarios, forman parte de un proceso social que construye al sujeto. A su vez, en las prácticas interdisciplinarias emergen diversas presuposiciones, creencias, epistemologías y visiones o proyecciones a futuro del mismo.

En el siglo XX en el campo científico nace un nuevo universo promovido por la Segunda Ley o principio de la Termodinámica del siglo XIX, llamado paradigma de la complejidad. En este sentido, Morín (1997: 18) sostuvo que:

> El desarrollo mismo de la ciencia física, que se ocupaba de revelar el Orden impecable del mundo, su determinismo absoluto y perfecto, su

> obediencia a una Ley única y su constitución de una materia simple primigenia (el átomo), se ha abierto finalmente a la complejidad de lo real.

De acuerdo a esta visión del universo mencionada, los objetos están dotados de una realidad física. Cabe señalar, por un lado, a raíz de las diversas investigaciones de Ilya Prigogine (1979), que los sistemas inestables, auto-organización, orden y desorden entrópico conducirían a una mayor complejidad. Estos estudios científicos fueron tomando impacto en las nuevas interpretaciones del campo científico que estudian a la naturaleza y la sociedad.

Por otro lado, Morín (1997) se basó en la Teoría General de los Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy (1969), la cual contribuyó en la construcción de la corriente del pensamiento complejo. Se apoyó también en la teoría de la Cibernética (Wiener, 1948), la Teoría de la información (Shannon y Weaver, 1960) y la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1952), para elaborar la Teoría de la Complejidad.

En esta línea del pensamiento complejo se destacan también los aportes de Maturana y Varela (1984: 163) quienes consideran al sujeto como:

> La unicidad de lo humano, su patrimonio exclusivo, está en esto, en su darse en un acoplamiento estructural social donde el lenguaje tiene un doble rol: por un lado, el de generar las regularidades propias del acoplamiento estructural social humano, que incluye entre otros el fenómeno de las identidades personales de cada uno; y, por otro lado, el de constituir la dinámica recursiva del acoplamiento estructural social que produce la reflexividad que da lugar al acto de mirar con una perspectiva más abarcadora, al acto de salirse de lo que hasta ese momento era invisible o inamovible, permitiendo ver que como humanos sólo tenemos el mundo que creamos con otros.

El paradigma de la complejidad propuesto por Morín (1997: 17) irrumpe en el campo del conocimiento científico e interpela el concepto de la ciencia:

> ¿Qué es la complejidad? A primera vista la complejidad es un tejido (complexus: lo que está tejido en conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple. Al mirar con más atención, la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre.

Es decir, que este autor entiende a la complejidad como la unión de los procesos de simplicidad, en resistencia y tensión con otras interacciones que no son lineales. Desarrolló el pensamiento complejo, pero también se opuso al pensamiento positivista y reconoció la incertidumbre en el conocimiento científico.

Desde el psicoanálisis, Freud define al sujeto como la identidad, la experiencia humana, la subjetividad, la sexualidad. Por otra parte, las contribuciones de Lacan (1966: 248) han aportado a la constitución de la subjetividad, aspecto individual del ser humano:

> El inconsciente es aquella parte del discurso concreto en cuanto transindividual que falta la disposición del sujeto para restablecer la continuidad en su discurso consciente. Así desaparece la paradoja que presenta la noción del inconsciente, si se la refiere a una realidad individual.

Morín (1977: 67) introduce la noción de sujeto construido, el cual al ser abordado por los Equipos Interdisciplinarios en los casos de abuso sexual infantil,

debe resignificarse en la práctica interdisciplinaria. Desde la perspectiva del pensamiento complejo, lo define de la siguiente manera:

> La noción de sujeto es una noción extremadamente controvertida. Desde el principio, se manifiesta en forma paradojal; es, a la vez, evidente y no evidente. Por otro lado es una evidencia obvia, dado que en casi todas las lenguas existe una primera persona del singular; pero también es una evidencia a la reflexión, tal como lo ha indicado Descartes: si dudo, no puedo dudar de lo que dudo, por lo tanto pienso, es decir que soy yo quien piensa. En ese nivel donde aparece el sujeto.

Morín considera al ser humano como un sujeto complejo, es así que el proceso de pensar en la noción de sujeto construido no sería a la manera de Descartes, ya que este autor representaba al sujeto como un concepto abstracto. Morín (1977: 68), refiere lo siguiente en relación a este autor. "En cambio, en cuanto abandonamos el terreno científico y reflexionamos como lo hizo Descartes en su famoso Cogito, el sujeto se vuelve fundante, fundante de la verdad, de toda verdad posible. Y encontramos el ego transcendental".

En la construcción del sujeto el pensamiento de Piaget (2014) también es relevante, ya que para este autor el ser humano está inmerso en un medio social que actúa sobre él. Donde juega un papel fundamental el leguaje. Sin embargo, según Maturana y Varela (1984) el sujeto no solo posee un lenguaje. Hay que tener en cuenta, primeramente, a la biología del conocimiento humano que surge de la conjunción de las áreas de la biología natural. En segundo lugar la evolución cultural de las sociedades humanas: la autoconciencia y la inteligencia humana.

Berger y Luckmann (1968) sostienen que la expresividad humana es capaz de objetivarse, o sea, de manifestarse en productos de la actividad humana. Por otro lado Bourdieu sostiene que "hablar de *habitus* es aseverar que lo individual, e incluso lo personal, lo subjetivo, es social, colectivo. El *habitus* es una

subjetividad socializada" (Bourdieu 2005: 186). Por lo tanto, es pensar en las estructuras individuales inscriptas en el cuerpo de lo social.

Ciertamente las diversas discusiones de los autores sobre el sujeto, plantean lo complejo de las estructuras para una construcción del mismo. A partir, de todo lo expuesto, el pensamiento complejo en el contexto actual constituye una herramienta principal, la cual plantea diversas interpretaciones en los miembros del equipo interdisciplinario.

3.7. La intervención interdisciplinaria en los casos de abuso sexual infanto juvenil

Por lo tanto, a partir del proceso de intervención interdisciplinario sobre los casos de ASIJ, se considera necesario generar estrategias de intervención desde el pensamiento complejo. En este sentido, Morín (1986: 71) sostiene sobre la estrategia:

> Se construye en el curso de la acción, modificando, según el surgimiento de los eventos o la recepción de la información, la conducta de la acción considerada. La estrategia supone pues: a) la aptitud para emprender o buscar en la incertidumbre teniendo en cuenta esta incertidumbre; b) la aptitud para modificar el desarrollo de la acción en función del alea y de lo nuevo.

La intervención interdisciplinaria implica, simultáneamente, en la producción de nuevos conocimientos, prácticas profesionales, definición de funciones y limitaciones disciplinarias, pero además invita a intercambiar e integrar conocimientos, para abordar en forma integral los casos de ASIJ.

Intebi (2012: 48), enuncia las fases del proceso de intervención interdisciplinaria en casos de ASIJ:

a) detección

b) notificación

c) investigación

d) evaluación

e) toma de decisión

f) intervención

Siguiendo a Intebi (2012), cuando "se diseña un plan de caso ante situaciones de abusos sexuales y de desprotección de niños/as y adolescentes a fines de obtener resultados positivos es que los comportamientos violentos contra las personas menores deben haberse interrumpido" (Intebi, 2012: 140). Al respecto agrega, "la estrategia de intervención, además, será lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención" (Intebi, 2012: 141).

Desde otra perspectiva, Lucca (2017: 17) que ha investigado los momento de un equipo interdisciplinario, afirma: "Llamo quiebre epistemológico disciplinar, el modificar los parámetros de conocer de las disciplinas". Este autor alude a este quiebre que induce a un momento de especial consideración frente a sí mismo y a la pérdida de seguridad.

Es decir, que en un Equipo interdisciplinario sus miembros pueden adoptar dos posturas contrapuestas. Por un lado, "[…] un intento de hacerse cargo de la tarea del equipo proponiendo distintas soluciones y generando un acopio de poder hacia alguna de las disciplinas" (Lucca, 2017: 18). Por el otro, pueden escoger lo siguiente:

> El camino hacia la interdisciplina requiere que el flujo de saberes sea abierto y sujeto a una permanente incertidumbre que deje espacio a la introducción de nuevas relaciones complejas y a las respuestas vitales que parten de la introducción, del imaginario, de la sensibilidad y del cuerpo en la transmisión de los conocimientos. (2017:18)

Las estrategias de intervención son construidas por el equipo de salud interdisciplinario para responder a las problemáticas del ASIJ. "En ese encuentro aparecen las estrategias de aplicación o intervención necesaria, en un involucramiento progresivo" (Lucca, 2017: 25).

Además, Murillo (2001: 2) agrega que el equipo interdisciplinario debe tener cuenta "el conjunto de estrategias de afrontamiento que pueden implementar... (psicoterapeutas)... para prevenir déficit y propiciar o fortalecer su bienestar integral (...) en las áreas: físicas, emocionales y psicoespirituales". En este sentido, Arón y Llanos (2004) aluden a las estrategias de autocuidado en distintos niveles: nivel individual, de equipos, institucional, de redes y supra institucionales.

Para entender lo que sucede en el interior del campo de la salud y, por ende, en las intervenciones interdisciplinarias del Equipo al abordar los casos del ASIJ, el aporte de Bourdieu (2011) ilumina esta perspectiva cuando aborda las estrategias de reproducción social. Éstas están vinculadas a los conceptos de campo y *habitus* y señala la distinción entre objetivismo y subjetivismo. Por eso afirma que: "Las estrategias conscientes o no, en diferentes campos, procuran la reproducción de una clase o de una fracción de clase, es decir, la conservación o la mejora de sus condiciones de vida y de su posición respecto a otros grupos" (Bourdieu, 2011: 9).

Es necesario, además, reflexionar sobre las tensiones y las estrategias de intervención que pueden coexistir cuando se abordan los casos del ASIJ. Las mismas se plasman sobre la conformación del objeto vinculado a la realidad compleja. Almada y Frau (2017: 11) afirman que: "De esta forma, el hacer se constituyó en la práctica predominante del Trabajo Social. Las estrategias del equipo constan en la revalorización de la profesión, poniendo en discusión el rol que se le asigna".

Desde otra perspectiva Carballeda (2007: 62) plantea que "las tensiones en los escenarios de la intervención que se expresan en el análisis de la situación de intervención, dan cuenta de que muchas veces las diferentes prácticas asumen posiciones defensivas, frente a determinados eventos".

Lo mencionado anteriormente se pone de manifiesto en los equipos interdisciplinarios, sobre todo al abordar casos del ASIJ. Surgen tensiones en sus prácticas porque les cuesta dedicar espacios de encuentro y reflexión para aunar criterios de riesgo y acordar adecuadas estrategias de intervención. En algunos casos, la participación de otros actores sociales hace que la estrategia de intervención se burocratice mucho más.

Es importante analizar los casos del ASIJ desde la perspectiva de la subjetividad, la organización y la institución. Cabe señalar que el cruce de las tres dimensiones evidencia que las relaciones de poder generan tensiones y dificultades en los equipos técnicos cuando se proponen dar tratamiento efectivo a los problemas presentados (Fontao, 2016).

3.8. Resumen del capítulo

Este capítulo tuvo como objetivo desarrollar el concepto de las estrategias de intervención desde la profesión del Trabajo Social. En este marco y con el aporte de los autores ya mencionados, surgen tres dimensiones sobre las estrategias:

En la primera se reconocen los antecedentes históricos de la categoría estrategia, la cual nace en la esfera militar. Algunas consideraciones previas fueron seleccionadas de diversas fuentes: el DRAE (2010), Sun Tzu (1981), Carl Von Clausewitz (1973), Jon Von Neuman y Oscar Morgentern (1953). En términos generales se plantea un enfoque estratégico con aproximaciones a la realidad compleja y racional, a partir de Carl Von Clausewitz (1973).

La segunda dimensión comprende al campo del conocimiento científico, en el cual se profundiza el análisis conceptual de la estrategia con las contribuciones de los autores clásicos: Comte, Marx, Durkheim y Weber. Además, se describe la postura epistemológica del Materialismo Dialéctico de Engels, donde se ubican los principales enfoques teóricos que orientaron la delimitación de esta categoría.

La tercera dimensión comprende al mundo de la planificación normativa y estratégica, donde cobra relevancia la gestión para su posterior desarrollo en el campo de la salud. Los autores trabajados fueron, por un lado, Matus (1972), creador de la PES que responde a la estructura metodológica tradicional. Por otro, Ander Egg (1985) que diferencia la PE de la PN, sosteniendo una postura positivista entre teoría y práctica. Además, se identificaron diversas posturas de los autores reconocidos que han enriquecido con sus aportes teóricos el campo de la salud.

La definición de APS según la Declaración de Alma-Ata (1978), en su comienzo fue contradictoria a nivel conceptual. Luego recibió el aporte de los diversos organismos multilaterales: de la OPS y OMS (2007 y 2008), Carta de Otawa para la Promoción de la Salud (1986), Declaración de Yakarta sobre determinantes de la Salud (2011) y Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, Brasil (2011).

Por otro lado, Testa (1989), el Posgrado Salud y Comunidad (2010), Kisnerman (2005) y Castellano Bohórquez (2010) abordan la PE con sus fases, proceso y la toma de decisiones. De Lellis (2015), desde una perspectiva moderna y renovada de la APS, presenta los niveles del enfoque de la planificación: la construcción ciudadana, el derecho a la salud, la participación, lo intersectorial y sus componentes.

Por lo tanto, resulta interesante la propuesta de los autores mencionados, ya que sostienen aspectos comunes referidos al distanciamiento de las posturas

positivistas y de crítica al materialismo, para pensar las estrategias de intervención y las tensiones en los equipos interdisciplinarios.

En este marco, se analiza la estrategia de intervención como una construcción histórica del Trabajo Social. Los autores mencionados reconocen las existencias de las críticas hacia la metodología tradicional del Trabajo Social, dirigidas a ver a los problemas sociales como técnicos, desde las contribuciones de Rozas Pagaza (2002), González Saibene (2007), Villela Iamamoto (1992) y Montaño (2003), entre otros. El proceso de la reconceptualización puede ubicarse a principios de los 70, donde surgieron antecedentes relacionados a la temática de esta investigación social. Los mismos dan cuenta de:

-Las críticas de la medicina y la visión fragmentada de la realidad social.

- La modalidad de intervención del Trabajo Social.

- Del contexto socio histórico, donde la realidad actual toma relevancia como movimiento constante de la cuestión social, caracterizada por la crisis de la modernidad, en donde se plantean decisiones sobre la política pública relacionada con el ASIJ.

Respecto a los autores que realizan aportes desde diferentes posturas, se encuentra González Saibene (2007) quien presenta una visión crítica de las disciplinas, del paradigma positivista y de las prácticas asistencialistas que ubicaban al trabajador social como un técnico. Mientras que Escalada (1986) mantiene una postura dialéctica y crítica sobre las definiciones del Trabajo Social, como una tecnología social propuesta por Ander Egg.

Cabe señalar que Faleiros (1986) sostiene una perspectiva crítica del aparato institucional, y Miranda Aranda (2003) diferencia la disciplina de la profesión que nace en las ciencias sociales. A su vez, Parra (1999) critica al Trabajo Social positivista, mientras que Cazzaniga (2001) sustenta las intervenciones profesionales en el actual terreno de las prácticas profesionales y analiza el enfoque interdisciplinario desde una teoría crítica. Finalmente, Castro

(2014) propone la producción de conocimiento desde el trabajo social y la definición de las estrategias de intervención profesional.

Después de presentar las diversas contribuciones de los autores mencionados, se realiza una revisión de la dimensión histórica del Trabajo Social, que comprende a las estrategias de intervención. Se valora el aporte de Richmond (1917), Aguilar Idáñez y Ander Egg (1995), Olivia (2007, 2015), Carballeda (2007), González Saibene (1995, 2014), Malacalza (2009, 2014), Rovere (2006), entre otros.

Se aborda la intervención fundada y se diferencia de la intervención indiscriminada. Se define a la intervención fundada y se profundizan los aportes teóricos que permiten cruzar las categorías centrales. La cual se encuentra sostenida desde lo teórico, epistemológico y político ideológico. El campo profesional y la identidad del Trabajo Social tienen una naturaleza histórica social. Es decir, un objeto de intervención profesional a partir de los aportes de García Salord (1991), Grassi (1995), Barg (2003), Rosas Pagaza (2010, Carballeda (2007), Cazzaniga (2009), y González Saibene (2014), entre otro autores. Se resignifican los principales elementos nodales que posicionan una intervención fundada.

Así mismo esta tesis doctoral reviste importancia por el análisis del saber o conocimiento producido en el objeto de intervención. En este sentido, se destaca el aporte de González Saibene (1995, 2014). El Trabajo Social es una profesión centrada en la intervención de lo social con el objetivo de modificar situaciones particulares que aborda en su ejercicio profesional cotidiano.

Se recupera y resignifica el aporte de los autores con respecto al núcleo teórico de la práctica profesional, recibiendo el aporte de Kisnerman (2005), Ander Egg (2011), Eroles (2011) Cazzaniga (2002), Carballeda (2008), Matus Sepúlveda (1999), Villela Iamamoto (1992), entre otros.

Por otra parte, Carballeda (2007) plantea que la intervención en lo social dialoga con lógicas de reproducción de la subjetividad en los procesos interdisciplinarios. En esta línea, Cazzaniga (2002) refiere que las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos.

Otro elemento analizado está relacionado con las estrategias de intervención. Éstas se abordan desde la dimensión histórica de la profesión del Trabajo Social. Richmond (1917) es quien planteó los procedimientos para la elaboración de un diagnóstico y plan de tratamiento social, desde un enfoque psicosocial. Aguilar Idáñez y Ander Egg (1995), consideran que las modalidades de intervención social están configuradas por la integración de las fases de una estrategia de acción. Los dos últimos autores mencionados sostienen una postura sistémica como procesos inacabados.

A diferencia, Oliva (2007, 2015) sostiene que el desarrollo de una estrategia de intervención está determinado por la compleja relación que se da con los recursos, que históricamente expresaron diversas formas de asistencia y de protección social. Carballeda (2007) propone vincular la noción de las estrategias desde el conocimiento de los sentidos de su utilización y procedimientos. Además, Malacalza (2009) sostiene que la estrategia contiene una dimensión política. También fue analizada por Rovere (1993) y Testa (1989).

González Saibene (2014) sustenta que las estrategias de intervención son variadas y creativas como redes comunitarias. Plantea un nivel de abordaje integral del objeto de intervención profesional. Es decir el abordaje integral del diagnóstico social, comprendiendo las diversas dimensiones con los marcos conceptuales que transita el objeto empírico, real y material. El enfoque de redes sociales es desarrollado desde el pensamiento de Rovere (1993), Dabas (2001), Dabas y Perrone (1999). En cuanto a la red intersectorial, Cunill Grau (2005) y Barilari (2009) sostienen que el abordaje de la problemática en forma grupal y/o en equipo, permite aprender unas/os de otras/os, fortaleciendo una red.

Se desarrolla la noción del sujeto construido desde el pensamiento complejo de Morín (1997), sujeto complejo extremadamente controvertido, es evidente y no evidente. En el marco de la práctica interdisciplinaria surgen diferentes presunciones, creencias, visiones y epistemologías. Además, recibe el aporte de los autores Bertalanffy (1969), Prigogine (1979), Maturana y Varela (1984), quienes plantean que el sujeto tiene un doble lenguaje. Cabe destacar las contribuciones de Freud y Lacan sobre el inconsciente, subjetividad, y aspecto individual del ser humano. Por otro lado, Piaget (2014) sostiene que el ser humano está inserto en el mundo social y que actúa sobre él. Además, Berger y Luckmann (1968) afirman que es capaz de objetivarse y, finalmente, Bourdieu (2005) plantea lo individual, lo social y colectivo del habitus.

En este marco, se evidencia el reconocimiento de las tensiones que surgen en el escenario de la intervención social. Lo cual fue analizado por los autores: Alma y Frau (2017), Fontao (2016) y Carballeda (2007). Por otra parte, Intebi (2012) aporta que las mismas tendrían que sostenerse como una estrategia flexible.

Otros autores, como Murillo (2001), proponen estrategias de afrontamiento para prevenir el déficit y fortalecer el bienestar integral en las áreas físicas, emocionales y psicoespirituales. Por otro lado, Aron y Llanos (2004) proponen estrategias de autocuidado en los distintos niveles: individual, en equipos, institucionales, redes y supra institucionales. También Bourdieu (2011) analiza las estrategias de reproducción social.

A diferencia de lo expuesto, Lucca (2017) plantea un quiebre epistemológico que modifica los parámetros de conocimiento de las diferentes disciplinas científicas y pone un punto de inflexión en relación a los Equipos Interdisciplinarios. Es así como los vincula a la conformación de equipos, teniendo en cuenta el proceso realizado hacia el interior de los mismos.

A modo de síntesis de este capítulo, nuevamente, parece oportuno considerar a las estrategias de intervención desde una construcción histórica en

Trabajo Social, a partir del aporte de los autores mencionados. Los mismos plantean la construcción de esas estrategias al momento de una práctica interdisciplinaria, materializada en las instituciones hospitalarias, donde se visibilizan las prácticas de poder.

CAPÍTULO IV: Primer momento investigativo

El objetivo de este capítulo es la interpretación del discurso manifestado / expresado en documentos oficiales, a partir de la identificación y selección de documentos escritos (leyes fundamentalmente) referidas a políticas públicas, relacionadas al ASIJ.

Se recurre al aporte teórico de autores ya mencionados en el capítulo primero -estrategia metodológica-, para realizar el análisis: Mendicoa (2003), Gallart (1992), Foucault (1969), Taylor y Bodgan (1987), entre otros.

En este primer momento investigativo, las categorías de interpretación surgen del proceso de análisis documental, desde un enfoque reflexivo y crítico de los datos cualitativos. El análisis documental es una técnica de investigación cualitativa que se caracteriza por la selección, lectura y análisis para presentar el contenido de un documento. Existen autores que han identificado fases y procesos para determinar el contenido general de documentos que se pretende analizar y que posee implicancias discursivas.

Se tuvo en cuenta lo mencionado para la construcción de matrices conceptuales (leyes y documentos) que permitieron establecer los puntos de partida de la investigación, como así también contar con la sistematización de la información.

4.1. Análisis documental

4.1.1. Análisis e interpretación – matriz conceptual

El análisis documental como técnica de investigación cualitativa -como ya se mencionó- se especializa en la selección, lectura y análisis para presentar el contenido de documentos escritos.

"El análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa" (Taylor y Bogdan, 1987: 158). Estos autores proponen un enfoque en tres fases: 1- Descubrimientos en progreso: identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones. 2- Codificación: cuando los datos han sido recogidos; incluye la codificación de datos y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. 3- Relativización de los datos: interpretarlos en el contexto que fueron recogidos (Taylor y Bogdan, 1987). Como se mencionó, se escogieron leyes y documentos escritos sobre las políticas públicas, relacionadas al ASIJ, ya que existe una gran diversidad de material.

Foucault al respecto (1969: 10) señala que:

> El documento no es el instrumento de una historia afortunado que fuese en sí misma y con pleno derecho memoria; la historia en cierta manera, para una sociedad, de dar estatuto y elaboración a una masa de documentos de la que no separa.

Añade el autor que la historia es lo que transforma a los documentos, "es el trabajo y la realización de una materialidad y documental […] que presenta siempre y por doquier, en toda sociedad […]" Foucault (1969: 10).

A continuación se presenta el análisis de los documentos a nivel nacional escritos sobre las políticas públicas, relacionadas al ASIJ. En tal sentido, para

llevar adelante este análisis de forma clara y ordenada. Como primera estrategia metodológica se constituyó una aproximación al contexto empírico, organizándose la información, lectura y análisis interpretativo de los documentos oficiales; luego, se elaboraron diversas matrices conceptuales.

Matriz conceptual N°4.1: Prácticas Interdisciplinarias. Subcategorías. Aspectos de la realidad

Categorías	**Sub categorías - Aspectos de la realidad**
Práctica interdisciplinaria: Ley N°26.061.	1-Características del equipo interdisciplinario. 2- Relaciones intersectoriales. 3- Sistema de evaluación. 4- Relaciones vinculares. 5- Proceso. 6- Abordaje de casos. 7- Fortalezas y debilidades (externo). 8- Obstáculos y facilitadores (interno).
Equipo interdisciplinario: Protocolo Interinstitucional de ASIJ.	
Abordaje de casos de ASIJ: Ley provincial de Tucumán Nº8.293.	

Fuente: Elaboración propia.

Esta matriz conceptual se cimentó a partir del análisis, como primera aproximación a la construcción del objeto de investigación, de las prácticas interdisciplinarias, las categorías y subcategorías. Así, la matriz conceptual precedente, organiza los datos que permiten identificar los documentos de acuerdo a la temática que se investiga, discriminando por año de publicación y resumen para su posterior análisis.

Los documentos analizados y plasmados en las diferentes matrices conceptuales fueron:

- ✓ Ley N°26.061: Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- ✓ Ley N°26.316: Prevención del Abuso contra los Niñas, Niños y Adolescentes.
- ✓ Ley N°25.673: Programa Nacional de Salud, Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPS).
- ✓ Ley N°26.150: Educación Sexual Integral.

A ello se adicionan seguidamente:

- ✓ Ley N°26.529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.
- ✓ Ley N°26.657: Derechos a la Protección de la Salud Mental.

Además, se contempla:

- ✓ Ley N° 26.904 de Grooming.
- ✓ Ley N° 27.206. La denominada Ley Piazza.
- ✓ Reforma del Código Civil, año 2014.
- ✓ Protocolo para la atención de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, año 2015.

A nivel local, que corresponde a la provincia de Tucumán.

- ✓ Ley provincial N°8.293: Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- ✓ Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia.
- ✓ Protocolo para la atención integral de las personas con derechos a la interrupción legal del embarazo.

Se presenta a continuación el análisis a partir de:

Ley N°26.061 de Protección Integral de los Derechos del NNyA	Prácticas interdisciplinarias	Referente empírico: equipos de salud interdisciplinarios

Fuente: Elaboración propia.

Tal como se menciona, en cuanto a la técnica utilizada para el análisis de leyes y documentos, se recurre al análisis documental. Esto permite avanzar en la descripción y profundización del contexto de estudio y en la identificación de categorías y sub categorías de análisis en correspondencia con el referente empírico. El proceso del análisis se realizó en dos etapas: la primera comprendió el recorrido del marco legal nacional, el cual tuvo un fuerte impacto en la validación de los tratados internacionales a nivel constitucional; la segunda, refiere a la legislación provincial vigente.

4.1.2. Consideraciones previas al análisis

Antes de iniciar el análisis documental propiamente dicho, a partir de las matrices conceptuales construidas, resulta conveniente tener en cuenta algunas consideraciones previas vinculadas a la problemática presentada en el marco legal normativo, a nivel internacional.

En la segunda mitad del siglo XX, diferentes países a nivel mundial se preocuparon por establecer leyes de protección para la infancia. Además, a nivel internacional, diversas Convenciones ratificaron el enfoque de los derechos humanos, entre ellas se puede mencionar: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (1979), el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1986), la Convención Contra la Tortura y otros Tratados o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes

(1987), y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) adoptada por Naciones Unidas (1989). Por lo tanto, el enfoque de los derechos humanos en América Latina constituye uno de los pilares fundamentales sobre la Protección de los mismos.

La CDN (1989) marcó un cambio importante no sólo en lo jurídico que incluye a los Estados miembros, sino en los mecanismos y normas universales relativas a la infancia para garantizar los derechos de la niñez. Al respecto, expresa en sus artículos 1º y 19º: "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley, le sea aplicable y haya alcanzado antes la mayoría de edad".

En este sentido, Eroles, Fazzio y Scandizzo (2001: 51-53) sostienen lo siguiente:

> La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño sigue la línea de los instrumentos jurídicos de la Naciones Unidas […]. Forma parte de la doctrina internacional sobre derechos humanos, en este caso aquellos especialmente referidos a la infancia. […]. Hay aspectos estrictamente jurídicos vinculados con la condición del niño como sujeto de derecho y también con su condición de sujeto de la intervención judicial y proceso penal.

Ahora bien, desde el punto de vista de la historia, Aries (1993) considera que la infancia es una construcción histórica que termina de ser elaborada en la modernidad. No es algo natural, sino una elaboración histórica. Además, distintos autores desde el campo de la historia, sostienen el surgimiento de la niñez (García Méndez, 1991; Aries, 1993; Donzelot, 1979; Mause, 1974). Es decir, que "no había un concepto específico de la infancia. Recién hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX se comenzó a distinguir al niño del adulto, en un arduo proceso -que continúa hoy, pese a los avances legislativos […]" (Fazzio y Sokolovsky, 2006: 46).

Según Tajani y Barilari (2008: 4), profesionales especializadas en violencia doméstica y sexual -Maltrato Infanto Juvenil (MIJ)- Abuso Sexual Infantil (ASI) plantean la siguiente definición sobre abuso sexual infantil:

> Es toda actividad de carácter sexual que una persona impone sobre un/a niño/a, quien debido a su inmadurez, no puede comprender, consentir o rechazar. Generalmente se produce favorecido por la relación de confianza entre el adulto y la niña/o. Es significativo que las conductas abusivas son perpetradas por personas conocidas, de estrecha vinculación afectiva, personas de confianza, o confiables para la familia y el contexto social.

Las personas sobrevivientes a la violencia y al maltrato familiar están más propensas a sufrir diversos problemas físicos y emocionales a través de su desarrollo. Tajani y Barilari (2008: 5) aportan sobre las diversas consecuencias, tales como:

> -Dolores de cabeza, tensión muscular, dolores de estómago, enuresis e insomnio.
> -Experimentar ansiedad, problemas de aprendizaje y concentración, conducta hiperactiva, conducta agresiva y culpa por su incapacidad para detener la violencia en el hogar.
> -Desarrollar condiciones psiquiátricas severas, tales como el desorden de estrés post traumático, el desorden de estrés agudo, depresión, intento de suicidio y abuso de sustancias (Mullen, Martín, Anderson, Romans y Herbinson, 1993).
> -Las estadísticas mundiales revelan que en más del 60% de las familias se manifiesta algún tipo de violencia.
> -El maltrato infantil aumentó un 110% en los chicos de nivel inicial, un 18% en los de escuela primaria y un 6% en los que concurren a escuelas especiales.

-Las estadísticas acerca del maltrato físico en la infancia son alarmantes. Se estima que cientos de miles de niñas/os han recibido abuso y maltrato a manos de sus padres o parientes.

Ahora bien, con respecto al objeto de estudio no se puede dejar de mencionar algunos datos estadísticos internacionales. En un análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países, elaborados por la OPS y la OMS (2014), muestra que las niñas y las mujeres tienen mayores probabilidades que los niños varones o los hombres de sufrir violencia sexual en general. Otros informes registran que los abusos son más frecuentes en pre-adolescentes, sin capacidad de autoprotección, y que el 25% de las niñas abusadas quedan embarazadas. Un informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia (2014: 11):

> Muestra que muchos países han empezado a poner en marcha programas de prevención y servicios para las víctimas, y a elaborar los planes de acción, las políticas y las leyes nacionales que se necesitan para apoyar los programas de prevención de la violencia y las iniciativas de respuesta. En el ámbito internacional, se han adoptado resoluciones de alto nivel que obligan a los Estados Miembros a ocuparse de la violencia interpersonal dentro de cada país y a través de la creación de redes y alianzas.

En Argentina no existen cifras oficiales sobre la frecuencia en que sucede el abuso infantil, tampoco un organismo público que reglamente la sistematización de las estadísticas y datos de las diversas instituciones públicas que intervienen en las situaciones de caso de ASI. Por ello, se hace referencia a la información brindada por el *Programa Las Víctimas contra las Violencias,* la cual presentó datos estadísticos recientes. Entre noviembre de 2016 y febrero de 2018 recibió denuncias de todo el país. Atendió 2842 denuncias telefónicas por abuso sexual, de las cuales 2094 (74%) correspondían a NNA y 26% a personas adultas, que habían sido abusadas siendo NNA. Además, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación aportó que en el año 2018, 7 de cada 10 víctimas

menores de 18 años eran niñas. De ellas, el 38% eran menores de 11 años (Diario Digital Infobae, 2018).

Una investigación sobre Infancia y necesidades. Abuso Sexual Infantil (ASI) (2016: 1) del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Luján (UNLu) señala lo siguiente:

> Sobre el abuso sexual infantil concluye que existe una diferencia de género muy clara: se estima que hay cinco niñas abusadas por cada varón y que la enorme mayoría de los abusos son cometidos por varones que tienen relación directa con el entorno familiar.

El estudio mencionado se basó en un análisis de expedientes judiciales del Fuero de Familia y los investigadores trabajaron sobre los perfiles de tres actores involucrados en casos de ASI:

> El niño como víctima del abuso, el adulto que lo perpetra, que en general pertenece al entorno familiar, y las personas que escuchan el relato del niño respecto del abuso, el "develamiento". Existe una clara diferencia de género, ya que se estima que hay cinco niñas abusadas por cada varón y que la enorme mayoría de los abusos son cometidos por varones que tienen relación directa con las niñas, en primer lugar los padrastros o las parejas de las mamás, y en segundo lugar, los padres. (2016: 1)

Una de las colaboradoras del proyecto de la mencionada investigación, Carlis (2019: 1), identificó en tres categorías a las mujeres que escuchan el relato de la víctima:

> • La mamá, la abuela o la tía que creen lo que el niño o niña dice e inmediatamente actúan protegiéndolo, expulsando a ese varón del espacio de convivencia, haciendo una denuncia y siguiendo el protocolo de las instituciones.

• La persona que escucha pero en principio no puede creer lo que está pasando, a quien le toma un día, una semana o un mes tener conciencia de que esto pasó e iniciar un proceso de protección. El impacto de lo que ahora sabe no le resulta fácil de procesar.

• La mujer que, por distintos motivos, no puede creer ni generar los actos de cuidado de la víctima. 'Ese niño es el que más necesita la presencia de las instituciones del Estado'.

En la provincia de Tucumán, la Ley N°7.264 expresa: "Se entenderá por violencia familiar toda acción, omisión, o abuso, que afecte la integridad física, psicológica, emocional, sexual y/o la libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar aunque no constituya delito" (Art. 1).

Según los datos estadísticos citados y la lectura de los informes mencionados, se percibe que día a día aumenta el número de víctimas de ASI. Éste constituye uno de los principales problemas que atenta contra la estabilidad social, dado que promueve y genera nuevos círculos de violencia que obstaculizan, encubren y alteran el desarrollo integral de los NNyA. No obstante, a nivel nacional, en el año 1994 se promulgó la Ley N°24.417 de Protección contra la Violencia Familiar. Esta Ley también crea el Programa de Prevención y Atención del Maltrato Infantil en ámbitos de la educación en el año 2009. Esta problemática se fue haciendo más evidente con la detección del diagnóstico médico y psicológico.

Por una parte, desde la Introducción de la presente investigación social se plantea la problemática sobre NNyA víctimas de violencia (Cohen Imach, 2015). Por otra, datos recientes a nivel provincial, suministrados por la referente del Programa de Violencia de la Dirección de Salud mental del SIPROSA, puso de manifiesto que en el primer semestre del año 2018 se dio un incremento de consultas en un 3%, en relación al mismo período del año anterior, donde se registraron 1861 consultas (Informe Programa de información y vigilancia de

Salud Mental (SGH), 2018). Lo cual, en cifras se traduce en 3953 consultas (Salín, 2018).

Sin embargo, en la provincia de Tucumán se ha registrado un aumento con respecto a los abusos sexuales en la infancia. Los casos de abuso sexual son más frecuentes de lo que se piensa y ocurren en todos los niveles socioeconómicos, raciales, étnicos y religiosos. No existen perfiles específicos de los abusadores porque, como sus víctimas, son de grupos heterogéneos. Un ejemplo de ello se expuso en el marco del contexto del estudio de la presente investigación, referido al caso de Lucía.

La ministra de Salud de la provincia de Tucumán estimó que "En 2018 tuvimos 18 casos 'Lucía' y pudimos resolver todos los temas. El problema es cuando se mediatiza. Porque cuando se hace muy público algo, es muy difícil intervenir" (Chahla, 2018 en una entrevista en La Gaceta Central).

La lectura de los datos estadísticos son alarmantes y ponen en evidencia la situación grave de NNyA víctimas de ASI en la provincia de Tucumán y las tensiones entre los diversos discursos sobre las interpretaciones de la legislación actual, el silencio social y las desigualdades que definen la relaciones entre hombre y mujer. En este sentido Giberti (2014: 14) señala que "la invisibilidad y su puesta bajo sospecha responden a un orden religioso-vertical, que a su vez es tributario de un orden natural pragmáticamente interpretado".

4.2. Matriz conceptual del marco legal a nivel nacional

En este punto es necesario analizar las leyes nacionales, las cuales se examinan siguiendo las categorías y subcategorías precitadas.

Matriz conceptual N°4.2: Marco legal a nivel nacional

Ley N°26.061: Protección Integral de los Derechos de NNyA (2005).	Tiene como objetivo general proteger de manera integral los derechos de las NNyA que se encuentran en el territorio de la Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute efectivo dentro del ordenamiento jurídico nacional, reconocidos en los tratados internacionales. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del *interés superior* del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849, artículo N° 4).
Ley N°26.316: Día Nacional para la Prevención del Abuso contra las NNyA (2007).	Establece que el día 19 de noviembre de cada año en el territorio nacional, se conmemore el Día Nacional para la Prevención del Abuso contra los NNyA.
Ley N°25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito de la salud (2002).	A partir de esta ley surge la creación de un programa de salud pública en el ámbito del Ministerio de Salud Nacional, y sus objetivos son: el alcance de la población considerándose el nivel elevado de salud sexual y procreación responsable, la reducción de morbimortalidad materno-infantil, promoción de la participación femenina y la toma de decisiones.
Ley Nacional de educación sexual integral N°26.150 (2006).	La norma crea el *Programa Nacional de Educación Sexual Integral* y establece que todos los alumnos/as tienen derechos a recibir educación sexual integral (ESI) en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de la jurisdicción nacional, provincial y municipal, y deben abordar aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

Fuente: Elaboración propia.

El *primer documento* seleccionado a nivel nacional refiere a la Ley N°26.061 de Protección Integral de los Derechos de NNyA, sancionada el 28 de septiembre de 2005 y promulgada el 21 de octubre del mismo año por el Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; consta de 78 artículos. El principal objetivo de la citada ley es la protección integral de los derechos de las NNyA en todo el territorio de la República Argentina (Artículo 1).

Con relación a la ley mencionada, el primer análisis tiene su fundamento en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre del año 1948. Se buscó adecuar la legislación argentina al sistema de protección integral,

ya que la Declaración Universal de los derechos humanos fundamentales estableció que los mismos deben protegerse en todas las regiones del mundo.

Esta ley plantea un instrumento jurídico en defensa de los derechos humanos y libertades, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión y opinión política (Ley N°26.061, Artículos 1 y 2). Le confiere a toda persona derechos a la vida y seguridad, sin formas de maltrato (Artículos 3, 4 y 5). Esto está en consonancia con la Declaración Universal de los derechos humanos, la cual plantea el principio de igualdad ante la ley, su protección contra la discriminación, sosteniendo que nadie podrá ser detenido en forma arbitraria, lo que se expresa en los Artículos 6, 7 y 8 de la presente ley.

Cabe destacar que la Declaración Universal se incorpora con la reforma de la Constitución Argentina en el año 1994. En un segundo análisis de la Ley de Protección Integral de NNyA, sus principios se sustentan en la Convención Panamericana sobre los Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), que plantea el derecho a la vida, el derecho a la Integridad Personal y la prohibición de la esclavitud y servidumbre (Artículos 4, 5 y 6).

Respecto al derecho de la libertad personal, física y seguridad del niño, se la considera sin demoras ante un funcionario judicial, constituyendo Garantías Judiciales para ser oído (Artículos 7 y 8). Con la aplicación de esta Ley de Protección Integral de NNyA surgen nuevos mecanismos, acciones y estrategias desde las instituciones, hospitales y CAPS, para el tratamiento del ASIJ. Analizando lo expuesto, este artículo de la Ley plantea un discurso de orden jurídico y de jerarquía constitucional de los derechos humanos.

El *segundo documento*, en el año 2007, hace referencia a la Ley Nacional N°26.316, por la cual se crea el 19 de noviembre como Día Nacional para la Prevención del Abuso contra los NNyA. La Ley mencionada lleva a que, en todo el territorio argentino, se realicen acciones y actividades, tendientes a la promoción social, para prevenir situaciones de (ASIJ). El Artículo 2 expresa que

es una norma de aplicación obligatoria. Por otro lado, es importante destacar lo que expone la CDN aprobada en el año 1.989, a la cual se adhiere mediante la Ley Nacional N°23.849 (1990).

Así, la ley de Protección Integral de NNyA procura considerar en todos los ámbitos el Interés Superior del Niño (Artículo 3), entendiéndose por tal concepto la máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos, debiendo respetar:

a) Su condición de sujeto;
b) El derecho de las NNyA a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta;
c) Pleno respeto de su desarrollo personal, de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;
d) Su edad
e) Equilibrio entre los derechos y garantías
f) Su centro de vida, refiriéndose al lugar donde las NNyA hubieran transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

El análisis de la Ley de Protección Integral N°26.061 da cuenta de su gran impacto en las políticas públicas (Artículo 4), lo cual se pone de manifiesto en lo siguiente:

a. Fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las NNyA.
b. Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos.
c. Gestión asociada de los organismos de gobiernos en sus distintos niveles en coordinación.
d. Promoción de redes intersectoriales locales.
e. Propiciar la constitución de organismos y organizaciones de protección.

f. Propiciar la constitución de organizaciones y organismos para la defensa y protección.

La presente Ley genera la importancia de una Responsabilidad Gubernamental, aduciendo esto a la responsabilidad indelegable de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal (Artículo 5).

Además, representa una impronta discursiva de sujeto de derecho como un nuevo paradigma para el ordenamiento de las políticas públicas. Esta prioridad absoluta implica lo siguiente:

Protección y auxilio en cualquier circunstancia;

Prioridad en la exigibilidad de la protección jurídica;

Preferencia en la atención, formulación y ejecución de las políticas públicas;

Asignación privilegiada e intangibilidad de los recursos públicos que la garantice;

Preferencia de atención en los servicios esenciales.

Por tanto, es necesaria la Participación Comunitaria (Artículo 6) y la Responsabilidad Familiar (Artículo 7) expresadas en la presente Ley, logrando de este modo, una participación activa en el logro de la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de las NNyA, donde el Estado, la comunidad y la familia tienen una corresponsabilidad en la Protección Integral de los mismos.

El Título II de la presente Ley de Protección Integral comprende también los Principios relacionados a los Derechos y Garantías. El derecho a la dignidad y la integridad personal (Artículo 9), como también se expresa en la presente ley, el Derecho a la vida Privada e Intimidad Familiar (Artículo 10). Los Artículos 11, 12 y 13 hacen referencia a la identidad, derecho a un nombre, a una nacionalidad, a

su lengua de origen. Los organismos estatales deben garantizar la identificación e inscripción en el Registro Civil del Estado y Capacidad de las Personas.

El Derecho a la Salud (Artículo 14) expresa que toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas. Tienen derecho a una atención integral de su salud, recibir asistencia médica necesaria y acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento y recuperación de la salud.

Con relación al Sector de Salud, el *tercer documento* analizado comprende al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPS) Ley N°25673 del año 2002. En la Constitución Nacional están contemplados los Tratados Internacionales de los Derechos Humanos. De este modo, existen resoluciones desde el Ministerio de Salud Pública con recomendaciones para cada jurisdicción e información para los equipos de Salud. Comprende las Consejerías, perspectiva de derechos y enfoque de género y anticoncepción.

El Derecho a la Educación (Artículo 15) expresa la educación pública y gratuita para los niños, niñas y adolescentes, atendiendo a su desarrollo integral, preparación para el ejercicio de la ciudadanía y su formación para la convivencia democrática y el trabajo.

El *cuarto documento* hace referencia a la Ley Nacional de Educación Sexual Integral N°26.150, sancionada en el año 2006, que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI). Los organismos del Estado deben desarrollar un sistema que permita la continuidad y finalización de los estudios a los niños, niñas y adolescentes. Y en materia de Educación Sexual Integral, los organismos del Estado deben desarrollar y facilitar la comunicación con la familia, en el ámbito carcelario. Comprende la prohibición de discriminar por estado de embarazo, maternidad y paternidad (Artículo 17), y la medida de protección de la maternidad y paternidad (Artículo 18).

El Derecho a la Libertad (Artículo 19) de la presente Ley de Protección Integral comprende los siguientes puntos:

> a) Tener sus propias ideas, creencias o culto religioso según el desarrollo de sus facultades y con las limitaciones y garantías consagradas por el ordenamiento jurídico y ejercerlo bajo la orientación de sus padres, tutores, representantes legales o encargados de los mismos;
> b) Expresar su opinión en los ámbitos de su vida cotidiana, especialmente en la familia, la comunidad y la escuela;
> c) Expresar su opinión como usuarios de todos los servicios públicos y, con las limitaciones de la ley, en todos los procesos judiciales y administrativos que puedan afectar sus derechos.

Por ello en la reforma de la Constitución Nacional Argentina del año 1994 se expresa lo siguiente:

> Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe. (Artículo 19).

De este modo, un NNyA no puede ser privado de su libertad personal; la presente ley propone acciones con una activa participación de las NNyA en la sociedad, el disfrute de espacios de esparcimiento y juegos recreativos o un ambiente sano.

Matriz conceptual N°4.3: Derechos a la Protección de la Salud

Ley N°26. 529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. (2009).	Comprende los Derechos esenciales del paciente en la relación con el o los profesionales de la salud: a) Asistencia prioritaria a NNyA, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. b) Trato digno y respetuoso. c) Intimidad. d) Confidencialidad. e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Las NNyA tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley Nº 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud; f) Información Sanitaria; g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
Ley N° 26.657: Derechos a la Protección de la Salud Mental (2010).	Plantea como objetivo asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, y reconocidos en los instrumentos internacionales manifestado en su artículo N°1. En su artículo N°8 estable la modalidad de abordaje a cargo del Equipo Interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados (psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes). El Artículo N°9 presenta la limitación de la internación en el ámbito hospitalario, e intersectorial. También el artículo N°10 contempla el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones. El Artículo N°11 promueve la coordinación en las áreas de educación, desarrollo social, trabajo. El Artículo N°13 está referido al Equipo Interdisciplinario en igualdad de condiciones e idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los saberes que atraviesan el campo de salud mental. Los Artículos N°14 y 15 hacen mención sobre la Internación, la cual es considerada como un recurso terapéutico y debe ser lo más breve posible, en función de los criterios terapéuticos interdisciplinarios.

Fuente: Elaboración propia.

El *quinto documento* analizado hace referencia a la Ley N°26.529, sancionada en el año 2009, es decir, a los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. La Ley se refiere al ámbito de aplicación en las instituciones de salud pública, el derecho del paciente, la historia

clínica y consentimiento informado. En el capítulo II, artículo 2, presenta los derechos esenciales a la relación entre el paciente con los agentes de salud o cualquier efector: la asistencia inmediata, el trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria, e interconsulta médica.

El *sexto documento* analizado comprende a la Ley N°26.657 - Derechos a la Protección de la Salud Mental (2010). Esta ley establece la modalidad de abordaje a cargo del Equipo Interdisciplinario (artículo 8) integrado por (psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes). La ley promueve las limitaciones de la internación en el ámbito hospitalario (Artículo 9) cuyo objetivo es evitar las re victimización del niño, niñas y adolescentes.

Además, se considera que se encuentra interrelacionado con el Derecho a la Dignidad (Artículo 20), Derechos de libre Asociación (Artículo 23), Derecho a Opinar y a Ser Oídos (Artículo 24), expresado en la Ley N°26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que se viene analizando y que hace mención al Derecho al Trabajo de los Adolescentes (Artículo 25) y Derecho a la Seguridad Social (Artículo 26). Los organismos del Estado deberán establecer políticas y programas para garantizar el ejercicio de los mismos.

Con respecto a la *Conformación del Sistema de Protección Integral de los Derechos de los NNyA*, la misma está relacionada con todos los organismos, entidades y servicio que diseñan, planifican, coordinan, ejecutan y supervisan las políticas públicas de gestión estatal o privada en el ámbito nacional, provincial y municipal y debe contar con los siguientes medios:

a) Políticas, planes y programas de protección de derechos
b) Organismos administrativos y judiciales de protección de derechos
c) Recursos económicos
d) Procedimientos

e) Medidas de protección de derechos

f) Medidas de protección excepcional de derechos.

Sobre las *Medidas de Protección Integral de Derechos*, la Ley define que emanan del órgano administrativo competente local ante la amenaza, violación de sus derechos y garantías de uno o varias NNyA individualmente considerados, con el objetivo de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias.

En referencia a la *Institucionalidad de la presente Ley* se construye a partir de un conjunto de organismos administrativos conformado por niveles: a) Nacional, comprende el poder Ejecutivo Nacional; b) Federal, todo el ámbito del territorio de la República Argentina; c) Provincial, las jurisdicciones provinciales, municipales y comunas. Con la participación de organismos no gubernamentales. A nivel nación se crea la Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia (SNAyF) en ámbito del Poder Ejecutivo Nacional (PEN), se trata de un órgano especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia, la que funcionará con representación interministerial y de organizaciones de la sociedad civil (Artículo 43). En segundo lugar, se crea el *Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia*, organismo de concertación en la formulación de propuestas, integrado por un representante del organismo Nacional de Niñez y Adolescencia de cada una de las provincias y la Ciudad autónoma de Buenos Aires.

El *Defensor de los Derechos de los NNyA* tendrá a su cargo velar por la protección y promoción de sus derechos. Es una figura cuya especialidad y calidad externa al Poder Ejecutivo, permite instancias de supervisión, control y establecimiento de garantías no contaminadas por intereses políticos o de gestión.

En relación con los fondos para la aplicación de la Ley, el Presupuesto General de la Nación preverá las partidas necesarias para el funcionamiento del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, el Defensor de los Derechos de las NNyA y todas las áreas que estuvieran vinculadas a la política pública de la infancia. Establece la

previsión presupuestaria que en ningún caso podrá ser inferior a la mayor previsión o ejecución de ejercicios anteriores. Disponiendo a sí mismo la intangibilidad de los fondos destinados a la infancia, adolescencia y familia establecidos en el presupuesto nacional (Artículo, 72).

Matriz conceptual N°4.4: Leyes nacionales de avance positivo

Ley N° 26.904 de Grooming sancionada el 13 de noviembre de 2013.	Esta ley expresa en su artículo N°131: será penado con prisión de seis (6) meses a cuatro (4) años el que, por medio de comunicaciones electrónicas, telecomunicaciones o cualquier otra tecnología de transmisión de datos, contactare a una persona menor de edad, con el propósito de cometer cualquier delito contra la integridad sexual de la misma.
Ley N°27.206. La denominada Ley Piazza (2015).	En honor a su impulsor Roberto Piazza reconocido diseñador de moda, planteó la reforma en el Código Penal para que la prescripción de este tipo de delitos no comience a "correr" desde que los hechos fueron realizados sino desde que la víctima alcance su mayoría de edad. La ley determinaba que una vez cumplidos los 18 años se fijaba un plazo de 20 años para denunciar hechos que habían ocurrido durante la infancia. Se calificó la segunda parte de la ley contra el abuso sexual. Esta reforma fue modificada nuevamente en el año 2015, cuando el senado aprobó la "imprescriptibilidad" del delito, es decir, que no hay plazos para denunciarlo.
Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (2015).	En el año 2012 la Corte Suprema se pronuncia con el fallo "F.A.L." sobre el aborto por violación y resuelve que las mujeres violadas, sean "normales o insanas" (de acuerdo al fallo), pueden interrumpir un embarazo sin autorización judicial previa ni temor a sufrir una posterior sanción penal, eximiendo de castigo al médico que practique la intervención. Este fallo plantea como requisito una declaración jurada que deje constancia del delito del que fue víctima la persona que quiera interrumpir el embarazo. De modo, que el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE) desarrollado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2015, retoma los lineamientos del fallo "F.A.L" y agrega consideraciones en cuanto al concepto de salud, incorporando los aspecto físicos, psíquicos y sociales y aclara que el peligro de la salud puede ser potencial.
La ley N°26.994 /2014: sobre la Reforma del Código Civil.	Esta ley aprobó el nuevo Código Civil y Comercial de la República Argentina y fue promulgada en base al Decreto 1795/2.014.

Fuente: Elaboración propia.

Entre los años 2013 y 2015 a nivel nacional se sancionaron *leyes nacionales de avance positivo*. Se consideran que estas leyes han posibilitado una mayor visibilización del ASIJ, no sólo en su consideración de delito grave, sino que se realizaron denuncias en otros ámbitos, como por ejemplo en Argentina, la Ley de Grooming se incorpora el artículo 131 del Código Penal Argentino. En el caso de la Ley Piazza, se planteó una reforma del Código Penal y se considera al delito de abuso sexual como *imprescriptible*. Este término pertenece al ámbito del derecho y *expresa que el abuso sexual* no pierde vigencia ni validez.

El Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (2015) retoma los lineamientos del fallo "F.A.L" y agrega consideraciones en cuanto al concepto de salud, incorporando el aspecto físico, psíquico y social y aclara que el peligro de la salud puede ser potencial. Por otra parte, es necesario mencionar que en el año 1903 ya existían antecedentes en la historia del aborto no punible en el Código Penal Argentino. Pero, la reforma del Código Civil en el año 2014, mediante la ley N°26.994, ha generado cambios significativos en diversos aspectos y éstos, según los marcos legales, son de avance positivo. Sin embargo, en relación a las prácticas interdisciplinarias, se infiere que se encuentran en una etapa de construcción.

4.3. Matriz conceptual del marco legal a nivel local

El contexto del estudio fue explicitado en la Introducción y en el Capítulo I (estrategia metodológica). Para la organización de los datos se realizó lectura y análisis interpretativo de los documentos a nivel local en el marco de la política de salud, recurriendo a datos del Ministerio de Salud de Tucumán. Se seleccionaron documentos tomando en cuenta el recorte témporo-espacial que constituye al período 2011-2018.

Matriz conceptual N°4.5: Marco legal de la provincia de Tucumán y su adecuación al Sistema de Protección Integral

Ley provincial N°8.293/ 2010 sobre la Protección Integral de los Derechos de NNyA (LPI) y Reglamentación de la ley a partir del Decreto del año 2015. Ley N°6.518/1.993.	El Ministerio de Salud Tucumán (2010). Prevención y asistencia de la Violencia: Resolución N°319. La referente Lic. Carolina Salín del Programa de Prevención a la Violencia integra la Red Provincial contra la violencia a la mujer; el protocolo de denuncias policiales; la difusión de ofertas de servicio de salud mental, y la difusión a los efectores de las instituciones que integran la red. Guía clínica para diagnóstico y abordaje del maltrato infanto-juvenil en el ámbito sanitario del programa provincial de prevención y asistencia de la violencia, resol. 319/sem–SIPROSA- 2011.
Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes, víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia (2015).	La Corte Suprema de Justicia de Tucumán, mediante la acordada 361/2015, reconoció su vigencia aunque el Protocolo ya está siendo utilizado a partir del trabajo de magistrados y funcionarios junto a miembros del Poder Ejecutivo de dicha provincia, durante los años 2009-2010, se formalizó, además, mediante acordada de la CSJT 669/2011.
Protocolo para la atención integral de las personas con derechos a la interrupción legal del embarazo (2015).	Está diseñado en base a la comprensión fundamental de que todo el personal del efector de salud (incluyendo el administrativo y de seguridad) es responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando éste ponga en riesgo la vida o la salud de la persona o cuando sea producto de una violación. Los equipos de salud son los primeros responsables por la provisión de la interrupción legal del embarazo (ILE) (práctica también conocida como aborto no punible o ANP), y de prevenir y buscar evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quien acude al sistema de salud, ya sea que se trate de los subsistemas públicos, de obras sociales o privados.

Fuente: Elaboración propia.

En la presente matriz conceptual se muestran los datos relacionados al marco legal provincial. En el año 2010 se sancionó la Ley provincial N°8.293 de la Protección Integral de los Derechos de NNyA, que se adecua al marco

provincial de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) y a la Ley Nacional N°26.061.

Como antecedente de la ley mencionada es preciso hacer referencia a la Ley N°7.329[15] del año 2003, como así también a la Ley N°7.939[16] del año 2007. La cual establece el nivel de Ministerio de Desarrollo Social y crea dentro de éste la Secretaría de Estado de Niñez, Adolescencia y Familia. La cual es reconocida como organismo local de protección a la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAyF).

En primer lugar, en el marco de la política pública en materia de niñez, la descripción del marco normativo local ha manifestado diversas dificultades. "La ley provincial fue vetada por el poder ejecutivo en dos oportunidades 28/12/2005 y 12/07/2007. Posteriormente, el 15 junio de 2015, la LPI de la provincia ha sido reglamentada por decreto" (ANDHES, 2016: 24-25). Por lo tanto, cabe señalar que en el marco provincial, para lograr una adecuación al Sistema Integral, el orden normativo y administrativo tuvo obstáculos en la articulación intersectorial e implementación de protocolos.

Matriz conceptual N°4.6: Datos estadísticos e informes

Datos estadísticos.	Datos recientes a nivel provincial son suministrados por referente del Programa de Violencia de la Dirección de Salud mental del SIPROSA, estimo que en el primer semestre del 2018, se sufrió un incremento de consultas de un 3%. En cifras, se traduce a 1861 consultas (Salín, 2018 en el Diario La Gaceta).
Ministerio de Salud Pública, provincia de Tucumán (2011-2018).	Se trata de publicaciones periódicas e informe de la gestión en la Salud Pública en la provincia de Tucumán.

Fuente: Elaboración propia.

[15] La Ley N°7.329/2003, en su artículo N°1, dispone la creación de la Dirección de Familia, Niñez, Adolescencia y Adultos Mayores, dependiente jerárquicamente de la Secretaría de Estado de Desarrollo Social, como organismo encargado de planificar, organizar y ejecutar la política proteccional de la familia, niñez, adolescencia y adultos mayores, atendiendo en forma integral el desarrollo de planes y programas sociales orientados hacia esos sectores.
[16] Creación del Ministerio de Desarrollo Social:
http://rig.tucuman.gov.ar/leyes/scan/scan/consolidadas/L-7939-consolidada.pdf.

Los datos estadísticos expresados en la matriz conceptual, hacen referencia al aumento de consulta en el sistema de salud del 1° y 2° niveles de atención donde se detectan las situaciones de violencia. Los casos de ASIJ que llegan al 3er nivel de atención (como ser guardias de hospitales) comprenden las situaciones más agudas del ASIJ. Según informe del Ministerio de Salud Pública (2012), utilizan el sistema informático para el registro de consultas médicas sobre problemáticas relacionadas del ASIJ. Además, a este dato estadístico se agregan los indicadores sociales. Al respecto, el informe del CIPPEC (2015: 23) analiza la situación social de los adolescentes en la provincia de Tucumán:

> Se evidencia que en la Provincia de Tucumán, a pesar de la mejora de la situación social de la última década, los adolescentes se ven afectados por problemáticas muy diversas. Algunas de ellas, como la promoción escolar, la cobertura médica, se reflejan claramente en los indicadores. Otras problemáticas, como la falta de integración social, la exposición a situaciones de violencia y la falta de espacios de encuentro, se evidencian a partir de las percepciones de los gestores de las políticas de adolescencia y será necesario realizar mayores estudios para corroborar su incidencia.

4.4. Fundamentos para la elaboración de un Protocolo Interinstitucional sobre la problemática del ASIJ

El presente apartado tiene como objetivo presentar el enfoque y posiciones respecto a los fundamentos para la creación del Protocolo Interinstitucional sobre el ASIJ y Dispositivos de abordaje como parte de una política pública planteada por el Gobierno Nacional argentino, luego de la implementación de la Ley N°26.061 sobre la Protección Integral de los Derechos del NNyA, sancionada en el año 2005 y que la provincia de Tucumán adhiere recién en el año 2010.

También, como ya se mencionó, en cuanto a los criterios que se utilizan para delimitar la problemática del ASIJ, en la provincia de Tucumán los mismos se encuentran expresados en la CDN del año 1989.

Las corrientes psicoanalíticas, han fundado interpretaciones con respecto a las relaciones entre hombre y mujeres en la vida social, Freud (1905), en su obra más reconocida sobre Tres Ensayos sobre una Teoría sexual, postuló la primera teoría sobre el desarrollo sexual progresivo del niño mediante las fases: oral, anal y fálica. Las mismas caracterizan la sexualidad infantil diferenciándose de la sexualidad adulta. Desde esta perspectiva psicoanalítica promovió las intervenciones de los profesionales de la Salud y diversas disciplinas científicas de las ciencias sociales, que hacen referencia a cualquier situación de ASIJ como acto que atenta contra la integridad del niño. La OMS (2006:), sostenía lo siguiente:

> Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se evidencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseo, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Por su parte, Lacan (1956), en el seminario 4 introduce una relación entre el sujeto y el objeto que no sólo es directa, sino que es literalmente equivalencia del uno al otro. Este aporte teórico se puede tomar como punto de partida en relación con los preceptos institucionalizados por la modernidad. Con la modernidad se puede mencionar que una de las consecuencias que tuvo la Revolución Francesa del año 1979 fue la modificación sobre la estructura familiar.

En Argentina, a mediados del siglo XX, tuvo lugar la constitución del Estado de Bienestar. Elías (2006) plantea lo siguiente: "La consigna, los únicos privilegiados son los niños, no fue solamente el lema peronista, sino la definición

de políticas y la administración de recursos con la finalidad de gestar y ejecutar políticas públicas orientadas a distribuir ingreso nacional" (Fazzio y Sokolovsky, 2006: 26).

En lo que comprende a América Latina durante el siglo XX y en particular a Argentina, surge la Ley N°10.903 del Patronato de Menores promulgada el 21 de octubre de 1919. Constituyó un instrumento jurídico de control social e institucionalización, pero fue derogada hacia fines del año 2005. Esta ley del Patronato "daba facultades a los jueces para disponer de cualquier niño que hubiera sido víctima, para entregarlo a una persona honesta, o a un establecimiento de beneficencia privado o público" (Fazzio y Sokolovsky, 2006: 91).

En Argentina, durante este contexto histórico-jurídico se ordenó la doctrina de la situación irregular que consolidó un paradigma de control e institucionalización de NNyA con prácticas de disciplinamiento (Foucault, 1976) despojando a los NNyA de sus derechos.

La globalización mundial y la política de los años 1990, principalmente en Argentina, implicó un despliegue de privatizaciones de empresas nacionales, hiperinflación y flexibilización laboral que agudizaron las expresiones del problema social. Se define la cuestión social como la "aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura" (Castel, 1997: 20).

4.4.1. Protocolo Interinstitucional – ASIJ Tucumán

En este punto, el análisis se centra en lo que sustenta el Protocolo Interinstitucional sobre la problemática de ASIJ (2011) en la provincia de Tucumán.

En la República Argentina, en el año 1990 se promulgó la Ley N°23. 849 mediante la cual el Estado argentino ratifica la CDN del año 1989. A partir del año 1994, adquiere un rango constitucional. En el artículo N°3 hace referencia al Interés Superior del Niño. En el artículo N°19, los estado partes adoptan las medidas legislativas, sociales y educativas para proteger a NNyA contra todo acto de abuso sexual o violencia. El 28 de diciembre de 1994 se sancionó la Ley sobre la Protección Contra la Violencia Familiar. En su artículo 2° agrega: "también estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor...".

El 14 de abril del año 1999, el Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, sancionan con fuerza la Ley N°25. 087 Delitos Contra la Integridad Sexual. Además, comprende al Abuso sexual y sus variantes, en sus artículo 119-120. La Corrupción y Prostitución en sus artículos 125, 126 y 127. Pornografía, expresado en el artículo 128. Exhibiciones obscenas, artículo 129 y Rapto, manifestado en el artículo 130.

El 17 de mayo del año 2017, el Congreso de la Nación Argentina sancionó la Ley 27.352 que modifica el artículo modificado 119 del Código Penal de la Argentina, respecto al abuso sexual simple, en el párrafo 1° expresó lo siguiente:

> Será reprimido con reclusión o prisión de 6 meses a 4 años el que abusare sexualmente de una persona cuando ésta fuera menor de trece (13) años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder o aprovechándose de la víctima por cualquier causa que no haya podido consentir libremente la acción. La pena será de seis (6) a quince (15) años de reclusión o prisión cuando [...] hubiere acceso carnal por vía anal, vaginal u oral o realizare otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías.

En lo que comprende al Abuso Sexual Agravado en su artículo 119, el 2° párrafo reza: "La pena será de 8 a 20 años cuando el abuso por su duración o circunstancias de realización, hubiere configurado un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima".

De lo mencionado se infiere que la víctima es cosificada, lo cual produce un profundo daño psíquico en el sujeto. Por lo tanto, la pena será de ocho (8) a veinte (20) años de reclusión o prisión si:

> a) Resultare un grave daño en la salud física o mental de la víctima. b) El hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda; c) El autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave, y hubiere existido peligro de contagio; d) El hecho fuere cometido por dos o más personas, o con armas; e) El hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad, en ocasión de sus funciones; f) El hecho fuere cometido contra un menor de dieciocho (18) años, aprovechando la situación de convivencia preexistente con el mismo. En el supuesto del primer párrafo, la pena será de tres (3) a diez (10) años de reclusión o prisión si concurren las circunstancias de los incisos a), b), d), e) o f). Art. 2 de la reforma del Código Penal Argentino.

La Ley 25.087 (B.O. 14/5/99) solamente cambia la expresión "tuviere acceso carnal" por la de "hubiere acceso carnal". Esto trae aparejado algunas interpretaciones disímiles en la doctrina y jurisprudencia.

En Tucumán, el 27 de diciembre del año 2002, la Honorable Legislatura de la Provincia de Tucumán, sancionó la Ley N°7.264 sobre Violencia Familiar. En el Artículo 1º se lee: "se entenderá por Violencia Familiar toda acción, omisión o abuso que afecte la integridad física, psíquica, emocional, sexual y/o la libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito".

La obligación de denunciar en la provincia de Tucumán, está expresado en el Artículo 1º de la Ley N°6.518):

> Los médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeros, farmacéuticos, profesionales de la salud en general, educadores de establecimientos públicos y privados, trabajadores sociales, agentes públicos y policiales que en ejercicio de su actividad profesional y cuando tenga motivos razonables para creer o lleguen a conocer que un menor de 18 años ha sufrido toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, están obligados a ponerlos de inmediato en conocimiento de la autoridad pertinente. Cuando estas personas sean dependientes de un hospital, institución pública o privada, deben ponerlo en conocimiento de la autoridad del centro asistencial, quien lo informará a la autoridad pertinente.

El 21 de mayo de 2010 la Legislatura provincial sancionó la Ley N°8.293 sobre Protección Integral de los derechos de las NNyA, garantizando el pleno goce de los derechos consagrados en la CDN y la Ley Nacional N°26.061.

El Protocolo Interinstitucional para la atención de NNyA, víctima o testigos de abuso sexual (2011) en la provincia de Tucumán, ya mencionado en la Introducción del presente estudio, fue elaborado a partir de un grupo de trabajo, conformado por Jueces y Juezas, Fiscales/as, Defensores/as y Funcionarios/as Judiciales, que se reunieron periódicamente durante los años 2009-2010 contando con el apoyo de técnicos de UNICEF. Estuvo a cargo el Dr. Tony Bultler, Director de la Child Protección Development Trust (Fundación para el Desarrollo de la Protección de Niños). Este trabajo de magistrados y funcionarios, realizado junto a miembros del Poder Ejecutivo provincial, se formalizó mediante Acordada CSJT N°669/2011.

Según Acordada CSJT N°361 del 21-04-15 (B.O.11-05-2015) se dispone la implementación del Protocolo Interinstitucional Para la Atención de Niños,

Niñas y Adolescentes Víctimas o Testigos de Abuso Sexual Infantil o Violencia. Por otra parte, la Acordada N°560 del 01-06-2015 (B.O.29-06-2015) aprueba dicho Protocolo para el ingreso de adolescentes a dispositivos penales y la Acordada N°295/ CSJT -17- (B.O.17-04-2017), se aprueba el Protocolo Interinstitucional del Sistema de Protección de Niños y Adolescentes.

El Protocolo Interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes, víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia, (2015: 5) está definido:

> Como un conjunto de 'normas prácticas' que establece cómo se debe actuar ante ciertas situaciones de abuso sexual infantil y/o violencia. En él se recopilan conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas llevar a cabo por parte de los organismos intervinientes ante tales circunstancias.
>
> Los principales objetivos que plantea el Protocolo son (2015: 5):
>
> 1. Brindar protección y asegurar el bienestar del NNyA: Reducir tanto como sea posible el estrés que atraviesan los NNyA, desde la primera exteriorización hasta la finalización del juicio, evitando la re victimización.
> 2. Contar con pruebas válidas: Optimizar las oportunidades para obtener pruebas válidas, confiables y de calidad adecuada durante la investigación.
> 3. Garantizar los derechos del NNyA y los derechos del imputado.

4.4.2. Abordaje del ASIJ en el SIPROSA según Ministerio de Salud de la Nación

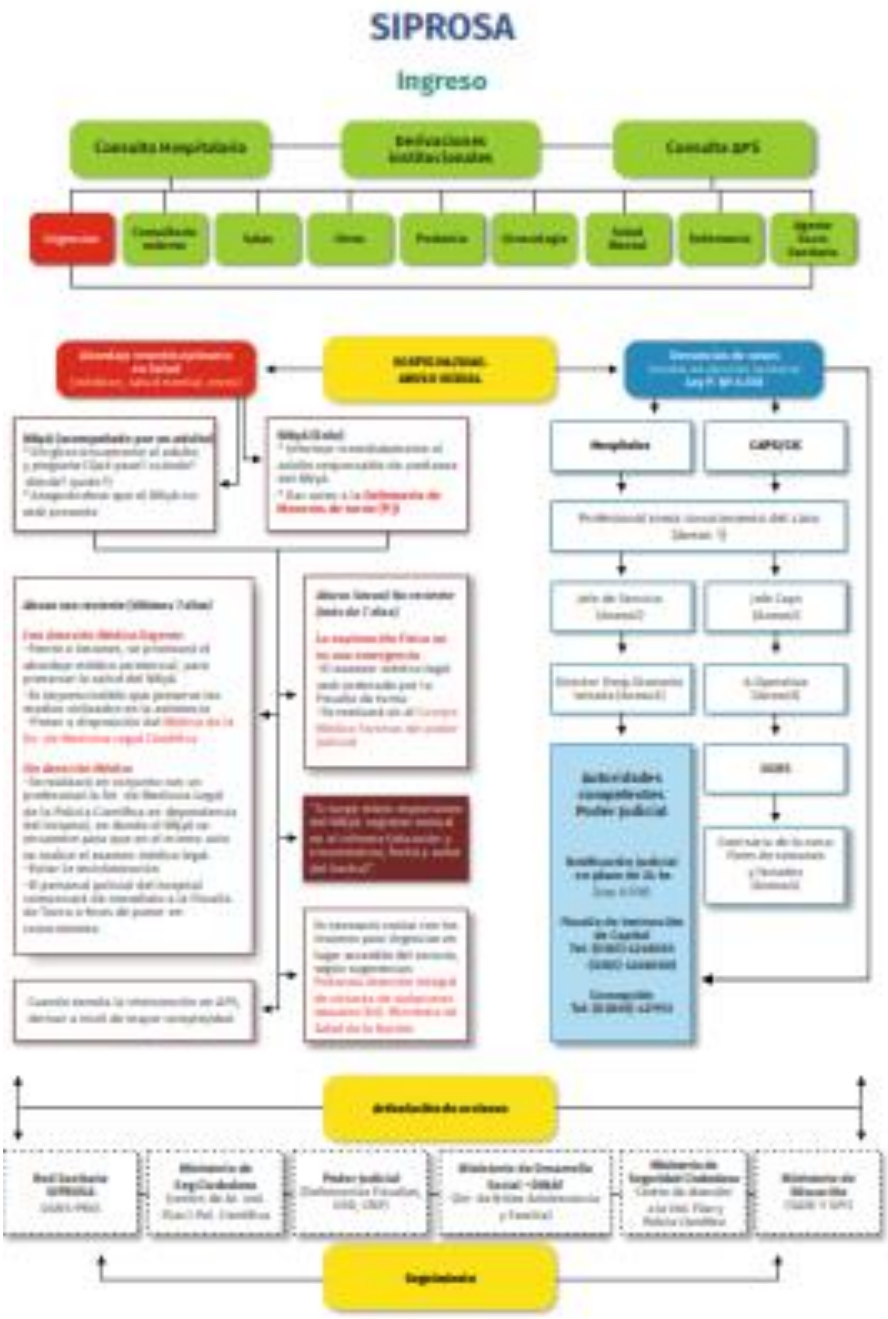
El Protocolo para el abordaje del ASIJ en la provincia de Tucumán establece pautas que requieren de la intervención de un equipo especializado. Por ello, el profesional de la salud, ante la presencia de un embarazo en niñas y

adolescentes, debe sospechar que existe una situación de abuso. El Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales, en el Instructivo para Equipos de Salud publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en (2011: 18) plantea las siguientes disposiciones específicas:

1. Consolidar un equipo interdisciplinario, o designar referentes en las distintas especialidades involucradas.
2. Garantizar atención las 24 horas. La experiencia indica que el servicio de Tocoginecología es el más indicado para esto.
3. Disponer del kit de medicamentos (anticoncepción hormonal de emergencia, profilaxis de VIH e ITS, y vacunas).
4. Contar con la medicación y/o articulaciones necesarias para garantizar la ILE.
5. Crear las condiciones para que la persona relate el hecho una vez al profesional capacitado para la intervención.
6. Indicar las derivaciones intra o extra hospitalarias de forma personalizada; éstas se considerarán efectivas cuando otra/o profesional se haya hecho cargo de la víctima y esto conste en la Historia Clínica.
7. Informar a todo el personal del centro de salud -médico, técnico y administrativo- sobre el servicio de atención a víctimas de violencia sexual a fin de que las personas que llegan a cualquier servicio y a cualquier hora reciban la orientación precisa y la información necesaria.
8. Difundir en la comunidad la necesidad de la consulta inmediata**.**
9. Llevar un registro de casos con fichas especialmente diseñadas, ya que los datos pueden ser requeridos por la Justicia en casos de denuncia y tienen valor legal, al igual que la HC.
10. Si la víctima así lo requiere, facilitar la atención por un profesional de su mismo sexo.
11. Relevar los recursos de atención inter y extra hospitalarios para brindar un acompañamiento integral.

A continuación se expone el Proceso de Actuación Sanitaria en Caso de abuso sexual en NNyA:

Figura N°2: Proceso de Actuación Sanitaria en Caso de ASIJ



Fuente: Ministerio de Salud Pública (2017).

4.5. Políticas Públicas y ASIJ

En este apartado se tratará de entender aquellas políticas que promuevan el avance de estrategias en el trabajo interdisciplinario del ámbito sanitario, implementadas en la Argentina a partir del siglo XX en el campo de la salud.

En este punto, el análisis se orienta a la cuestión del abuso sexual infantil y su relación con las políticas públicas que brindan asistencia, tratamiento y prevención. Como bien se mencionó, ésta es una problemática social compleja en términos de Carballeda (2008), lo que dificulta el tratamiento desde un solo ámbito de estudio. Por eso se requiere de especialistas en la temática y de profesionales que se encuentran trabajando en las instituciones públicas. Para ello se recurrió a las Políticas de Salud relacionadas a la temática del ASI, como una posible dimensión de análisis.

Cabe señalar que a partir de las últimas décadas del siglo XX este problema comenzó a ser estudiado, expuesto y definido como tal. Sucedió cuando esta situación pasó del espacio privado de la familia, al espacio público de reconocimiento social. Si bien se han dado pasos al respecto en la sanción de leyes, a nivel nacional y provincial, "el Maltrato infantil intrafamiliar aún sigue siendo un tema ausente en la agenda de gobierno" (Tonon, 2001: 7).

Tonon (2001: 12) presenta un recorrido histórico del Maltrato Infanto Juvenil:

> El siglo precitado llega con la aparición de los rayos X, técnica que permite avanzar en el diagnóstico diferencial de los casos de maltrato infantil. Es en 1951 cuando el radiólogo Silverman presenta su estudio de caso de lactantes con lesiones traumáticas. En 1955 comienzan a valorarse los factores ambientales y familiares como condicionantes de los traumáticos de niños y niñas que tiene lugar en el ámbito hogareño. En 1959 la ONU aprueba la declaración de los derechos del niño y

simultáneamente los pediatras Kempe y Silver comienzan a alertar acerca de la responsabilidad que le cabe a los padres en este tipo de casos. En 1962, Kempe, Silverman, Steele, Drogemuller y Silver publican un artículo con 302 casos de niños maltratados, de los cuales 33 habían fallecido y 85 habían sobrevivido con lesiones permanentes, conceptualizándose por primera vez el *síndrome del niño apaleado.*

En la segunda mitad del siglo XX la sociedad comenzó a tomar mayor conocimiento de la violencia contra los niños; desde la década de los 60 el tema de abuso y la negligencia infantil ha recibido más atención por parte de los médicos, sobre todo pediatras, cirujanos pediátricos, especializados en psiquiatría infantil o en medicina, psicosomática, de médicos generales y de médicos forenses (Forero, Reyes, Díaz, Rueda, 2010).

El maltrato infantil se define como abuso y la desatención de que son objeto los menores de 18 años. Se incluyen todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil (OMS, 2010).

Una de las definiciones de políticas públicas refiere a: "Un conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervenciones del Estado en relación a una cuestión que concita la atención de la sociedad civil" (Oszlak y O' Donnell, 1984: 10).

Según el pensamiento de Gramsci, "estado es todo el complejo de actividades prácticas y teóricas con las cuales la clase dirigente no solo justifica y mantiene su dominio, sino que también logra obtener el consenso activo de los gobernados" (1980: 94).

Desde este enfoque puede decirse con Gramsci (1980: 46) que la lucha política:

> Se convierte así en una serie de hechos personales entre quienes lo saben todo y han pactado con el diablo, y quienes son objeto de burla por parte de sus propios dirigentes, sin querer convencerse de ello a causa de su incurable estupidez

A partir del aporte de los autores citados, es necesario ubicar a las políticas sociales como una parte constitutiva del sistema de políticas públicas. Considerando las mismas como "programa de acción de una autoridad pública" (Meny y Thoenig, 1992: 11), podría decirse que éstas conforman un sistema integrado por la acción del Estado (dentro del Estado, diferentes funciones y jurisdicciones) y por un conjunto amplio y heterogéneo de organizaciones de la sociedad civil.

Los conceptos de Estado, gobierno, política pública y política social se determinan históricamente según las situaciones objetivas que presentan los diversos contextos.

Según Gramsci (1967: 21):

> De momento, se pueden establecer dos grandes capas supra estructurales: la llamada, por así decir, sociedad civil, que abarca al conjunto de organismos vulgarmente denominados privados a la función hegemónica que el grupo dominante ejerce sobre toda la sociedad y al poder de mando directo que se manifiesta en el Estado en el gobierno Jurídico.

Para Andrenacci (2006: 21) la política social abarca tres grandes campos:

- El 'corazón' de la política social, constituido por la seguridad social;
- Las instituciones que desmercantilizan los costos de reproducción de la vida, transfiriendo bienes y servicios (salud, educación, vivienda);

- La política asistencial, que intenta reparar los daños de los excluidos del sistema.

Se puede coincidir en que: "Una política sanitaria es producto de la política social, y desde allí surge la necesidad de reflexionar sobre el carácter no solo asistencial de la misma, sino también anticipación y estratégico" (Carballeda, 2006: 145).

En el análisis se mencionan las políticas públicas; interesa sobre todo su relación con los programas de asistencia a las víctimas de abuso o violencia sexual, su impacto o efecto. Como así también, llaman la atención las funciones llevadas a cabo por los diversos organismos, generando relaciones que son reproducidas desde una lógica pensada.

Las políticas sociales, entonces, son políticas públicas que se ocupan de lo social. Lo social ha sido tradicionalmente un sector dentro de lo público (que convive con otros sectores, como las políticas económicas, políticas culturales, políticas urbanas, etc.). Interesa también, enfatizar la salud como un derecho social, en torno a la implementación de políticas sanitarias.

Romero (2003: 23) señala que la historia de la Argentina, en el plano económico, "fue articulando sucesivos ciclos de crecimiento, separados uno de otro por crisis que en su momento parecieron graves pero que, en perspectiva, se superaron satisfactoriamente".

Romero (2003: 12) muestra que la aguda crisis en la sociedad fue en el 2001, y para ello expone:

> Los días memorables de diciembre de 2001 iniciaron la hora de los iracundos. Caceroleros, ahorristas, asambleístas y piqueteros fueron la expresión de distintos segmentos de la sociedad, clamando en la calle por sus intereses afectados: el empleo perdido, los ahorros evaporados, la

confianza defraudada; superpuestos pero no unidos, conformaron un coro de protesta generalizado, cuya voluntad crítica y capacidad analítica se resumió en la consigna dominante: *que se vayan todos*.

En este contexto sociocultural, según Maceira (2009: 3):

> La Argentina posee un sistema de salud segmentado. Esto implica la inexistencia de un fondo único que permita asegurar y ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria (pago de bolsillo) o compulsiva (retenciones salariales), de los aportantes y sus familias. Un esquema de aseguramiento social diseñado para toda la población permitiría reducir los desembolsos individuales y, de esta forma, otorgar el derecho a toda persona de acceder a un paquete de servicios relativamente homogéneo.

A nivel local, la provincia de Tucumán, en un marco general de modernización y fortalecimiento de sus estructuras públicas, adopta como políticas de Estado, las políticas sanitarias. En la orientación política del Plan Cuatrienal de Salud[17] se ha resaltado que el bienestar y la dignidad de las personas son las únicas finalidades que inspiran profundas reformas que el sector de la salud amerita, habiéndose priorizado en su contenido la descentralización, la desburocratización y la despolitización de las decisiones técnicas de todos los ámbitos de Gobierno.

[17] Como antecedente, es fundamenta referirse al Decreto Nº1021/231MSP del 21/04/2004 porque allí se convalida el lanzamiento del Plan Cuatrienal de Salud 2004/2007, aprobándose por el precitado instrumento legal los alcances del mismo. Cabe señalar que la estructura orgánica de conducción del Sistema Provincial de Salud, establecida en la nueva ley Provincial Nº7.466 sancionada por la Honorable Legislatura de la Provincia y promulgada por el Poder Ejecutivo el 13 de diciembre del año 2004. Marca un antes y un después, que sin cambiar su naturaleza de Ente Autárquico, reemplazó al Consejo Provincial de Salud (COPROSA), integrado por un presidente, un Secretario Ejecutivo Provincial y tres vocales, cuyo funcionamiento data de febrero de 1985 al 27 de octubre de 2003; un órgano unipersonal denominado Presidente, asistido operativamente por un Secretario Ejecutivo Medico y un Secretario Ejecutivo Contable. (Ministerio de Salud Pública, 2004)

El sistema público de salud, como derecho social, se va construyendo de manera compleja y desigual. En esta construcción influyen intensamente las consecuencias del neoliberalismo con privatizaciones, desregularizaciones, entre otras. Ante esta situación se percibe precarización de las políticas sociales y debilidad en la asistencia estatal, como lo refiere Montaño (2003: 114):

> Significa su continuidad, brindadas 'gratuitamente' por el Estado, en un nivel 'marginal'. Este tipo de respuesta en el contexto de la estrategia neoliberal, exige un doble proceso complementario de focalización (contra el principio de universalización) y descentralización (en realidad se trata de una 'municipalización', que va contra la necesaria construcción de patrones de calidad de los servicios prestadores) de las políticas sociales estatales. Finalmente, la transformación de derechos de ciudadanía en 'beneficios', en un proceso de asistencialización, con todo el consecuente uso clientelista que el mismo conlleva. Esto configura el tipo de respuesta del Estado frente a la 'cuestión social' fundamentalmente dirigido a las poblaciones más empobrecidas, el 'ciudadano usuario'.

Para Montaño (2003), se busca lucrar con los servicios sociales, transformándolos en servicios mercantiles, o sea, en mercancías. A medida que amplios sectores de la población no queden cubiertos por la asistencia estatal (precaria, focalizada y descentralizada), tampoco tendrán condiciones de acceso a los servicios privados, que son más caros).

Con relación al sector de la salud, según un análisis de la información provista por los últimos dos censos de 1991 y 2001, llevados a cabo por el INDEC, se señala que:

> La población que realiza aportes voluntarios y/o compulsivos (PAMI, obras sociales nacionales o provinciales y prepagas) ha disminuido entre los dos años bajo análisis y en todas las provincias argentinas, excepto la provincia de Tierra del Fuego donde se produce un incremento menor en la

> cobertura (1.5%); en el resto de las jurisdicciones se observa una caída, teniendo su máximo cercano al 28% en la provincia del Chaco, y quedando en el último lugar la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Santa Cruz, con un 8% aproximadamente en la disminución de cobertura formal. (Maceira, 2009: 3)

En cuanto a lo relacionado con el mapa estratégico de las políticas sanitarias de la provincia de Tucumán, según la Resolución Ministerial Nº482/2002 se establece la norma de organización y funcionamiento del área de servicio social de los establecimientos asistenciales: nivel I comprende bajo riesgo, nivel II comprende mediano riesgo y nivel III, alto riego, incluyendo los alcances y objetivos del Área de Servicio Social (Resolución Ministerial Nº482/2002).

Matriz conceptual N°4.7: Políticas públicas relacionadas al ASIJ a nivel local. Matriz de análisis integral

Categorías	**Subcategoría**	**Procesos**	**Resultados**
Ley N°8.293 Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2.010) y Ley N°6.518 (1993)	El Interés Superior del NNyA como sujeto de derecho.	Capacidad administrativa, técnica, política e institucional	Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia (2011, 2015).
Elaboración de Política Pública	Descentralización de organismos de aplicación**.**	Planes, Programas Proyectos	Ministerios de Salud, Educación, Justicia y Desarrollo social

Fuente: Elaboración propia.

En esta matriz conceptual hace referencia a la política pública relacionada al ASIJ a nivel local, además comprende la descripción de una matriz de análisis integral a partir de la Ley provincial N° 8293 de Protección Integral de los Derechos de las NNyA sancionada en el año 2010, ciertamente no es suficiente la con la adhesión al Sistema Integral de la Convección Internacional de los

derechos del NNyA y la ley nacional N° 26. 061. En los artículos N° hace referencia a la descentralización de los servicios.

4.6. Intervenciones judiciales sobre las situaciones de abuso sexual

Para la elaboración de este punto se tiene en cuenta la jurisdicción de la provincia de Tucumán, registrada por la Ley Orgánica Nº6.23818 del Poder Judicial, de la provincia de Tucumán en el Artículo N°10 que comprende a la División Territorial. El territorio de la provincia se divide a los fines del servicio de justicia en cuatro (4) Centros Judiciales:

El Centro Judicial Capital.
El Centro Judicial Concepción.
El Centro Judicial Monteros.
El Centro Judicial Este.

"Constituyen excepciones al principio de la división territorial las órdenes de detención, allanamiento y comunicaciones entre Tribunales dispuestas por las autoridades competentes en el proceso penal, correspondientes a la Corte Suprema de Justicia los alcances de las mismas" (Tucumán. Códigos. Códigos de Tucumán, 2012: 268).

[18] En el Proyecto de Ley N°144/18, sancionado por la Honorable Legislatura de Tucumán en sesión celebrada el 21 de diciembre de 2018, se dispone crear en los centros judiciales de Concepción y Monteros diferentes defensorías. Se modifica la Ley N°6.238, Ley Orgánica del Poder Judicial, y en el artículo 1° se dispone crear en el Centro Judicial Concepción: 1- Una (1) Defensoría Oficial en lo Civil y Comercial, 2- Tres (3) Defensorías Oficiales en lo Penal y 3- Una (1) Defensoría de Niñez, Adolescencia y Capacidad Restringida. El Art. 2° dispone crear en el Centro Judicial Monteros: 1- Una (1) Defensoría de Niñez, Adolescencia y Capacidad Restringida, 2- Una (1) Defensoría Oficial en lo Civil y del Trabajo, y 3- Una (1) Defensoría Oficial en lo Penal. En el art. 3° se dispone modificar la Ley N°6.238 y sus modificatorias (Orgánica del Poder Judicial), en la forma que a continuación se indica: 1- En el artículo 87, sustituir el inc. 9 por el siguiente: "9. Una (1) Defensoría de Menores en lo Penal" y 2- Sustituir en los artículos pertinentes las expresiones: "Defensoría de Menores" por "Defensoría de Niñez, Adolescencia y Capacidad Restringida", y "Defensoría Oficial en lo Civil y Laboral" por "Defensoría Oficial en lo Civil y del Trabajo". A fs. 4 el Ministro Pupilar y de la Defensa de la Provincia solicita que se proceda a vetar el artículo 3 inc. 1 del proyecto sancionado, que ordena modificar el art. 87 de la Ley N° 6.238, sustituyendo el inciso 9 por el siguiente: "Una defensoría de Menores en lo Penal". Expresa que debió modificarse el citado artículo, en su inciso noveno, quedando la defensoría oficial existente con competencia exclusivamente en materia penal (no de Menores en lo Penal).

La Ley N°25.087 introdujo la nueva configuración del delito de abuso, en el Título III, Capítulo II: Delitos Contra la Integridad Sexual. Menciona a los artículos 119, 120, 125 y 125 bis, los conceptos relacionados en el ámbito de la salud. El Marco legal en el Código Penal de la Nación Argentina, se encuentra bajo la denominación de Delitos Contra la Integridad Sexual. En el Artículo 1, de la presente ley modifica el subtítulo del Título III del libro II del Código "Delitos contra la Honestidad", que pasa a denominarse "Delitos contra la Integridad Sexual".

Desde el marco penal, lo que llamó la atención durante el año 2008 fue la denominada Cámara Gesell, que se encuentra ubicada en el Fuero Penal, sin embargo a partir de los avances, reflexiones y cuestionamientos de algunos sectores específicos en la temática, dicha Cámara fue reubicada, teniendo como base la Protección de los Derechos del Niño.

La notificación/comunicación/ denuncia de los casos de abuso sexual infantil, pone en marcha los dispositivos institucionales, para el tratamiento de los casos de ASI, sin embargo el incipiente trabajo interinstitucional sobre el Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes, víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia, pretende mejorar la atención y reducir la victimización primaria, secundaria, así como también garantizar los derechos, a través de una actuación coordinada y eficaz, con un abordaje interdisciplinario. Y para el cumplimiento de la Ley Nacional N°26.061, dicho protocolo expresa una disposición general para los organismos públicos, así como las actuaciones e intervenciones de las responsabilidades o profesionales, que se encuentran trabajando en los ámbitos de la salud, educación, comisarías.

También, a los equipos técnicos dependientes de la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAyF), Fiscalías Especializadas en Delitos Contra la Integridad Sexual y Defensoras de Niñez, Adolescencia y Capacidades restringida, surge la necesidad pensar en nuevas estrategias de intervención profesional y desde el Trabajo Social, considero muy importante relevar las

prácticas profesionales de intervención en los casos de ASIJ, para promover y fortalecer estas experiencias de trabajo, como el de trabajo interdisciplinario de las instituciones hospitalarias en materia de abuso sexual.

En este punto es necesario detenerse, no obstante haber mencionado algunas definiciones (Ver punto 4.1 del presente capítulo). Se reafirma que el ASI se entiende como una problemática social compleja. Así, el ASI se presenta como una problemática social y compleja, que constituye una vulneración de los derechos fundamentales de las NNyA. Se constituye según Villela Iamamoto (1992: 84) en:

> Una cuestión social, que tiene como telón de fondo la ampliación del proceso de pauperización de los trabajadores, dentro de una coyuntura en que la capacidad de lucha se encuentra gravemente afectada por la política de desorganización y represión a sus entidades de clase.

Además, es una problemática compleja en el sentido que confluyen y se interrelacionan condicionantes económicos, políticos, legales y culturales. En tal sentido Morín (1990: 143) destaca lo siguiente:

> Estoy a la búsqueda de una posibilidad de pensar trascendiendo la complicación (es decir, las interretroacciones innombrables), trascendiendo las incertidumbres y las contradicciones. Yo no me reconozco para nada cuando se dice que yo planteo la antinomia entre la simplicidad absoluta y la complejidad perfecta. Porque para mí, en principio, la idea de complejidad incluye la imperfección porque incluye la incertidumbre y el reconocimiento de lo irreductible.

Tomando en consideración lo planteado, se reconoce el pensamiento complejo como pensar en la incertidumbre, contradicción, e implica el cambio en las cualidades del orden y desorden de la organización de una sociedad compleja.

Carballeda (2008: 1) introduce el término de "Problemas Sociales Complejos. Éstos surgen en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas". "Los cuerpos fragmentados se muestran en esas nuevas iconografías del control, donde el cuerpo "sano" como valor narcisista se transforma en una especie de collage en el que construye la ilusión de pertenecer, según las necesidades de cada escenario" (Carballeda, 2008: 12).

Dicho autor permite comprender el problema del ASI como una problemática social compleja y grave, que se presenta como una expresión de la cuestión social. Se da en un contexto de fragmentación social y de pérdida de la noción de pertenencia a un todo, donde el deber queda ligado a la esfera de lo individual y poco se relaciona con el sostenimiento de la sociedad. Expresa que "el sujeto queda en soledad, aislado, atravesado por el desencanto y el rechazo" (Carballeda, 2008: 14).

"Irrumpe en este contexto ese sujeto inesperado, constituido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social, dentro de una sociedad fragmentada que transforma sus derechos subjetivos en una manera de presión en la se destacan sus derechos vulnerados" (Carballeda, 2008: 15).

"La intervención no puede desprenderse de la sociedad a la que pertenece, de allí que en la misma se entrecrucen diferentes miradas y discursos que, en este contexto de complejidad, es conveniente analizar" (Carballeda, 2008: 20).

En relación con lo anterior, es necesario un análisis reflexivo y crítico con respecto a las NNyA víctima de abusos sexuales que se instala como un *cuerpo fragmentado*, o bien *cuerpo sufriente*. Muchas veces queda a merced de los adultos, los profesores, tutores, o los equipos de salud interdisciplinarios la responsabilidad y su pleno desarrollo.

El Abuso sexual en la infancia:

-Problemática social compleja (como una expresión de la cuestión social).
-Cuerpos fragmentados o cuerpos sufrientes.
-Se instala como sujetos que se les vulneran sus derechos humanos.

Vulnerables son los niños, niñas y adolescentes que necesitan hablar con sus padres sobre sexualidad, en forma libre y sincera, para estar prevenidos ante un intento de abuso sexual.

Las políticas de salud, las instituciones públicas y los equipos de salud interdisciplinarios, ponen en marcha las acciones concretas, frente a nuevos desafíos de la coyuntura político-co-económica (Villela Iamamoto, 1992).

En tal sentido, el equipo se ve favorecido cuando trabaja interdisciplinariamente abordando ciertas problemáticas desde una mirada holística que otorgue nuevas perspectivas de solución. Este carácter se logra con "equipos de representantes de las diferentes disciplina aunados en un trabajo a largo plazo que posibilite una conceptualización y un lenguaje común" (Ander Egg y Follari, 1993: 30).

Cabe enfatizar que en las instituciones de salud, los profesionales que integran los equipos interdisciplinarios, según la acepción foucaultiana, son considerados dispositivos que tienen una función estratégica dominante, que solo puede ser comprendida en su situación específica y no responde a ninguna previsión de "un sujeto-meta o transhistórico que lo hubiese percibido o querido. Su funcionamiento da cuenta de relaciones de fuerza que ponen 'bornes' de saber y poder" (Amuchástegui, 2008: 24).

En el diccionario de Foucault de Castro (2011), define que un dispositivo, "es la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitecturas, reglamentos, leyes, medidas

administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas. Lo dicho y no dicho" (Castro, 2011: 114).

En este sentido Carballeda (2007) plantea la noción de dispositivo. "Puede ser útil desde el análisis de las distintas formas de construcción de conocimiento en un equipo de trabajo, integrando diferentes categorías, clasificaciones y modos de saber que se construyen por relaciones entre diferentes campos" (Carballeda, 2007: 100).

En una institución de salud pública, los equipos de salud interdisciplinarios fueron encontrando puntos de anclaje en relación a prácticas sociales, que en contextos de inmediatez o de urgencias en las instituciones hospitalarias, remiten a desafíos teóricos y prácticos constantes (Giddenns, 1995). En cuanto a esto, la postura de Foucault (1969) permite problematizar el interjuego entre poder y saber dado al interior de los equipos de salud.

En la actualidad, existen diversas acciones realizadas por profesionales especialistas en la cuestión de abuso sexual infantil para hacer visible este problema en el marco de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Tales acciones son llevadas a cabo desde el sector de salud.

En definitiva, Carballeda (2006: 145) aporta lo siguiente:

> Es una política que genera el diálogo entre los diferentes actores. De la misma manera, la resolución posible a este tipo de cuestiones hacia dentro de los equipos de salud, pasa por la conformación de relaciones simétricas dentro de ellos, ya que, la existencia de esquemas piramidales o verticales solo reproduce una lógica de dominación que va mucho más allá del problema del conocimiento en abstracto y neutral.

La cuestión del abuso sexual infantil pone en diálogo a los equipo de salud interdisciplinarios, planteando un desafío para la construcción del sujeto

construido desde el pensamiento complejo en términos de Morín (1997). Es decir, sin reducción de su aspecto biológico o psicológico en el marco de las prácticas interdisciplinarias.

4.7. Resumen de este capítulo

Este capítulo se aborda desde la aplicación de la técnica de análisis documental, construida en relación con un ordenamiento con respecto al contexto de estudio y el referente empírico. Se considera un insumo valioso en esta tesis doctoral ya que constituye un contrapunto entre la teoría y lo empírico.

Para el análisis de los documentos se recurrió al aporte teórico de los autores Taylor y Bogdan (1987). Desde la perspectiva de estos autores, en la primera fase de descubrimiento de los datos, se identificaron conceptos para profundizar el problema de esta investigación, incluyendo la codificación de datos y proposiciones para afinarlos en la interpretación del contexto de estudio.

Cabe destacar que para el momento de la codificación, los autores Coffey y Atkinson (2003) plantean la elaboración de categorías y sus vinculaciones con subcategorías. Por otra parte, Foucault (1969) aporta que el análisis de los documentos está sujeto a diversas transformaciones inherentes a una sociedad, y toma relevancia para pensar los cambios como discontinuidad y rupturas.

Para la organización de los datos suministrados por los documentos analizados se recurrió a la elaboración de matrices conceptuales, las cuales estuvieron vinculadas al objeto de investigación y al contexto de estudio. Cabe señalar que se construyeron matrices de identificación de datos a nivel nacional y local.

La información recuperada sobre este análisis de los documentos permitió:

La comprensión de lo témporo-espacial durante el período 2011-2018 y estuvo en relación a las políticas públicas a nivel macro y micro. La elaboración de la primera matriz ha sido de gran importancia para la contextualización del problema de investigación. La construcción del objeto de estudio son las prácticas interdisciplinarias, como así también la identificación de los sujetos de investigación para la realización de las entrevistas semiestructuradas que se abordaron en el trabajo de campo.

Como se menciona, desde el año 2005, Argentina cuenta con la Ley Nacional Nº26.061, referida a la Protección Integral de los Derechos de NNyA. Esta ley se toma como punto de partida para describir, interpretar y comprender las diversas particularidades en el contexto de estudio de la provincia, a la cual Tucumán adhiere en el año 2010 con la Ley N°8.293. Posteriormente, en el año 2014, con la Ley Nacional de Salud Mental Nº26.657, se privilegian las prácticas de atención de salud, trabajando con equipos interdisciplinarios, conformados por diferentes profesiones, entre ellas, el Trabajador Social (Art. 8).

De lo expuesto hasta aquí se infiere que existen avances muy notorios con respecto a las políticas públicas, las cuales están relacionadas con las leyes mencionadas. Con su aplicación surgen nuevos mecanismos, acciones y estrategias desde las instituciones, hospitales y centro de asistencia primaria de la salud, para el tratamiento del ASI.

Con respecto a Tucumán, claramente se analiza un período tardío de la adecuación de un sistema de protección integral para entrar en consonancia con la ley nacional y tratados internacionales. Cabe mencionar que la provincia no disponía de normativa de protección con respecto a los derechos de NNyA, por ello la normativa nacional continuó siendo uno de los principales pilares de la provincia de Tucumán hasta el año 2010. Su reglamentación se dictó recién en el año 2015, mediante el decreto 1.615/4.

El planteo de Foucault (1969) muestra la discontinuidad histórica que caracteriza el proceso tardío que tuvo la institucionalidad de la Ley de Protección Integral en el escenario provincial.

Con respecto al papel del Estado, en términos generales, la política pública se puede interpretar, desde diferentes perspectivas, como una decisión que emana de una autoridad de gobierno, la cual es un proceso complejo en sus acciones prácticas y teóricas (Gramsci, 1980). El pensamiento de este autor plantea la relación entre Estado, gobierno, política pública y política social. A diferencia de Oszlak y O'Donnell (1987), que indican formular e implementar políticas desde una determinada modalidad de intervenciones del Estado.

Por lo tanto, tomando los conceptos mencionados se consideran las políticas públicas como un sistema integrado por la acción del Estado (Meny y Thoenig, 1992). Por otro lado, Andrenacci (2006) plantea tres campos de la política social.

Se le atribuye la función principal al Estado en el proceso de elaboración de una política pública en la cuestión del ASIJ. Después de analizar la Ley Nacional N°26.061 y la Ley Provincial N°8.293, se pone de manifiesto, claramente, la institucionalidad de la ley. El interés superior del NNyA, que lo considera como sujeto de derecho a ser oído, es el fundamento del sistema de protección integral de los mismos. Lo mencionado evidencia el proceso recorrido a nivel administrativo, técnico, político e institucional para acordar criterios en el abordaje del ASIJ. Lo cual dio como resultado el Protocolo Interinstitucional.

En referencia a los documentos analizados se evidencia que el niño, como sujeto de derecho, se oponía a las garantías constitucionales porque se pensaba que el mismo estaba en discusión. Por otra parte, la OMS hace alusión a las situaciones de abuso de menores de 18 años, maltrato, negligencia, explotación que cause daño a la salud, en las relaciones de responsabilidad, confianza o poder (asimetría de poder). En esta problemática presentada es preciso mencionar que

algunas definiciones del niño estaban referidas a la carencia del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo del NNyA. Así la terminología de víctima deja al descubierto una concepción del agresor como persona que ejerce poder sobre otra.

Sobre el término capacidad administrativa, técnica, política e institucional, referido a las políticas sociales como se ha mencionado en el primer capítulo del presente estudio, la reforma del sistema de salud en la provincia de Tucumán se realizó en el año 1990. Significó una reforma estatal que comprende los hilos conductores de la administrativa. La Ley N°26.061 de protección integral de los NNyA, pone el énfasis en la elaboración de políticas públicas.

Este análisis pone en evidencia que el trabajo realizado por los representantes de los ministerios de la provincia de Tucumán, no fue una tarea fácil. La complejidad de la problemática en estudio atravesó los espacios para acordar criterios, pautas y procedimientos en el abordaje del ASIJ. Por otro, lado el trabajo de magistrados y funcionarios, junto a miembros del Poder Ejecutivo provincial, realizado durante los años 2009-2010, se formalizó mediante Acordada CSJT 669/2011, por la que se conformó interinstitucionalmente un grupo de trabajo local.

La institucionalidad de la ley se plantea como referencia para el análisis de la estructura administrativa. El poder ejecutivo se encuentra integrado a través del Ministerio de Salud, educación, Desarrollo Social y de Seguridad ciudadana. El Protocolo interinstitucional integra el principio de especialidad, que no es algo nuevo en el marco legal, sino que data del año 1924. Evidencia la dualidad entre el discurso escrito y la práctica en la cuestión del abuso sexual. En el ámbito del derecho, la Reforma de la Constitución Nacional en el año 1994, incorpora este principio en el artículo 75, inciso 22.

La reforma de la Ley Nacional N°25.087 ha dinamizado el mecanismo de la denuncia del abuso sexual infantil. En relación a los documentos, se realiza una matriz de análisis sobre leyes de avance positivo.

A nivel provincial se cuenta con la Ley N°6.518 que expresa la obligatoriedad de denunciar los casos de ASIJ que tienen los médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeros, profesionales de la salud en general; trabajadores sociales, agentes públicos y policiales.

Los documentos analizados plantean como tema relevante la aparición de la llamada Cámara Gesell y la entrevista de declaración testimonial (EDT) que se realiza en dicho dispositivo.

A nivel local, es importante destacar que también se dio un proceso tardío para adecuar la legislación provincial a la norma nacional vigente. Esto se constató, particularmente, en la provincia de Tucumán, respecto a la Ley nacional de Educación, Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual. La Ley N°26.150 fue sancionada en el año 2006, y establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral (ESI) en los establecimientos educativos de gestión estatal y privada. A 14 años de la aprobación de la Ley y de la creación del Programa de Educación Sexual Integral, en el caso de Tucumán, aún no se implementa efectivamente.

El principal obstáculo detectado en la implementación de la Ley N°26.150 es la fuerte injerencia de la Iglesia en el Estado y la educación pública. La aplicación del Protocolo Interinstucional en el caso de Lucía, la niña de once años a quien se le negó la interrupción legal del embarazo, refleja el contrapunto entre la teoría y lo empírico.

Así, la primera categoría referida a la institucionalidad de la Ley, analizada desde el nivel nacional y su correlato en el ámbito provincial, deja como resultado un proceso que apunta a la creación del Protocolo Interinstucional, el cual

presenta diversos obstáculos para su implementación en la práctica interdisciplinaria, en el campo de la salud. El trabajo de un equipo interinstitucional e intersectorial, que surge del análisis de los documentos en relación al Protocolo Interinstitucional, planteó un trabajo en red, que tuvo impacto en los equipos interdisciplinarios. Como así también la construcción de la noción del sujeto desde el pensamiento de Morín (1997) y el aporte de las diferentes disciplinas y profesiones que se encuentran en el campo de la salud pública.

Cabe señalar que estas políticas de salud relacionadas a la cuestión del ASI son novedosas por su enfoque, ya que fueron elaboradas según los principios establecidos en la CDN. Este es el caso de la Ley Nacional de Protección Integral Nº26.061 y de la Ley provincial Nº8.293. Estas leyes son relativamente nuevas y las dificultades que surgieron en los procesos de los diferentes ministerios, han llevado a magistrados, jueces y especialistas en la temática, a realizar reuniones de trabajo a nivel interinstitucional.

Así mismo, es de valorar que se está trabajando a nivel interinstitucional sobre la temática. Es necesario seguir profundizando el análisis de estas políticas de salud y el abuso sexual infantil, con el objeto de fortalecer el trabajo interdisciplinario de los diferentes profesionales de la salud.

Se concuerda con la autora Tonon en que este problema del ASI ha pasado del ámbito privado familiar al ámbito público. No obstante, se reconoce que no se han generado aun las políticas públicas requeridas para el abordaje de esta problemática. Podría decirse en términos de ciencia política que éste no es aún un tema en la agenda de gobierno (Tonon, 2001).

CAPÍTULO V: Trabajo de Campo… segundo momento

El presente capítulo tiene como objetivo presentar el recorrido del segundo momento investigativo del Trabajo de Campo. Esta fase comprendió el acceso al campo, la convocatoria y selección de los informantes clave, la planificación/planeación y la aplicación de las técnicas para la recolección de información, -la observación participante y entrevistas semiestructuradas-.

Cabe aclarar, como ya se presentó en el capítulo primero referido a la estrategia metodológica, que el diseño de la investigación social implicó la toma de decisiones teóricas y metodológicas. Tal proceso, "[…] involucra un conjunto de decisiones y prácticas que a su vez conllevan la puesta en juego de instrumentos conceptuales y operativos" (Marradi, Archenti y Piovani 2007: 71).

El Trabajo de Campo hace referencia, al encuadre teórico- conceptual, vinculado a la formulación del problema de investigación y a las estrategias metodológicas. El recorrido realizado presenta un carácter flexible y dinámico propio de las investigaciones cualitativas.

El objetivo general de esta tesis es: analizar las tensiones que emergen en las estrategias de intervención, en casos de ASIJ abordados por los Equipos Interdisciplinarios luego de la implementación de la Ley Nº 26.061.

Por esa razón, dando continuidad a la investigación, el capítulo se organiza en cuatro apartados, que responden a:

- Descripción del Proceso investigativo: este punto remarca y explicita aspectos que conciernen al segundo momento investigativo, reiterando cuestiones ya señaladas en la Introducción del estudio y en el primer capítulo, necesarios para su ubicación y comprensión en el marco del presente estudio.

- Informantes clave: interesa remarcar algunas particularidades de los sujetos que aportan al texto, sustantivo en la indagación.
- Caracterización de los Equipos Interdisciplinarios: con cuadros y expresiones verbales se realza y representa a cada uno de los equipos interdisciplinarios que participan en la investigación.
- Aproximaciones conceptuales: Equipo Interdisciplinarios.

Con el trabajo empírico de este capítulo se espera aportar en la comprensión y análisis del objeto de estudio.

5.1. Descripción del Proceso investigativo: segundo momento

Como se mencionó anteriormente, el referente empírico son los Equipos de salud interdisciplinarios que se desempeñan desde el período de 2011 hasta el año 2018. Se señala a la vez que, la Ley N°26.061 que entró en vigencia en el ámbito provincial en el año 2010, influyó en la conformación de los equipos interdisciplinarios al interior de las instituciones de salud.

A propósito, "el Campo de una investigación es el referente empírico, la porción de lo real que se desea conocer, el mundo natural y social en el cual se desenvuelven los grupos humanos que lo construyen" (Guber, 2004:83). Sin embargo, no solo implica una actividad por parte del investigador para obtener información de las fuentes primarias, sino la elaboración intelectual del conocimiento social (Guber, 2004). En este sentido, el trabajo de Campo implica la reflexividad en la situación de campo en la relación del investigador con el informante (Guber, 2004).

Para el proceso de planificación de esta investigación, se contó con fuentes de información que proporcionaron los datos ineludibles para la descripción y compresión interpretativa del objeto de investigación social, siendo que "el trabajo de campo es el lugar en el que encontramos la materia prima para construir

nuestras fuentes" (Saltalamacchia, 2002: 331). Se menciona la observación participante y entrevista semiestructurada aplicada a profesionales que forman parte de los equipos interdisciplinarios, siendo estos informantes clave para la investigación, principalmente la experiencia de participación en los equipos.

Por consiguiente, las fuentes primarias fueron constituidas por las entrevistas a los tres equipos de salud interdisciplinarios, pertenecientes al SIPROSA de la provincia de Tucumán que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito del área de salud. Se realizaron durante los meses de abril, mayo, agosto y diciembre de 2018. Esto se llevó a cabo según el tiempo establecido en la planificación del proyecto y la disponibilidad horaria de los profesionales.

Previo a la aplicación de las entrevistas semiestructuradas, resultó indispensable el contacto con los trabajadores sociales integrantes de los tres equipos. Esto se realizó con la finalidad de invitarlos a participar del estudio. Luego se enviaron notas formales de pedido de autorización para cada institución donde se encontraban los equipos. Otros elementos que se tuvo en cuenta fueron el lugar y los momentos del día para convocarlos. Como lo plantea, el autor Valles, "la calidad de una entrevista no solo depende de las características y roles del entrevistador, sino también del lugar y el momento que se elija para realizarla" (Valles, 1999: 217).

El acceso al campo estuvo relacionado a diversas decisiones, que permitieron ingresar de una manera más adecuada al mismo. Por un lado, cuestiones vinculadas en un comienzo a los diversos encuentros con los trabajadores sociales de los tres equipos y a la convocatoria de sus miembros. Por el otro lado, la negociación del propio rol del investigador. Lo cual se puso de manifiesto en el diálogo con los profesionales entrevistados, quienes mostraron su interés en el trabajo de investigación y su objeto de estudio, solicitando el informe final para conocer las conclusiones.

Para el registro de la información se utilizó el diario de campo donde se apuntaron las observaciones, y el grabador para registrar las entrevistas realizadas a los miembros de los tres equipos de estudio. La información recabada fue muy significativa ya que permitió ampliar la comprensión de los diferentes discursos.

En lo relativo al Trabajo de Campo, mediante la observación participante y la realización de las entrevistas semiestructuradas a los miembros de los diferentes equipos, se posibilitó el acceso al mismo. Con las entrevistas se trató de conocer las diferentes perspectivas de los sujetos estudiados. Por otra parte, la observación participante fue utilizada para comprender mejor la realidad social en la cual está inmerso cada equipo interdisciplinario.

Se utilizó la observación participante para registrar el lugar, la interacción y los gestos no verbales en el desempeño profesional de una institución de salud pública. Para el posicionamiento profesional en esta investigación, se consideraron los aportes de Gold (1958) quien afirma que una aproximación más ética es aquella del observador como participante, dado que las actividades de observación del investigador son conocidas para el grupo estudiado, si bien el énfasis para el mismo es recoger datos, más que participar en las actividades observadas.

Durante este proceso se realizaron registros en cuadernos de campo, que pusieron de manifiesto que la presencia de un profesional juega un rol importante al momento de la intervención del equipo interdisciplinario. Esto da cuenta de que no solamente el saber genera poder, sino también las formas de relación que se construyen al interior de estos equipos.

Se entrevistó a los profesionales integrantes de los tres equipos de salud interdisciplinarios intervinientes en los casos estudiados. Están conformados por: trabajadores sociales, psicólogos, médicos y abogados. Para el proceso de selección de los informantes clave se tuvo en cuenta la experiencia y participación

de los mismos en equipos interdisciplinarios con diversas y significativas características, valiosas para esta investigación.

La muestra fue intencional (Ruiz, 2012) y se utilizaron los siguientes criterios para la elección de la misma:

- Que los equipos de trabajo se autodefinan como interdisciplinarios. Que exista a lo menos un Trabajador (a) Social al interior de ese equipo y, además, profesionales de al menos tres disciplinas distintas.
- Que dichos equipos de salud interdisciplinarios pertenezcan al SIPROSA, y presenten continuidad laboral en los últimos 10 a 30 años.
- Que tengan experiencias mediante la aplicación de Protocolos Interinstitucionales.

Para validar la información obtenida durante el proceso de investigación se recurrió a la triangulación metodológica, definida como la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos o métodos de investigación en el estudio de un fenómeno singular (Denzin, 1970). Dependiendo del tipo de estrategias adoptadas, existen diferentes tipos de triangulación.

1. Triangulación de datos: plantea la confrontación de diferentes fuentes de datos en los estudios y se produce cuando existe una concordancia o discrepancia entre estas fuentes.
2. Triangulación múltiple: cuando se combinan dos o más alternativas de triangulación.
3. Triangulación de investigadores: la que se origina en equipos interdisciplinarios.
4. Triangulación teórica: el uso de distintas perspectivas teóricas para analizar un mismo grupo de datos (Denzin, 1970).
5. Triangulación de métodos: la idea de ubicación de los métodos son el instrumento para investigar el problema y facilitar la comprensión del mismo, como ser la combinación de técnicas de investigación.

Tal como lo plantea Vasilachis la triangulación "es una estrategia seguida por el investigador para aumentar la confianza en la calidad de los datos que utiliza […] surge de reconocer las limitaciones que implica una sola fuente de datos, mirada, o método, para comprender la realidad social" (Vasilachis, 2006: 92).

Partiendo de los aportes teóricos mencionados, en la presente investigación la estrategia metodológica estuvo centrada en la construcción del objeto de investigación. El carácter sucesivo de las triangulaciones metodológicas empleadas en este estudio se dio en función de aumentar la confianza en la calidad de los datos de tipo cualitativos que se utilizaron, por lo que surgieron las siguientes triangulaciones.

Primera triangulación: información recabada de los entrevistados, marco teórico seleccionado y la interpretación de la autora.

Como ya se mencionó en el primer capítulo un diseño de carácter flexible favorece la comprensión de la complejidad del objeto de estudio. Por lo tanto, se considera importante y necesaria una constante vinculación con el marco teórico.

La selección de los casos entre 2011-2018 responde a las preguntas de investigación y a los objetivos. De acuerdo con Yin (2009) estos casos son diseños más robustos y poseen mayor validez. Se justifican porque son abordados desde intervenciones interdisciplinarias en el Equipo de Salud y de este modo se pudo comparar en los tres Equipos, similitudes y diferencias en las estrategias de intervención.

La población total del sistema de salud, "tomando como referencia el personal sanitario al año 2003, en el año 2014 el crecimiento general fue del 119% desde un total de 7.410 a 16.253 recursos humanos en situación permanente o transitoria" (Actualización del Sistema Provincial de Información de Recursos

Humanos Provincia de Tucumán, Ministerio de Salud Pública de Tucumán, 2016: 26).

La unidad de análisis comprende a cada uno de los integrantes de los tres Equipos interdisciplinarios, pertenecientes al SIPROSA. Se tiene en cuenta al referente empírico o a la realidad que se quiere estudiar. Por lo tanto, surge un referente teórico y marco institucional, el cual se tomó a partir de estos Equipos. En este punto importa destacar que la "práctica es un conjunto de conexiones de un punto teórico con otro, y la teoría el empalme de una práctica con otra" (Foucault, 1992: 79).

Para Castro (2011: 315) toda práctica posee tres características:

> 1) Homogeneidad, […] la racionalidad o la regularidad que organiza lo que los hombres hacen, habla del aspecto tecnológico; 2) Sistematicidad, en el dominio de las prácticas, el eje del saber (prácticas discursivas) y de poder (las relaciones con los otros) y de ética (relaciones consigo mismo); 3) Generalidad, o recurrente y que por ello constituye una experiencia o un pensamiento.

Estas tres características atribuyen representatividad a la conformación de la muestra seleccionada. Se tomaron 3 equipos interdisciplinarios de diferentes niveles de atención en el sistema de salud pública en la provincia de Tucumán.

Se aplicaron 15 (quince) entrevistas que contemplaron varones (3) y mujeres (12), quienes tenían entre 36 años y 57 años de edad. La mayoría de los integrantes pertenecen al SIPROSA. Al considerar la antigüedad en la institución de referencia, los entrevistados oscilan entre 10 a 20 años en el SIPROSA, sumado a la experiencia en participación en equipos.

Con respecto al análisis de los datos, se recurrió a los aportes de Coffey y Atkinson (2003), Huberman y Miles (1994), Dey (1993), Wolcott (1994), Gallart (1992), entre otros.

5.2. Informantes clave – descripción

En este punto interesa destacar algunas características distintivas de los equipos interdisciplinarios según su composición. Además, la explicitación y particularidades de las personas que participaron en la recolección de datos, como así también algunas notas del registro de la técnica de observación participante apuntada en el cuaderno de campo con la intención de ilustrar los primeros pasos datos, referidos –puntualmente- al acceso al campo y la aplicación de las primeras entrevistas.

Cuadro N°5.1: Composición de los Equipos Interdisciplinarios

Equipos	Integrantes	Sexo	Edad
N° 1	12	Femenino (10) Masculino (2)	entre 36 a 50 años
N° 2	5	Femenino (5)	entre 36 – 43 -57 años
N° 3	4	Femenino (3) Masculino (1)	entre 41, 47 años

Fuente: Elaboración propia.

Se recopilaron datos demográficos pertenecientes a los integrantes de los tres equipos interdisciplinarios, que engloban los indicadores de estudio: edad y género.

Cuadro N°5.2: Integrantes, servicios y disciplinas según Equipos

Equipos	Integrantes	Cantidad de Servicios / disciplinas
N° 1	12	Subdirectora-Médica del Hospital (1) Hospital de Día, Sala 6 (1) Servicio de Adolescencia (Psicologa1) Emergencia (Médicos 3) Servicio de Salud Mental (Psicóloga 1, Psiquiatría 1) Asesoría Letrada (Magister 1) (Abogada 1) Servicio Social (Lic. en Trabajo Social 1) Servicio de Infectología (Medica 1)
N° 2	5	Jefa de Área Operativa - Médica (1), Enfermería (1), Psicología (1), Lic. en Trabajo Social (1) y Supervisor de agente socio sanitario (1)
N° 3	4	Jefa de Área- Medica(1) Subdirectora de Área-Lic. en Trabajo Social (1) Psicología (1) Supervisor de agente sanitario (1)

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N°5.3: Formación y experiencia de los integrantes de los Equipos

Equipos	**Profesionales con formación de grado**	**Años de Experiencia en participación de equipo**	**Tiempo de permanencia en este equipo**
	6 Medicina 2 Psicología 2 Abogacía 1 Psiquiatría Infantil 1 Lic. Trabajo Social	Entre 11 a 30 años	2 años y medio
	1 Medicina 1 Psicología 1 Lic. Trabajo Social 1 Enfermería 1 Supervisor de agente socio sanitario	En 10 a 20 años	6 años
	1 Medicina 1 Psicología 1 Lic. Trabajo Social 1 Supervisor de Agente socio sanitario	Entre 15 a 19 años	

Fuente: Elaboración propia.

Los indicadores de estudio: formación de grado, años de experiencia en participación de equipos y el tiempo de permanencia en este último, se presentan en el cuadro precedente.

Cuadro N°5.4: Personas que participaron en la recolección de datos y su especialidad. Especialidad de los Informantes clave

Equipos-Integrantes	**Nº de Entrevistas aplicadas**
Equipo N° 1 **Integrantes N° 12**	Entrevistas realizadas (8) Observación (1)
Equipo N° 2 **Integrantes N° 5**	Entrevistas realizadas (3) Observación (3)
Equipo N° 3 **Integrantes N° 4**	Entrevistas realizadas (4) Observación (2)

Fuente: Elaboración propia.

En este cuadro se detalla el número de personas que participaron durante la recolección de los datos, y la relación con el número de integrantes del equipo interdisciplinario.

A continuación se considera oportuno transcribir algunas notas del registro de la técnica de observación participante realizada en el cuaderno de campo, con la intención de ilustrar los primeros pasos dados en la aplicación de las primeras entrevistas.

5.3. Observación participante. Notas

Equipo N°1-Entrevista N°1-fecha 08/03/2018 -hora: 12:43

Observación: La entrevista fue realizada en el servicio social del Hospital X, en un espacio equipado con una mesa, dos sillas y una computadora. En el lugar, además, se encontraba otro escritorio con dos sillas y una computadora. Se percibió un clima cordial y cómodo y la ubicación del entrevistado fue de frente a la entrevistadora. La entrevistadora explica al entrevistado N°1 los motivos de la

investigación y le solicita su permiso para grabar la entrevista. El mismo accede de forma positiva, asintiendo con su mirada y su expresión gestual.

La entrevista estuvo condicionada por el ingreso frecuente de personas que concurrían al servicio social. Se escuchaban bullicios y voces. El entrevistado se mostró incómodo, pero a la vez con disposición a dar inicio a la entrevista. Luego se disculpó y se levantó para atender el pedido de la primera persona que requería información.

El entrevistado atendió el pedido de la persona, volvió rápidamente para sentarse y continuar con la entrevista. Se notó, a través de su mirada y gestos, que estaba interesado en la temática de investigación abordada. En la interacción se evidenció su mirada firme y su postura corporal puso de manifiesto su atención reflexiva. Supo dar respuestas a las diferentes preguntas durante el lapso de la conversación.

Al preguntar al entrevistado N°1 sobre las relaciones hegemónicas entre los equipos interdisciplinarios, se divisó un gesto muy expresivo en su rostro, mirando hacia arriba y de modo pensativo, respondió.

Equipo N°2: fecha 10/08/2018 hora: 10:34

Observación 1: La llegada al Equipo del Área Operativa de Alderetes se complejizó por un error involuntario. Al preguntar por éste, la persona que atendía en la oficina de orientación informó que el equipo tenía su base de reuniones al frente de la Municipalidad de Alderetes. Al llegar a la misma, se preguntó a una persona de la mesa de entrada por el equipo interdisciplinario. Se esperó unos minutos y luego ingresó el entrevistado N°1, quien saludó e inmediatamente invitó a la investigadora a pasar a la oficina de reuniones para hacer la presentación ante el resto del equipo.

Después de un par de minutos, se observa la llegada de otros miembros del equipo. Nos sentamos todos alrededor de una mesa. Se observó un espacio pequeño, con una mesa y tres sillas; en sus paredes estaban pegadas fotografías de trabajo, mapeos geográficos, afiches con datos estadísticos de la población sobre el área de responsabilidad. Luego, ante el equipo se realizó la presentación del tema de investigación y se solicitó autorización para el uso del grabador.

Observación 2: Se presenta la investigadora, comparte al equipo que es trabajadora social en el Hospital de Niños y que está cursando una carrera de posgrado en Rosario. En esos momentos se encontraba de licencia para dedicarse al trabajo de campo. Informa sobre el tema de investigación, que se centra en las prácticas realizadas por los equipos de salud interdisciplinarios y el análisis de las tensiones que se generan en relación con las problemáticas de abuso sexual infanto-juvenil. Destaca el interés del equipo al abordar esta problemática. Además, alude al debate que actualmente se genera a raíz del cambio de paradigma sobre la protección integral de los niños y las prácticas interdisciplinarias de los equipos de salud.

Por tanto, interesa la experiencia de trabajo en equipo, su formación y aportes en las intervenciones. En ese instante se observó que la entrevistada N°2 se levantó de la silla y al momento volvió a sentarse. Hubo risas espontáneas por parte del equipo ante la actitud inesperada de esta entrevistada. Luego, se incorporó nuevamente, volviendo a sentarse en la mesa de reunión, y expresó: "es más bien una entrevista abierta", ello a modo de afirmación y asintiendo con la propuesta.

Ante la expresión de otra de las entrevistadas: "con la complejidad que implica trabajar en equipo" (E3), surgieron gestos y risas en el resto del grupo. A continuación, la entrevistadora efectuó una entrevista a todo el grupo: La transcripción de las expresiones vertidas se registraron en el cuadro siguiente:

Cuadro N°5.5: Expresiones de entrevistados. Equipo Nº2

Entrevista grupal: ¿Cuáles son las estrategias y los dispositivos de intervención que utiliza un equipo interdisciplinario? ¿Qué tipo de prácticas llevan a cabo?	
E 1	Cuando vos encaras un tema de abuso, generalmente, antes hubo una vulneración de derechos. Es una cuestión de integralidad.
E 2	No es lo mismo tratar un tema de abuso a otra problemática, dentro de un equipo. El abuso moviliza al equipo, hasta el miedo que genera lo relacionado a la denuncia, la parte legal, el saber hasta dónde me implica.
E 1	Nosotros somos un equipo interdisciplinar, pero no siempre estamos en el abordaje directo de la temática. Somos un órgano de coordinación y gestión, intervenimos en determinadas situaciones pero en general orientamos al equipo para que pueda hacer el abordaje de las situaciones. Cuando las situaciones son más de urgencia y no hay otro organismo que pueda actuar, sí intervenimos directamente. Nosotros tenemos más libertades de acción que otros equipos que se ven más acotados en su accionar, solo dentro de su especificidad.
E 2	Intervenimos en cuestiones de salud integral del paciente. Coordinamos la intervención de las distintas áreas. Nos encargamos de aunar las acciones de los distintos servicios, ya que cada uno tiene sus distintas improntas y especialistas. En algunos es más fácil que en otros. Ese trabajo integral y su concepto han llevado un tiempo para su implementación. El sentarnos por la mañana el equipo completo y contemplar qué es lo que pasó y qué parte de salud falta implementar.
E 1	Más allá de las cuestiones que por protocolo uno tiene, como el informar a los organismos que corresponden. Hay equipos mucho más ágiles en esas cuestiones, como hay otros que son más resistentes a hechos como puede ser el escribir lo sucedido e informar a los organismos que corresponde**.** Esos informes nos sirven como una devolución de lo que se hizo y de lo que falta por hacer.
E2	Cuesta que el equipo frene el ritmo de trabajo para sentarse a escribir lo sucedido durante la jornada. Pero es lo necesario. Y que lo haga con coherencia disponiendo de la información recolectada.

Fuente: Elaboración propia.

En este cuadro se exponen las expresiones de los integrantes del Equipo Interdisciplinario N°2, respondiendo a una entrevista grupal. Respecto a ésta, Yuni y Urbano (2013: 244) citan a la autora Pilar Colas Bravo, quien sostiene que "la entrevista grupal es una técnica de recolección de datos esencialmente cualitativa que puede servir a distintos propósitos; es una opción que ofrece datos de otro nivel que la entrevista individual, así como nuevas perspectivas sobre el problema de investigación".

Cabe destacar que la mayoría de las expresiones de los entrevistados pone de manifiesto que la problemática del ASI y las situaciones de violación tratan de la vulneración de los derechos del NNyA. Son realidades que movilizan el interior

del Equipo Interdisciplinario de salud que debe asistir a la víctima, por su alto contenido de angustia, ansiedad, miedo y desprotección que generan. "Las situaciones descriptas a la cual se encuentran expuesto cada uno de los profesionales que intervienen remiten a la necesidad de contar con una supervisión de la tarea" (Tonon, 2001: 36). El no disponer de ese espacio y de otros factores personales, en el ámbito de las instituciones de salud según Arón y Llanos (2004), conlleva al síndrome de burnout. Entel (2002: 137) sostiene que:

> El síndrome de burnout, cuyo pionero fue Balint, a mitad del siglo pasado, referido al vínculo médico-paciente, es un síndrome cuyos síntomas se vinculan con el desgaste físico, mental o emocional, que afecta a los trabajadores de la salud y todo trabajador cuya tarea consiste en estar en contacto con otras personas.

Además, la sospecha del ASI es un delito grave que atraviesa la cuestión del ámbito legal. Por lo tanto, las disposiciones generales para los organismos públicos, al tomar conocimiento de un caso del ASI, se basan en el Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes, víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia (2015:9). El mismo refiere lo siguiente:

> […] el empleado o funcionario que la recibiere deberá informar a la mayor brevedad posible (en los términos y con el alcance previsto en la ley provincial Nº 6.518) a su superior a fin de que, inmediatamente, se comunique con la Fiscalía de turno para que evalúe la necesidad de llevar a cabo las medidas investigativas o probatorias urgentes que correspondiere disponer, inclusive el secuestro de objetos cuando el hecho hubiera sido reciente.

Otro elemento de análisis que se observa en el testimonio de los entrevistados está relacionado a la noción foucaultiana de liberad situándose, "en primer lugar, en el abandono de este mito humanista de una esencia del hombre.

La libertad no es orden de la liberación, sino de la constitución" (Castro, 2011: 235).

Por ello, en las relaciones entre los miembros de este Equipo surgen, además, las libertades de acción como prácticas de libertad, manifestadas en la siguiente expresión de un entrevistado: "Nosotros tenemos más libertades de acción que otros equipos que se ven más acotados en su accionar, solo dentro de su especificidad" (E1-Eq.2). Esto se entiende en sentido político, "partiendo de la idea de que el ejercicio del poder es una manera de conducir conductas […]. En la libertad ética, esta disponibilidad de diferentes conductas, reacciones o comportamientos se ubica en un campo que se define por su flexibilidad […]" (Castro, 2011: 235).

Otro aspecto que se pone de manifiesto se refiere a las relaciones de poder y resistencia entre los miembros del Equipo. Respecto a esto, Foucault (1977) sostiene que al momento en que se da una relación de poder, existe la posibilidad de una resistencia. En palabras del propio autor: "Donde hay poder hay resistencia, y no obstante (o mejor: por el mismo), ésta nunca está en posición de exterioridad respecto al poder" (Foucault, 1977: 116). Este pensamiento se refleja en las expresiones de la E2-Eq.2, donde se evidencian resistencias al registro de informes escritos, al trabajo de las reuniones, entre otros, en los diferentes miembros del Equipo N°2. Los cuales expresaron lo siguiente: "Cuesta que el equipo frene el ritmo de trabajo para sentarse a escribir lo sucedido durante la jornada. Pero es lo necesario. Y que lo haga con coherencia disponiendo de la información recolectada" (E2-Eq.2). Otra dimensión que surge comprende a la salud integral, que a partir de la Declaración de la APS (1978) y luego con la definición propuesta por la OMS (2008), rige y orienta a la organización de los sistemas de salud, dando cuenta de la salud integral. Asimismo, como se viene planteando en el capítulo II, la salud es un proceso de salud-enfermedad, donde existen diversos factores determinantes: factores biológicos, del medio ambiente, del estilo de vida y del sistema de salud que fueron desarrollados por Lalonde (1974).

- Equipo N°3- fecha 29/01/2019-hora: 9:02

Observación: En un primer momento, al acceder al recinto, se encontraban las informantes clave -entrevistadas N°3 y N°4-.

El lugar estaba equipado con dos escritorios; uno con una computadora, en la cual se encontraba la entrevistada N°4 y al frente, en otro escritorio se encontraba la entrevistada N°3. Luego, se saludó a ambas entrevistadas, quienes se encontraban reunidas. Saludaron en forma amable, pero se pudo percibir que ambas dialogaban sobre un tema de tareas internas, trabajo no realizado. Se evidenció en sus rostros expresiones de preocupación.

Con posterioridad, se esperó un momento para dar inicio a la presentación del tema de investigación. Se advirtió que la entrevistada N°3 se mostró movilizada por el mismo, y lo expresó a través de su rostro de asombro, acompañando con movimientos de manos y una sonrisa. Se pidió permiso a la entrevistada N°3 para el uso del grabador y luego se dio inicio a la entrevista. La entrevistada N°4 se ubicó hacia el lado izquierdo, tomó asiento e inició el tipeo en una computadora. Enseguida se dio vuelta, giró su torso y miró hacia atrás con un gesto de interés por la temática presentada. Cuando se realizaba la entrevistada N°3 quiso expresar su opinión, pero continuó con el escrito que estaba realizando.

5.4. Caracterización de los Equipos Interdisciplinarios

Este apartado se centra en la descripción de los equipos interdisciplinarios que participaron en la investigación. Acompañan cuadros y relatos de los entrevistados para su mejor visualización y comprensión.

Cuadro N°5.6: Caracterización de equipos interdisciplinarios que conforman la unidad de análisis. Primer equipo de estudio

Primer equipo de estudio: Comité para el abordaje integral de abuso sexual y maltrato en NNyA del Hospital del Niño Jesús, SIPROSA. Comprende al 3º Nivel, brinda atención integral a NNyA con patologías agudas y crónicas (menores de 14 años), tanto en el sector ambulatorio como en la internación. Ubicación Capital.			
Conformación del equipo interdisciplinario	**Misión y Visión**	**Objetivo general y específicos**	**Funcionamiento**
Integrantes N°12	Establecimiento de líneas de acción e instalación de dispositivos para el adecuado abordaje de AS y maltrato y sus consecuencias, tendientes a mejorar la calidad de respuestas de los equipos de salud pertenecientes al hospital, desde una perspectiva de protección evitando la re victimización de los NNyA, fortaleciendo adecuados abordajes y articulaciones intersectoriales, necesarios para dar respuesta integral a la comunidad **Visión** Ser el comité hospitalario con mejor manejo integral de NNyA en situación de maltrato sexual y con el más adecuado equipo interdisciplinario.	-Implementar los procesos de actuación sanitaria y abordaje integral de los contenidos del protocolo interministerial para la atención de casos de AS y violencia en NNyA. -Crear espacio de consultoría o supervisión para los equipos de salud, a fin de que se aborde la problemática acorde a los lineamientos del Protocolo. -Realizar registros y relevar las consultas ingresadas al hospital a fin de establecer una lectura epidemiológica local. -Establecer capacitaciones continuas a los equipos de salud en temáticas referidas al maltrato y/o abuso sexual. **Objetivos específicos** -Registrar y relevar casos conforme las normativas vigentes y los lineamientos de abordaje del Programa de Prevención y abordaje de Violencias del SIPROSA, con fines epidemiológicos. -Articular las acciones entre los diferentes servicios intervinientes. -Analizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se utilizan para los abordajes de casos. -Desarrollar actividades de capacitación, asesoría, reuniones informativas y servicios de orientación y consultorías. -Articular con diferentes instituciones que puedan contribuir o colaborar en la determinación de acciones para el abordaje del NNyA.	-Autoridad del hospital. -Coordinación. -Reuniones ordinarias. -Reuniones extraordinarias. -Supervisión y asesoría. -Documentación/ Registro. -Funcionamiento del comité. -De abordaje integral. -Sugerencias para informes. -Elaboración de informes.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del documento presentado por el Equipo de estudio en el año 2017. Resolución N° 1509/D-415 HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS EXPEDIENTE N°1377/623/D/2016.

En el cuadro precedente se presentan las principales características del Equipo interdisciplinario N°1, según lo mencionado en la resolución ministerial N°1509/D-415. A continuación, se transcriben expresiones que remiten, ilustran y complementan la información del Equipo:

> Formo parte del Comité de Maltrato, el cual está integrado por diferentes profesionales del Hospital. Somos un total de 9 personas, entre ellas un Coordinador, un Secretario y dos vocales, un médico, psicólogo, trabajador social, psiquiatra y abogado. Al rol de Coordinador lo cumplo yo, y fui elegido por medio del voto. El Comité dispone de lugar y espacio; como así también tiene tiempos destinados a sus tareas y funciones de análisis, capacitaciones y consultas. Solo interviene en algunos casos, no en todos. El reglamento dice que el Comité debe de tener un Coordinador. El cual será elegido por el voto de todos los participantes, sumado el de la Directora del Hospital. Y es por esa acción que resulté electo. Me encargo de coordinar las actividades, las órdenes del día, lo que se va a trabajar. Como así también tengo la potestad de que en caso de haber alguna emergencia Institucional y el Comité no está organizado, llamar a una reunión extraordinaria para decidir cuál de los profesionales se debe presentar para analizar y estudiar el caso que se presenta. Por aparte existe una Coordinadora externa al Hospital, perteneciente al Departamento de Maltrato y Abuso Sexual del SIPROSA, con ella debo de coordinar las actividades que se realizan fuera y dentro del Hospital, las cuestiones judiciales y de protocolo. (E1-Eq.1)

En este punto se ha destacado el rol del coordinador, así como el reglamento, elegido por voto, sumado al director del hospital, coordinación de actividades, potestades, urgencias institucionales, reuniones extraordinarias y coordinación externa al hospital.

> Estoy incluido en el Comité de Abuso y Maltrato Infantil del Hospital de Niños. Participo como médico y junto a otros integrantes del equipo

formamos un equipo interdisciplinario que abordamos la problemática de estos chicos. Mi función es básicamente aportar sobre la parte clínica en niños que sufren maltratos o abusos, y colaborar con otros médicos de sala ayudándolos a organizarse y hacer las presentaciones médicos/legales pertinentes. (E2-Eq.1)

El Comité existe, pero debe mejorarse, manteniendo las reuniones, haciendo las cosas, armando proyectos, buscando falencias porque reconocer los errores_implica crecer. Los objetivos van migrando. El objetivo de inicio se lo logró pero no hay que descuidarlo, el objetivo que sigue es otro y tampoco hay que descuidarlo, y sucesivamente. Básicamente hay que respetar la esencia de la especialidad de cada uno. (E4-Eq.1)

La decisión del comité fue de capacitar más. Para ello se trajo a X, médica de tribunales, psicólogos, etc. La capacitación fue muy positiva, pero considero que sí hubo fallas, el sistema_que se pensó para registrar éstos tipos de casos no dio_abasto. Se vio desbordado por las denuncias de sospechas de maltrato o abuso por parte de los profesionales. Ellos al estar más capacitados pudieron detectar más cantidad de síntomas de alerta. Y el comité nunca se volvió a reunir para rearmar éste sistema de datos. Lo que hicimos desde Asesoría Letrada fue armar carpetas por cada paciente, preparándonos para el relevamiento de datos a futuro. (E5-Eq.1)

El equipo de trabajo con pacientes se maneja de una forma diferente a como se maneja el comité. En el comité no llevamos casos particulares, puede ser que alguna vez se tome un caso que ni siquiera sea de los integrantes del comité, por ser problemático. Fundamentalmente la función y los objetivos del comité son de capacitación, de poder transmitir lineamientos, de poder asesorar. No nos hacemos cargo de los casos de abuso, solo asesoramos. Registramos las estadísticas de los casos. Y en

éstos momentos pulimos las dificultades institucionales que se van generando con éste tipo de problemáticas. (E7-Eq.1)

El comité no discute el protocolo por su letra, sino que, intenta determinar la aplicación de cada profesional, de cada servicio, como se realizan las consultas o interconsultas. Determinar los criterios de acción e intervención. (E8-Eq.1)

El cuadro precedente N°5.6 refleja la caracterización del equipo interdisciplinario N°1 según las expresiones vertidas por los informantes clave. En las manifestaciones verbales, los entrevistados afirman y se reconocen como un Equipo Interdisciplinario, en concordancia con la resolución N°1509/D-415, establecida por el Hospital que, explícitamente, promueve la creación y constitución de este equipo de trabajo, en su artículo 1 y 2.

No obstante, se advierte a través de las entrevistas y la observación, que el Equipo N°1 en la práctica funciona de manera diferente. Los integrantes se reúnen en un tiempo y espacio determinado para desempeñar sus tareas, funciones de análisis, capacitaciones y consultas. Sólo intervienen en algunos casos, no en todos. La toma de decisión recae en el director del hospital y esto genera lentitud en los procesos de abordaje. También recibió información sobre la renuncia de un miembro (psiquiatra infantil).

Cuadro N°5.7: Caracterización de equipos interdisciplinarios que conforman la unidad de análisis. Segundo equipo de estudio

Segundo equipo de estudio: Equipo de salud interdisciplinario perteneciente al Área Operativa de Alderetes, dependiente del Área Programática Este del SIPROSA. Comprende al 1° Nivel de atención de la población de referencia, a partir de un criterio de accesibilidad. Está ubicada al Este, en el departamento de Cruz Alta de Tucumán.			
Conformación del equipo interdisciplinario	**Misión y visión**	**Objetivo general y específicos**	**Funcionamiento**
Integrantes 5	Ser un Órgano de coordinación y gestión.	-Brindar orientación a otros equipos para abordar de las situaciones de salud integral del paciente. - Intervenir en determinadas situaciones de urgencias. - Coordinar en las intervenciones de las distintas áreas. -Aunar las acciones de los diferentes servicios.	- Jefatura médica. -Coordinación y gestión de turnos. - Capacitaciones y Operativos en grupo. - Observaciones constantes. - Elaboración de informes y seguimiento de expedientes. - Reuniones grupales y reuniones particulares. - Tareas de acompañamiento de los equipos de servicios y la intervención concreta en casos complejos. - Coordinación de reuniones con otros servicios del Área.

Fuente: Elaboración propia.

Las expresiones verbales que ilustran lo señalado en el cuadro precedente, se transcriben a continuación: "La Jefa Mayor, la asistente social, la psicóloga, el agente sanitario, yo como Supervisora. Y se integra el laboratorio y el equipo de imágenes. Somos entre cinco y seis personas" (E1-Eq.2).

> Al equipo del CAPS lo integran dos agentes sanitarios, un ginecólogo, una médica pediatra, una administrativa, dos enfermeras y yo que soy la psicóloga. Esto es por la mañana. Y nuestra Directora es muy accesible. "El equipo de área está integrado por varias personas. La Directora, que es una persona que te escucha y te permite actuar. Mariana que se encarga de los oficios y de las intervenciones específicas. Blanca es la supervisora de los agentes sanitarios de Alderetes. Yo que coordino al equipo de psicólogos de

los servicios, me encargo de que los casos urgentes o especiales sean atendidos y lo más rápido posible. (E2-Eq.2)

"Médico, enfermero, psicólogo, supervisor de agentes socio sanitarios. Farmacéutica, contador y administrativos" (E3-Eq.2).

El cuadro antepuesto representa las principales características de la dinámica de trabajo en el segundo equipo bajo estudio. A través de las expresiones verbales, las observaciones participantes y las anotaciones en el cuaderno de campo, se percibe un débil reconocimiento del trabajo en equipo.

Cuadro N°5.8: Caracterización de equipos interdisciplinarios que conforman la unidad de análisis. Tercer equipo de estudio

Tercer equipo de estudio: Equipo de salud interdisciplinario del Área Operativa Mariano Moreno, depende del Área Programática Centro perteneciente al SIPROSA. Ubicación en capital de Tucumán. Comprende al 2º Nivel, brinda atención a la población de referencia, a partir de criterios de accesibilidad.			
Conformación del equipo interdisciplinario	**Misión y visión**	**Objetivo general y específicos**	**Funcionamiento**
Integrantes 4	Ser un Equipo interdisciplinario, para responder a las diversas problemáticas presentadas en la salud integral con una mirada reflexiva	- Asistir los casos del ASI. -Brindar educación preventiva para la disminuir la cantidad de niños abusados	-Jefatura médica -Subdirectora (Lic. en Trabajo Social). - Capacitación -Reuniones de grupo -Reevaluar y replantear

Fuente: Elaboración propia.

Esta caracterización surge sobre la base de las entrevistas -semiestructuradas- aplicadas a los profesionales entrevistados, a ello se acompañan los discursos verbales siguientes:

Nosotros en el área operativa no contamos con un trabajador social designado, la Subdirectora del área operativa está cubriendo ese rol, sin ser

su función práctica, nos acompaña en los casos. Como equipo estamos en permanente comunicación por la complejidad de las problemáticas. Trabajamos en la coordinación y articulación de algunas problemáticas. Yo soy reemplazante de Luciana Gutiérrez, la referente de salud mental en el área. También como psicóloga clínica acá en el CAPS y me ocupo del trabajo comunitario, donde se articulan muchas especialidades en un caso. (E1-Eq.3)

Soy Supervisor de agentes sanitarios en el Área Operativa. Llegué al área porque me interesaba mucho esta dinámica de trabajo en equipo, mi interés era personal quería poder entrelazar la tecnología, no solo de los sistemas informáticos sino de las nuevas formas de vincularse a través de la tecnología y entender a la sociedad. Quería trabajar para un cambio en la comunidad, que la comunidad tenga un mejor acceso, que la gente que vaya a trabajar en la comunidad tenga un cierto conocimiento. Yo trabajo hace 15 años en el sistema. Y en mi función de supervisor. Con mi equipo interno, los agentes sanitarios y yo, tenemos esa pertenencia de grupo. Somos interdependientes los unos de los otros. Tratamos de trabajar acorde a la imagen de todo el equipo. (E2-Eq.3)

Vamos construyendo de acuerdo a los casos específicos. No es que el equipo esté constituido permanentemente, sino que ante casos complejos vamos trabajando y posterior cada uno desde su rol hace seguimiento. Dentro del área se trabajan varias actividades, nos constituimos como equipo para determinados casos pero luego cada uno sigue con su otra actividad. No es como el equipo territorial que se forma en los servicios y que está constantemente constituido y formado para trabajar en casos complejos y puntuales. Nosotros nos constituimos y deconstituimos permanentemente. Es importante conocer desde donde proviene la demanda, del Área de Mariano Moreno dependen 9 servicios más el penal de Villa Urquiza. Trabajamos medio por impulso, es decir, trabajamos un caso generado por un servicio luego con otro caso de otro servicio y después se

> sigue trabajando con las cuestiones propias del área operativa. Y lo que refiere a las funciones de asistencia, promoción y prevención, ante la vorágine trabajamos puntualmente con asistencia. La prevención y promoción la tratamos de canalizar a través de los equipos de los servicios. (E4-Eq.3)

Cabe señalar que las expresiones del Equipo N°3 ponen de manifiesto las diferencias de los conceptos grupo y equipo. En la entrevista N°1 se plantea, por un lado, la comunicación como equipo ante situaciones complejas. Mientras que en la entrevista N°2 se sostiene que en la dinámica del trabajo en equipo existe un grupo interno (agentes socio sanitarios[19]) que trabaja a imagen de todo el grupo.

Aquí aparecen reflejados nociones relevantes de la teoría de grupo. Pichón Rivière (1985), sostiene que la pertenencia se da cuando hay una mayor integración grupal. En este sentido, el concepto de la tarea es central para consolidar la pertenencia a un grupo. La cooperación con otros para realizar una tarea, como así también la pertinencia es la capacidad para centrarse en la misma. Cabe destacar que en el informe del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán (2010: 93), se hace referencia a la capacitación de formación técnica de los agentes socio-sanitarios.

> En lo que se refiere a capacitaciones, se cerró en 2010 la tercera Corte del Curso de Agentes Socio Sanitarios realizado en ATSA, en un convenio entre los ministerios de Salud y Educación y el gremio, por el cual se pudo capacitar a más de 800 agentes de la provincia en distintos temas que hacen a la formación técnica del trabajador de la salud.

En lo expuesto se hace referencia a la formación técnica de los agentes socio-sanitarios, lo que pone en evidencia que no poseen un título habilitante

[19] La gestión del Ministerio de Salud Pública, cerró un trabajo de programaciones que incluye el trabajo específico de planillas, análisis y evaluación con los directores de áreas operativas y programáticas. (Ministerio de Salud Pública de Tucumán, 2010).

otorgado por la universidad o federación colegiada, a diferencia del Trabajo Social, el cual tiene su reconocimiento en la Ley N°27.072.

Otra diferencia con respecto al concepto de equipo y grupo se encuentra en la entrevista N°4, donde se considera que ante determinadas situaciones los profesionales se constituyen como equipo. Además, este Equipo N°3 focaliza sus intervenciones en la asistencia de los casos de ASIJ. En la Declaración Alma-Ata (1978), la APS no es sinónimo de la atención primaria en el primer nivel de atención, como así tampoco la prevención primaria y el primer nivel de atención no son sinónimos. Cabe mencionar que la existencia de los llamados Equipos Territoriales de Salud[20] refuerzan la tarea de prevención y promoción canalizada en los equipos de los servicios.

5.5. Aproximaciones conceptuales: Equipo Interdisciplinario e Intervenciones Interdisciplinarias

Seguidamente se exponen algunas de las aproximaciones conceptuales que se desprenden de las entrevistadas realizadas.

[20]TOBAR, Federico (2010).*Gestión territorial en salud*. En: Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Compiladores). Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos. Universidad Nacional General Sarmiento. Instituto del Conurbano. Páginas 15 a 44.
Además, es de mencionar que el Ministerio de Salud de la Nación crea el Programa de Equipos Comunitarios (PEC), con convenio vigente hasta el año 2021, bajo la Resolución N°1653/2016. La cual se implementó desde el año 2004, estableciendo una política de fortalecimiento de recursos humanos para el Primer Nivel de Atención, cuyo propósito fue contribuir a fortalecer la estrategia de APS como política de Estado en el marco de la Cobertura Universal de Salud. En la actualidad, el PEC reorienta a sus integrantes según la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (Resolución N°32/2019), al incluir sus perfiles profesionales en el Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria.

Cuadro N°5.9: Equipo Interdisciplinario y sus aproximaciones conceptuales – Equipo N°1

E 1	Lo definiría como diferentes disciplinas interviniendo para lograr un objetivo en común, el cual sería en este caso el bienestar del paciente. El trabajo se ve enriquecido a través del aporte de datos, posibilitado a partir de las diferentes miradas de las distintas disciplinas. Las que ayudan a ver desde distintos ángulos el caso o el paciente. Sí. Se trabaja en equipo. El trabajo del Trabajador Social está totalmente ligado y relacionado a los profesionales que trabajan en el Hospital. Nuestro trabajo es justamente ese ser interconsultores, de trabajar relacionado a todas las otras disciplinas**.** Es un rol mediador entre todas las disciplinas. El paciente no llega solo, llega a través de una interconsulta de alguien. No es una demanda espontánea como en otras áreas, como ser política social donde si trabaja solamente con la familia, como único profesional interviniente. Acá es más integral.
E 2	Esto surge de un interés de la Dirección y del Gobierno, donde a través de Carolina Salim se decide formar un equipo multidisciplinar en el Hospital de Niños. No sé cómo se eligió a cada integrante pero a mí me convoca la Directora del Hospital para participar. Conjunto de profesionales que tienen distintas disciplinas y que trabajan con un solo fin, tratar al paciente con problemática de abuso o maltrato no solo la parte física sino todo lo que lo incumbe. La interdisciplina, es abordar una misma problemática desde distintas miradas. Eso va a enriquecer el abordaje del caso, ya que obviamente un paciente/niño/a no es solo la parte física, sino lo mental, lo social, el terreno donde se produjo el abuso. Y la participación de todos, inclusive la gente de derecho es lo que nos permite tomar las decisiones. Son importantes las opiniones en base a las experiencias de cada uno de los profesionales. Es importante abordar todas las patologías desde lo interdisciplinar y de ahí saldrán el aporte de los profesionales al caso.
E 3	A veces se logra y otras no. Pero repito, en este tipo de Comité donde son amplios los lineamientos de formaciones y pensamientos, surgen las diferencias y discusiones, es inevitable. Pero siempre hay que mantener el respeto por el otro. Lo peor son los fanatismos, si a un Comité lo integran fanáticos, termina por destruirse. Por la falta de respeto. El fanatismo no te deja ver otras cosas, ver más allá, creces hasta un punto y luego te bloqueas. La realidad es compleja, pero a su vez es lo que la enriquece. Al ser un hospital de 3er nivel y con la multiplicidad de servicios que brinda a la población, hay muchos departamentos y se buscó unificar el trabajo a través de la conformación de equipos. Con el tiempo y la cotidianeidad diaria uno se va conociendo con sus compañeros/profesionales, aprende a distinguir quienes son los más comprometidos con la problemática, más involucrado o que buscan soluciones. Es un tema muy personal que moviliza muchas cosas entre ellas los prejuicios. Es por ello que algunos profesionales prefieren mantener la distancia para evitar ser, por ejemplo, citados a un juicio. Pero son los menos. Hoy en día existe mucha más información y una guía de los pasos a seguir en caso de sospechar maltrato en el paciente.
E 4	Sí. El equipo interdisciplinario está conformado por profesionales que tienen distintas formaciones, por lo cual es lógico que no tengamos los mismos criterios de sobre "cómo trabajar". Pero vamos trabajando y aunando criterios, nos vamos fortaleciendo.
	Yo concuerdo con los autores que la definen como el respeto por la disciplina del

E 5	otro, respetar lo que el otro considera y a su vez lograr articular y aunar criterios. Es articularnos de manera tal para que el equipo avance. La empatía. Creo que es una virtud que uno tiene o no. Se lo puede desarrollar más o menos. Pero existen personas que no la tienen. Como así también creo que no todas las personas tengan la capacidad para conformar un equipo interdisciplinario, no cualquiera puede hacerlo.
E 6	Nosotros tenemos que si o si trabajar en equipo. Porque los criterios que tiene otro equipo dentro del interdisciplinario, para que el niño permanezca dentro del Hospital, tal vez yo como médica no lo tenga. Y esto de trabajar en equipo nos enseña muchísimo, uno va aprendiendo distintos criterios de las demás áreas involucradas en el trabajo interdisciplinar. Porque dentro de mi área no puedo ver criterios de, por ejemplo salud mental o la sala. Ya que desde mi área, emergencias; se trabaja dentro de un criterio de inmediatez, acá priorizamos que el paciente salve su vida en muchos casos o la protección. Esa es la importancia del trabajo interdisciplinario. Si el niño se encuentra en condiciones física de alta pero no tiene a donde ir o un familiar con quién ir, es un problema gravísimo, para el Poder judicial lo es. Es por eso los tiempos que se toman ellos y por lo cual el niño permanece dentro del Hospital.
E 7	A nivel de trabajo con el paciente, éste es un Hospital bastante acostumbrado a trabajar interdisciplinariamente. Hubo un gran cambio a nivel de los médicos, antes la mirada era muy dirigida a lo orgánico con una función limitada, el poder tomar al paciente desde una mirada más integral posibilitó el entrecruzamiento con otras disciplinas. Ya es bastante usual el tema de las reuniones para poder definir una estrategia común y que excede la especificidad de cada disciplina.
E 8	Creo que el trabajo interdisciplinario es trabajoso pero posible. Como lo plantea Alicia……, ella plantea que no es una yuxtaposición. No es juntarse, es un lazo de trabajo con el otro, atribuirle al otro un saber. Son momentos de apertura y cierre de tu discurso, pero también hay veces que no funciona. Ya que no es solo la relación de las disciplinas, sino también de quienes portan ese discurso. Desde esa mirada, desde muchas discusiones y desacuerdos ha sido posible resolver muchos casos. De ellos nacieron estrategias sumamente innovadoras y creativas. Es lo que hace al trabajo más interesante. Sí, si es que se conforma el equipo. Aunque no siempre se conforma. Y no siempre se puede trabajar en equipo. Y no siempre es necesario trabajar en equipo. Hay veces que la intervención puntual de alguien es suficiente. No es lo mismo hablar de equipo interdisciplinario que se reúne para tratar un caso, a hablar de una interconsulta aislada. Ahí no necesariamente está haciendo un trabajo en equipo, haces tú consulta y te retiras. Hay que diferenciar el trabajo en equipo, el cual lleva un proceso, un conocimiento del otro, reconocimiento de capacidades del otro; y otra cosa es una intervención puntual. Probablemente esa intervención puntual puede colaborar para a posterior el armado de otra cosa, sí. Otra cosa que pasa en este tipo de trabajo es que se suma o se debe sumar gente que está por un tiempo con un paciente o un caso determinado y después se retira, pero el equipo estable sigue.

Fuente: Elaboración propia.

En el presente cuadro se expone el testimonio de las entrevistas realizadas al Equipo N°1, donde se puedo evidenciar que la mayoría de los entrevistados refieren significados sobre diversas nociones con respecto a la interdisciplina: interconsultores, empatía, respecto por la disciplina del otro y criterios de inmediatez.

A continuación se expone el cuadro N°5.10, que corresponde a las manifestaciones verbales del Equipo N°2:

Cuadro N°5.10: Equipo interdisciplinario y sus aproximaciones conceptuales – Equipo N°2

E 1	El trabajo de equipo actualmente se muestra impulsivo ante las problemáticas que se van presentando. Por ejemplo, hace poco se nos presentó el caso de un menor presuntamente abusado. Presuntamente abusado digo porque no se había confirmado. El médico y otro trabajador ante el informe y sin previa confirmación se lanzaron en busca del menor. Lo que fue un acto impulsivo y sin mucho marco legal. Nos falta mucho por trabajar sobre eso. Pero si rescato que hoy en día hay mucha sensibilidad respecto al tema. Estamos más capacitados. Te diría que el conocimiento que nos está faltan es el referido a lo legal. El equipo hoy en día está sensibilizado para hacer dicho abordaje. Poder llegar a obtener un mayor acercamiento con el grupo de Guardia para que nuestro trabajo sea más completo. Y que ellos no se sientan invadidos. Ya que ellos funcionan o se sienten como un sistema aparte. Y debemos de estar más unidos para que esto funcione.
E 2	Es un equipo de trabajo contenedor. Nos colaboramos y escuchamos para llegar a una solución. Si no trabajas en equipo te sobrepasa todo. Nadie es indispensable en el sentido de que si por ser profesional vas a poder solo. Como trabajo en dos lugares le voy a detallar. En el CAPS mi equipo de trabajo es excelente, cuando llega un caso no lo ve uno solo. En el desayuno planteamos el caso y cada uno analiza desde su especialidad, pero de manera integral. En el Área se trabaja muy bien en equipo, la Directora es una persona de bien, que te escucha y nos acompaña. Nos colabora y nos contiene. Acá no hay nadie mejor que otro, cada uno sabe lo que sabe y todos cumplimos nuestro rol. Y dentro de ese rol nos acoplamos y realizamos cosas maravillosas. Dentro del área no atiendo pacientes, sino que trabajamos en equipo y hacemos la contención a familias o análisis de situaciones. Hacemos las derivaciones hacia los profesionales correspondientes. El rol es más amplio. Vemos programas y los coordinamos.
E3	Creo que es un grupo humano de profesionales de distintas disciplinas, cada uno con un bagaje de conocimientos, de recursos, cultura y características personales y profesionales, que vienen a confluir en este espacio que es el servicio. Pero lo que hace al equipo es poder definir el objetivo que tenemos, hacerlo evidente; acordar más allá de las diferencias y encontrar los puntos en común. Sí. Es un ejercicio permanente de revisión lo que uno va planteando,

	aportando y generando en ese equipo. Nuestra intervención concreta es desde el conocimiento de la vida cotidiana del sujeto con el que trabajamos. Podemos definir un campo problemático que nos permita entender lo que sucede en esa persona, familia y/o comunidad. Y cuales son los condicionantes que fueron interviniendo en ese proceso salud/enfermedad, condicionantes sociales. Intervenimos y aportamos concretamente eso al trabajo del equipo y particularmente al trabajo dentro del ámbito de la salud. Siempre con nuestra base que es el respeto y ejercicio de los derechos humanos, trabajar en la promoción de esos derechos, en la autonomía del paciente, de la familia y de la comunidad; en la construcción de la ciudadanía desde este espacio concreto. Sí, hay distintas experiencias. En el primer nivel somos muy pocos, pero sí se está avanzando en este proceso. También en el trabajo en conjunto con nuestros colegas del primer nivel de revisión de nuestras propias prácticas, en espacios de revisión del trabajo cotidiano. Redefiniéndonos como colectivos y agentes de salud.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las entrevistas realizadas al Equipo N°2.

El cuadro N°5.10 comprende a las manifestaciones verbales y sus significaciones conceptuales. En el análisis de las entrevistas se puede percibir las diversas miradas que aportan los profesionales integrantes del Equipo Interdisciplinario N°2:

"El trabajo de equipo actualmente se muestra impulsivo" (E1-Eq.2).

"Es un equipo de trabajo contenedor" (E2 –Eq.2).

"Creo que es un grupo humano de profesionales de distintas disciplinas, cada uno con un bagaje de conocimientos, de recursos, cultura y características personales y profesionales, que vienen a confluir en éste espacio que es el servicio. Pero lo que hace al equipo es poder definir el objetivo que tenemos, hacerlo evidente; acordar más allá de las diferencias y encontrar los puntos en común. (E3-Eq.2)

En estas frases seleccionadas se pueden apreciar las diferencias entre las palabras tales como: trabajo de equipo, contenedor, grupo humano, diferentes disciplinas, acto impulsivo sin marco legal. Por un lado, se percibe que los miembros de este Equipo no expresan el reconocimiento del trabajo en equipo.

Por otro lado, se caracteriza al Equipo como grupo humano de personas que comparte un objetivo en común: impulsivo, contenedor, colaborador, con capacidad de escucha, etcétera.

Al respecto, Ander Egg e Ibáñez Aguilar (1997) sostienen que el equipo es como un conjunto de personas de alta capacidad operativa y, en cuanto el trabajo individual y colectivo, es realizado mediante un espíritu de complementariedad.

Así mismo se destaca el aporte que realiza la E3 desde su propio campo disciplinar. Se puede percibir una aproximación a una significación conceptual sobre la interdisciplina:

> Pero lo que hace al equipo es poder definir el objetivo que tenemos, hacerlo evidente; acordar más allá de las diferencias y encontrar los puntos en común.
> Sí. Es un ejercicio permanente de revisión lo que uno va planteando, aportando y generando en ese equipo. (E3-Eq.2)

Elichiry (2009) plantea como prerrequisitos complementarios para la interdisciplina: trabajo en equipo, intencionalidad y cooperación recurrente. Es decir, el ejercicio permanente de revisión y aportes en el equipo.

Cabe destacar que las diferencias de un grupo, según Kisnerman (1998), define al proceso de grupo como el desarrollo evolutivo, teniendo en cuenta la interacción entre sus miembros y el logro del objetivo propuesto. También, Romero (2006) señala que el grupo es un proceso dinámico y en continuo movimiento. Mientras que Beal et al. (1964) sostienen que el tamaño del grupo es una variable, que a medida que aumenta, tiende a procedimientos formales y reúne las condiciones para el logro de los objetivos.

En la E3 se analiza, además, el aporte específico del campo disciplinar del trabajo social en el equipo interdisciplinario, como se expresa en las siguientes frases identificadas:

> Nuestra intervención concreta es desde el conocimiento de la vida cotidiana del sujeto con el que trabajamos. Podemos definir un campo problemático que nos permita entender lo que sucede en esa persona, familia y/o comunidad. Y cuales son los condicionantes que fueron interviniendo en ese proceso salud/enfermedad. Intervenimos y aportamos concretamente eso al trabajo del equipo y particularmente al trabajo dentro del ámbito salud (E3-Eq.2).

En tal sentido, Cazzaniga (2008) afirma que en el campo de intervención de los equipos interdisciplinarios, el objeto de estudio plantea caracteres complejos y debe abordarse con herramientas complejas. Es decir que en las expresiones de la E3 se puede considerar que a nivel de colectivo profesional del trabajo social en el primer nivel de salud, se está avanzando en este proceso. Cabe señalar que el trabajador social puede brindar sus devoluciones al equipo interdisciplinario. Esto se pone de manifiesto en las siguientes frases:

"También en el trabajo en conjunto con nuestros colegas del primer nivel de revisión de nuestras propias prácticas, en espacios de revisión del trabajo cotidiano. Redefiniéndonos como colectivos y agentes de salud" (E3-Eq.2).

A diferencia, la E1 manifiesta que el equipo interdisciplinario no puede realizar un acercamiento al grupo de Guardia, ya que se considera como grupo que trabaja en forma aislada o bien se constituye como otro grupo de trabajo. Estos conceptos son expresados en las siguientes frases:

> Poder llegar a obtener un mayor acercamiento con el grupo de Guardia, para que nuestro trabajo sea más completo. Y que ellos no se sientan

invadidos. Ya que ellos funcionan o se sienten como un sistema aparte. Y debemos de estar más unidos para que esto funcione. (E1 Eq. 2)

Cuadro N° 5.11: Equipo interdisciplinario y sus aproximaciones conceptuales – Equipo N°3

E1	Para mí tiene que ver con la articulación de las distintas disciplinas como ser pediatría, odontología, etc. Otras definiciones te diferencia interdisciplinar con transdisciplinar que es otro tipo de articulación.
E2	El trabajo interdisciplinario es fundamental para trabajar en salud, y en todos los aspectos. Siempre tiene que haber una interrelación para llegar a algo positivo y productivo. Acá en el área se viene forjando el trabajo en equipo desde hace mucho en ello, en todas las áreas del sistema público donde no se trabaja en interrelación se falla. Sería poder tomar decisiones a partir de una mirada amplia de una temática. Todo el esquema de servicio de salud se lo arma en equipo para trabajar con un grupo en riesgo. Pero, normalmente, no todo funciona de esa forma, eso sería lo ideal. Tiene sus falencias, es como que el motor del equipo va lento. Por desconocimiento, por falta de compromiso, por la situación histórica en que se encuentra el equipo en la provincia, hay muchas variantes. Por ejemplo Sistema de Salud te pide que trabajes en equipo, pero al mismo tiempo te sobrecarga de cosas. Hay mucha demanda de equipos en la Comunidad, pero no tenemos los equipos suficientes para cubrir esa demanda.
E3	Siempre. Nunca me tocaron grupos fáciles, ya que se encuentra en juego lo que cada uno piensa, valores, cultura y personalidad. Juega mucho la forma de asimilar las situaciones, hay gente que se pone muy mal. Y se termina vinculando por fuera de su competencia con el caso o la familia. Lo que se trabaja en cada caso influye en la subjetividad de cada uno de manera particular. Eso también hace al surgimiento de obstáculos dentro de lo que el equipo puede hacer. Nunca es fácil trabajar en equipo. Desde mi mirada, como médico, diría que falta que nos enseñen a trabajar en equipo y aceptando otras opiniones, desde la Facultad. No nos enseñan y por ello mantenemos la creencia hegemónica de que el médico lo sabe todo. Yo me dediqué a la medicina general, y desde mi especialidad sí me sirve y complementa la mirada del otro. Dentro de un equipo cada uno va a ir tomando un rol y cumpliendo funciones del mismo. Marcando direcciones a través de su personalidad, sus ganas, sus experiencias, sus capacidades intelectuales, más a la hora de un trabajo interdisciplinar. Con el Programa de Médicos Comunitarios se aprende muchísimo a trabajar en equipo. Tenemos una compañera de trabajo con mucha experiencia. Yo siempre hablaba de equipo y trabajo en equipo. Una vez ella me dijo: "para poder hablar de equipo deben de pasar años…para poder llevar la bandera o estandarte de equipo pueden pasar años…ahora nosotros solo somos un grupo". Eso que me dijo me dejó con la boca cerrada. Y tenía razón. Esto de lo que estamos hablando son las etapas por las que pasa un grupo para poder llegar a ser un equipo. Un grupo puede trabajar fantásticamente, pero no ser un equipo. Un equipo es mucho más, es cuando realmente el objetivo ya ni se tiene que decir, ni las funciones de cada uno. Porque uno y todos ya sabemos qué es lo que tenemos que hacer para tirar hacia delante. Es saber que cuando falta uno, otro puede continuar con el trabajo. La palabra equipo significa mucho más, es un escalón más arriba.

	Nosotros trabajamos como un grupo interdisciplinario, donde nos estamos conociendo, marcando objetivos constantemente, donde se vuelve hacia atrás para reevaluar y replantear.
E4	Creo que hay que tener en cuenta la etapa en la que se encuentra el grupo o equipo y el tiempo de madurez del mismo. Porque el grupo puede estar en una etapa de constitución y reconocimiento de cada uno como persona y como disciplina, en el poder conocer qué es lo que hace cada uno. Muchas veces cuando está madurando, por cuestiones institucionales se desarma el grupo. Para poder trabajar en forma interdisciplinaria y en grupo, lleva un tiempo de maduración. Y a lo mejor en los grupos o equipos no se da ese tiempo de maduración y se desintegran, por ello es que considero importante el "proceso". Porque cuando uno se reúne con otra persona no trabaja en equipo, a veces es más una creencia el de trabajar en equipo, pero en realidad no es así. Por ejemplo: el informe de un paciente lleva yuxtapuesto el informe del médico, del trabajador social, del psicólogo, del nutricionista y de eso se tiene como la visión de trabajo en equipo interdisciplinario. Pero en realidad es un informe de las distintas disciplinas y no un punto de encuentro. No hay una reunión del equipo para decidir sobre cuál es el diagnóstico, éste es el informe y éste el pronóstico de la situación. Son simplemente informes yuxtapuestos que se les da curso. Pero un trabajo en equipo debería ser algo mucho más profundo, conlleva el poder analizar la situación, el poder pensar el tipo de intervención en conjunto. El trabajar en equipo es difícil, y por momentos se llega a sentir que uno trabaja sólo, como una isla en la que cada cual realiza solo su trabajo. Y hasta incluso la instancia de sentarnos a debatir cual fue la intervención de cada uno no se da. Para mí el poder trabajar con los distintos profesionales del área operativa es muy enriquecedor, en el sentido de que uno va aprendiendo de las otras disciplinas, ampliando la mirada sin perder la especificidad de lo que es el trabajo social. Es aprender a mirar de manera distinta, trabajando en equipo y coordinadamente. Algo muy positivo que tenemos dentro de salud, es que todos los programas están normatizados, entonces sin perder la especificidad sabemos qué hacer y cómo hacerlo. Tenemos los protocolos enmarcados dentro de sus Leyes y en todos los casos trabajamos con ellos y los formularios. Lo que nos posibilita saber claramente cuál es el circuito a recorrer para poder dar viabilidad a los dispositivos relacionados a las temáticas abordadas. En el encontrarse con el otro, me parece fundamental conocer de qué trata la disciplina del otro. Poder saber qué es lo que puede hacer el otro, qué puede aportar y cómo puede trabajar el otro. Lo que nos pasa desde trabajo social está relacionado a una cuestión histórica. Todo el mundo sabe que esperan de un médico, pero a nosotros nos llaman, por ejemplo, cuando quieren que entreguemos una chapa. Y nuestro trabajo no es sólo entregar una chapa. A eso me refiero con conocer lo que es el trabajo del otro cuando se trabaja con otras disciplinas, conocer de qué se trata su trabajo. Ir ocupando espacios, reconocerlos y respetarlos para así pensar estrategias en común sin avasallar a ninguna de las profesiones, trabajar en una línea de igual a igual.

Fuente: Elaboración en base a las entrevistas semiestructuradas realizadas al Equipo N°3.

El cuadro precedente refleja las expresiones de los informantes clave del Eq.3 en torno a aproximaciones conceptuales. En las transcripciones textuales expresadas por los entrevistados se puede inferir una postura de desafío que conlleva la conformación de un Equipo interdisciplinario. Esto se puede percibir en las siguientes frases consultadas:

"Para mí tiene que ver con la articulación de las distintas disciplinas como ser pediatría, odontología, etc." (E1-Eq.3).

> El trabajo interdisciplinario es fundamental para trabajar en salud, y en todos los aspectos. Siempre tiene que haber una interrelación para llegar a algo positivo y productivo. Acá en el área se viene forjando el trabajo en equipo desde hace mucho en ello. (E2-Eq. 3)

"Siempre. Nunca me tocaron grupos fáciles, ya que se encuentra en juego lo que cada uno piensa, valores, cultura y personalidad" (E3 Eq. 3).

> Desde mi mirada, como médico, diría que falta que nos enseñen a trabajar en equipo y aceptando otras opiniones, desde la Facultad. No nos enseñan y por ello mantenemos la creencia hegemónica de que el médico lo sabe todo. Esto, de lo que estamos hablando, son las etapas por las que pasa un grupo para poder llegar a ser un equipo. La palabra equipo significa mucho más, es un escalón más arriba. Nosotros trabajamos como un grupo interdisciplinario, donde nos estamos conociendo, marcando objetivos constantemente, donde se vuelve hacia atrás para reevaluar y replantear. Creo que hay que tener en cuenta la etapa en la que se encuentra el grupo o equipo y el tiempo de madurez del mismo. (E4-Eq.3)

Se destaca el aporte de la intervención profesional del trabajo social en el equipo interdisciplinario, y lo que se entiende por interdisciplina a partir de la E4, quien considera el proceso en el cual se encuentra el grupo y las diferencias que existen entre grupo y equipo interdisciplinario. Finalmente, plantea una visión de

trabajo en equipo como un conjunto de informes yuxtapuestos de las diferentes disciplinas.

> Es importante subrayar que trabajar en forma interdisciplinaria y en grupo, lleva bastante tiempo de maduración. Y a lo mejor en los grupos o equipos no se da ese tiempo de maduración y se desintegran, por ello considero importante el proceso (E4-Eq.3).

No obstante, las transcripciones ponen en evidencia la conceptualización del proceso de grupo, tal como lo menciona Pichón Riviere (1985).

En cuanto a la interdisciplina, se evidencia una aproximación conceptual a los autores como Follari (2013), quien sostiene que la constitución de un equipo interdisciplinario depende de las institucionales, entre otras. Para la conformación del mismo, es necesario el reconocimiento del otro, el saber disciplinario y el respeto por el otro.

Matriz Conceptual N°5.1: Caracterización de los Equipos Interdisciplinarios

Equipo N°1	Comité: grupo de personas - bien común - atención protocolizada en atención hospitalaria - equipo interdisciplinario - presentaciones legales – función - objetivos, dificultades institucionales. Equipo interdisciplinario: diferentes miradas de las disciplinas - objetivo en común - trabajo enriquecido - la responsabilidad compartida - escasa formación en la interdisciplina- aprendizaje - distintos criterios de áreas involucradas - criterio de inmediatez - criterio de protección. Interdisciplina. Representaciones.
Equipo N°2	Equipo interdisciplinario de salud: trabajo de equipo – contenedor - grupo humano - diferentes disciplinas - acto impulsivo - capacitación en el marco legal – sensibilización - la escucha - los roles de los miembros - intervenciones como equipo.
Equipo N°3	Trabajo interdisciplinario: interrelación - toma de decisiones mirada amplia. Grupo interdisciplinario: planteo de objetivos constantes - etapa del grupo - tiempo de madurez – constitución - reconocimiento de sus miembros - disciplina.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del trabajo empírico.

En esta matriz conceptual se expuso la caracterización del Equipo Interdisciplinario, según la información recabada en el trabajo empírico. Resulta de interés destacar que en el Equipo N°1 se pone de manifiesto la conformación de un Comité. Éste es concebido como un conjunto de personas que se constituye en una institución hospitalaria con lineamientos formales, una misión, visión y objetivos específicos. Surge, además, la conceptualización de Equipo Interdisciplinario, en la que se entrelazan diversas posturas que responden a las representaciones personales de los entrevistados.

En relación con esta categoría de análisis en el Eq.2, se evidencian aspectos de un equipo interdisciplinario de salud, conformado a partir del trabajo de equipo, contenedor, grupo humano, diferentes disciplinas, etcétera.

En el Equipo N°3 surgieron aspectos empíricos sobre el trabajo interdisciplinario, el cual está interrelacionado con la mirada del otro miembro. Grupo interdisciplinario se ubica en el paso medio, intermedio para la conformación de un Equipo interdisciplinario. La interdisciplina aparece como el encuentro con el otro para conocer la disciplina. También la cuestión histórica del Trabajo Social aparece en ese encuentro.

5.6. Resumen del capítulo

En este capítulo se presentó el recorrido del trabajo de campo como un segundo momento investigativo. En el proceso metodológico de la etapa del diseño se realizó la selección de las técnicas de registro, como la entrevista semiestructurada y la observación participante.

En una primera instancia se presenta y se describe la conformación de la muestra seleccionada, el perfil de los informantes clave, y la caracterización de los tres Equipos Interdisciplinarios. Por otra parte, se realiza el análisis e interpretación de los datos cualitativos que continúan en el capítulo siguiente.

En cuanto a la conformación de la muestra seleccionada, se seleccionaron 3 Equipos Interdisciplinarios de diferentes niveles de atención del SIPROSA. El referente empírico y marco institucional comprendió a la unidad de análisis y a la población de estudio, analizadas desde Foucault (1992), Castro (2011) y Mendicoa (2003).

Como resultado de este proceso continuo de análisis se elaboró la matriz conceptual de la conformación de los Equipos de salud Interdisciplinarios. En la cual se categorizaron los aspectos relevantes en el estudio del objeto de investigación.

El trabajo de campo se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a informantes clave, es decir, los profesionales que por su experiencia y participación en diversos equipos poseían conocimientos acerca del objeto de investigación. Por otro lado, se desarrolló la observación participante, registrando en el cuaderno de campo las características del lugar, la interacción, los gestos no verbales y las experiencias profesionales.

Para el análisis de los datos se recurrió al aporte de Coffey y Atkinson (2003), Huberman y Miles (1994), Dey (1993), Wolcott (1994), Gallart (1992), entre otros.

La muestra estuvo constituida por 15 profesionales, cuyas edades oscilaban entre 36 a 57 años. Esto puede deberse a la conformación de los Equipos Interdisciplinarios con una antigüedad en el SIPROSA de 10 a 20 años.

En cuanto al tiempo de permanencia en los Equipos interdisciplinarios, se evidencia un proceso de 2 a 6 años. Lo cual da cuenta de que existe una escasa formación en la interdisciplina. No obstante, en la mayoría de los entrevistados se evidencia experiencia de participación y trabajo en equipo, donde pudieron crear relaciones vinculares.

En el Equipo N°1 se puede percibir un mayor número de integrantes y, por lo tanto, mayor incorporación de servicios, acorde a las diversas disciplinas.

El Equipo N°2 realiza actividades de acompañamiento a otros Equipos. Mientras que en el Equipo N°3 se evidencia la incorporación de miembros que forman parte del Área Operativa de Mariano Moreno, con 9 servicios que ofrecen diversas actividades de coordinación y articulación.

La composición de los Equipos Interdisciplinarios, donde predomina el sexo femenino, muestra las siguientes franjas etarias: Equipo N°1 entre 36 a 50 años, Equipo N°2 entre 36 a 57 años y Equipo N° 3 entre 41 a 47 años. Por otro lado, se identifican dos jefaturas médicas de áreas operativas y solo el Equipo N°1 con un coordinador (Lic. en T.S.).

En cuanto a las aproximaciones conceptuales respecto al Equipo N°1, los entrevistados se perciben como un Comité. Éste es concebido como un conjunto de personas que se constituye en una institución hospitalaria con lineamientos formales, una misión, visión y objetivos específicos. Surge, además, la conceptualización de Equipo Interdisciplinario en la que se entrelazan diversas posturas que responden a las representaciones personales de los entrevistados.

En cuanto a la representación de la interdisciplina propia de la dinámica hospitalaria (protocolizada en la atención de caso de ASIJ), en el Equipo N°2 se desarrolla el trabajo en equipo como una estructura de intervención. Se evidencian aspectos del trabajo interdisciplinario en salud, caracterizado por la contención, humanidad e integración lograda desde las diferentes disciplinas, etcétera.

Finalmente, el equipo N°3 se visibiliza como un grupo interdisciplinario que está recorriendo un proceso de constitución hacia el Equipo Interdisciplinario**.** Según los casos presentados acerca del ASIJ, se constituyen como Equipo, pero abordando las problemáticas desde su propia disciplina, sin mediar acuerdos entre los profesionales.

CAPÍTULO VI: Trabajo de Campo -tercer momento

Este capítulo da continuidad al recorrido del segundo momento del proceso investigativo, presentado en el capítulo anterior, vinculado al trabajo empírico. Los apartados desarrollados están relacionados con el objetivo general de esta tesis: analizar las tensiones que emergen en las estrategias de intervención, en casos de ASIJ abordados por los Equipos Interdisciplinarios luego de la implementación de la Ley Nº 26.061 y los objetivos específicos, detallados desde la introducción del presente estudio.

En efecto, a partir del testimonio de los profesionales entrevistados, se despliega el proceso de análisis de los datos relevados. Como ya se mencionó, con el fin de organizar dicho análisis, se llevó a cabo la transcripción de las entrevistas semiestructuradas. La estrategia de análisis implicó, primeramente, un proceso de construcción de categorías y subcategorías, de modo inductivo.

De ahí que la organización responde a cinco apartados, a saber:

- ✓ Recapitulación del proceso investigativo
- ✓ Intersectorialidad: miradas/enfoque/perspectivas
- ✓ Subjetividad – relaciones vinculares
- ✓ Protocolo / Proceso / Estrategias
- ✓ Fortalezas y debilidades

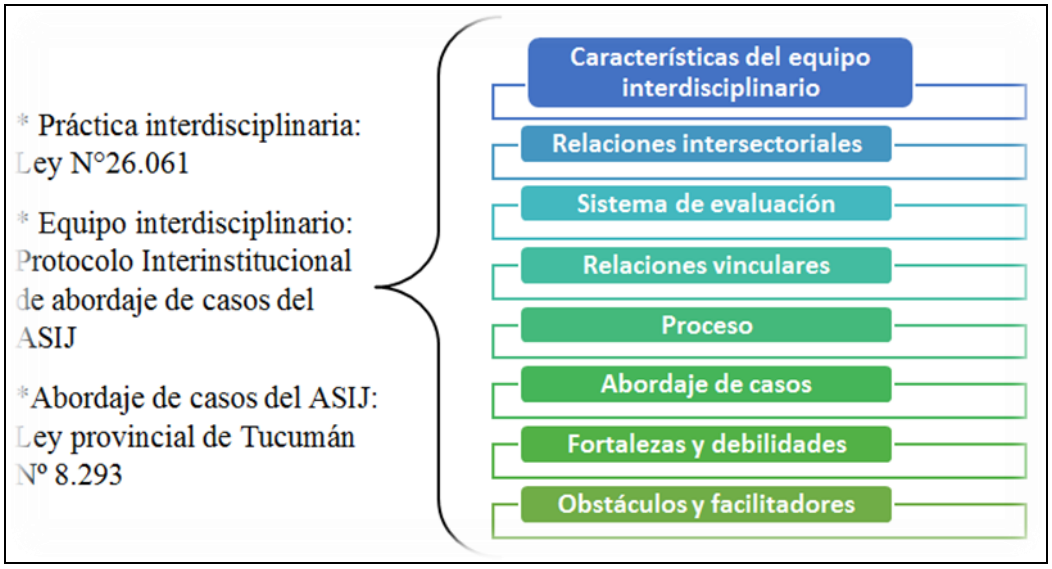
6.1. Recapitulación del Proceso investigativo

Como se mencionó en el capítulo anterior, se aplicaron 15 entrevistas a varones (3) y mujeres (12). Los integrantes de los tres Equipos de Salud Interdisciplinarios pertenecen al SIPROSA. Siendo el referente empírico cada uno de los miembros entrevistados en el período de 2011-2018.

Cabe remarcar que los equipos interdisciplinarios están conformados por: trabajadores sociales, psicólogos, médicos, enfermeros y abogados. Para el proceso de selección de los informantes clave, por un lado, se invitó a todos sus miembros. Por otro lado, se tuvo en cuenta la experiencia y participación en equipos interdisciplinarios con características diversas.

Un aspecto central en el proceso investigativo remite a las categorías y subcategorías identificadas en la investigación documental, explicitado en el Capítulo IV. Las mismas se reiteran aquí, ya que sustentan el estudio.

Matriz conceptual N°6.1: Categorías y Subcategorías del objeto de estudio



Fuente: Elaboración propia.

Esta matriz conceptual se cimentó a partir del análisis, como primera aproximación a la construcción del objeto de investigación, de las prácticas interdisciplinarias, las categorías y subcategorías.

Así, la matriz conceptual precedente, organizó los datos que posibilitaron identificar los documentos de acuerdo a la temática que se investiga, para su posterior análisis y, permite ampliar y profundizar el mismo en el trabajo empírico a partir de los relatos de los entrevistados.

Es necesario recordar que para el análisis de los datos cualitativos en esta investigación social, los aportes teóricos -entre otros- de Coffey y Atkinson (2003), Huberman y Miles (1994), Dey (1993), Wolcott (1994), y Gallart (1992) resultan claves, porque guían y acompañan la descripción de las narrativas, la codificación, los gráficos y los mapas conceptuales que ilustran cada una de las categorías exploradas.

En el capítulo anterior se expuso la caracterización de los equipos, mientras que en este apartado se presentan algunos aspectos relevantes de la misma. Los cuales fueron claramente expresados por los entrevistados del Equipo N°1:

> Ya llevo 12 años trabajando en el Hospital. Y en mi sala, que es el Hospital de Día, generalmente, se internan chicos con patologías no convencionales como ser abuso de sustancia, maltrato infantil, abuso infantil, etc. Por eso es quizá que tengo un poco de experiencia en este comité, pero no así en otros de otro tipo. Antes había un comité, pero después de 2 años se desintegró. Un grupo de personas que trabaja en pos del bien común de chicos que sufren abuso y maltrato. Se trata de mejorar la forma de atención de estos chicos, y que antes no tenían un tipo de atención única. Ahora se trata de que cada niño que ingresa al Hospital con este tipo de situación posea un diagrama de atención en función del esquema, que esté protocolizado. Cada uno sabe lo que tiene que hacer con

un chico que llega a una guardia y de alguna forma determinada en qué se debe de actuar. (E2-Eq.1)

Se está trabajando sobre la Ley de Abuso y Maltrato, la cual está vigente hace mucho tiempo pero no se la estaba cumpliendo. Entonces pusimos el foco en conocerla bien, conocer los alcances, la intervención de cada profesional, unificar criterios, determinar acciones, etc. (E3-Eq.1)

El comité lo que hizo fue trabajar sobre los lineamientos y protocolos. Después de la Ley surge el protocolo, que de alguna manera viene a reglamentar las cuestiones prácticas que la Ley no regula. Pero las mismas son necesarias para el movimiento diario de cada persona que conforma el equipo. El comité tenía muchas funciones, pero se decidió, se detectó, la falta de capacitación del mismo Hospital. Y se determinó que uno de los primeros pasos sería capacitar a todo el Hospital, para que empiecen a conocer el protocolo específicamente. El personal sabía de la existencia del protocolo pero desconocía como llevar a la práctica diaria cuestiones puntuales, como ser: si el abuso es de larga o corta data, que sucede cuando el niño es menor o mayor de 3 años, etc. El personal estaba capacitado pero no de manera específica. (E5-Eq.1)

Si nos referimos al término comité: conjunto de personas que se reúnen. Yo lo siento así, porque yo siento que es un equipo de trabajo. Un equipo donde tenemos un mismo objetivo de trabajo, cada uno desde su profesión, espacio e injerencia trabajamos por un mismo motivo. Lo siento así porque cuando yo como servicio de emergencia tengo un obstáculo y no encuentro salida, lo planteo y todos me dan una respuesta, todos los que puedan ayudar a mover ese obstáculo. Puede intervenir la asesora letrada, servicio social, salud mental o la Lic. Salín quién está fuera de la Institución. A eso me refiero por trabajo en equipo, tratamos un problema que no es solamente mío. (E6-Eq.1)

Entonces, lo destacado en el Equipo N°1 se presenta aquí nuevamente, enfatizando el rol del coordinador del Equipo Interdisciplinario. El mismo es elegido por el voto de los integrantes del equipo, según lo establecido por el reglamento; al cual se suma también el voto del director del hospital. Entre las funciones atribuidas a este rol, se pueden mencionar, entre otras, la coordinación de actividades, potestades, urgencias institucionales, reuniones extraordinarias y coordinación con organismos o entidades externas al hospital.

Según lo expresado por los entrevistados, el coordinador del Equipo Interdisciplinario N°1 es elegido por voto de la mayoría, sumado al voto del director de dicho establecimiento público. Esto es expresado por Quiroga (1994) cuando afirma que el grupo trabaja con un encuadre técnico, actividades, urgencias institucionales, reuniones, etc. A diferencia de Kisnerman (1998) quien sostiene que el líder asume el estatus más alto del grupo dado por las normativas (autocrítica, paternalismo) o la autoridad funcional (participativo).

Lucca (2014) plantea que la tarea de un coordinador no solo requiere mayor entrenamiento, sino también haber vivido en esta práctica, ya que el rol trabaja sobre los contenidos implícitos. García et al. (2008) sostienen la atención flotante del coordinador. En relación al Equipo N°1 se puede percibir que la elección del coordinador fue por mayoría de votos, dada por la normativa, potestad o autoridad.

Además, se identifica otro elemento significativo de la caracterización del Equipo N°1, que es el comité. El cual se comprende como un grupo de personas que busca el bien común. Se rige por la modalidad protocolizada en la atención hospitalaria, donde se presentan dificultades institucionales. También, se lo percibe como equipo interdisciplinario, que tiene un marco legal, con una función y objetivos específicos.

El origen etimológico de la palabra comité deriva del inglés y éste del francés *committere*. El prefijo significa junto y el verbo *mittere*, sinónimo de

promover. Otro antecedente con respecto al término comité, es que fue creado a principios del XVII en la cámara de Lores de Londres. De este modo de definía al grupo de representantes políticos que se reunían con un objetivo claro para dar solución a un problema planteado.

Se hace referencia, además, al sistema de organización federal que adopta Argentina. El Estado argentino está formado por el estado federal o nacional y los estados provinciales. Éstos poseen una Administración pública, gobiernos municipales y, además, autonomía según lo expresa en el artículo N°123 de la Constitución Nacional.

En cuanto a los antecedentes de normativa nacional, existe la denominada Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Éste es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional creado en agosto del año 1992, mediante el decreto 1490/1992. La ANMAT depende técnica y científicamente de las normas y directivas que le imparte la Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud, con un régimen de autarquía económica y financiera. Su actual estructura organizativa fue aprobada a través del decreto N°1271/2013.

Luna y Bertomeu (2019: 2) sostienen la existencia de "dos momentos en la creación de los comités de ética en el país, a saber, una primera etapa lenta y pionera y una segunda que, entre otras cosas, obedece a la existencia del marco regulatorio legal recientemente sancionado". Los autores mencionados ubican en la primera etapa a diversos Comités de los Hospital de Clínica, como ser:

> Comités de los del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, el del Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, el del Hospital Garraham, el del Centro Oncológico de Excelencia de Gonnet, el Hospital Penna de Bahía Blanca y el Comité de Ética del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata. (Luna y Bertomeu, 2019: 3)

Y en cuanto a la "segunda etapa se observa un crecimiento desordenado no siempre voluntario y escasamente apoyado por el Ministerio de Salud y sus Secretarías" (Luna y Bertomeu, 2019: 2).

Según lo mencionado, se puede percibir que el Equipo N°1 posee antecedentes más cercano a los inicios del Comité de Ética en Investigación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez que ha sido acreditado por la Dirección General de Docencia e Investigación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, mediante Disposición Nº 152/DGDOIN/2012:

> En 1988, un grupo del equipo de salud preocupados por la aparición de nuevos conflictos éticos, se reunieron formando un grupo de trabajo para discutir los problemas desde una visión bioética. En 1.993 es convalidado como Comité de Ética Clínica por una disposición interna de la dirección del Hospital en 1.993. Lo integraron desde el inicio distintos profesionales del equipo de salud y el capellán del Hospital. (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, 2.012: 245)

En las expresiones verbales, los profesionales -informantes clave- de este Equipo objeto de estudio, remarcan que forman parte de un comité de personas, en una organización hospitalaria, identificando la complejidad de sus actividades. Se suma a ello la nueva tecnología en el ámbito de la administración pública y la atención hospitalaria, cuya distribución se encuentra en diferentes servicios de diversas especialidades. No obstante, en la opinión de los entrevistados se evidencia que los mismos se identifican como un grupo de personas con un objetivo en común, tal como lo menciona Ander Egg (2009), quien define al Equipo como un grupo de personas con un objetivo claro.

Es de mencionar, que según la Ley N°5.652, conforme al TÍTULO II del Sistema Provincial de Salud, artículo N°4, es necesario:

> Lograr el acceso o de la población a una asistencia médica integral, que contemple sus aspectos físico, mental, higiénico - ambiental y estético, a través de una medicina, humanizada, oportuna, eficaz y participativa, atendiendo siempre a la condición humana de sus destinatarios, y desterrando todo privilegio basado en su situación económica social.

En el título III de la Administración del Sistema Provincial de Salud, capítulo N°1, artículo N°5, punto N°8 se dispone que "los Directores de los Hospitales que no constituyan la cabecera de un Área Operativa", puedan conformar equipos interdisciplinarios para abordar diversas problemáticas. Esto está expresado en la resolución N°1.509/D-415 HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, Expediente N°1.377/1.377/623-D-16, artículo N°1, acerca de la creación del Equipo Interdisciplinario N°1, en la cual se dispone "crear en el Hospital del Niño Jesús el Comité para abordaje Integral de abuso sexual y maltrato en niños, niñas y adolescentes".

La información recabada de los entrevistados que conformaban el Equipo N°1, da cuenta de su percepción como comité y como equipo interdisciplinario. Lo cual hace referencia a lo mencionado por Elichiry (2.009). Este autor señala que, además de los requisitos básicos para la conformación de un equipo interdisciplinario, se requiere el de la integración sistémica, la cual está referida a lograr la atención integral. A diferencia de Ander Egg e Ibáñez Aguilar (1.997) quienes refieren al equipo como un conjunto de personas que tiene un alto nivel de capacidad operativa. Para Follari (2013) la existencia de un Equipo Interdisciplinario depende de ciertas condiciones institucionales. Según lo señalado por Grassi (1995) y Cazzaniga (2008), los conflictos instituciones surgen en el interior de los Equipos. De esto da cuenta el Equipo Interdisciplinario N°1 donde se evidencian dificultades institucionales y obstáculos al interior del mismo.

Otro elemento para ser analizado está relacionado con la institución. Ander Egg (1995) sostiene que la misma se encuentra establecida o fundada. Mientras

que Malinwoski (1944) señala que ninguna institución puede ser funcionalmente relacionada a una sola necesidad. Lo mencionado se refleja en el Equipo N°1, en el cual se percibe la existencia de un comité, que surgió a partir de la incorporación de diferentes servicios con la participación de sus profesionales. También Durkheim (1912) considera a la institución como las creencias y conductas instituidas por la comunidad. Este comité se encuentra establecido por resolución N°1.509/D415, que en su artículo 1 plantea la creación del Equipo Interdisciplinario para el abordaje integral del abuso sexual y maltrato en NNyA.

6.2. Intersectorialidad. Miradas/enfoques/ perspectivas

En este apartado se trata de pensar y reflexionar en torno a las relaciones intersectoriales, se recupera las voces, percepciones y sentires de los informantes clave. En consecuencia, se reproduce lo siguiente.

> En general los tiempos legales no son los mismos que los nuestros. Nosotros queremos soluciones inmediatas por parte de la Justicia, ahí interviene nuestra subjetividad por nuestro trasfondo asistencial y de protección, de querer encontrar la solución. Por ello hay que afinar la puntería en cuanto a lo interdisciplinar y no lo multidisciplinar. Interdisciplinar respetando los tiempos y las necesidades. (E4-Eq.1)

> Con la nueva ley quien se encarga de los procesos de evaluación del adulto de referencia, del adulto con el cual va a regresar el/la menor o bien evaluar qué medida se tomará, es la DINAyF. Y los tiempos del Hospital no son los mismos que los de la DINAyF. Entonces se entiende sus demoras, ellos deben tomarse un tiempo para entrevistar y evaluar a las personas con los que se irá el menor. Es un problema el tiempo de espera que tiene un menor en condición de egreso, es un problema. Ya que el esperar dentro de un hospital lo expone a contagios, el problema es para el menor y para el Hospital. El plazo de evaluación que tiene la DINAyF, es comprensible, pero al Hospital no le resulta. Se pone ansioso el personal

médico y es riesgoso para el menor desde el punto de vista integral. Son muchos los casos donde para evitar un mal mayor (que el menor se retire en compañía del padre abusador) se lo retiene en una sala para evitar contagios. Los procesos de la justicia son lentos, lo que ocasiona conflictos interdisciplinarios, ya que los médicos o psicólogos tienden a culpar a los de Servicio Social o Asesoría Letrada de las demoras. Aunque actualmente se han agilizado esos tiempos, las demoras continúan. Nosotros desde Asesoría Letrada les enseñamos las fechas de envío de los informes y es así como entendieron que es la DINAyF, la que tiene plazos más amplios. Se entiende que la demora de la DINAyF no está mal, es lo que debe de demorar. Lo que se piensa es que debería de existir una Institución intermedia para que reciban a los niños que esperan resolución. Ahora existe un dispositivo, familias de cuidado transitorio, pero que reciben a niños grandes. Cuando amplíen el dispositivo a niños más pequeños, creo que se habrá encontrado una solución. (E5-Eq.1)

Se lo conversa. Nosotros no estamos en el Poder Judicial, no sabemos cómo se manejan ellos. Pero, desde salud, consideramos que son tiempos muy prolongados. Por supuesto que todo lo judicial emite una respuesta y nosotros trabajamos con las asesoras letradas, parte del equipo. El equipo lleva trabajando 2 años y medio. Pero anteriormente veníamos trabajando, no como equipo, junto con la Lic. Salín y la Directora. Se trabajaba la interdisciplina y la interhospitalidad con otros servicios. Hablamos por sobre todo con las asesoras letradas sobre los tiempos que maneja la justicia, y son ellas las que realizan las llamadas y reuniones con la instancia judicial. A veces obtenemos respuestas lógicas y entendibles, pero que no acompañan el proceso del niño dentro del Hospital. Nosotros hablamos de 60 días, 2 meses, que quizá para un adulto no le significan mucho en lo que respecta al crecimiento. Pero eso en un niño significa ser alejado de todo lo que significa el vínculo familiar, crecimiento y madurez, escolarización. Es muchísimo tiempo. Claro. Es que en estos procesos interviene la justicia, proporciona una respuesta. Pero sus tiempos son muy

> prolongados para el niño. Sin contar con la re-victimización del paciente. Nosotros, los profesionales de la salud, no nos referimos por el nombre al paciente, lo hacemos por su diagnóstico: el chico de la sospecha de abuso de la cama x. ¡Mal hecho! No nos referimos con el nombre, sino con el diagnóstico a viva voz. Lo que ocasiona que en toda la sala se enteren de su condición. Cosa que deberíamos de proteger, el diagnóstico. (E6-E1)

En los relatos del Equipo N°1, surgen como elementos relevantes para ser analizados los procesos y tiempos legales: jurisprudencias, leyes de protección integral, diversas interpretaciones. A continuación se expone lo que expresa una entrevistada del Equipo N°1:

> Nosotros estamos muy conectados con X, es una referente. Al igual que con X de redes. Una cuestión actual que yo remarco es cuando se indica el alta clínica de un paciente, inmediatamente se debe contra-referenciar a redes, porque ese paciente está con un alta, ya que no está despegado de toda la patología, no se ha solucionado el problema. Un abuso no se soluciona de hoy para mañana, se pudo haber encontrado el culpable, se pudieron haber tomado las medidas legales correspondientes. Pero cómo elabora, cómo transita el daño recibido ese niño/paciente que después se hará un adulto, cómo recupera su decencia el individuo destruido en un acto violento? Cada uno lo debe de manejar. Por eso hay que contra-referenciarlo para que Redes realice la intervención que corresponda. Y saber que el paciente es uno. (E4-Eq.1)

Continuando con la transcripción, las manifestaciones verbales del Equipo N°1, aportan un segundo elemento de análisis que se refiere al proceso de salud y enfermedad: niño/paciente, contrarrefencia, redes de intervención, alta integral:

> Desde mi parte no. Ya que no estoy en contacto con abogados y otras personas ajenas al Hospital. Pero creería que sí lo ven los abogados del Hospital. Desde el punto de vista médico es fácil trabajar, pero la

articulación intersectorial es la complicada. Por eso es que tenemos chicos con una alta médica pero que demoran en poder egresar del Hospital porque no se resolvieron los problemas de fondo como ser la casa, la Escuela y demás. (E2-Eq.1)

Sí, a través del sistema de redes nos mantenemos comunicados. La comunicación se ha fluidificado, no es permanente pero sí en caso de situaciones puntuales. Ahora se han incorporado e involucrado más instituciones, no solo del tipo asistencial, a éste sistema de redes. Desde cualquier lado se pueden disparar las alertas y poner en funcionamiento las estrategias para el caso. (E3-Eq.1)

Es todo. Trabajar en redes o como quiera que se lo denomine está bueno, son redes de redes. Es un trabajo muy rico y gratificante por su actitud solidaria y de apertura a la protección ampliada hacia el menor. Abre la capacidad asistencial y de respuesta hacia la familia. Red de redes es confianza (en el otro), responsabilidad y respeto (por el otro). Es trabajar en forma conjunta dentro de un marco de respeto, confianza en el trabajo del otro y saber aprender del otro. (E4-Eq.1)

Lo intersectorial no está delimitado del todo. Con la Directora anterior, en reiteradas ocasiones se planteaba que nuestro Servicio Social era el que debía determinar de las altas de los menores y con qué adulto. A lo que contestábamos, que había casos complejos en los que debía determinar la DINAyF y no nuestro Servicio Social, por la complejidad, justamente. Hay un fino límite entre "cuando es uno y cuando es el otro". Ahí es cuando se hace evidente la falta de una buena delimitación. El equipo tiene determinadas incumbencias, las otras ya pertenecen a la DINAyF. Antes, la DINAyF mandaba a decir que el alta le correspondía a Servicio Social y cuando se los planteábamos a Uds. nos contestaban que no. Que eso era incumbencia de la DINAyF. Ahora, la DINAyF lo tiene más claro, mandan por escrito la sugerencia sobre tal caso. El contacto ahora es de manera

> formal, escrita, lo que deja más en claro el proceso. Hoy puedo decir que estamos mejor que cuando empezamos. Había muchísimas dificultades. Cuando se crea el Área de Asesoría Letrada, por resolución Ministerial en el 2016, y comenzamos a trabajar con X nos planteamos no permitir que un niño se quede en el Hospital durante 1 año, teniendo ya las condiciones para su egreso. Porque eso es ir en contra de la Ley de Protección Integral del Niño. Ya que resguardar el derecho superior de ese niño es resguardar su integridad. Se puede contagiar de cualquier cosa, sin contar que el estar institucionalizado dentro de un Hospital no es vida. Es cuando decidimos cambiar el proceso de trabajo, de a poco. Te puedo asegurar que hoy, después de casi dos años, tenemos mucho más agilizado el trabajo con la DINAyF. La DINAyF envía por escrito (lo que no quería hacer al principio) y demora mucho menos en las altas. Ya no tenemos muchos pacientes demorados en condiciones de egreso hospitalario. (E5-Eq.1)

Un tercer elemento de análisis en los relatos del Equipo N°1 se relaciona con la articulación intersectorial: redes, confianza en el otro, responsabilidad, respeto, límite y delimitación de las incumbencias.

Cabe señalar, que al avanzar en el análisis, los relatos de los entrevistados posibilitan ampliar y profundizar en la individualización de variables que ameritan la permanencia del niño en dicha institución de salud.

Con respecto al Equipo N°2, las manifestaciones verbales de los entrevistados dan cuenta de:

> Se han gestado espacios intersectoriales que están trabajando y llevando al nivel de los equipos técnicos y las distintas dependencias ésta nueva mirada. Es lo que permitió que se vaya instalando ésta nueva postura. Es un proceso que hay que estar reforzando, las urgencias, las cuestiones cotidianas y las complejidades que atraviesan a los equipos y las comunidades a veces dificultan. A nivel intersectorial no conozco mucho.

Sé que algunos servicios del tercer nivel, en algunos Hospitales, sí han podido avanzar en esta visión, pero desde los niveles centrales desconozco si hubo propuestas de trabajo más articulada que nucleen los servicios sociales hospitalarios. Sé de experiencias de algunos servicios sociales hospitalarios que por una motivación propia del equipo fue generando estos lazos y pudiendo implementar estrategias con los órganos de protección y los otros actores que agilizaron el tratamiento de situaciones complejas. Es parte del proceso. Hay muchas cuestiones por trabajar a nivel del trabajo social, es una cuestión de organización y del sistema mismo que se está redefiniendo. (E3- Eq.2)

Por su parte, el Equipo N°3 manifiesta lo siguiente:

Tiene que ver con lo político. Cuando aparece la desesperación y la impotencia por lograr resultados surgen las vías informales, que son más rápidas. Pero el obstáculo que presenta es la comunicación. Cómo puede ser que desde otro Ministerio se hable informalmente a un agente sanitario para que haga una visita y seguimiento del caso. Eso va generando problemas y discusiones. Desde esta vía se pierde la formalidad, se pierde la comunicación a la hora de las reuniones, se pierden de vista los datos por la informalidad. Sirve mucho saber que en primer lugar siempre está el operador de salud. A pesar de que haya un caso que pueda sensibilizarnos es importante recordar que siempre está primero el operador de salud. (E1-E3)

Depende con qué sector y para qué. No todo lo intersectorial es complicado. Quizá la cuestión del abuso es todavía una ciencia en lo que se refiere a intervención, todos deberíamos de saber lo mismo, qué es lo que hay que hacer debería ser una matemática para todos. (E2-E3)

Tenemos una articulación muy importante con la Municipalidad. A los casos complejos lo trabajamos con Acción Social de la Municipalidad, y

> así también trabajamos muy vinculados con Educación, con SASE. De forma fuerte y mancomunadamente, más que con el GPI. A pesar de haber un convenio donde el GPI debe evaluar ante una situación particular dentro de una Escuela y el SIPROSA tiene la responsabilidad de seguir el tratamiento. El trabajo se dificulta ya que ellos aducen escasez en recursos humanos. (E4-E3)

Rovere (1998: 21) afirma que las redes "son redes de personas, se conectan o vinculan personas […], pero no se conectan cargos entre sí, no se conectan instituciones entre sí, se conectan personas". Para este autor la conexión de las personas es una conexión personal, aunque aparezcan las instituciones y diferentes servicios, son articulaciones multicéntricas.

En lo que comprende al campo de la administración pública, se denomina estructura o modelo organizacional a la división de cada una de las actividades que desarrollan las instituciones, de esta manera aparecen nuevos vínculos y relaciones. Desde la perspectiva de la Psicología Social, la cual es una rama de la psicología, que ha desarrollado un análisis que "se descubre que los sujetos no sólo forman grupos, también hay redes" (Rovere, 1998: 20).

A partir de lo mencionado, se puede conceptualizar a las redes como el lenguaje de los vínculos. Las "redes no homogeinizan, las redes asumen la heterogeneidad y permiten imaginar heterogeneidades organizadas" (Rovere, 1998: 21).

En la lógica de redes aparecen vinculaciones hacia afuera, como también mecanismos interinstitucionales, referencias y contraferencias. Con respecto a "los niveles en la construcción de redes como: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación, asociación y fusión, en este último rara vez se dan en forma espontánea" (Rovere, 1998). Siguiendo a este autor, la interdisciplina aparece en la práctica como un lenguaje vincular que interpela el discurso hegemónico de la salud, abriendo nuevos vínculos, relaciones de poder y saber.

Por ello, "lo intersectorial nos parecía ineludible, como una necesidad de articular y combinar de una manera especial las políticas, principalmente políticas sociales" (Rovere, 1998: 60).

Y a diferencia, de Dabas y Perrone (1999) sostienen que hay que reconocer en la salud al menos cinco niveles de redes: red personal, red comunitaria, red institucional, red de establecimientos y servicios y red intersectorial. A partir de esta perspectiva, surge la necesidad imperiosa, "[…] de comprensión holística y ecológica - social de la comunidad y de sus integrantes y por el otro, plantearse, a partir de esta perspectiva, la posibilidad de acciones conjuntas" (Dabas, Perrone, 1999: 20). Además, Cunill Grau (2005: 1) afirma que "la noción de la Intersectorialidad remite, en principio, a la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales".

Seguidamente se presenta una matriz conceptual que refleja lo remarcado hasta aquí en las voces de los distintos equipos:

Matriz conceptual N°6.2: Relaciones intersectoriales

Equipo N°1	-Procesos y tiempos legales: jurisprudencias, leyes de protección integral, diversas interpretaciones. -Proceso de Salud y Enfermedad: niño/paciente, contrarrefencia, redes de intervención, alta integral. -Articulación intersectorial: redes, confianza en el otro, responsabilidad, respeto, límite del Equipo interdisciplinario y delimitación de las incumbencias de la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAyF).
Equipo N°2	-Proceso judicial y acompañamiento en el accionar del equipo: Falta de acompañamiento por oficiales de la zona, falta de capacitación para el abordaje en temas de violencia de género, desgaste en el equipo y ausencia de diálogo. -Falta de articulación entre el Sistema de salud, Acción social y entidades religiosas.
Equipo N°3	-Intersectorial: diferentes sectores -Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAyF), Desarrollo Social, Ministerio de Educación-. Complejidad dada por lo político, que generan vías de comunicación, informales y rápidas.

Fuente: Elaboración propia.

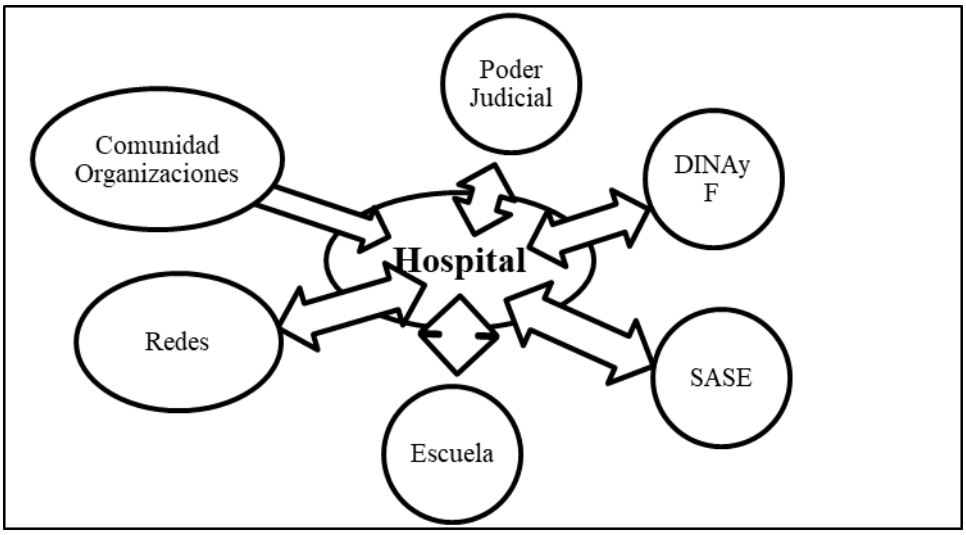
La matriz conceptual precedente se ajusta a las notas distintivas de la subcategoría N°2 que comprende a las Relaciones Intersectoriales. Al respecto, se señala que en cuanto al Eq.1 los datos que arroja el trabajo de campo hacen referencia al proceso y al tiempo legal amplio con relación al proceso de salud y enfermedad del NNyA, lo que repercute en el equipo interdisciplinario. Por ello, se enfatiza que la interdisciplina debe afinar las articulaciones intersectoriales y las redes de confianza, etc. Esto hace referencia a lo mencionado por Rovere (1998) y Dabas y Perrone (1999), quienes plantean la comprensión holística y la posibilidad de pensar en acciones conjuntas.

En el Equipo N°2 surgen aspectos que se refieren al proceso judicial y al acompañamiento del accionar del equipo. Cabe señalar la falta de capacitación y de articulación entre los ministerios de Acción Social y entidades religiosas de la comunidad. Según lo mencionado por Rovere (1998), lo intersectorial se puede entender como niveles en la construcción de redes.

En lo que comprende al Equipo 3 lo intersectorial aparece como una articulación compleja de las diferentes instituciones que son contenedoras. La complejidad de lo intersectorial está dada por la visión política de los diferentes actores sociales de los Ministerios, de esta manera surgen vías de comunicación formal e informal. Respecto a lo político, Beck (1997) señala la diferencia clásica entre la política referida al Estado y lo político referido al sistema político. Desde otra perspectiva, Cunill Grau (2005: 8) sostiene: "Cualquiera sea el ámbito de aplicación de la Intersectorialidad, hay que considerar la institucionalidad política dominante, teniendo en cuenta que actúa como condicionante de la Intersectorialidad tanto en el sentido positivo como negativo".

Las instituciones nombradas se presentan de la siguiente manera:

Figura N°3: Mapa conceptual de instituciones



Fuente: Elaboración propia.

6.3. Subjetividad – relaciones vinculares

Se continúa con el análisis. En este punto se exponen las expresiones que remiten a apreciaciones y significados de los profesionales entrevistados. Se destacan conceptos relevantes referidos a la subjetividad: acompañamiento, anclaje del saber, compromiso y responsabilidad.

> Porque la persona que asiste considera, muchas veces desde lo personal, que ya hizo su parte de labor. Por eso está bueno volver a actuar, no desde el enseñarle, sino desde el acompañamiento y usarlo como un anclaje para transmitir el saber. Yo como médico le puedo dar el alta clínica y mandarlo a la casa, pero el abusador puede estar ahí. Y es por ello que debo contra-referenciar, para que otro agente se encargue de hacer el seguimiento. Es muy importante no considerar que la asistencia concluyó. Lo que entraría en el terreno del seguimiento de casos (E4-Eq.1).

> Sí, hay muchas subjetividades en los miembros. También depende con quién trabajé. Hay médicos y/o psicólogos que no se quieren jugar nunca por nada. No quieren hacer los informes ni firmar nada. Pero también están

los otros, que se juegan con todo, sobre todo psicólogos. Realizan informes espectaculares que ayudan un montón. Con ellos el Servicio Social o nosotros mismos podemos articular el área. (E5-Eq.1)

Puede ser que a veces uno no comparta criterios, el tema es poder acordar. El problema se suscita cuando hay criterios totalmente opuestos. Sí, me pasó, en muy pocas situaciones pero sí, me pasó. Hubo 2 situaciones en las que yo me retiré, porque no se puede tener dos criterios opuestos. Pero son muy pocos los casos y en su mayoría en un período previo a este trabajo de tomar al paciente desde lo integral. Otra situación de conflicto es el lugar más marginal que tiene la salud mental dentro de un Hospital General donde hay un discurso hegemónico. No lo siento tanto ahora, pero sí, lo tiene. Esto quizá hizo que la orientación que se puede dar de la salud mental cueste ser recepcionada desde la mirada científica, desde la otra disciplina. (E7-Eq.1)

Frustraciones siempre va a haber**.** Tienen que ver con otras instituciones que también están en juego y trabajan desde fuera del equipo e intervienen en las decisiones tomadas, afectándolas en cuestiones de tiempo y o recursos. Por ahí las respuestas de esas instituciones no se corresponden con las del equipo y es ahí donde se generan las frustraciones. Pero es ahí donde se encuentra la fortaleza del equipo para poder seguir. Las frustraciones se encuentran fuera del equipo. En lo que refiere a las relaciones hegemónicas dentro del grupo, no considero que haya dentro del grupo. Cuando llega un caso se lo evalúa y se toma una decisión en conjunto, obvio que no todos están de acuerdo, pero se logra llegar a una mediación. Puede que el médico no esté de acuerdo con la decisión tomada por los profesionales actuantes, pero la última palabra la tiene el equipo y no el médico o la persona que quiera intentar tomar la hegemonía. La decisión se toma colectivamente. No te sabría decir. Podría ser entre los médicos, pero no muy marcadas. En estos años fueron tomando más conciencia de la necesidad de integrar diferentes disciplinas para el

beneficio de los pacientes. La complejidad de los tiempos y la sociedad fueron cambiando la mirada del médico y abriendo su mirada, donde ya no puede solo sino que necesita de esa ayuda. (E1-Eq.2)

Un lugar muy importante. El otro te permite ver o hacer visible lo que uno no puede. Al interactuar en la toma de decisiones la opinión del otro es muy válida, el ve lo que vos no puedes ver, que puede ser lo social o lo jurídico, etc. El trabajar con un equipo multidisciplinar es muy importante, te posibilita reconocer los alcances para así poder delegar al otro especialista abriendo otro ámbito de acción. (E3-Eq.1)

Es muy personal esto de las relaciones inter-humanas. Más allá de la parte profesional tiene que ver con muchas otras cosas. En particular al ser muchos médicos acá, todos con distintas sensibilidades con estos tipos de casos, yo creo que algunos se vinculan más que otros. Entonces uno ya sabe con quién puede trabajar de acuerdo al interés que va a encontrar en el otro, uno va no a lo seguro pero sí a la persona que le podrá dar una respuesta. (E3-Eq.1)

Se perdió mucho, en lo que refiere a relaciones humanas, el saber respetar y escuchar al otro. Se lo ve cuando hay una persona que quiere imponer su idea ante los demás. Por ello ser solidario dentro del equipo, tomado como segmento de una Red, ser respetuoso y no olvidar que uno es parte de un equipo, donde mi opinión es válida. Pero adquiere validez cuando cumple su función dentro del equipo, si mi opinión es intransigente la que está equivocada soy yo. Reconocer que uno puede estar equivocado, tener la apertura sensitiva y así poder reconocer que lo importante es "saber ver qué es lo que necesita el paciente". No que quiero u opino yo. Saber que trabajamos con un individuo, que es como dice la palabra, tiene características propias e individuales que nos la posee otro ser. Es complejo, pero no imposible. El no llegar al 100% nos permite mantenernos en crecimiento. El poder único que existe en este tipo de

estructuras asistenciales es "el paciente". El único que tiene el poder de unir estas disciplinas es el paciente. Por ejemplo, nosotros como médicos no determinamos cuál es la necesidad del paciente, cuál es su realidad contextual para que se le pueda dar contención. Trabajamos sobre eso y lo hacemos entre todos los actores desde su especialización, las enfermeras escuchan lo que los médicos no lo hacen, los psicólogos ven una parte, el servicio social otra. Es un ensamblaje diario para lograr lo que se necesita. El tener amplitud de pensamiento hace a que las cosas puedan mejorarse, particularmente soy muy respetuosa con los demás, pero me respeto a mí misma en mi formación, en mis pensamientos. Hay que tener la amplitud de pensar y dejar que el otro piense. De poder discutir sin sentir que nosotros tenemos las respuestas a todo. Es lo que nos permite crecer. Si uno no tiene la capacidad de adaptación no evoluciona, si no evoluciona no vive. Mi pensamiento es muy darwiniano. (E4-E1)

No sé si es jerarquización, pero sí es organización. Nos encontramos desbordados por nuestra característica, no nos da el tiempo para hacer todo lo que tenemos que hacer. Somos un Hospital que atiende problemáticas en niños, lo que nos diferencia de cualquier otro Hospital de la provincia.
Este Hospital nació de una manera y se tuvo que ir adaptando a una sociedad cada vez más violenta, cada vez hay más sospechas de abuso y maltrato. Los demás hospitales cuentan con dos abogados para atender las problemáticas de los adultos. Este Hospital también cuenta con dos abogados, pero no sólo atendemos la problemática del adulto, sino que la del niño también, que es la que más tiempo te lleva. Los demás hospitales no atienden problemáticas de niños. Al atender problemáticas de niños, somos mucho más proteccionistas que cualquier otro hospital. Debemos resguardar al niño, ya que es una persona que no puede resguardarse por sí mismo, por ende tenemos muchas más competencias y obligaciones que otro hospital de la provincia. Todo el Comité se encuentra desbordado, por ello necesitamos alguien que nos organice y motive para participar. Buscando la forma en la que todos podamos participar a pesar de sus

obligaciones con el servicio. Creo que es una de las principales funciones de un líder dentro de un equipo. Lograr organizar el tiempo del otro para que pueda participar de manera motivada. Sí, así es. También considero que se necesita incorporar más miembros. No son los suficientes. Hay solo un referente por servicio. Deberían de haber, por lo menos, dos miembros de los servicios que son claves. Ya que si uno está complicado para concurrir a la reunión el otro no. Por ejemplo debería de haber 2 médicos de sala, actualmente solo hay 2 médicos de guardia. El médico de sala es el que transmite a los demás. Yo ampliaría el número de miembros, ya que no todos asisten, lo hacen cuando pueden por tiempos. Y formaría un directorio, una mesa chica, con una motivación especial. Para que se sientan obligados a cumplir funciones y asistencia. Ellos deberán ir siempre, en forma obligatoria, y serán los encargados de orientar a todos los demás. Para mí el equipo debería de funcionar así. (E5-Eq.1)

El "poder hegemónico médico", tres palabras que siempre me resuenan en la cabeza. En algunos lugares sucede que lo que dice el médico es palabra santa, aunque no tenga razón. Por supuesto que hay o podemos tener esas personas dentro de esta institución, que no aceptan la opinión del otro y se quieren imponer. Pero ya son los menos. Con ellos es que hay que trabajar y hablar para que comprendan la nueva postura. Es un trabajo arduo, pero se lograron un montón de cosas. No nos pasó en el equipo, no se notan las órdenes. La Directora del Hospital, trabajando dentro del equipo jamás dio una orden por algo que a ella se le haya ocurrido. Nunca sucedió eso. La jerarquía la tenemos todos para emitir una opinión. Cuando no sabemos o no estamos seguros sobre algún tema que no cierra, volvemos a leer el protocolo. Porque a veces hay cuestiones de interpretación, cada uno hace su interpretación. Entonces se vuelve a leer y poner sobre la mesa las dudas. Y dentro del equipo no tenemos esas diferencias y repito, si aprendemos mucho del otro. (E6-Eq.1)

> No sé si en la forma de transmisión. Cuando se encuentran diferentes disciplinas siempre hay una baja del discurso técnico, uno no habla técnicamente, sino que explica. Eso ya está muy aceitado y no sé si es que hubo diferencias en ese sentido. Yo creo que históricamente, siempre se hizo una bajada de lo técnico al momento de explicar algo. Para mí la diferencia está en la apertura, en el poder concebir al paciente de una forma más integral, donde se reconoce que primero hay un ser que es orgánico y también un sufrimiento que no es orgánico, pero sí subjetivo. Eso que ya ahora está bastante más aceitado. Hace 10 años atrás no se concebía ese sufrimiento. El sufrimiento psíquico y subjetivo es algo que empezó a ponerse sobre la mesa de las otras disciplinas, ahora, en estos últimos años. Que la Ley de salud mental plantee que si el sujeto padece sufrimiento psíquico debe ir a un Hospital General, es algo que también marca la diferencia. Es algo que por más que se diga que la implementación de una ley demora 20 años, una generación, hoy en día eso si se está viendo, no es que estamos en el minuto 0. (E7-Eq.1)

Lo trabajado hasta aquí resume las expresiones del Equipo N°1 de la siguiente manera:

Matriz conceptual N°6.3: Equipo N°1-Subjetividad

Subjetividad	Relaciones vinculares
Acompañamiento - anclaje del saber.	La experiencia - el conocimiento del otro - el lugar del rol del trabajador social - la interconsulta médica - las relaciones de poder - lo integral - las diferentes miradas - la complejidad de tiempos y sociedad - el cambio de la mirada del médico necesita ayuda.

Fuente: Elaboración propia.

Al continuar el proceso de análisis se presentan las expresiones de los informantes clave del Equipo N°2:

> Es algo muy importante. Es como una cadena donde todos tienen que estar unidos para que funcione y se vean los resultados. Lo comparo con un equipo de fútbol, todos deben cumplir con su rol para meter el gol. Y en este caso el gol sería poder ayudar a esa persona o esa comunidad en riesgo y sacarlo de su problemática. (E1- Eq.2)

> No es fácil la relación vincular entre los equipos. Cada persona es diferente y tiene una mirada particular sobre su trabajo. Y no le gusta sentirse invadido en su espacio, hay que saber cómo decir las cosas para que el otro no se sienta invadido en su práctica. Para que lo entienda como un pedido y no un dicho. Para mí, cada profesional dentro de mi equipo es muy importante. Su conocimiento es muy importante, como así también su aporte. Es importante respetar sus capacidades. Esas son las fortalezas del equipo. Debemos de escuchar para fortalecer nuestros vínculos personales, que para mí son más importantes que los laborales. (E2-Eq.2)

> Sí. Hay equipos en los que resalta más la hegemonía médica. Pero es algo que se está modificando, los profesionales están comenzando a reconocer en el otro un interlocutor válido y necesario para poder abordar de manera integral las temáticas. Es algo que se está dando de forma dinámica. Se entendió que la salud integral va más allá de solo la atención estrictamente médica. El otro tiene conocimientos, saberes, experiencia y puede aportar. Que nos puede ayudar a pensar y generar o reinventar, mejorando y reelaborando prácticas. (E3-Eq.2)

Con respecto a esta subcategoría, se presenta a continuación las relaciones vinculares de los profesionales que integran los Equipos de Salud Pública, que aparecen y/o emergen en el análisis de las entrevistas:

Matriz conceptual N°6.4: Equipo N°2-Subjetividad

Relaciones vinculares
Funcionamiento de los roles - la relación vincular en los equipos - cada persona es diferente - respeto por sus capacidades y por la escucha del otro - vínculos personales - actores externos - hegemonías médicas - el lugar del otro profesional - interlocutor - conocimiento - saberes y experiencias.

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, las expresiones del Equipo N°3 reflejan lo siguiente:

> Sí, por supuesto. La persona que se encuentra debajo de esa línea de poder no tiene ni voz ni voto, es la que lleva la problemática y busca solucionarla por fuera del equipo. Porque no le tiene confianza al equipo o porque le cuestionaron su mirada o su saber. Se dan muchas resistencias dentro de un equipo al momento de tratar un abuso infantil. Todos nos sentimos un poco vulnerados y atravesados al tratar una temática como esa. (E2-Eq.3)

> Sucede que hay que tener en claro "el objetivo para el que estoy". Cuestiones de poder siempre van a haber para lo que sea. La conformación de un equipo demora mucho tiempo, incluso pueden entrar y salir personas del grupo en lo que dura la conformación del equipo, ya que no siempre se puede trabajar en equipo con todos. Pero mientras tanto hay que ir desarrollando los objetivos y produciendo cambios. Hay que tener en cuenta las frustraciones que se van sumando al proceso de conformación. ¿Para qué estoy conformando este equipo? ¿Para qué me estoy juntando 2 horas y no pudimos producir un cambio en tal cuestión? Y es ahí cuando aparecen las frustraciones. Por eso es que me parece que en el camino de conformación hay que ir produciendo pequeños cambios. En el camino irá quedando la gente que no le gusta, que no comparte objetivo, y se irá conformando otro equipo. Durante esas dos horas de reunión pasan muchas cosas, no solo externas sino que también a nivel interno del equipo, lo que lo moviliza. Y posibilita poder repensar la problemática,

redefinirla, pensarla desde una mirada integral, cómo se complementa con otras áreas. Eso nos moviliza como equipo y promueve un cambio a nivel del equipo. (E3-Eq.3)

A mi parecer va más allá de las disciplinas. Más vinculado a las personalidades, con las formas de ser y estar en el mundo. Es muy extraño en el área donde me desempeño. Por ejemplo el rol médico lo asume la Directora del área, quien representa la autoridad máxima del área. Pero cuando estamos trabajando un caso su función de Directora se vuelve difusa, solo es la médica del equipo. Y a su vez en salud mental la psicóloga es la referente del área, pero cuando estamos trabajando, ella sólo es la psicóloga del equipo. Entonces, yo particularmente, cuando trabajo en el área con el equipo siento que se borran los cargos, que trabajamos en el mismo nivel. Somos todos profesionales por igual sin distinción de jerarquías. No visualizo la hegemonía del médico, siento una relación pareja para brindar aportes, para construir y deconstruir, reformular y repensar los caminos elegidos. Es un trabajo en conjunto. (E4-Eq.3)

Matriz conceptual N°6.5: Equipo N°3-Subjetividad

Relaciones vinculares
Relaciones interpersonales - Falta de escucha - Escaso reconocimiento del rol de los agentes sociosanitarios - La confianza en el otro - Relaciones de poder caracterizadas por la resistencia y la búsqueda del propio lugar como sujeto histórico según el objetivo propuesto - La conformación y el proceso del equipo determinan pequeños cambios.

Fuente: Elaboración propia.

La noción de la subcategoría subjetividad, en la obra de Las Palabras y Las Cosas. Arqueología de las ciencias humanas de Foucault (1966: 32), este autor se ha dedicado su análisis en las construcciones de la subjetividad.

> Por todas partes, el hombre se preocupa por sí mismo; pero, a la inversa, este mismo hombre trasmite las semejanzas que él recibe del mundo. Es el gran foco de las proporciones -el centro en el que vienen a apoyarse las relaciones y de donde son reflejadas de nuevo.

En tal sentido, se considera como subcategoría la relación vincular que se construye con los otros miembros del equipo interdisciplinario, con relación al funcionamiento de los roles profesionales, el respeto por las capacidades diferentes, los saberes cotidianos, conocimientos y experiencias.

En lo que comprende al Equipo N°1, los datos arrojados del trabajo de campo, comprende a la subjetividad, el acompañamiento, anclaje de saber. En Foucault (1969: 170) las relaciones de poder y saber "las relaciones de poder están imbricadas en otros tipos de relaciones (de producción, de alianza, de familia, de sexualidad) donde juegan un papel a la vez condicionantes y condicionado". En este sentido el poder produce un saber y al mismo tiempo implica una relación con el otro. La subjetividad, se produce en el anclaje del interior del campo del saber.

En lo que comprende al Equipo N°2. Los datos arrojados del trabajo de campo hacen referencia al funcionamiento de los roles, la relación vincular, etc. A partir de los aportes de la Teoría del Vínculo desarrollada por Pichón-Riviere (1980), plantea un campo a nivel interno y a nivel externo, a diferencia de Quiroga (1994), los sujetos comparten un tiempo y un espacio determinado.

En el Equipo interdisciplinario N°3, las relaciones interpersonales, se encuentran afectadas por la falta de capacidad de la escucha para posibilitar la comunicación abierta, el reconcomiendo del otro profesional, como interlocutor válido, pero también se evidencia la presencia de un estructura espiral, como ser la presencia de hegemonías médicas, el cuestionamiento a la mirada y saber, resistencias.

6.4. Protocolo – Estrategia

En el presente apartado la exposición de las manifestaciones verbales, a través de los relatos de los entrevistados, despliegan diversos matices que aportan significativamente a la comprensión de las subcategorías identificadas.

Con respecto a los informantes clave del Equipo N°1 señalan, entre otros aspectos, los siguientes:

> Muchas veces nos pasaron casos en los que hubo dudas en relación al hecho de abuso o algún tipo de maltrato. Y es ahí donde el equipo aporta su mirada más amplia, compleja e interdisciplinaria, a través de la charla y la discusión se intenta resolver la problemática del paciente. Interviniendo desde distintas áreas, enriquecidas por su formación distinta a la del médico de sala. Por ejemplo en un presunto caso de abuso interviene una médica forense con un ángulo distinto al que puede aportar un médico pediatra, un abogado. (E1-Eq.1)

> [La interdisciplina] es muy buena porque en primer lugar la responsabilidad no recae en un profesional, sino que cada uno ocupa un lugar. La sabiduría de uno es específica de una especialidad y en un equipo vos contás con gente especializada en diferentes aspectos que se deben de abarcar en un niño que sufrió o sufre abuso. Está bueno contar con un psicólogo, un trabajador social, un abogado, etc. que te dan una perspectiva distinta a la de uno. (E1-Eq.1)

Se percibe que el Equipo tiene una perspectiva interdisciplinaria para abordar los casos de abuso, donde prevalece la comunicación entre sus integrantes. La mirada compleja de la interdisciplinariedad da cuenta de diversos saberes, factores, aspectos y dimensiones que favorecen la toma de decisiones a favor del niño. Esto se ve reflejado en el pensamiento de Eroles (2001), quien

plantea la interdisciplina mediante al diálogo, y en la postura de Morín (1977), quien aporta que la complejidad nace de la interacción de las partes que componen un sistema complejo.

> Lentamente uno se va haciendo. Es notorio todo lo que uno va aprendiendo atendiendo niños con esta problemática, pero uno se va haciendo en la práctica. Porque no hay una formación del médico que se especialice en esta cuestión, es algo que el ejercicio te va llevando a mejorar. (E 2-Eq.1)

Se evidencia que en este Equipo la palabra práctica aparece como un elemento que se aprende en el ejercicio profesional, mejorando la atención de la problemática del abuso sexual infantil. Esto se ve reflejado en el DRAE (2010), donde se refiere que la práctica es el ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas, de orden teórico y práctico. Por otra parte Ander Egg (2011), enriquece esta visión agregando que al iniciar una práctica lo hacemos orientados por un marco referencial.

> Yo trabajo en el Hospital de Niños, es un hospital de 3er nivel polivalente que atiende a la población pediátrica, desde el mes de vida hasta los 14 años. Algunos servicios tienen su rango ampliado hasta los 17 ó 18 años, como ser el Servicio de Adolescencia. Donde yo trabajo, en la Guardia de Emergencias solo se atienden casos pediátricos. Es un servicio que funciona las 24 horas los 365 días del año. Mi actividad la desarrollo durante 6 horas por la mañana, de 8 a 14h. A mi turno lo sigue otro de 6 horas y posterior a ellos la guardia nocturna de 12 horas. Al ser un hospital de 3er nivel y con la multiplicidad de servicios que brinda a la población, hay muchos departamentos y se buscó unificar el trabajo a través de la conformación de equipos. (E3-Eq.1)

Se pone de manifiesto que este Equipo interdisciplinario surgió de la diversidad de servicios y especialidades que brinda el Hospital Pediátrico del 3er

Nivel de atención integral de la salud. En esta trama compleja se visibiliza cómo se integraron las diversas acciones, emergiendo los desacuerdos que conllevan las relaciones de poder y de saber entre los miembros de los diversos servicios. La mirada de García (2011) ilumina este proceso de integración al señalar que convergen diferentes perspectivas hacia el interior de cada disciplina, las cuales poseen implicancias metodológicas y de formación de investigadores.

> Mi experiencia en el manejo de esta temática, maltrato infantil y abuso, la encaro desde mi función como médico de guardia y coordinadora de guardia. Estamos desde hace 12 ó 15 años con la consulta y la presentación de estas causas y los casos de maltrato y abuso fueron en aumento. Creo que está relacionado a la visualización de esta problemática, la gente aprendió a denunciar y sabe que debe ser acompañada. Esto es uno de los méritos del Proyecto de Emergencia. Cuando empezamos hace 7 años, en el servicio de emergencia del Hospital se comenzaron a visualizar estas patologías, y otras más como ser el suicidio, adicciones, consumo, lesiones autoinflingidas, etc. Nos llamó la atención que desde nuestro hacer médico y asistencial no había una respuesta adecuada. Entonces empezamos a trabajar desde lo interdisciplinario respetando la esencia de cada disciplina y lo primero que detectamos fue lo que le generaba al equipo de salud atender estos pacientes. Lo que les generaba significaba la ansiedad con la que se manejaba el médico de emergencias. Un médico atendía con mayor tranquilidad un paro cardio-respiratorio que un niño abusado. La dolencia desde lo subjetivo no estaba valorada, esto comenzaba por el "no saber" y generaba el estado de ansiedad en muchos profesionales. Comenzamos a trabajar con el equipo de guardia, ya que por allí ingresan el 90% de los casos con esta patología. Fuimos mejorando todo eso, pero pienso que el 100% nunca se alcanza, pero ahí está lo positivo ya que nos empuja a seguir trabajando. Trabajamos en el soporte de los pacientes, se formalizó un protocolo asistencial con base en el equipo interdisciplinario. Además se trabajó con Redes del Sistema Provincial de Salud, con el Servicio de Salud Mental, con el Ministerio de Educación, Policía Científica, Familia

> y la parte de la DINAyF. Abrimos todo un abanico de acciones interdisciplinarias de actores necesarios dentro de este escenario, porque la salud de un niño no es solo lo que se ve, es lo que no se ve, lo que hay detrás de él, la familia, la Escuela. Es un sujeto en un contexto social donde muchas veces ese contexto es altamente peligroso, entonces trabajarlo solo desde Salud es una incoherencia. El protocolo proporciona un lineamiento, donde existen puntos no negociables, pero con variables mínimas a tenerse en cuenta. Creo que dentro de salud se ha mejorado muchísimo, antes un Centro Asistencial derivaba el paciente abusado directamente al Hospital de Niños, Hospitales del Interior lo mismo. Hoy los centros asistenciales están brindando atención local en estos casos, con protección para los médicos y el personal que asiste. Se cuida a los que asisten. (E4-Eq.1)

En este Equipo se visibiliza que la experiencia en el abordaje de la temática y la función de cada uno de sus miembros, favorece el trabajo interdisciplinario. Es aquí donde la interdisciplina se manifiesta como un proceso en el cual interviene más de una disciplina, con el objeto de responder y brindar soluciones a situaciones muy complejas. Esto requiere aprendizaje, creatividad, desarrollo de la autonomía y pensamiento complejo (Morín, 1990). Como así también implica diversas reflexiones sobre la propia práctica profesional y del contexto (Stolkiner, 2005). Se vislumbra que este proyecto interdisciplinario surgió en un espacio determinado, respondiendo a necesidades y problemas comunes a este Equipo Interdisciplinario. Se puede interpretar que el resultado de este proceso fue la formalización del protocolo asistencial con base en el equipo interdisciplinario y el trabajo con las diversas redes del sistema de salud. A su vez esto da cuenta que se modificaron las estructuras existentes para dar lugar a un cambio significativo ya que el Protocolo Interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia en la provincia de Tucumán (2015), requiere la intervención de un equipo especializado.

> Me voy a referir afuera del Hospital, porque al ser servicios más pequeños no cuentan con los recursos que contamos nosotros como Hospital de 3er nivel y nos consultan. Recibimos muchas consultas, por la falta material de referencia, o de recursos humanos y materiales. Y así como recibimos consultas, también recibimos derivaciones por determinados procesos. A nosotros como Hospital nos resulta mucho más fácil realizar interconsultas, y más aún al estar dentro de un equipo que conoce cuál es el problema y el protocolo de acción, la comunicación se da de manera fluida y la respuesta es inmediata. En cambio en otros lugares donde no tienes todos los eslabones se torna difícil, sumado al desconocimiento o falta de comprensión del protocolo. Somos y funcionamos como una cadena y solo no podemos hacer nada. Por supuesto que hay muchos obstáculos y dentro de equipo discutimos diferentes puntos de vista, porque mi prioridad como médica emergentóloga no es la misma que la del equipo de salud mental, ni la misma para el equipo de servicio social. Entonces cada uno aprende del otro. Uno tiene que explicar de la misma manera que los otros equipos nos explican a nosotros, para ello dialogamos nuestros puntos de vista, releemos el protocolo, reflexionamos permanentemente. (E6-Eq.1)

En este Equipo Interdisciplinario surge el interés por la interconsulta. Freud (1913) y Lacan (1964) han desarrollado los aportes que operan en relación a la misma: el espacio, el tiempo de internación, los recursos. Agüero Pozzo y Quino Cabral (2017) también los analizan. La comunicación es otro elemento fundamental que opera en la desnaturalización de la interconsulta. Pichón Rivière (1985) desentraña en la misma su silenciosa construcción. Se evidencia a través de la voz del entrevistado que los diversos puntos de vista y el diálogo entre los miembros permite conocer con mayor profundidad el problema que aborda la interconsulta. Como así también se refleja que necesitan aprender del otro, generando nuevas formas de comunicación. Se vislumbra que valoran el aporte de sus colegas en el trabajo de equipo y sienten como necesario el acompañamiento de sus miembros para resolver los obstáculos presentado en la práctica cotidiana.

Si bien se trabaja en equipo acá, no podemos hablar de un equipo interdisciplinario constituido. Acá al trabajar en guardia la interconsulta no siempre son los mismos los que trabajan con los otros médicos, se van armando como equipos esporádicos. Acá es mucho más dinámico, por eso es tan importante que el trabajo interdisciplinario sea algo instituido, histórico y que se sostenga. El equipo se constituye según el paciente. El hecho de que esté todo tan instituido en el Hospital, el cual está muy fogueado en lo que refiere a la interconsulta, hace que el trabajo interdisciplinario, más allá de las dificultades y de la inscripción de discursos diferentes, podamos hacer una articulación. Hubo una apertura de la medicina en cuanto a la contención del paciente en los últimos años, creo que todo ha incidido, la Ley de salud mental, los protocolos, los derechos del niño, etc. Sobre la cuestión del abuso, hay distintos momento en sí, sobre todo cuando ingresé al trabajo en la Guardia. En aquel momento no se estaban haciendo la denuncias, hubo todo un trabajo hecho a nivel del SIPROSA, por un lado para dar a conocer el protocolo en los profesionales intervinientes y por otro para que se cumpla en sí. Había como mucha dificultad en el poder recibir estos pacientes cuando no tenían cuestiones orgánicas, algo que dé cuenta de la situación. A partir de la instauración del protocolo empezaron a llegar a guardia un montón de abusos que venía sin lesiones y ya sea por el dicho de la madre o del niño. Estos pacientes son los de mayor complejidad, porque los médicos en primera instancia no los abordaban, es como que hacían una suerte de división de territorio, esto no es mío, es tuyo. En muchos casos inicialmente no se hacia las denuncias, es como que había mucho temor con la implicancia legal y judicial. El protocolo vino de alguna forma a resguardar al profesional, baja el nivel de angustia a los pacientes, ordena también. Estas cosas que hoy están tan aceitadas en el 2010 no eran así. El diagnóstico de abuso pertenece a la clínica médica, más allá de que no tenga lesión. ¿Por qué aclaro esto? Porque en un principio decían "abuso" y lo mandaban al psicólogo, ellos no abordaban, no interrogaban, no revisaba. Hoy lo que implica la interdisciplinariedad es que por más que

> no tenga ningún tipo de lesión, se los revise clínicamente, no en relación al abuso si al abordaje. Teniendo en cuenta que éste es un Hospital General y salud mental actúa como interconsultor. En todo tipo de intervención se lo aborda como interconsulta. A nosotros nos llamaban como una forma de ratificar si existió abuso debido a la angustia que generaba la situación. Hoy en día acorde sucede pero en menor escala. Hoy en día cuando se denuncia, se denuncia una sospecha. Pero ya no es ámbito del médico determinarla. Es algo que se tuvo que trabajar mucho, en su momento hasta la Guardia hizo reuniones con los médicos de la policía, ya que surgía la necesidad de determinar qué es lo que se debía evaluar en los niños. Se llegó a acotar que es lo que el médico puede indagar. Se trató la re victimización del niño, ya que era revisado por el médico de guardia para a posterior serlo por el médico de la policía. Y darle la contención que necesita como cualquier otro paciente del Hospital. Esto fue un proceso que llevó muchísimas reuniones, con el SIPROSA, con la Justicia y con la Policía. Esto generó una gran demanda en la Guardia del Hospital del Niño Jesús, todas las denuncias se canalizaban a través del Hospital. En aquel momento sí. Pero en un momento llegaron a ser 3 abusos por semana, una barbaridad a nivel local. (E7-Eq.1)

Según la percepción de este entrevistado el trabajo interdisciplinario no se encuentra legalmente establecido e históricamente fundado. Carballeda (2008) ilumina esta visión desde la interdisciplina, pensada como un escenario atravesado por la incertidumbre. Es así como surge lo instituido e instituyente, dos realidades contrapuestas que se dan en la organización. En este escenario se entrecruzan las diversas percepciones de las normas, valores, tareas, reuniones, creencias personales, que constituyen la trama compleja interdisciplinaria. En el colectivo imaginario emergen discursos y lenguajes médicos que operan como bloques tácticos, dando forma a nuevas maneras de pensar. A la luz del pensamiento de Foucault (1976) los discursos institucionales atraviesan el campo de las relaciones de fuerza, de poder y de saber generando tensiones, desacuerdos y desigualdades. Se vislumbra, a través de la voz del entrevistado, que la inscripción de lo

constituido, prácticas profesionales, acciones, tiempo, horarios se materializa en cada uno de los miembros. Bergen y Luckmann (1968) ayudan a enriquecer esta cosmovisión, donde las instituciones se experimentan como si poseyeran una realidad propia, que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo. El relato del entrevistado y la mirada de Souto (1993) dejan entrever que la organización cobija una propuesta, convoca y propone. Aquí emerge, especialmente, lo instituyente a través de las diversas acciones interdisciplinarias para el abordaje de las problemáticas del abuso sexual.

> Yo como médico le puedo dar el alta clínica y mandarlo a la casa, pero el abusador puede estar ahí. Y es por ello que debo de contra-referenciar, para que otro agente se encargue de hacer el seguimiento. Es muy importante no considerar que la asistencia concluyó. Lo que entraría en el terreno del seguimiento de casos. (E4-Eq.1)

Se evidencia en el testimonio del entrevistado su preocupación por el seguimiento de casos de abuso sexual y el trabajo en terreno. Es Tobón (2001) quien ayuda a desentrañar la etapa que se focaliza en las medidas adoptadas y el control de las indicaciones terapéuticas, sociales y judiciales. En esta trama compleja y multifacética, el relato del profesional vislumbra un cambio de paradigma médico, expresado en la toma de conciencia para generar nuevas acciones, sincronizadas y articuladas con los diferentes niveles del sistema de salud.

> Conjunto de profesionales que tienen distintas disciplinas y que trabajan con un solo fin, tratar al paciente con problemática de abuso o maltrato no solo la parte física sino todo lo que lo incumbe. La parte médica es una de las más sencillas, porque tomamos decisiones acerca de la medicación, antibióticos, profilaxis para enfermedades de transmisión sexual, pastillas del día después, cosas que son más técnicas. Las cuestiones que me parecen más complicadas son las legales, por una burocracia existente a

nivel superior. Y la parte de salud mental que es más subjetiva y compleja. (E2-Eq.1)

El relator da cuenta de que en el imaginario de los miembros del Equipo cada uno se concibe como parte de un todo, donde se entrelazan: la interacción, el aprendizaje, la cooperación y la pertenencia. Esto se encuentra reflejado en el pensamiento de Pichón Rivière (1985), visibilizando el proceso de grupo. Es aquí donde surge el objetivo en común que requiere de una profunda compresión del contexto social. Se entrecruzan dificultades, procesos, medidas judiciales, indicaciones terapéuticas y sociales. Esta visión está sustentada en los aportes de la OPS y OMS (2007-2008), identificando los desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir. De este modo podrá corregir las debilidades de algunos enfoques e incorporar los determinantes sociales de la salud. Morín (1990) ayuda a entenderla desde el pensamiento complejo. Se vislumbra que al profesional le preocupa la salud del paciente en su complejidad, como así también le interesa los procesos judiciales.

> No me parece que haya un profesional que sea más importante que otro. Me parece que cuando el médico tratante da intervención a los interconsultores estamos todos en un mismo plano horizontal, donde todos los llamados debemos trabajar en el caso y dar nuestra opinión. Yo siempre tuve, en general, buenas experiencias en estos 11 años. Hay ese respeto hacia las otras disciplinas, hacia el conocimiento del otro y de sus intervenciones. No me toco el caso de trabajar con profesionales que no te den el lugar que a uno le corresponde. Pero también uno debe de hacer valer su lugar. Es importante el rol del Trabajador Social dentro del ámbito Hospitalario, sino no tendríamos las interconsultas. A través de todas las herramientas que uno va adquiriendo en la formación. Lo que se va leyendo, lo que se va adquiriendo en la práctica del día a día. Uno viene con lo que es la teoría, pero la verdadera formación como trabajador social en salud la obtienes de la práctica en el Hospital, vas aplicando lo que has leído en la Facultad y ahí vas enriqueciendo tus conocimientos y lecturas

> al aplicarlas en la práctica. Es ahí donde se fortalecen y amplían, como a su vez puedes ir haciendo aportes. Todo relacionado a lo que dije anteriormente de la horizontalidad de los profesionales, todos los aportes son valederos, necesarios y enriquecedores. (E1-Eq.1)

En el relato del entrevistado se evidencia la cosmovisión colectiva como interconsultores en este Equipo Interdisciplinario. Emergen diversas reflexiones sobre la práctica crítica y el rol del Trabajador Social. El pensamiento de Villela Iamamoto (1992: 180) ilumina este escenario contradictorio en el ejercicio profesional, donde se anhela la "ruptura con aquella herencia, evitando una perspectiva maniqueísta y/o particularista en el análisis de la profesión". Se desentraña en esta área de la salud cuales son las bases para alcanzar la legitimidad de la acción profesional. Surge en el discurso el reconocimiento del otro, la valoración de los aportes, los saberes, la formación en la práctica profesional y la experiencia en el campo. Se percibe una postura crítica del rol del Trabajador Social en el ámbito hospitalario.

> El cambio, para los que somos antiguos, sí se notó. Pero como hablamos de salud y sus actores cambian constantemente, debemos mantener la atención constante. O sea, si se logró el cambio, se logró el sentir de la patología subjetiva dentro de un servicio de emergencia que antes era "lo que se veía y tocaba", ese cambio se logró. Ahora se apoyan mucho en las normativas legales que deben de seguir, pero siempre debemos tener presente que hay que seguir apoyando, insistiendo, mostrando el camino. En este último tiempo notamos cosas que hay que reforzar. A lo que un médico siempre está temeroso es a la legalidad con la que se debe de manejar un caso de esta patología. En esta patología, el pacto de silencio solamente se hace en protección al menor, pero si uno guarda el silencio estamos perdiendo tiempo y posibilidades de acciones. (E4-Eq.1)

Se reflexiona sobre las consecuencias del NNyA cuando sufre un abuso sexual y se produce el pacto de silencio, es decir, lo que rodea a la práctica del

incesto. Se interpreta en el relato del profesional cómo emergen los mecanismos que operan en los discursos manifestados en el imaginario social. Giberti (2014: 79) ayuda a descubrir la realidad simbólica "del silencio que se produce alrededor de la práctica del incesto, estructurado en forma de defensas psicológicas denominadas negación o desmentida". Se puede interpretar en su testimonio cómo destaca la importancia del trabajo en forma interdisciplinaria, develando un cambio cualitativo en las intervenciones, que favorezca el accionar inmediato ante las situaciones de abuso sexual infantil.

> La implementación del Protocolo fue muy buena. Se necesita que se exteriorice más, hay lugares donde hay un total desconocimiento del mismo, y se sigue trabajando como hace 10 años atrás. El problema está en aquel equipo o servicio que no lo conoce al protocolo, porque se encuentra atado de mano porque no sabe qué hacer. (E6-Eq.1)

> La ley de salud mental viene a ser el broche que cierra toda una política a nivel de salud que vienen desde la época…, con todos los aporte de Francia, Inglaterra, EEUU, Italia. Que es ahí donde se plantea la inclusión de otras disciplinas como ser la musicoterapia, terapias ocupacionales, médicos clínicos, abogados, todos. Esto viene a plasmar todos estos movimientos de las políticas de salud mental a nivel mundial. Esto está en otros países como más instituido y no deja por fuera a los médicos. Ahora los médicos aceptan atender un paciente nuestro, para lo que antes les resultaba absolutamente problemático en sala. No sé si es que hay mayor trabajo, creo que está como más incorporado. Cuestiones que antes generaban muchos conflictos institucionales, hoy en día siguen estando, pero son más llevaderos. Las reuniones ya se incorporaron, antes se tenía que hacer una nota para convocarnos, era todo un tema convocarnos a hablar y discutir sobre un paciente. La demora de esos días, los conflictos institucionales, tienen efectos catastróficos en los pacientes. Ahora está muy incorporado eso de reunirse a hablar. Desde el 2005, cuando inició mi concurrencia en esta función, hasta ahora hay una gran diferencia. No sé si

se trabaja más, pero sí, el trabajo interdisciplinario está más familiarizado. (E7-Eq.1)

Según las voces de los entrevistados se pone de manifiesto el tiempo trascurrido y la experiencia adquirida a la luz de las intervenciones y prácticas que plantea el Protocolo Interinstitucional para la atención de NNyA víctimas o testigos de delitos de abuso sexual infantil o violencia de los ministerios públicos de la provincia Tucumán (2015). Todavía coexiste el desconocimiento del mismo, surgiendo tensiones en la práctica interdisciplinaria. Pichón Rivière (1985:) ilumina este proceso mostrando a "la afiliación o identificación con los procesos grupales, pero no en lo que el sujeto guarda una determinada distancia, sin incluirse totalmente en el grupo". Se evidencia que ambos entrevistados muestran un cambio en la cosmovisión de prácticas y teorías, que implica una nueva forma de comunicación, participación y aprendizaje de las diversas disciplinas que repercuten en sus intervenciones. Oszlak y O'Donnell (1994) iluminan los discursos referidos a la política pública como un conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado. Las reflexiones en torno a la ley de salud mental y a la protección integral del NNyA dan cuenta de realidades subjetivas y simbólicas, donde se apoya el trabajo interdisciplinario cotidiano. En este espacio de encuentro surgen propuestas, convocatorias y se dialoga entre los diversos actores intervinientes del sistema de salud.

> No nos resulta difícil, generalmente nos sentamos a conversar en forma grupal y los criterios se van puliendo y se va llegando a un objetivo en común. Donde siempre prima en bien común de los chicos. El obstáculo más grande, para mí, es pasar desde el hospital a una instancia legal. Ese espacio hay como una cuestión burocrática que demora mucho tiempo en resolver problemas del Hospital. El objetivo máximo sería tener una Defensoría dentro del Hospital que nos ayude con esos problemas y esté más en contacto con los chicos. Sí tuvimos una nena de 13 años que no se quería volver a la casa del padre ni de la madre. Ella quería irse con la tía

> paterna. Y desde el Hospital rápidamente se resolvió que ese era el lugar más adecuado, lo define psicología, el médico, prácticamente todos en el Hospital. Pero donde se encontraron los obstáculos fue en la parte judicial, se demoró muchísimo hasta que la justicia resolvió hacer lugar a ese pedido. Terminó con la tía paterna, pero en otros casos no se considera la voluntad de los niños. (E2-Eq.1)

> Son un conjunto de acciones que se basan en la experiencia y en lo previamente escrito. Uno va elaborando el ordenamiento para que sea eficiente el tema de la atención. Como todo equipo deben de definirse objetivos y a quien está destinado, sus alcances. Se elabora un plan, un conjunto de acciones para llegar a determinados objetivos. No es algo que se consigue en un solo día. Es a través del trato diario entre unos y otros que uno puede apreciar el flujograma e ir aceitando el manejo en la práctica diaria. Siempre conociendo cuales son los objetivos es que se define el conjunto de acciones. En la práctica se manejan muchos discursos, de las distintas disciplinas y la propia. Y también uno va aprendiendo desde la propia disciplina en base a la experiencia que le proporcionan los otros casos a utilizar herramientas de las otras disciplinas. Inclusive desde el punto de vista legal, el adquirirlas y utilizarlas en tu disciplina. Asistir y en algunos criterios, como puede ser el de internación, adoptar algunas herramientas jurídicas para el actuar. (E3-Eq.1)

En las entrevistas se pone de manifiesto que entran en tensión las prácticas profesionales interdisciplinarias generadas en el Equipo con los procesos y medidas judiciales que requieren de la intervención de Fiscalías y Defensorías. Ander Egg (2005) favorece la comprensión de esta realidad al interpretar las diversas fuerzas y sectores que aprecian o tienen intereses contrapuestos respecto a un problema. Es aquí donde se ponen de manifiesto los obstáculos que presentan los prolongados procesos judiciales que no siempre tienen en cuenta la voluntad y el deseo del niño. Si bien este Equipo tiene como principal objetivo la protección

integral del mismo, igualmente ocurre la revictimizacion secundaria debido a la tardanza de la respuesta judicial. En los dos testimonios se destaca la importancia del Protocolo Interinstitucional para la atención de NNyA víctimas o testigos de abuso sexual (2015), el cual tiene como objetivo unificar y ordenar criterios que guían las prácticas profesionales e interdisciplinarias. A la luz de Morín (1990), Carballeda (2008) y el relato de los profesionales se puede develar que la problemática social de abuso sexual de NNyA es un delito complejo, porque confluyen diferentes factores que interactúan en el mismo, requiriendo los diversos aportes de las disciplinas para su resolución. Se valora en el imaginario colectivo la necesidad de elaborar un plan estratégico. Esto favorece aunar criterios en la práctica interdisciplinaria con el objetivo de garantizar la función de cada uno de los operadores del sistema: Fiscalías, Defensorías, Ministerios y Equipo Interdisciplinario.

> Cómo se traslada esto a crear las estrategias, trabajando en equipo se pueden lograr las estrategias adecuadas porque cada integrante con su especialidad va conformando la estrategia desde su punto de vista. Así se refuerza y se arma. ¿La debilidad? es que hay que sostenerlas y es muy difícil. Si la estrategia es positiva, tiene que ser sustentable por sí misma y subsistir, a pesar de que el equipo ya no esté. Muchas veces no ocurre eso. Por ello que digo que hay que estar constantemente sosteniendo los equipos y acompañándolos. Hoy hemos creado un equipo interdisciplinar con la DINAyF, para tratar los casos más difíciles, saber a dónde van los chicos. Porque no podemos confrontarnos y desligarnos de la responsabilidad, cuando ingresa un paciente la responsabilidad es de todos y en cascada. (E4-Eq.1)

Se evidencia en el relato del entrevistado que el trabajo en equipo favorece la construcción de las estrategias de intervención para que las mismas sean sustentables. Esto se encuentra resignificado en Lucca (2017) quien refiere que en ese encuentro interdisciplinario se generan las estrategias necesarias de aplicación o intervención, en un involucramiento progresivo. Se vislumbra que necesitan

acompañamiento para sentir la contención y apoyo, logrando así sostenerse en el tiempo.

> Eso es algo que cada vez está más aceitado. Estamos más cerca de lo que uno cree. Yo confío plenamente en la comunicación, a veces lo que cuesta es poder llegar a hablar con la persona o la Institución. Pero una vez que uno pudo entablar el diálogo es todo más fácil. Y además están con los mismos problemas que nosotros acá adentro, con los mismos obstáculos. Lo que es Educación, es un equipo magnífico, están mucho tiempo con los niños que después serán nuestros pacientes. Ellos detectan muchísimas cosas, de hecho muchos chicos son traídos o alertados a los CAPS por la escuela. (E5-Eq.1)

La voz del entrevistado enfatiza la comunicación que atraviesa las instituciones, los sujetos y las diversas realidades simbólicas. La mirada de Pichón Rivière (1985) ayuda a comprender la comunicación como interacción entre las personas, reconocidas como sujetos. Se vislumbra que el diálogo es el soporte vital que favorece la toma de decisiones para disolver las barreras que fragmentan la trama comunicativa. En este escenario Quiroga (1994) desentraña y problematiza la interacción, en tanto se genere una determinación recíproca o interjuego que se efectiviza cuando la presencia y la respuesta del otro es incluida, anticipándose en la actitud de cada sujeto.

> No sé si hay tanta dificultad en las tensiones entre las distintas miradas. Las tensiones que más se suscitan se encuentran en los casos que se hacen públicos, por los medios, o cuando hay presión desde lugares más jerárquicos. Sí, eso genera mucho malestar. Sí, hay tensiones referidas a las diferencias entre disciplinas, pero no se las siente mucho, gracias al trabajo que se viene haciendo y los protocolos que lo organizaron. Antes no era así, si tenías que opinar desde cuestiones que no eran médicas específicas, sí había mucho prejuicio. Ahora se toma más en cuenta lo subjetivo del sujeto en una valoración, se consideran las cuestiones de

> sufrimiento psíquico y social. Por ejemplo en una valoración ya no se observan por ejemplo: buena madre porque no le da el medicamento en horario, mala madre. Ahora ese espectro se ha ampliado, se piensa qué le está pasando a esta mamá que no está pudiendo cumplir con determinada función. (E7-Eq.1)

El relato del profesional pone de manifiesto el malestar, conflictos y sobre exigencias en el trabajo cotidiano, sobre todo cuando se debe abordar casos de resonancia pública. En esta encrucijada se generan relaciones de poder ancladas en los diversos intereses que ostentan los organismos dominantes. La visión foucaultiana (Castro: 2011: 235) ilumina estas relaciones manifestadas en prácticas discursivas y no discursivas, refiriéndose a la libertad que se sitúa "en primer lugar en el abandono de este mito humanista de una esencia del hombre". Se visibiliza el modo de operar de los medios de comunicación que establecen conductas, comportamientos, modos de vivir y sistemas de creencias. Es aquí donde emergen las diversas contradicciones entre la cultura y las pulsiones analizadas por Freud (1930).

> Sí, uno nota que el tiempo no es tan importante en otras instituciones, como si lo es acá en el Hospital. Nos desvivimos porque el niño vuelva lo más rápido al hogar. No vemos esa necesidad de acortar los tiempos en las otras instituciones. No, para nada. Los chicos llevan demasiado tiempo internado. (E2-Eq.1)

"Siempre existen. Pero hoy en día es más fluido el tránsito del paciente dentro del Hospital gracias a la organización que proporciona el protocolo" (E3-Eq.1).

En los entrevistados se percibe la preocupación por el tiempo de internación del paciente en el hospital. La Ley de Salud Mental y los lineamientos del Protocolo Interinstitucional intentan evitar la revictimizacion del NNyA. Es en este escenario donde Murillo (2001) alude a un conjunto de estrategias de

afrontamiento para prevenir déficit, propiciar o fortalecer su bienestar integral del paciente. La mirada de Intebi (2012) sobre la estrategia de intervención, además será lo suficientemente flexible para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención. Emerge la necesidad primordial de unificar los criterios entre los distintos niveles del Estado para reducir el período de internación del paciente.

> Sí. El Comité si estableció ciertos lineamientos con los que no estamos de acuerdo. En la última reunión se generó un debate de acuerdo a los lineamientos. Algunos miembros son más proteccionistas que otros. Entonces debemos de seguir aunando criterios. Es difícil. (E5-Eq.1)

> La verdad que no, no se los incluyó. El personal de enfermería es un personal muy fuerte dentro del servicio, con mucha llegada al paciente. La familia misma confía muchas cosas al personal de enfermería y no así al médico. Sí, se invitó al personal de otras salas, pero bueno…Solo participa el doctor XX. El problema está cuando…por ejemplo si un paciente necesita cuidados intensivos lo subimos a sala de cuidados intensivos; con el mismo criterio a los demás pacientes. El paciente debería de poder ingresar en cualquier sala, de acuerdo a si clínicamente lo necesita. Si existe un paciente que necesita la cama con oxígeno, no podemos derivar otro paciente a esa cama, entonces lo derivamos al Hospital de Día donde hay cama sin oxígeno. Y es allí donde nos piden que derivemos a otras salas. En un momento llegaron a estar 6 pacientes judicializados, internados. Aparte de ser muchísimos, es toda una implicancia legal que corresponde hacer y seguir luchando, lo que genera mucha fatiga al equipo médico. Ellos nos dicen que distribuyamos más, pero pasa que la cama que tenés libre en otra sala tiene oxígeno y esa cama la necesitas para otro niño que la utilizaría mejor. Para realizar este trabajo para mí es fundamental la comunicación y no creerse que uno es dueño de la verdad. Para eso existen protocolos y equipos de trabajo donde se escribe cuál es la problemática, donde se adecuan protocolos a lugares. (E6-Eq.1)

En los relatos se identifican los diversos intereses, los criterios, conflictos e intencionalidades que emergen al interior de este Equipo. Para comprender esta enmarañada trama de sentidos, manifestada en prácticas interdisciplinarias, es necesario acudir a Foucault (1969) quien ayuda a develar el interjuego de los saberes disciplinarios. Los cuales se dan en el espacio donde el sujeto puede tomar posición para hablar de los objetos que trata en su discurso. También Bourdieu (2011) ilumina este escenario cuando aborda los conceptos de campo y habitus. Se evidencia en los entrevistados, a la luz de los autores mencionados, que se encuentran atrapados en un campo de lucha donde surgen relaciones de poder que impiden unificar criterios. El debate es vivido con malestar, con sufrimiento, como algo difícil de sobrellevar. En este espacio emerge el reclamo de quienes se sienten excluidos por el sistema, donde prevalece la hegemonía médica. Si bien existen canales de comunicación, las posturas rígidas impiden el encuentro y la toma de decisiones. Surge la necesidad de la flexibilidad, la apertura al diálogo y la evaluación permanente para consensuar los objetivos logrados.

> Al estar formado el Comité uno puede mantener un contacto más directo con los profesionales encargados de manejar estas patologías, sobre todo con los abogados y la gente de servicios sociales. Es más fácil y por ahí se pueden acercar partes ajenas al Hospital como Defensoría y demás. Uno antes los veía mucho más de lejos. Sí. Pero en mi función no es mucho. Yo solo articulo la parte médica. El infectólogo o el ginecólogo, yo soy el médico a cargo de las interconsultas. (E2-Eq.1)

Se evidencia el cambio de mirada que hace más fluida la relación entre los miembros de los diversos equipos, favoreciendo el abordaje de las problemáticas de abuso sexual. Para entender esta nueva impronta de actitudes, Elichiry (2009) dilucida los diversos requisitos complementarios para la interdisciplina: el trabajo en equipo, intencionalidad, flexibilidad, cooperación recurrente y reciprocidad. Se puede sentir la convergencia de interacción, aprendizajes, lenguajes y saberes cotidianos que adquiere sentido en la construcción de la visión integral de este Equipo.

> Sí, hay un cambio notable. Siempre hay obstáculos pero está todo más facilitado. Teniendo un protocolo de trabajo es más fácil guiarse por sus pautas a que hacer lo que uno piensa que es lo apropiado. Provee el paso a paso de cómo moverse en estos casos. (E2-Eq.1)

> Ahora se puede observar mayor involucramiento en los casos a raíz de que el Comité está presidido por el Director del hospital. Y se han fluidificado los casos de internación o altas médicas, ya que el Director tiene contacto directo con los abogados. (E3-Eq.1)

En los relatores emerge la valoración del protocolo interinstitucional para el abordaje de los casos de abuso sexual infantil. Para poder entender este vector Lucca (2017) ilumina el proceso interdisciplinario y los procedimientos metodológicos. Es así como se vislumbra que cada uno de los miembros del Equipo se involucra en la toma de decisiones, valorando el apoyo del Director del Hospital, como mediador, facilitador y puente entre la Institución y la Asesoría Letrada. El protocolo interinstitucional es vivido como un referente muy importante que favorece la disminución de la angustia y el estrés de los profesionales. Les ayuda a organizar el trabajo cotidiano y da sentido a sus acciones. Los orienta y los tranquiliza porque saben cómo tienen que proceder. Con este dispositivo todo se les hace más fácil, a pesar de las dificultades encontradas. Cabe destacar que el protocolo propone un cambio de paradigma por las nuevas miradas interdisciplinarias emergentes en el abordaje de los casos de abuso sexual de niñas, niños y adolescentes.

"Cuando nos importa transformar la realidad, mejorar la calidad de vida y la integralidad de un niño, la forma en la que trabajás y vivís la intersectorialidad es distinta" (E5-Eq.1).

Se manifiesta la preocupación por la intersectorialidad y el bienestar del paciente. Para poder comprender esta compleja trama de coordinación interinstitucional, Cunill Grau (2005) advierte las bases para la integración entre

sectores que integran las diferencias, posibilitando la búsqueda de soluciones integrales. Se evidencia en el discurso del entrevistado y la autora mencionada tensiones teóricas y prácticas en los niveles del sistema de salud. Se vislumbra, también, relaciones de poder y desigualdades generadas en el sistema de salud, que impiden trabajar en conjunto con otros sectores. En el imaginario colectivo se expresa el valor del compromiso en la práctica. La toma de conciencia de la realidad en la que se vive pretende cambiar profundamente las relaciones laborales a favor del bienestar de los niños. Esto da cuenta de una nueva cosmovisión de la vida y del trabajo.

> Aprendimos mucho a partir del protocolo, de las cosas que vamos viviendo y de las enseñanzas. Pero antes, hace 10 años atrás, venía un paciente con ese diagnóstico o sospecha y nosotros lo revisábamos al paciente, lo interrogábamos por todos lados. Eso es algo que hoy ya no se hace. Por supuesto, salvo que el paciente llegue en una situación crítica, donde hay que intervenir quirúrgicamente, colocación de vía, medicación, suero, sangre, intervención de terapia intensiva, en esos casos sí. Ahora al paciente ni siquiera se le pregunta, nosotros como profesionales de la salud, ni revisarlo al niño. Si el niño quiere decir algo se lo escucha. Y si hace una pregunta que dé pie para preguntarle, ahí sí se le puede preguntar. No somos nosotros los adecuados para hacer el interrogatorio, se trata de preservar el testimonio del niño, que lo realiza en un marco que no es éste, el servicio de emergencia donde todas las cosas son para ayer. No, no. Me parece que se las hacía por un manejo de un protocolo inexistente antes, no por desinformación. Sino porque no existía o no estaba aplicado. Si existía o no, no tengo conocimiento. Pero cuando llegó el protocolo al Hospital, un protocolo bastante extenso, donde participó la abogada XX ya se comenzó a aplicar. Trabajar con un protocolo protege al profesional, pero por sobre todo al niño y la familia. O a la persona adulta que concurre con el niño. (E6-Eq.1)

El discurso da cuenta del cambio de paradigma para evitar la revictimización del niño, niña y adolescente. Es primordial la escucha del paciente, su derecho a ser oído y protegido, resguardando su testimonio. Es aquí donde ocupa un lugar privilegiado el Protocolo Interinstitucional para la atención de las víctimas de abuso sexual (2015), y la Ley Nacional de Protección Integral a los Derechos de las NNyA Nº 26061. Emerge un cambio en las intervenciones interdisciplinarias y en la práctica médica. Se visibiliza la toma de conciencia de los actores institucionales intervinientes como un elemento vital para el abordaje de las problemáticas de abuso sexual, priorizando la escucha del paciente. El Protocolo es vivido como una fortaleza que da seguridad y tranquilidad a los profesionales en sus intervenciones. El Protocolo es un referente que da elementos legales para realizar buenas prácticas, e indica con claridad el camino a recorrer a la luz del nuevo paradigma.

> La gente se siente más segura y con mayor confianza al venir al Hospital o CAPS y decir lo que le pasa. Se sienten más protegidos. Ahora se le da importancia al niño, tiene voz y voto, es parte de la familia. Antes el niño debía permanecer callado, no podía intervenir en conversaciones familiares. Eran otras instancias. Ahora al niño se lo escucha, se le da a elegir, se le pregunta qué quiere, es un sujeto de derecho. Antes si existía el sujeto de derecho, legalmente, pero no se lo practicaba. (E6-Eq.1)

> Es una problemática que va en aumento. No defino si es que aumentaron los casos o si es que los chicos están pudiendo llegar al hospital. Es sumamente grave y calculo que lo que se ve en el hospital es solo la punta del iceberg. (E2-Eq.1)

Aparece con claridad la valoración del NNyA como sujeto de derecho en el imaginario de este Equipo y la función de la institución hospitalaria hacia la comunidad. Para entender esta realidad Bergen y Luckmann (1968) aluden a las instituciones como objetivaciones por el solo hecho de existir. Se vislumbra la legalidad, las normas, lo fundado configurándose en las prácticas profesionales.

También Bourdieu (2008) enfatiza el acto de la institución como un acto de comunicación, que posibilita la identidad de sus miembros. En este escenario emerge la contención institucional, tanto para la familia como para el niño, quienes se sienten más seguros y protegidos. La Institución es vivida como un lugar donde se establecen relaciones a favor del bienestar del niño y donde se encuentra la oportunidad de ser escuchado y protegido.

> Por supuesto, el conocer que hay una ley que te protege y que ampara tus decisiones. Saber el lugar que uno ocupa como agente de salud, el grado de involucramiento que uno puede tener; si uno no sabe cómo continuar, sí sabe cómo derivar. (E3-Eq.1)

> Es una responsabilidad compartida. Cada actor debe ser responsable de lo suyo, pero no es el único. Se debe reconocer que hay un actor responsable del segmento 1, otro del segmento 2, del 3 y así sucesivamente, pero todos forman parte de una estructura única que es ese niño. (E4-Eq.1)

A través de sus testimonios se puede sentir la seguridad y tranquilidad que otorga la fuerza de la ley. Se vislumbra el involucramiento como agentes de salud, materializándose en sus prácticas profesionales cotidianas, lo cual les otorga un lugar determinado en el sistema de salud. Es aquí donde emerge la responsabilidad compartida entre los ministerios, porque el bienestar del niño requiere que cada uno asuma su función con competencia y eficiencia, tejiendo redes de comunicación que sostengan las intervenciones al abordar estos casos.

> Trabajamos perfectamente como un equipo, cada propuesta es totalmente respetada y tomada en cuenta. Además ninguno trabaja solo, somos dos por especialidad, no hay una contraposición de ideas. Lo que pasa es que más que tomar decisiones uno se enfoca en abordar el protocolo ya escrito. Y las cuestiones puntuales del hospital se las comunica a la Dirección y si está de acuerdo se solucionan. Cada uno tiene un rol específico a lo que hace. No es algo complicado porque no somos muchos. Son solo dos de

> cada especialidad para ponerse de acuerdo. Se hace una lectura habitual del protocolo, porque no todo persiste en la memoria. Además hay situaciones que se prestan a distintas interpretaciones. Se dio a conocer el protocolo en una reunión hospitalaria en el año 2017. (E2-Eq.1)

El Protocolo Interinstitucional aparece como un referente muy significativo para el Equipo ya que encuentra en él normas claras para actuar. Para entender este escenario Ander Egg (2009) presenta al Equipo como un pequeño grupo de personas con conocimientos y habilidades que se completan, y ponen claros sus objetivos para la realización de sus actividades. En la voz del entrevistado y del autor mencionado se puede sentir la necesidad primordial de revisar y analizar el protocolo para redimensionar las intervenciones interdisciplinarias. Desde él surge el trabajo mancomunado que disipa las situaciones de soledad, invitando a dialogar, a escuchar, a respetar la opinión del otro, a tomar decisiones, entre otros. Las relaciones interpersonales afianzan los vínculos ya que son pocos los integrantes del Equipo interdisciplinarios. Se hace visible la conformidad y bienestar del personal al tomar las decisiones adecuadas ante los diversos casos de abuso sexual de niños, niñas y adolescentes.

> Son los Psicólogos los que se refieren mucho a *dispositivo*, para mí forman parte de lo mismo, de un todo. Son dispositivos de asistencia, de respuesta, de normativas a seguir, etc. Todos forman parte, hay muchas cosas por hacer, pero lo que une a todos es *la esencia del por qué lo hago*. Podemos tener ideas similares pero no iguales, lo importante es saber por qué lo hago, por qué busco esto. (E4-Eq.1)

Emerge la esencia y la naturaleza de la conformación del Equipo, evidenciado en el dispositivo de asistencia, el cual acompaña las intervenciones interdisciplinarias. Este movimiento de las relaciones de saber y poder, demanda a Foucault (1977) esclarecer las dimensiones entre los enunciados. Se visibiliza una red heterogénea y la posibilidad de buscar soluciones para responder a las problemáticas de abuso sexual muy complejas. Se visibiliza el respeto por las

diversas disciplinas y el saber disciplinario que empodera el dispositivo. Se pone de manifiesto en el discurso la necesidad de desnaturalizar lo instituido para preguntarse sobre los verdaderos motivos que mueven al ejercicio profesional. Además, se visualiza un planteamiento interno sobre la técnica profesional, las intervenciones y el modo de abordar los diversos casos.

> Los objetivos van migrando. El objetivo de inicio se lo logró pero no hay que descuidarlo, el objetivo que sigue es otro y tampoco hay que descuidarlo, y sucesivamente. Básicamente hay que respetar la esencia de la especialidad de cada uno. (E4-Eq.1)

Se percibe la valoración por los objetivos generados en este Equipo y su inquietud por el sostenimiento de los mismos en el tiempo. Para comprender lo que sucede en el interior de este Equipo, Testa (1989) ilumina esta situación donde la administración estratégica es un intento por superar las insuficiencias de esa disciplina frente a circunstancias complejas y conflictivas. Se vislumbra la necesidad de continuar evaluando los objetivos logrados para superar las contingencias actuales y sostenerse como Equipo en el tiempo. Todos los miembros del Equipo son valiosos por sus aportes según sus competencias profesionales.

> No puedo nombrar cuáles disciplinas están a favor del proteccionismo. Todos queremos resguardar al niño y su bien superior. En lo que no nos ponemos de acuerdo es en el cómo. Algunos dicen que el bien superior del niño no es dejarlo internado ante la duda. Ya que si lo dejo internado ante la duda, en realidad me estoy protegiendo a mí y no al niño. Lo estoy haciendo *por si pasa algo y después caigo yo*. Eso si pasa a veces, he visto en profesionales que dejaron internado al niño *ante la duda*. Si la duda es razonable, sí, apoyo la internación, pero si no tiene fundamentos, no. También están los que no protegen tanto y dejan ir al niño. Las personas que integran actualmente el comité, son personas que quieren el bien superior del niño. Cada uno con criterios diferentes pero con un mismo fin.

> Por ello creo que sí podemos acordar cómo lograr el interés superior del niño. El fin es el mismo, por ahí no nos ponemos de acuerdo en el cómo, pero eso es algo que hay y se puede trabajar. Limar asperezas en el día a día y aunar criterios. (E5-Eq.1)

En la voz del entrevistado se puede sentir cuánto se valora el Interés Superior del NNyA, como así también la necesidad de unificar los criterios. El marco jurídico a nivel internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Constitución Nacional y la Ley Nacional de Protección Integral a los Derechos de las NNyA Nº 26061, son tomados en cuenta para garantizar el bienestar del paciente. Lo cual se encuentra reflejado en ADC, JUFEJUS y UNICEF (2008) que alude a la Guía de Buenas Prácticas para la protección de derechos y el acceso a la justicia de niños víctimas de abuso sexual. Emerge el debate por las diversas interpretaciones sobre la protección del NNyA. Esta encrucijada, compleja y desafiante, es vivida con incomodidad y con incertidumbre, generando posturas rígidas, esgrimidas como defensas. Las cuales impiden que el *otro* pueda entrar en *mí* para cambiar mi modo de ver la realidad.

"Cada parte del equipo tiene, en su espacio, los diferentes dispositivos para el abordaje del paciente. Eso se respeta, pero todos conocemos lo que tiene cada servicio y es el único que puede usarlo" (E6-Eq.1).

> En mi experiencia. Cuando cada profesional desde su disciplina y el lugar que le toca estar se involucra en el caso profesionalmente, el vínculo terapéutico se genera cuando el médico se acerca y habla con el paciente, el conocer la problemática. Hay lecturas que no las podrán hacer desde lo psicológico por ser específico. Pero sí, deben de conocer la problemática, ellos deben de orientarnos a nosotros, darnos los primeros datos para saber hacia dónde realizaremos la evaluación. Si no se involucra en el caso eso también determina una dirección y terminamos evaluando otra cosa y al real problema lo dejamos al final. Es mi impresión, muy personal, por mi

> experiencia. Es un trabajo articulado que posibilita concretar una estrategia cuando desde cada disciplina existe un compromiso más allá de su competencia. A las estrategias se las piensa de forma conjunta para poder instituir algo desde lo social, simbólico, psicológico, médico o de donde sea, pero intervenimos todas las disciplinas en función de lo que ese paciente necesita. Si no se evalúa ese paciente en particular no se puede pensar la estrategia. Hoy un médico de guardia va más allá de curar un órgano lesionado, hoy se pregunta el por qué de la lesión. Antes no se daba eso, solo se trataba la cuestión orgánica. (E8-Eq.1)

Las opiniones testimoniales resignifican las estrategias de intervención y los espacios de los servicios como dispositivos. Para comprender con mayor profundidad estas subcategorías Castro (2011) refiere que un dispositivo es como una red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitecturas, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, lo dicho y no dicho. La visión de Foucault (1969) ayuda a dilucidar el interjuego de las diversas posturas, lenguajes, y discursos que se entrelazan en el campo de la salud. Se entrecruzan relaciones de saber y de poder, configurando el dispositivo en este Equipo. El cambio de paradigma genera una cosmovisión diversa del paciente y la inscripción del lazo social y simbólico.

Otra de las dimensiones que se aborda y analiza refiere a la metodología del trabajo interdisciplinario. Al respecto se puede señalar.

Matriz conceptual N°6.6: Equipo N°1-Metodología del trabajo interdisciplinario.

Metodología del trabajo interdisciplinario
Análisis y discusión del caso - Trabajo interdisciplinario - Mirada integral desde el aporte de las diversas disciplinas

Fuente: Elaboración propia.

En este apartado, se puede inferir que en el Equipo 1, se plantea una metodología del trabajo interdisciplinario específica de abordaje en los casos de ASI, a través del análisis y discusión de los diferentes casos, con el aporte de las diferentes disciplinas. En las entrevistas de los profesionales, se pone de manifiesto el conflicto que surge al interior del Equipo de estudio, que comprende el paso de una intervención específica a una práctica interdisciplinaria, donde existen diferentes discursos de las disciplinas intervinientes y la propia.

Matriz conceptual N°6.7: Equipo N°1-Estrategias de intervención.

Estrategias de intervención
Diferentes criterios - Situación inicial – Unificación de criterios - Conflicto

Fuente: Elaboración propia.

Además, en una de las entrevistas, se analiza el aporte desde el Trabajo Social, el profesional destaca *el rol del trabajador social, como interconsultor relacionado a otras disciplinas y rol de mediador entre las disciplinas.*

En lo que respecta al Equipo N°2 los discursos de los entrevistados dan cuenta, de otras nociones y significaciones:

> Todos los que forman parte del equipo aportan y de acuerdo a eso se decide. Previo consulta con la Doctora X. Nada se hace sin consultar y nos coordinamos entre nosotros para cuidar al paciente ante todo. Usando distintos medios, hasta whatsapp, para mantenernos comunicados en toda hora. Sí, estar siempre coordinados es nuestra estrategia. Pero a veces falla, como por ejemplo el hecho de que una mamá sufra violencia de género y no tener un lugar para albergarla y protegerla. O un niño que es abusado dentro del seno familiar. O personas en situación de calle. No disponemos de un lugar donde cobijarlos. Y es ahí donde se nos caen todos los esfuerzos. (E1-Eq.2)

Se percibe en la voz del entrevistado la valoración de la coordinación y la comunicación como elementos que sostienen las estrategias de intervención generadas en el Equipo. La perspectiva de Pichón Rivière (1985) enriquece esta situación cuando se refiere a la comunicación como un proceso de integración social por medio de símbolos y mensajes. Surge la necesidad de un diálogo permanente para abrir los canales de comunicación informal. Esto es vivido con incomodidad por el Equipo debido a la falta de recursos institucionales, de consenso de los diversos puntos de vista y de acuerdos que contribuyen a la toma de decisiones.

> Lo primero que hay que ver es si se hizo la denuncia, en caso de abuso. Ver si es una cuestión interna. Trabajar con el equipo determinando lo que puede aportar cada uno desde su especialidad. Es muy importante el conocimiento del agente socio sanitario, porque es el que conoce el entorno de la persona que sufrió el abuso, conoce a la familia, es la información de terreno, la más valiosa. Otra estrategia es el control médico y su seguimiento. Su paso por psicología o no. El psicólogo puede acompañar al agente sanitario al domicilio para ayudar en la evaluación de la situación y del entorno. Esas son estrategias que se arman dependiendo de cada caso, seguramente. En caso de denuncia tratamos de hacer el seguimiento para ver que las denuncias no caigan. Es algo que cuesta mucho a los servicios, es lo más complicado ya que la justicia es muy lenta en casos de abusos, restricciones y demás. Otra estrategia es lograr que las mujeres abusadas hagan y mantengan las denuncias, como así también hacer que las cumplan los demandados o las hagan cumplir las fuerzas de la ley. Ahí encontramos nuestras limitaciones, porque somos salud y no justicia. (E2-Eq.2)

En el testimonio del entrevistado se valora y se le da sentido a la información brindada por el trabajo en el terreno. Esta visión es iluminada por Morín (1986) cuando refiere que la estrategia es la aptitud para emprender o buscar la incertidumbre, teniendo en cuenta la misma y la aptitud para modificarla

en el desarrollo. Emerge la necesidad de la revisión, análisis y construcción permanente de las estrategias de intervención y los seguimientos de los diversos casos. Surge el tiempo y la tardía duración de los procesos y de las medidas judiciales. Esta realidad compleja es vivida como algo difícil de solución. En la voz del relator se puede sentir el estrés, la preocupación y la impotencia, generadas por estas situaciones de violencia y de abuso sexual.

> Nuestra fuente de información primaria son los agentes socio sanitarios. Ellos están en contacto directo con la comunidad, son los que conocen las familias y manejan información valiosa, obtenida a través de los censos. La cual es la guía para nuestro accionar, así resguardar y no volver a vulnerar los derechos de la persona en riesgo. Poder generar la adherencia y de sostener y brindar una continuidad en la atención. A la vez que uno va cumpliendo los requerimientos formales. (E3-Eq.2)

Se percibe la valoración del rol de los agentes sociosanitarios, la calidad de la información y el trabajo en terreno. Desde Pichón Rivière (1985) se puede entender que el aprendizaje se logra cuando se va entrecruzando la información de los integrantes del grupo, censos, planillas estadísticas, fichas sociales, entre otras fuentes. Se vislumbra un cambio cualitativo relacionado con el contexto social y la comunidad, que busca el bienestar del paciente. Se pone de manifiesto el lugar privilegiado que ocupa el agente sociosanitario porque es el referente comunitario que se involucra en esa realidad, y la conoce profundamente. Su saber empírico lo ofrece como matriz referente que favorece el ordenamiento del trabajo en Equipo. En este contexto emerge la valoración por los derechos del niño, la atención y las acciones coordinadas para garantizar la continuidad del tratamiento integral del paciente.

> Para todos los casos no se utilizan las mismas estrategias. Cada caso es especial y requiere una estrategia específica. Somos referentes de prevención o actuamos como una red de contención. Nosotros no podemos estar en forma continua. Trabajamos más allá de la salud, buscamos algún

> referente comunitario como ser la Escuela como contenedora del niño/adolescente, un referente familiar, o a través de un grupo de vecinos o de una organización donde éste sea incluido y que pueda tener un cierto acercamiento. Hemos trabajado Títeres, Teatro, charlas sostenidas en las Escuelas, Ferias de Ciencias, actividades lúdicas. Lo primero es conocer cuáles son las demandas de los chicos y segundo responder con una programación en relación a eso. Y después es trabajar para que ellos mismos sean los promotores de estas temáticas. Los adolescentes son muy buenos replicadores. Específicamente sobre abusos sexuales, en las Escuelas se trabaja mucho sobre los derechos del niño, la educación sexual integral, el cuidado del propio cuerpo y sobre la toma de decisiones. A las propuestas de trabajo y/o jornadas, como así también a los recursos para trabajarlas, los vamos analizando y vemos las posibilidades para la promoción y difusión de los programas de salud integral. Las estrategias tienen que ver con definir el diagnóstico, analizarlas adaptándolas a los distintos niveles, trabajando con el equipo las distintas situaciones, pensando juntos las acciones para poder llegar al resultado óptimo, aunque a veces no, y es ahí donde se rediseñan y surgen las variables. Estos lineamientos deben de ser flexibles para adaptarse a las situaciones. Es encontrar puntos de acuerdo entre las distintas disciplinas y sus especificidades con un mismo objetivo. (E3-Eq.2)

Se percibe que en la voz del entrevistado la valoración de las estrategias de intervención, el conocimiento y la programación. Castellano Bohórquez (2010) enriquece esta postura a través de las diferentes fases de la planificación estratégica en el sector público. En el testimonio y el aporte mencionado se pone de manifiesto que es vivida como un proceso de ayuda, que invita a la participación en la toma de decisiones. Emerge la construcción del sujeto histórico en la comunidad para entretejer las relaciones interinstitucionales en el sistema de salud. Se vislumbra que le otorgan un sentido sustentable a las estrategias de intervención, generando la toma de conciencia y la participación de la comunidad. La construcción de proyectos genuinos, generados en el Equipo con los diversos

referentes sociales dan cuenta del cambio de paradigma en el abordaje de los casos de abuso sexual infantil. Lo cual posibilita el desarrollo de los vínculos en la organización comunitaria, sosteniendo la proyección del Equipo en el tiempo y logrando la transferencia de prácticas y conocimientos.

> Nosotros somos un equipo interdisciplinar, pero no siempre estamos en el abordaje directo de la temática. Somos un órgano de coordinación y gestión, intervenimos en determinadas situaciones pero en general orientamos al equipo para que pueda hacer el abordaje de las situaciones. Cuando las situaciones son más de urgencia y no hay otro organismo, que pueda actuar sí, intervenimos directamente. Nosotros tenemos más libertades de acción que otros equipos que se ven más acotados en su accionar, solo dentro de su especificidad. Más allá de las cuestiones que por protocolo uno tiene, como el informar a los organismos que corresponden. Hay equipos mucho más ágiles en esas cuestiones, como hay otros que son más resistentes a hechos como puede ser el escribir lo sucedido e informar a los organismos que corresponde. Esos informes nos sirven como una devolución de lo que se hizo y de lo que falta por hacer. (E1- Eq.2)

Se pone en evidencia la articulación y coordinación de las actividades de este Equipo con los otros equipos. Foucault (1970) interpreta que el poder no es algo que se posee sino que se expresa en actos. Es decir, que una determinada acción puede afectar a los otros y provocar resistencias. Además, surge la autonomía, las diversas tareas y las resistencias entre los miembros. Se visualizan como órgano de poder que está por encima de los demás equipos. Ejecutan lo instituido y por otra parte se instituyen constantemente ante los desafíos presentados.

> Intervenimos en cuestiones de salud integral del paciente. Coordinamos la intervención de las distintas áreas. Nos encargamos de aunar las acciones de los distintos servicios, ya que cada uno tiene sus distintas improntas y

> especialistas. En algunos es más fácil que en otros. Ese trabajo integral y su concepto han llevado un tiempo para su implementación. El sentarnos por la mañana el equipo completo y contemplar qué es lo que pasó y qué parte de salud falta implementar. (E2-Eq.2)

Se percibe la complejidad del proceso de la salud integral del paciente, la esencia de los diversos servicios y las competencias de las disciplinas. El pensamiento crítico de Terris (1992) ayuda a dilucidar el concepto de la salud de la OMS como una ciencia. Es el arte de prevenir las dolencias, las discapacidades, prolongando la vida, fomentando la salud física y mental. También Lalonde (1974) enriquece esta postura al referirse a los procesos sociales, históricos y holísticos de la salud. Se visualiza que al Equipo le resulta difícil acordar acciones con los otros servicios y equipos en esta realidad compleja. Es aquí donde surge la idoneidad de las diversas disciplinas, los motivos personales y las formas de intervención que conllevan a un profundo trabajo holístico. Además, la revisión y el análisis son necesarios para construir nuevas pautas en lo laboral, compartiendo experiencias de aprendizaje y generando alianzas entre los diversos niveles del sistema de salud.

> Siempre hay guías orientativas y protocolos que el equipo sigue, tratando de resguardar y proteger al niño o adolescente y brindarle la atención que le otorgue seguridad activando los mecanismos necesarios, como ser atención terapéutica, médica, etc. Generar el espacio de respeto y resguardo de la persona. (E3-Eq.2)

Se evidencia en la voz del entrevistado que el imaginario de este Equipo se proyecta en sus intervenciones interdisciplinarias. Los objetivos principales del Protocolo Interinstitucional para la atención de NNyA, víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia (2015), se proponen brindarles protección y asegurar su bienestar, evitando su revictimización. Es vital contar con pruebas válidas y garantizar los derechos del NNyA. Es aquí donde se produce un movimiento de los diversos actores intervinientes para generar la continuidad del

tratamiento integral que precisa el paciente y su familia. Se puede sentir en el discurso del relator la necesidad de la formación y capacitación del personal para desarrollar y potenciar los lugares de contención del niño en el sistema de salud.

> Porque el equipo no estaba preparado para abordar este tipo de temáticas. Porque la población estaba desbordada, salida de sí. Todos querían saber qué pasaba con lo referido a la desnutrición y buscaban culpables. Pero nadie se hacía cargo. No se hablaba porque no se estaba capacitado. Sí, no hace mucho que estamos con las leyes de violencia de Género, de Salud Sexual y Reproductiva. No se hablaba de los preservativos. Yo cuando empiezo a salir a buscar el problema de desnutrición, me encuentro con niños que no iban a la escuela. Todavía falta pulir muchas cuestiones referidas a violencia de género y abuso de menores. Como Estado falta mucho por hacer para poder ayudar a esa persona que ha sufrido violencia. Faltan instituciones. (E1-Eq.2)

Se percibe en el profesional que este Equipo no estaba preparado para el abordaje de los casos de abuso sexual infantil. Lo cual llevó un tiempo de formación y de capacitación para la toma de conciencia. El pensamiento de Durkheim (1912) ayuda a entender a la institución como una creencia y todos los modos de conducta instituidos por la comunidad. Además, la postura de Freud (1930) señala que las instituciones son específicas y distintas. El Malestar en la Cultura desarrolla y describe procesos sociales desde la vida individual hasta la conformación de la sociedad. Se vislumbran los patrones establecidos en la familia, la iglesia y la escuela. Cómo van incorporando los saberes, los conocimientos, las prácticas y las interpretaciones del marco legal. Se puede sentir en la voz del entrevistado la preocupación, el estrés y la impotencia por la falta de recursos institucionales.

> La comunidad de Alderetes es muy compleja y vos no encontrarás una sola problemática, sino múltiples. Acá dentro del CAPS encontrarás distintos problemas, violencia familiar, abusos, vulneración de derechos de los

> niños, etc. El tema del abuso en menores moviliza mucho al equipo, ya que uno lo relaciona y lo siente muy cerca ya que la mayoría del equipo tiene hijos. Manejar esta problemática en particular dentro de los servicios no es fácil, se debe contener al niño abusado haya o no haya sido penetrado, hay que hacer la denuncia si es que no la hizo la familia, y es ahí donde se complejiza y se vuelve riesgosa la situación. (E2- Eq.2)

A través de la voz del entrevistado se evidencia la angustia y el estrés que le provoca a este Equipo el abordaje de las situaciones de violencia y abuso por las dificultades que se presentan en su abordaje. Desde el paradigma de la complejidad Morín (1990) ayuda a comprender los diversos elementos que la conforman. Además, emergen otras problemáticas de orden institucional, legal y familiar que deben ser asistidas. Es aquí donde emergen las diversas acciones: acompañar, orientar, desnaturalizar las prácticas de incesto, problematizar los modos de crianza e ideologías que se entrelazan.

> Al principio el reconocimiento del rol del trabajador social no era muy amplio, se fue construyendo de a poco frente al médico, el nutricionista, el agente sanitario, etc. y llevó un tiempo. Sí, hay aceptación de la profesión, pero se la asociaba a lo netamente asistencial y/o administrativo.
>
> El ir instalando la figura del trabajador social como agente de salud que si bien mira, evalúa y considera las necesidades de la población, también puede intervenir desde dentro de la salud, trabajando en todos los procesos que intervienen en salud/enfermedad, los condicionantes sociales, la prevención, la promoción y las intervenciones con el equipo en relación a las diversas situaciones que se van presentado o manifestando. Las que son más complejas o más demandantes, y que van más allá de las patologías a los que los equipos de salud están acostumbrados. (E3-Eq.2)

Se visualiza la valoración del rol del Trabajador Social en este Equipo Interdisciplinario. González Saibene (1995) alude al Trabajo Social como una profesión centrada en lo social. Kisnerman (1998: 174) señaló que

"históricamente, hemos aceptado el mandato de trabajar predominantemente con los sectores más carenciados de la población comúnmente denominados populares". Cabe destacar que los avances de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos del NNyA N° 26061 (2005) y la Ley de Salud Mental, plantean la intervención interdisciplinaria. En este contexto social es donde aparece la misma. "El reconocimiento de la historia de la profesión implica considerar el trabajo profesional como una práctica en proceso, en constante transformación" (Villela Iamamoto, 1992: 29). Emerge la desprofesionalización de la práctica profesional, como así también el desconocimiento del rol del Trabajador Social en el sistema de salud. En el discurso del entrevistado se lo concibe al mismo inserto en el entramado de las relaciones del poder político, económico y social. Además, es necesario destacar que se encuentra en una constante construcción histórica que demanda el empoderamiento de los espacios.

> Patologías complejas de salud y últimamente complejidades sociales como ser violencia familiar, abusos sexuales, consumo de drogas, intentos de suicidio, patologías psiquiátricas en personas solas o con escasa contención familiar, lo que hace que el equipo articule con otras áreas sociales e institucionales. (E3-Eq.2)

El Equipo identifica diversas problemáticas sociales, entre ellas la violencia, abuso sexual infantil y patologías mentales. Por lo tanto, necesita trabajar con otras organizaciones para coordinar las intervenciones interdisciplinarias en su abordaje. Carballeda (2008) refiere que las mismas no son estáticas, sino que se mueven en laberintos de la heterogeneidad de la sociedad. Emerge la necesidad de trabajar con otros ya que esta realidad compleja requiere la intervención de diversas miradas y competencias. Se visualiza la necesidad de la contención del paciente a nivel interinstitucional, buscando diversos canales que favorezcan su inserción social.

"Ahora si se juegan, aparece su compromiso en la práctica, la experiencia por sobre todo y el conocimiento de la ley. Porque si no los faculta la ley no actúan" (E1-Eq.2).

> Primero lo que aprendimos en la Facultad. Pero eso no sirve mucho, ya que cuando salís al terreno se te queman un montón de libros. En realidad lo que sirve, para mí, es lo vivido. Es lo que te va puliendo. La experiencia te va haciendo. La teoría te da una base, pero al momento de salir a la calle te das cuenta que las personas no se corresponde a una sola teoría, sino que son un entramado de ellas. Ayudan mucho en caso de violencia la Gestalt o la Sistémica. Para los abusos depende del tipo de abuso, usamos más los dibujos para que se exprese. O usamos música y canciones, juegos o rompecabezas. Los juegos dicen mucho, mucho más que las palabras. El psicoanálisis es muy lento como para aplicar en caso de urgencia, se ha quedado un poco en el tiempo esta teoría. (E2-Eq.2)

> El sentido común está en todo, como humanos que somos. Lo importante es reconocerlo y posicionarnos desde nuestro lugar profesional. Hay un interjuego, como en todo. Desde un nivel profesional la riqueza está en poder valorar y reconocer los saberes cotidianos de las personas con las que trabajamos, de los otros actores, de las experiencias previas. Por supuesto tratando de leer eso desde mi formación profesional y teórica, desde mi práctica. El conocimiento de las políticas de salud, de los lineamientos, los protocolos, de las normativas; también de los otros organismos y sectores con sus marcos normativos e incumbencias. (E3-Eq.2)

Se percibe en las voces la resignificación de la práctica profesional como un entramado de relaciones sociales, responsabilidades, aprendizajes, saberes y conocimientos que favorecen las intervenciones interdisciplinarias generadas en este Equipo. El Protocolo Interinstitucional para la atención de NNyA, víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia (2015), y el Plan Rector (2016/2024),

constituyen los soporte de la práctica. Para entender estas características, Castro (2014: 15) ayuda a dilucidar que toda práctica es la homogeneidad: "lo que hacen y la manera en que lo hacen; las formas de racionalidad que organizan las maneras de hacer y la libertad con que los sujetos actúan". Mientras que Foucault en la Microfísica del Poder (1992: 79) sustenta que "la práctica es un conjunto de conexiones de un punto teórico con otro, y la teoría el empalme de una práctica con otra". Emergen las acciones, los modos de pensar, el sentido cotidiano y el manejo de la información. Se visualiza en los informantes clave que necesitan el reconocimiento del poder y del saber en el trabajo interdisciplinario. Esta realidad es vivida como una fortaleza. Lo cual es vital para mantener las diversas relaciones con la familia, los grupos y las relaciones con los profesionales.

> Sí. Acción social, Cáritas de la Iglesia, señores y señoras que se prestan para ayudar. Todos son importantes. Y todos tienen sus fortalezas, como ser la comunicación o el feeling. Con la Doctora X llevo trabajando 6 años. Ella evaluó la situación de la población al momento de llegar, y así decidió reforzar las distintas áreas. Conformó al equipo de agentes sanitarios, los cuales son los encargados del trabajo de campo, de recorrer las calles promoviendo la salud. Planeó una mesa grande donde reunió a las distintas comunidades y credos del lugar, y se planteó las distintas problemáticas. Luego se capacitaron a los agentes y se comenzaron a dar charlas por doquier. (E1-Eq.2)

Se puede percibir en la voz del entrevistado que el imaginario colectivo valora el trabajo interdisciplinario, como así también el rol que cumple el agente socio sanitario en el terreno. Para entender cómo se vive y se siente este tipo de trabajo, Guber (1991) ayuda a develar el proceso de interacción del sujeto cognoscente cuando se introduce en el campo. Se visualiza el cambio en la forma de trabajar, sustentado en los diversos saberes brindados por los agentes socio sanitarios. Se palpa la visión holística como un camino que abre canales de diálogo entre las organizaciones. Se puede sentir en la voz de la entrevistada la percepción del cambio generado por una autoridad flexible, creativa, que responde

a los desafíos sociales. Es un motor que dinamiza la comunidad, convocando a la participación activa de sus miembros para la formación de redes y la resolución de las problemáticas comunes que los afectan.

"Es complejo y hay que estar siempre trabajando las actualizaciones, las capacitaciones, el sostener los espacios grupales de reflexión" (E3-Eq.2).

"Sí, nos ayuda. Pero el freno está en el qué hacer con el niño o mujer abusada en el seno del hogar. Dónde ubicarlo. Antes valía el no te metas, mejor no saber. Le comento que recibimos capacitación por parte de la Fundación X" (E1-Eq.2).

Los informantes clave dan cuenta de la necesidad de formación y actualización en la temática de violencia y abuso sexual infantil que fundamentan las intervenciones interdisciplinarias. Emergen las diversas miradas, creencias personales, mitos e ideologías entrelazadas en las relaciones sociales, los discursos y lenguajes cotidianos. Se entretejen los espacios de trabajo y autorreflexión, favoreciendo el cambio en la cosmovisión de los profesionales para el abordaje de los casos de abuso.

> Como todos tenemos debilidades, nuestros problemas, nuestros dolores y alegrías. Relaciones de jerarquía siempre las va a haber y debe de haberlas. ¿Sino quién será el que baje las líneas? En la sociedad misma existen, y de poder también. Si yo me tengo que posicionar dentro de recursos humanos, yo no soy partidaria de las cuestiones piramidales o verticalistas. Pero normalmente todos los sistemas o ministerios son verticalistas. Acá, en el Área, yo no lo siento así. Hay alguien que comanda, pero sí, se puede opinar, se da más la horizontalidad. Se puede aportar, dar una opinión. (E 2- Eq.2)

Se evidencia el poder como una relación de tipo vertical entre los sujetos humanos, grupos y sistemas. Weber (1944) considera que en un determinado

grupo social se dan relaciones de poder en términos de dominación. Mientras que Foucault (1977) sostiene que las relaciones de poder no están en posición de exterioridad respeto de otros tipos de relaciones (procesos económicos, relaciones de conocimiento, relaciones sexuales), sino que se reproducen. Es aquí donde esta realidad es vivida como una contradicción debido a lo instituido y lo instituyente que actúan silenciosamente.

> Sí. El trabajo en equipo es todo un ejercicio. Porque uno tiene que revisar las posturas, encontrar los puntos de acuerdo. Es todo un proceso de conocimiento a nivel interno, de cada miembro. Entender los límites de uno y otro, cuáles son las incumbencias de cada uno. Todo esto hace a ese pensar estratégico que si no se realiza representa un obstáculo. (E3-Eq.2)

Se visualiza la valoración del trabajo en equipo y los diversos aportes de sus miembros. Morín (1990) plantea que el conocimiento comporta relaciones de incertidumbre y posibilidad para corregir el error u obstáculo. Emergen las dificultades, desigualdades y competencias de las diversas disciplinas. Esto es vivido como una puesta en acción permanente, de encuentro y desencuentro con el otro, de rupturas internas y límites.

> Yo no vi ningún cambio en lo referido al trabajo con los niños. Siempre el equipo dio todo de sí para trabajar en un caso donde está involucrado un niño. Siempre se hizo un trabajo bueno, sin necesidad de que alguien te esté recalcando la importancia de la protección del niño o niña y si tenías que hacer o no algo. Siempre se hizo todo estando esa ley o no. La ley te guía. Además tenés un protocolo en relación al tema de protección al niño. Es un documento de salud mental que debemos de manejar todos los psicólogos, nos marca las pautas a seguir en caso de abusos por ejemplo. (E2- Eq. 2)

Si bien se reconoce el trabajo y el compromiso del Equipo frente a los casos de abuso, también se pone de manifiesto el descontento con lo instituido.

Castro (2011) alude a la generalidad de las prácticas como una configuración histórica singular. Además, Lucca (2017) visibiliza en el encuentro interdisciplinario la generación de estrategias de aplicación o intervención, en un involucramiento progresivo. Es aquí donde emerge la visión contradictoria de la entrevistada que no puede percibir los cambios suscitados por la ley y el Protocolo Interinstitucional para la atención de NNyA, víctimas o testigos de abuso sexual o violencia del año 2015. Se percibe la falta de auto reflexión de la práctica y de lo teórico. En su discurso se pueden sentir las divergencias del trabajo micro y los procesos e instancias de los organismos de protección a nivel macro. Se evidencia en la relatora una postura oposicionista con lo legalmente instituido, mostrando que no necesitan que nadie les diga qué hacer porque "con ley o sin ley" siempre el equipo trabajó bien, ocupándose de la protección de los niños.

> He podido apreciar, en el primer nivel, muchas instancias de capacitación, formación y trabajo por sobre todo dentro de los organismos de protección a la niñez. El sistema de salud está trabajando la co-responsabilidad que como actores públicos tenemos. Lo que llevó a que se generen las distintas guías orientativas para los equipos, lo que no asegura que todo funcione bien. Pero si les brinda, a los equipos otras herramientas para poder entender el porqué de este nuevo modo de trabajo. Sé de experiencias de algunos servicios sociales hospitalarios que por una motivación propia del equipo fue generando estos lazos y pudiendo implementar estrategias con los órganos de protección y los otros actores que agilizaron el tratamiento de situaciones complejas. Es parte del proceso. Hay muchas cuestiones por trabajar a nivel del trabajo social; es una cuestión de organización y del sistema mismo que se está redefiniendo. (E 3- Eq. 2)

Se puede sentir en este Equipo el largo proceso del aprendizaje, la transferencia de las nuevas formas de trabajo en redes y la responsabilidad entre los organismos intervinientes para garantizar el bienestar del niño. La Declaración del Ama Ata (1978) significó un cambio en la concepción de la salud. Además, De Lellis (2015) desarrolla una propuesta superadora de la misma, cuando se

refiere a la construcción de la ciudadanía. Es vital el ejercicio del derecho a la salud, los principios, los componentes y sus valores. Galende (1990) ilumina este escenario cuando señala que en la institución se crea un lazo social de otro tipo, por lo tanto, es necesario interpretar sus síntomas. Se visibilizan los vínculos interinstitucionales, las motivaciones particulares y las diversas experiencias de los servicios que construyen nuevas formas de organización en el sistema de salud. Es aquí donde emergen los canales de comunicación para fortalecer la corresponsabilidad, garantizando la protección del paciente y la inscripción del lazo social. Se puede sentir en la voz del entrevistado que, en el sistema de salud, necesitan fortalecer el trabajo interdisciplinario y la profesión del Trabajo Social.

Luego del relato de los entrevistados del Equipo N°2, se puede percibir la dimensión de la metodología del trabajo interdisciplinario, que a continuación se expone.

Matriz conceptual N°6.8: Equipo N°2-Metodologia del trabajo interdisciplinario

Metodología del trabajo interdisciplinario
Prevención de los derechos del niño - Educación sexual integral - Cuidado del cuerpo- Toma de decisiones - Promoción y difusión de programas de salud integral - Redes de contención con referentes comunitarios - Coordinación - Gestión - Orientación al equipo para el abordaje y protocolos - Intervenciones en la cuestión integral del paciente

Fuente: Elaboración propia.

En la matriz conceptual N°6.8 del Equipo N°2 se presenta la metodología del trabajo interdisciplinario. Para entender cómo se realiza este trabajo Tobón (2001:33) ilumina este escenario cuando señala que "la intencionalidad de la metodología alternativa es la de superar los problemas, siendo que la superación implica un nivel de complejidad y profundidad mayor que el de la resolución". Es aquí donde los miembros de este Equipo con los diversos actores intervinientes,

requieren de un profundo análisis del problema y la unificación de los criterios para la toma de las decisiones en conjunto.

A partir de la narrativa de los entrevistados se puede percibir que hacen referencia a las estrategias de intervención. Entre ellas se destaca, principalmente, la delimitación de una primera estrategia que es la fuente de información primaria (la cual procede de la comunidad). Por otro lado, se identifica otra fuente de información secundaria (datos proporcionados por censos, estadísticas). Cabe señalar que la información recabada alude al referente empírico, la cual es analizada por el Equipo N°2, desde el aporte de diferentes disciplinas.

Por otro lado, la entrevista N°3 realizada a una trabajadora social del Equipo N°2, hace un importante aporte a las estrategias de intervención desde su propio campo disciplinar. Con respecto a las estrategias utilizadas en las intervenciones interdisciplinarias de los equipos de Salud Pública, se identifica lo siguiente:

Matriz conceptual N°6.9: Equipo N°2-Estrategias de intervención.

Estrategias de intervención
Situación inicial o problema - Situación objetivo - Conocimiento – Información - Control médico y seguimiento de caso - Diferentes disciplinas y especialidades - Acuerdo en común - Coordinación - Alcances y límites - Redefinición de variables flexibles a las situaciones

Fuente: Elaboración propia.

Es relevante mencionar que los entrevistados hacen referencia a una estrategia de intervención propia, la cual es utilizada por el Equipo N°2. En el trabajo de campo emergen elementos de análisis que fueron planteados en el marco conceptual de referencia sobre las estrategias de intervención.

> En lo concerniente al Equipo N° 3, los entrevistados enfatizan lo siguiente: Es muy importante pensar en la palabra intervención, qué es una intervención. Muchas veces se hacen cosas que no son intervenciones y sí,

> cuestiones asistencialistas, paliativas que quizá logra resultados políticos, de poder. Pero no resultados productivos para el caso. Siempre está resguardar al menor sobre el adulto. La vida de esos niños, es prioritario si es que hay riesgo de vida protegerlos, aunque sea llegar a través de la medida de retiro, lo cual lo establece la gente de Desarrollo Social de Familia y Minoridad, y si uno tiene que defender esa medida a través de indicadores de salud que pudieran reforzarla, se lo hace. No tenemos trabajadores sociales, pero sí agentes sanitarios que también tiene una mirada sobre ese riesgo, ellos tienen para trabajar en sus fichas indicadores de riesgo con los que podemos determinar si el riesgo es grave. Muchas veces hacemos un pedido de internación en el hospital, no por existir riesgo de salud, sino por resguardar al niño/a y retirarlo del entorno por el riesgo de abuso o repetición del abuso. Lo más importante es el resguardo del menor y a partir de ello se puede tejer un montón de otras estrategias con las familias que apunten siempre a la justicia. Como ser, separar al victimario del grupo familiar a través de distintas medidas preventivas o de restricción. Respecto al tratamiento psicológico por abuso, sabemos que el abuso sexual es un traumatismo que afecta a la subjetividad toda la vida, y que en niños muy pequeños puede generar una desmantelación psíquica que perturba el descanso, el juego, los lazos sociales y demás. El acto de la denuncia, el quiebre del pacto de silencio ayuda a que haya una tramitación legal y una subjetiva, lo que posibilita otro devenir subjetivo para la víctima. (E1-Eq.3)

La voz del entrevistado deja entrever el imaginario colectivo donde se concibe a la intervención como un interrogante. La cual se define en su relación con el contexto social. González Saibene (2014) y Aquín (2014) analizan los elementos puntuales que se requieren en una intervención fundada. Es aquí donde aparece el principal objetivo de la misma, expresado en el resguardo y bienestar del paciente. Como así también se identifican las intervenciones indiscriminadas que no tienen en cuenta la protección del interés superior del niño, niña y adolescente. Se puede sentir la falta de recursos humanos e institucionales que dan

cuenta de las falencias del sistema de salud. Además, se reconoce el aporte de saberes de los agentes socio sanitarios. Se vislumbra que se necesita la revisión, análisis y diálogo entre los organismos de protección de la niñez para unificar criterios en común.

> Es como un organigrama con lo que se debe o no hacer. Donde se investiga lo que se debe de hacer y cómo hacerlo. Es repartir las tareas para buscar más información/indicadores que me dan la firmeza para proseguir con el accionar de acuerdo al protocolo. Qué es lo que me dará la seguridad para que al momento de que el caso llegue a la justicia no quede trunco por carecer de información y de fundamentos. A raíz de varias experiencias truncas es que hemos aprendido. Sí. El criterio indispensable en un equipo de salud es el reconocimiento. Reconocernos es primordial para que el equipo funcione, al igual que sentirme parte del equipo. Porque si no me siento parte me da igual lo que el equipo disponga. Eso tiene que ver con las relaciones vinculares con el otro. Lo he podido observar, observar las tensiones a nivel interno en los equipos. Los grupos que se forman internos pueden ser destructivos o no. (E2-Eq.3)

La voz del entrevistado otorga sentido a las estrategias de intervención, a la luz del Protocolo como un referente que conduce y garantiza el trabajo interdisciplinario en este Equipo. Pichón Rivière (1985) ayuda a comprender este escenario porque refiere que cuando surge el proyecto se ha logrado una pertenencia de los miembros; se concreta entonces la planificación. También Kisnerman (1969), al desentrañar la interacción social y las valoraciones de sus miembros, sitúa al líder natural que emerge en esa realidad. Se visualizan las competencias del saber y del poder entre los profesionales del Equipo, que dan cuenta de los conflictos y tensiones internas generadas en el desempeño cotidiano. En el discurso se puede sentir que necesitan aplanar las resistencias en el trabajo grupal. Por otra parte, desean generar espacios de encuentro para fortalecer las relaciones vinculares, y analizar las motivaciones personales que actúan como barreras, impidiendo el trabajo con el otro y la coordinación entre sus miembros.

> Tenemos estrategias diferentes para cada caso. No tenemos una estrategia común para todo. Cada caso es individual y hay que analizarlo. Sí, me parece que con la gente con la que estamos trabajando ahora, en el Área, cada uno se siente más firme con sus conocimientos y sus aportes en cada caso. Lo que es muy positivo ya que a partir de ello las estrategias para casos van marcadas por casos similares, como más o menos nos manejamos y las líneas que se siguieron. Siempre buscando la mirada de los otros que no son de Salud, tratamos de involucrar a las áreas de Desarrollo, Judicial y Educación. Distintas Instituciones, como el Goretti y el Hospicio del Carmen, también han participado. Es un trabajo intersectorial. Por supuesto que las estrategias van creciendo de niveles.
>
> Muchas veces se tomaron estrategias locales para obtener datos y saber de qué se tratan, posteriormente subirán un escalón más donde empezaremos a participar nosotros, con la Red de Salud Mental. Desde el Ministerio de Salud tenemos mucha gente capacitada para participar. Y nosotros mismos estamos en constante capacitación. Capacitaciones que nos permiten preguntar, ver casos y plantear nuestros casos específicos. Es importante la mirada del otro, aun cuando no pertenezca al equipo. Sirve para poder orientarnos, pensar y plantearnos estrategias. (E3-Eq.3)

Se visualiza el cambio de la cosmovisión de los profesionales en la generación de las estrategias de intervención que favorece el trabajo en las organizaciones. El pensamiento de Rovere (1999) ilumina este escenario donde surge una estructura que permite vincularse con el afuera, estableciendo nuevas formas vinculares en el adentro, que a su vez pueden ser mecanismos de redes intrainstitucionales. En la voz de la entrevistada se puede sentir el reconocimiento y la apertura a la mirada del otro que aporta su saber y competencia profesional, generando nuevos espacios de reflexión. Esta realidad es vivida como una fortaleza.

> No puedo hablar de manera general, ya que como profesional de salud mental vemos caso por caso. Entonces, de acuerdo al caso uno se va

> articulando con los respectivos profesionales que tienen incumbencia en la problemática; disciplinas, ministerios e instituciones que pueden llegar a intervenir. Tiene que ver con la complejidad. ¿Cómo es el abordaje? Es complejo más cuando se trata de niños abusados. Se articula con Familia y Minoridad que pertenece al Ministerio de Desarrollo Social. Y ellos tienen muchos programas, de acuerdo a la especificidad del caso se articula con algún programa en especial. Y también con el Ministerio de Educación. Lo que me parece fundamental es que es un sujeto, es un ser social inserto en todas estas instituciones que son contenedoras. Con justicia también, a través de las denuncias y del Protocolo que se activa de inmediato en esos casos de abuso. Ya que existe una ley que protege al menor, es obligación hacerlo; además por una cuestión ética. (E1-Eq.3)

Se visualiza la complejidad del abordaje de los diversos casos de abuso, la ética profesional y la participación de los organismos de protección del Estado Para poder entender lo que está sucediendo Rovere (1999) alude a las redes como el lenguaje de los vínculos, es fundamentalmente un concepto vincular. Además Morín (1999), desde su visión de la complejidad vislumbra las contradicciones y las incertidumbres. Se trabaja de manera interdisciplinaria aportando cada miembro del Equipo su competencia y sus saberes. Esta realidad está atravesada por la compleja trama de relaciones entre las instituciones que deben asistir y contener al niño. La entrevistada pone en evidencia un discurso integrador del sujeto construido que demanda atención, cuidado y protección.

> Este nuevo protocolo ha mejora puntualmente las cuestiones de los informes que se elevaban y no se los recibían por ser insuficientes los indicadores que reflejaban el abuso sexual. Faltaba información, datos institucionales, etc., lo que desembocaba en un impedimento para realizar la denuncia. El anterior protocolo tenía esa dificultad, pero este nuevo creo que ha mejorado bastante para lograr hacer la denuncia sin mayores inconvenientes. (E1-Eq.3)

Esta entrevista da cuenta del sentido que el Equipo otorga a los informes y a los indicadores del abuso sexual infantil a la luz del Protocolo Interinstitucional para la atención de NNyA, víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia (2015), que constituyen los soportes del mismo. Para entender esta forma de trabajar, Frías (2004) alude al poder que tiene el informe social y el diagnóstico que emana del mismo, sobre todo en los ámbitos de la justicia. Emergen los aportes y saberes de las disciplinas que direccionan las intervenciones de este Equipo.

> El equipo aborda al grupo familiar. Depende de la familia y del personal que dispone el equipo. Salud mental moviliza todo. Si no se cuenta con el profesional de salud mental, esto puede ser un obstáculo para el tratamiento del problema. Ya que puede llevar al agotamiento del paciente la cuestión del traslado y el tiempo. Hay que hacer un seguimiento del grupo familiar, social y legalmente. (E2-E3).

Se pone de manifiesto la preocupación por el seguimiento de los casos de abuso sexual y la revictimizacion secundaria. Tobón (2001) ayuda a entender esta realidad cuando se focaliza en la evolución de las medidas adoptadas y el control de que los protagonistas del caso cumplan con las indicaciones. Además, Frías (2004) plantea la necesidad de que no se produzcan nuevas victimizaciones y que se encamine un abordaje terapéutico. Emergen allí las competencias de las disciplinas, la disponibilidad de los recursos humanos y los espacios de contención.

> La institución en sí es algo frío, que tiene un significado en la comunidad, que es quien hace uso de ese espacio físico. Pero es el que trabaja dentro de esa institución el que le da significado a ese espacio físico como tal, ese su trabajo y su forma de trabajar lo que llega en definitiva a la comunidad. Como agente, el producto final que queremos es que la gente tenga buena atención y buen acceso a la salud, y a los procesos comunitarios para mejorar su calidad de vida. Las personas que conforman el equipo de salud

> son las que hacen que ese producto sea de mayor calidad o menor calidad. Puedo tener una estructura completa, los protocolos, pero si el equipo no está comprometido y trabaja por obligación, el producto no es bueno, eso es lo que marca la diferencia con un equipo comprometido. (E2-Eq.3)

Se evidencia el sentido de lo instituido y lo instituyente, la responsabilidad y reconocimiento del otro y los procesos de interacción de este Equipo con la comunidad. Para entender la naturaleza de la misma, Douglas (1986) la ilumina cuando refiere que las instituciones no piensan independientemente. Ni tienen objetivos propios, ni pueden crearse en sí mismas. Además, Souto (1993) la caracteriza como una organización dinámica y de funciones. Sitúa a ese conjunto de subjetividades en un ámbito más amplio que tiene disponibilidad para la fundación y origen, en procesos vivos. Se puede sentir en el discurso del relator la mirada de lo instituyente que trabaja en forma silenciosa para generar vínculos. Esta realidad es vivida con incomodidad, inquietud, análisis y reflexión constante para favorecer las relaciones laborales.

Otros elementos de análisis que se presenta a continuación en este apartado son la siguiente matriz:

Matriz conceptual N°6.10: Equipo N°3-Metodología del trabajo interdisciplinario.

Metodología del trabajo interdisciplinario
Protocolo Interinstitucional - Informes - Falta de información - Abordaje al grupo familiar - Seguimiento familiar, social y legal - Obstáculos

Fuente: Elaboración propia.

A partir de lo expuesto se puede percibir que en este Equipo N°3, los datos arrojando en el trabajo de campo aluden a la metodología del trabajo interdisciplinario. La cual fue analizada desde la postura de Tobón (2001) y De Jong (2001). Los relatos de los entrevistados dan cuenta de las estrategias de intervención, que se desarrolla a continuación.

Matriz conceptual N°6.11: Equipo N°3-Estrategias de intervención.

Estrategia de intervención
Organigrama - Repartición de tareas - Información - Indicadores - Reconocimiento de equipo - Sentido de pertenencia - Relaciones vinculares - Construcción de acuerdos a cada caso específico - Seguimiento - Promoción - Prevención y asistencia

Fuente: Elaboración propia.

Además, en este sentido las expresiones de los entrevistados del Equipo N°1, Equipo N°2 y Equipo N°3 aportan a la comprensión y análisis de los elementos significativos. Por lo tanto, se destacan las siguientes matrices:

Matriz conceptual N°6.12: Equipo N°1-Institución.

Institución
Organización de los servicios - Proceso de atención de la salud integral - Tiempo y cotidianeidad - Subjetivad del personal médico - Visualización de la problemática del ASIJ - Paciente: sujeto en un contexto sociohistórico - Recursos institucionales - Interconsulta que requiere equipos esporádicos según la problemática del paciente

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar parece pertinente diferenciar la institución de la organización. Lo instituido y lo instituye dentro de las instituciones guardan una relación entre sí. Por un lado según Ander Egg (1995) define a la institución como una cosa establecida, a diferencia de Durkheim (1912) refiere a toda creencia y modos de conducta instituida por una comunidad. Por otro lado, Souto (1993) sostiene que la organización convoca, propone y materializa el espacio y tiempo.

A partir de lo mencionado se puede percibir que en el Equipo 1, los datos arrojados en el trabajo de campo sobre las dimensiones de las instituciones atraviesan a las organizaciones. En este sentido, "las instituciones de salud sufren el impacto de la crisis, no sólo desde las políticas sociales residuales o focalizadas, sino también desde las nuevas demandas hacia éstas. En algunos

aspectos son descriptas como burocráticas y con dificultades de dar respuestas operativas" (Carballeda, 2006, 118).

Matriz conceptual N°6.13: Equipo N°2-Institución.

Institución
Organización - Trabajo en equipo - Guardia de emergencia - Funcionamiento en forma aislada - Sistema - Reconocimiento del rol del Trabajador Social, agente de salud (netamente asistencial y/o administrativo)

Fuente: Elaboración propia.

A partir de lo expuesto en el Equipo N°2 se puede inferir que la organización del trabajo en equipo se encuentra afectada por el funcionamiento en forma aislada de la Guardia de emergencia. No se percibe comunicación y articulación con el resto de los miembros del Equipo.

En el Equipo N°3 se visualiza que los datos arrojados del trabajo de campo materializan la organización en un espacio y tiempo.

Matriz conceptual N°6.14: Equipo N°3-Institución.

Institución
Estructura - Significado para la comunidad - Personas que conforman el equipo - Eficiencia y eficacia

Fuente: Elaboración propia.

En la Argentina y a nivel provincial se ha avanzado en la creación de leyes que protegen a las víctimas. Trajo aparejado la visualización de la problemática del ASI, y en este aspecto desde la institución de salud están por fuera de normativas, operando a veces desde lo instituido e influye dentro de la institución hospitalaria. Siguiendo esta línea se retoma las palabras de Intebi (1996) se puede hacer referencia a la historia sobre el abuso sexual a la infancia. La intervención se aborda como interconsulta dentro del hospital. A su vez se observan cambios, en lo que comprende:

Matriz conceptual N°6.15: Equipo N°1-ASIJ.

Cuestión del abuso: dos momentos	
Orgánico: Se refiere al diagnóstico médico que confirma el abuso	Subjetivo o psíquico: Sospecha de abuso - Consultas interdisciplinarias - Revictimización - Aumento de demandas del ASIJ al equipo

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.16: Equipo N°1-Problemática del ASIJ.

Problemática de ASIJ
La prevalencia y abordaje de los casos de abuso sexual infantil en los Equipos de salud.

Fuente: Elaboración propia.

A su vez, en el Equipo N° 1 se hace alusión a un criterio de priorización epidemiológica, que implica analizar a la problemática (o sea el número de casos que se presentan en un determinado tiempo) y por el otro lado, la incidencia desde la perspectiva epidemiológica se refiere a la aparición de nuevo casos. Esta ciencia biomédica, utiliza el método del positivismo, tiene como objetivo el conocimiento de las causas y la distribución de las enfermedades en la población. No obstante, persiste la prevalecía de los casos de ASI, en el Equipo de estudio.

Matriz conceptual N°6.17: Equipo N°2-ASIJ.

ASIJ
Silencio - Culpabilización - Patología compleja de salud - Complejidad social - Capacitación - Marco legal sobre violencia de género - Salud sexual reproductiva - Institución

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.18: Equipo N°2-Problemática del ASIJ.

Problemática del ASIJ
Casos de abuso - Problemática social - Visualización - Indicadores físicos - Saber empírico - Ficha de seguimiento

Fuente: Elaboración propia.

Sintetizando, a partir de las afirmaciones de los entrevistados, podemos sostener que la interpretación diagnóstica en los casos de ASIJ, desarrollada en este Equipo N° 2, por un lado se entiende que la "confección de un diagnóstico en el caso de abuso sexual, raramente se basa en el hallazgo de signos físicos directos. Lo corriente es que el abuso se confirme por asociación de indicadores físicos y emocionales, con grado de especificidad variables" (Intebi, 1998: 22).

Además, hay indicadores directos, como ser lesiones físicas que se puede ver y otros síntomas que por sí mismos no son indicadores debido a otras circunstancias que hacen que la víctima concurra a un hospital, según en las interpretaciones desarrolladas por Summit Ronald (1983) como síndrome a acomodación al abuso, menciona el secreto, desprotección, expresada estas situaciones de ASIJ, que impide a la víctima construyan vinculaciones con otros, familias, grupos, comunidad, asilándose y acrecentándose sentimiento de culpabilizarían.

La confección de un diagnóstico en el caso de abuso sexual, por parte de este equipo apuntar a un conocimiento de la realidad, pero también a una unidad de trabajo. Comprende, al entendimiento desde el paradigma de la complejidad, se conciben como procesos multifacéticos, como ser patologías complejas de salud y complejidad sociales (Morín, 1976).

> Considero importante que hablar de abuso no es solamente hablar de una violación, sino que también hay abuso sexual cuando hay acoso, o trasgresiones por parte de los adultos que conforman el núcleo familiar o

no. No pasa solo por la violación, puede ser el hacinamiento por ejemplo, que lo vemos en los relatos de los agentes sanitarios. El cual es un indicador de riesgo, ya que el niño necesita de su espacio, de su privacidad, de poder individualizarse. Este factor de hacinamiento no lo posibilita y me parece que también es como un indicador para ir pensando en un tipo de acoso. (E1-Eq.3)

¿Casos de abuso? Un montón. Es una problemática social, que hoy en día está más visualizada. Los agentes sanitarios percibimos y vemos cosas que en una entrevista psicológica quizá no salta o no se los percibe a través de las preguntas, como ser indicadores físicos dentro de los domicilios, consumo de sustancias, las formas de relacionarse del niño, el abandono de los padres, etc. Ellos tienen un ojo clínico que lo fueron adquiriendo con la práctica y el correr de los años. Es un saber empírico.

A través de una ficha de seguimiento. Burocráticamente o legalmente se hace una denuncia. Ellos tienen conocimiento de cómo y cuándo se puede o debe hacer una denuncia, porque muchas veces quedan en nada por no tener un argumento sólido o los suficientes indicadores. (E2-Eq.3)

Matriz conceptual N°6.19: Equipo N°3-ASIJ.

ASIJ
Casos de abuso sexual - Denuncias - Mecanismos Judiciales - Falta de articulación - Frustración en el individuo y el equipo

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.20: Equipo N°3-Problemática del ASIJ.

Problemática del ASIJ
Abuso sexual - Violación sexual - Acoso o transgresiones por parte del adulto - Indicadores físicos dentro del domicilio - Consumo de sustancia - Formas de relacionarse con el niño - Abandono de los padres - Problemática social - Cuestionamiento del rol del agente socio sanitario - Falta de argumentación e indicadores de riesgo

Fuente: Elaboración propia.

> En relación a mi experiencia con los casos de abuso sexual y que se hizo la denuncia, la dificultad se presenta posterior a hacer la denuncia y cuando se pusieron en marcha los mecanismos judiciales, la dificultad está en el tiempo de demora hasta que se dictamina un castigo para el victimario. Eso sí es lento, son obstáculos, que tiene que ver con procesos específicos e internos. Otro obstáculo es la falta de articulación, la justicia tiene su propio equipo y no permite mucho la articulación con nuestro equipo, ya que ellos tienen su propia mirada. Si bien a través de los oficios y demás, se trabaja con tratamientos hasta que el niño\a ingresa a cámara Gesell y esos tratamientos se suspenden para no contaminar los resultados de la evaluación. Ellos disponen de su propio cuerpo de peritos que evalúan. El Juez puede dictaminar la continuidad de los tratamientos posterior a la evaluación. (E1-Eq.3)

> Sí. Pero es ahí donde se encuentra la frustración, en el individuo y en el equipo. El agente sanitario sabe que todo lo que está haciendo termina en la nada. Bueno no siempre, pero si la mayoría de las veces. La frustración más grande en casos de abuso llega cuando se realizaron las denuncias, se ponen en funcionamiento todas las estrategias, se movilizan los dispositivos, se hacen las intervenciones necesarias y se activan los procesos legales, y aun así el abusador abusa peor en esa o más personas de la familia. Los tiempos que maneja la justicia son lentos y no nos acompañan. O a veces como equipo fallamos al no poder planificar una estrategia o dispositivo que proteja a ese niño/a. Como equipo de salud no pudimos actuar para proteger y eso te frustra como equipo y como persona. (E2-Eq.3)

"Es uno de los escalones más en los que no trabajamos de manera pareja" (E3-Eq.3).

Matriz conceptual N°6.21: Equipo N°1-Interdisciplinariedad.

Equipo Interdisciplinario
Diferentes miradas de las disciplinas - Objetivo en común - Trabajo enriquecido desde el compromiso profesional - Responsabilidad compartida - Escasa formación en la teoría y práctica interdisciplina - Diversos criterios profesionales según el servicio involucrado - Criterios de inmediatez y protección ante casos del ASIJ

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al campo disciplinar, la autora Cazzaniga (2002) refieren que los saberes de los profesionales, explican la realidad u objeto particular, es decir que cada disciplina posee su propia metodología como una herramienta. En lo que respecta al Equipo N° 1, se puede percibir las diversas representaciones sobre la interdisciplina y como disciplina el trabajo social a partir de la intervención en lo social, la cuestión histórica de la profesión.

Matriz conceptual N°6.22: Equipo N°2-Equipo Interdisciplinario.

Equipo interdisciplinario
Trabajo de equipo - Contención - Grupo humano - Diferentes disciplinas - Acto impulsivo - Capacitación en el marco legal - Sensibilización - Escucha - Roles de los miembros - Intervenciones como equipo

Fuente: Elaboración propia.

En este Equipo interdisciplinario se puede inferir que existe un reconocimiento como equipo y además una caracterización como grupo humano de personas en cada caso: impulsivo, contenedor, colaborador, que sabe escuchar etc., pero también se reconocen como un grupo de personas que comparten un objetivo en común.

De este modo, nos revela cómo se conforman las estrategias al interior de este equipo, las cuales son utilizadas en las intervenciones interdisciplinarias: principalmente la coordinación y gestión, donde logran enlazar y combinar las acciones de los diferentes servicios o especialidades, a su vez existen resistencias al interior de sus integrantes. Desde el pensamiento de Foucault (2014: 114), "el

concepto de resistencia puede actuar fácilmente como un elemento de contraste, límite externo del análisis haría aparecer frente a él el Poder [...]".

El individuo es un efecto del poder, el poder no es algo que se posea, sino que se ejerce y donde hay poder hay resistencia, por ello se ejerce poder en las relaciones: un trabajo integral y el registro de las intervenciones realizadas. Así como también, subyacen en este equipo, los lineamientos basados en el protocolo interinstitucional para el abordaje en los casos de ASIJ.

En referencia a lo que manifiestan los entrevistados con respecto al dispositivo de intervención que utiliza el equipo, corresponde señalar: coordinación, gestión de las acciones de las distintas áreas, libertad de acción/ impronta y especialidades, orientación para el abordaje, trabajo integral, resistencias, protocolo interinstitucional, y protección del niño.

También es destacable, que el principio de Especialidad que es entender la Protección Integral de los NNyA que incorpora el Protocolo Interinstitucional para el abordaje en los casos de abuso sexual infantil, en la Provincia de Tucumán (2009-2010), no es algo nuevo lo de la protección integral, sino que viene desde el año 1924 referida a la Declaración de Ginebra, sobre los Derechos del niño que daba cuenta de los principios para asegurar a todo niño las condiciones esenciales para el pleno desarrollo de su persona.

Hasta aquí se destaca el aporte que se realiza desde el campo disciplinar, ya que si bien se observa un reconocimiento como grupo, sin embargo, se expresa una postura de desafío que conlleva el trabajo interdisciplinario. Se considera como importante el proceso en el cual se encuentra el grupo y las diferencias que existen entre grupo y equipo interdisciplinario. Finalmente, se plantea una cercanía a un trabajo interdisciplinario, como yuxtapuesto de las diferentes disciplinas.

El Equipo N°3 ofrece información necesaria para realizar tres matrices conceptuales referidas a la interdisciplinariedad: Trabajo interdisciplinario, Grupo interdisciplinario e Interdisciplina.

Matriz conceptual N°6.23: Equipo N°3-Trabajo interdisciplinario.

Trabajo interdisciplinario
Interrelación - Toma de decisiones - Mirada amplia

Fuente: Elaboración propia.

> Cuando el grupo ha madurado las intervenciones son mucho más positivas, más ricas. Ya que cada uno se conoce. Sería como una complementariedad. Se reconocen las limitaciones y las cosas fluyen distintas, de manera más liviana y coordinada. En el encontrarse con el otro, me parece fundamental conocer de qué trata la disciplina del otro. Poder saber qué es lo que puede hacer el otro, que puede aportar y cómo puede trabajar el otro. Lo que nos pasa desde trabajo social, está relacionado a una cuestión histórica. Todo el mundo sabe que esperar de un médico, pero a nosotros nos llaman, por ejemplo, cuando quieren que entreguemos una chapa. Y nuestro trabajo no es sólo entregar una chapa.
>
> A eso me refiero con conocer lo que es el trabajo del otro cuando se trabaja con otras disciplinas, conocer de qué se trata su trabajo. Ir ocupando espacios, reconocerlos y respetarlos para así pensar estrategias en común sin avasallar a ningunas de las profesiones, trabajar en una línea de igual a igual. (E4-Eq.3)

Matriz conceptual N°6.24: Equipo N°3-Grupo interdisciplinario.

Grupo interdisciplinario
Planteo de objetivos constantes - Etapa del grupo - Tiempo de madurez - Constitución - Reconocimiento de sus miembros - Disciplina

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.25: Equipo N°3-Interdisciplina.

Interdisciplina
Encuentro con el otro – Conocimiento de la disciplina del otro - Cuestión histórica del Trabajo Social - Identidad profesional - Estrategias

Fuente: Elaboración propia.

Sí. Es importante en todo, no solamente durante el trabajo de un caso. Estamos atravesados por la comunicación informal, por ser propia de nuestra época. La utilizamos mal tal vez. Quizá si la utilizáramos de otra manera sería más eficaz. No la considero mala. Por ejemplo la comunicación informal de Carolina que nos pasa propagandas, nos muestra y capacita a través de Facebook, es muy fuerte y muy buena, y no siempre es algo propio de su tema como referente. Con frases o con algo nos marca el camino hacia… eso es usar la comunicación informal positivamente. (E3-Eq.3)

No es fácil ya que tiene que ver con las personalidades de cada uno e implica un proceso de maduración. Ya que todos no tienen el mismo tiempo de maduración, puntualmente acá a veces se logra poder trabajar un caso y a su vez de no sólo implica la visión nuestra como equipo sino también como lo viene trabajando en el servicio, porque el caso en realidad no es de la Operativa Mariano Moreno, el caso es de algún efecto de un CAPS. E importa como lo viene trabajando y nuestro acompañamiento del proceso que se den el servicio. Y la etapa de maduración es distinta en cada equipo de los distintos servicios, hay servicios que trabajan en equipo y otros donde cada profesional es una islita. El trabajo en equipo no es fácil e implica escuchar al otro y que el otro te escuche, y que en el momento de construir poder despojarse del egoísmo de que "yo quiero que sean las cosas como yo digo, que yo soy el que tiene la razón". Despojarse para poder construir sumando, pensar en estrategias o dispositivos que pueden funcionar para ese caso, ya que no todos los casos son iguales. (E4-Eq.3)

> Me paso formando otros equipos. Y considero que tiene mucho que ver con las personalidades, más allá de la disciplina. Se despega también del tiempo de conformación, puede pasar por la combinación entre personas lo que haga que caminemos todos en la misma dirección y hacia el mismo lugar, es algo más que el tiempo, se relaciona a los objetivos, con lo que queremos cada uno, con el lugar en el que estamos, con las instituciones; con la mirada de la persona que dirige, con lo que espera del grupo. La dirección está muy relacionada al camino que toma el grupo o si pierde el rumbo. (E4-Eq.3)

> Hay que tener en cuenta las frustraciones que se van sumando al proceso de conformación. Para qué esto conformando éste equipo? Para qué me estoy juntando 2 horas y no pudimos producir un cambio en tal cuestión? Y es ahí cuando aparecen las frustraciones. Por eso es que me parece que en el camino de conformación hay que ir produciendo pequeños cambios. En el camino irá quedando la gente que no le gusta, que no comparte objetivo, y se irá conformando otro equipo. (E3-Eq.3)

Matriz conceptual N°6.26: Equipo N°1-Prácticas profesionales.

Prácticas profesionales
Interconsultores - Horizontalidad de los profesionales - Aprendizaje - El hacer de la práctica - Formación - Conocimiento - Desconocimiento - Ley de salud mental - Inclusión de otras disciplinas - Incorporación de las reuniones - Demoras y conflictos institucionales - Efectos contrarios al paciente

Fuente: Elaboración propia.

En este apartado se pone de manifiesto las dimensiones que arrojan el trabajo de campo. Que comprende a la dimensión de la práctica profesional, que aparece como interconsultores, al respecto según Eroles (2001) define el trabajo social como un punto de inflexión entre la práctica social y la práctica profesional, como práctica complementarias.

Matriz conceptual N°6.27: Equipo N°2-Prácticas profesionales.

Prácticas profesionales
Compromiso de los profesionales - Experiencia - Conocimiento de las políticas de salud - Saberes cotidianos - Interjuego - Teoría - Entramado - Marco legal - Incumbencias profesionales

Fuente: Elaboración propia.

Según el Equipo N°2, en la práctica profesional aparece el compromiso individual como un elemento fundamental para trabajar en forma interdisciplinar. Por su parte, en la Teoría de la Estructuración de Giddenns (1995) se enfatiza la relevancia del saber práctico.

> Yo considero que de a poco se va mejorando. Pero es muy difícil salir de un modelo médico hegemónico y asistencialista. Donde nos debemos de correr del lugar de simplemente asistir, para poder entender que no se trata de un solo saber, sino de una convergencia de saberes para poder abordar la problemática.
> La comunicación es fundamental, es algo que presentaba una gran resistencia en el abordaje y es algo que fallaba bastante. Por temor a las represalias o por descreer del discurso de los niños y adolescentes cuando hablan de abuso. (E1-Eq.3)

> Es una dialéctica, donde se intercambian aprendizajes y conocimientos. Eso no significa que todos los equipos generen ese tipo de intercambios. Porque existe siempre un superior, el poder en la interrelación tiene un protagonismo destructivo o constructivo depende de la persona que lo utiliza. Siempre hay una persona que maneja, por ejemplo un agente sanitario, si éste se empodera en su posición, hace uso de su conocimiento se convierte en el motor que tira y comanda al equipo de salud. (E2-Eq.3)

> El trabajo relacionado a éste tema siempre estuvo. Pero era más libre y relacionado al criterio de cada uno, dependía mucho de la voluntad de trabajo y la capacidad para involucrarse o no en el caso, de manera

> individual y dentro del trabajo del grupo o equipo. Pero por supuesto que el Protocolo y la Ley marcan un orden que siempre favorece a que los grupos accionen de manera más homogénea y sepan que se encuentran amparados. También demarca el "cómo trabajar", el "donde me encuentro situado" (equipo de Desarrollo, Seguridad, Salud, Educación, etc.) Eso como normativa organiza y es positivo, pero lleva su tiempo el adaptarse a trabajar bajo normativas. En los últimos años se mejoró muchísimo la modalidad de trabajo y la conformación de equipos. También se evidencia una mirada más abierta desde los Niveles Superiores hacia los temas lo que permite una mayor apertura y posibilita que uno lo pueda trabajar de maneras distintas en los Niveles Inferiores, en las trincheras, los primeros niveles de atención. (E3-E3)

De este modo, en las entrevistas refieren que la práctica profesional del equipo como un proceso histórico que tuvo como principal modelo hegemónico-asistencialista, sino como una convergencia de saber disciplinarios que marca una tensión en la transición de los modelos y su implicancia en las prácticas profesionales.

Matriz conceptual N°6.28: Equipo N°3-Prácticas profesionales.

Prácticas profesionales
Modelo médico hegemónico - Modelo asistencialista - Convergencia de saberes - Comunicación - Manejo del poder - Resistencia - Postura dialéctica e interrelación entre las disciplinas

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.29: Equipo N°1-Paradigma de protección integral.

Paradigma de protección integral
Pautas para el abordaje de los casos, antes y después de la aplicación del protocolo.

Fuente: Elaboración propia.

El paradigma de protección integral se traduce con la implantación del Protocolo de acción para las presuntas víctimas del ASIJ que se aplica en este hospital, el cual surge del trabajo interdisciplinario que ordena la tarea y evita la pérdida de evidencias. Brinda además pautas de abordaje para la atención, tratamiento y seguimiento del caso. En lo que comprende al Equipo N°1, la formalización del protocolo asistencial tuvo una base en el equipo interdisciplinario de acción, proporcionando los lineamientos y cuidando al que se asiste, como así también salvaguardando a los profesionales, bajando el nivel de angustia de los pacientes y ordenando, ya que hay un ante y un después del año 2010.

Matriz conceptual N°6.30: Equipo N°1-Ley de protección.

Ley de Protección: responsabilidad compartida
Articulación Intersectorial: redes - confianza en el otro - responsabilidad - respeto

Fuente: Elaboración propia.

A partir de la ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, sancionada en el año 2005 y la Ley N° 8293/2010 sancionada a nivel provincial, se conformó el sistema de protección propuesto en el presente texto legal. El mismo remite al principio de la corresponsabilidad e implica la toma de decisiones que involucra a todos los actores. Además se rescata la centralidad de la política pública en el artículo N°4. De esta manera la responsabilidad estatal, manifestada en el artículo N°5 y N°29, atribuye también esta acción a la comunidad en el artículo N°8 y a la familia en el artículo N°7. Por ello en el campo de la salud se hace imprescindible la articulación intersectorial, las redes, la confianza en el otro, como así también el respecto. A continuación se establecen parámetros para su aplicación:

Matriz conceptual N°6.31: Equipo N°2-Sistema de protección integral.

Sistema de protección integral
Capacitación y formación en los servicios locales - Corresponsabilidad -

Intersectorialidad - Nueva postura

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.32: Equipo N°3-Ley de protección integral.

Ley de protección integral
Trabajo ordenado - Compromiso - Protocolo - Criterio del agente socio sanitario - Trabajo intersectorial - Tratamiento integral - Acceso a los derechos

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.33: Equipo N°1-Dispositivo.

Dispositivo
Asistencial - Respuesta a normativas - Disciplinas - Proteccionismo - Articulación de diferentes leguajes - Vínculo terapéutico - Involucramiento - Compromiso - Trabajo articulado - Estrategia integral

Fuente: Elaboración propia.

Hasta aquí se han presentado las expresiones verbales del Equipo N°1, Equipo N°2 y Equipo N°3 que fueron analizadas en este apartado. Se observa que estas voces se complejizan a medida que se avanza en la reproducción de las expresiones de los informantes clave.

Matriz conceptual N°6.34: Equipo N°2- Dispositivo.

Dispositivo
Coordinación - Gestión - Distintas áreas - Libertad de acción - Impronta y especialidades - Orientación - Abordaje Integral - Resistencia - Protocolo - Protección

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.35: Equipo N°3- Dispositivo.

Dispositivo
Recursos locales - Actores locales - Abordaje de tratamientos de casos complejos - Contención en los espacios comunitarios - Organización - Convergencia de

diferentes saberes - Actores - Programas - Empoderamiento del sujeto

Fuente: Elaboración propia.

Por un lado, lo positivo se encuentra en la aceleración de los procesos de justicia respecto a los casos. Y su visualización, ya que el abuso sexual es una problemática antiquísima no era visualizada. Es importante que se la signifique y desnaturalice. A través del quiebre del pacto de silencio entre el abusador y la víctima se puede ayudar a que el procesamiento subjetivo de éste trauma resulte diferente. Así que creo que el protocolo que tiene que ver con activar la denuncia de manera legal ayuda a la tramitación subjetiva. Antes de existir el protocolo no todos los profesionales se animaban a denunciar porque existe un temor, ya que nos encontramos insertos en una sociedad, a la represalia de la familia. A sabiendas de que es una trasgresión del orden de la perversión, aun así se realiza, reconociendo los lazos familiares. En lo que refiere al poder, uno se siente solo respecto al resguardo o amparo que uno debería de tener en las prácticas. El protocolo si bien tiene algo positivo para la víctima, también lo tiene para el profesional. Nosotros redactamos el informe pero permanecemos con nuestra identidad resguardada y la figura que presenta y hace la denuncia es la Directora de Red de Servicios. Protegiendo la seguridad del equipo en general de represalias por parte del grupo familiar o comunitario. (E1-Eq.3)

De forma positiva se dio simplificar el trabajo y ordenarlo. Ha permitido, en los casos donde el equipo se comprometió con el protocolo, ya que deben firmar muchas personas, poder denunciar muchos casos e impedir que continúen los abusos o que termine en algo peor. Antes del protocolo la observación y el criterio de los agentes sanitarios era muy cuestionado por los profesionales. Hoy por hoy el agente llega y expone un caso, se lo evalúa y se comienzan a pensar las acciones a tomar, como por ejemplo corroborar que el niño/adolescente concurra a la Escuela. Ahí se produce el trabajo intersectorial. Salud no puede trabajar sola la temática de abusos,

necesita del aporte de las demás instituciones para que el tratamiento sea integral. (E2-Eq.3)

Para el trabajo social es muy importante el derecho. Conocer como profesional y enseñar a las personas sus derechos. Como ser el de derecho de acceso a la salud, el de atención adecuada, el derecho a no padecer horas y días hasta que se sucedan las intervenciones. Que los profesionales podamos transmitir a las personas el marco legal para que ellos lo conozcan y exijan su cumplimiento. Y desde trabajo social poder acercar los recursos por los cuales puedan accionar para que la ley se cumpla. Brindar el conocimiento de las distintas Instituciones y las prestaciones que brindan las mismas. Que la comunidad conozca la canasta prestacional. Es eso a lo que se refieren desde el Ministerio, que la salud esté más cerca de la gente. (E4-Eq.3)

Matriz conceptual N°6.36: Equipo N°1-Proceso de constitución del Equipo.

Proceso de constitución del Equipo
Proyecto de guardia - Convocatoria a reuniones - Conformación del equipo - Capacitación en programas y protocolo del ASIJ - Presentación formal del Equipo Interdisciplinario

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.37: Equipo N°2-Proceso de constitución del Equipo.

Proceso de constitución del Equipo
Capacitación sobre el marco legal - Desempeño según Protocolo - Orden y simplificación del trabajo - Sensibilización del equipo para abordar casos del ASIJ

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.38: Equipo N°3-Proceso de constitución del Equipo.

Proceso de constitución del Equipo

Proceso de conformación del equipo - Objetivos - Ansiedad - Frustración

Fuente: Elaboración propia.

En el Equipo N°1 se concibe que el proceso de la constitución del mismo se originó en el servicio de la guardia de emergencia de dicha institución. Es allí donde se identificó la ansiedad y estrés que le generaba al personal médico el abordaje de los casos de abuso sexual. Luego se convocó a diversas reuniones con los otros servicios hasta llegar a la conformación del Equipo.

En el Equipo N°2 se visualiza que se realizaron diversas capacitaciones al personal. Esto favoreció la unificación de las actividades, el aprendizaje y la sensibilización por la temática presentada.

Llama la atención que en el relato de los entrevistados del Equipo N°3 emerge la frustración que tienen sus miembros, afectando la constitución del mismo. Es aquí donde es importante identificarla y, sobre todo, trabajarla (Freud, 1912).

Matriz conceptual N°6.39: Equipo N°1-Comunicación

Comunicación
Espacio fundamental de encuentro - Trabajo diario - Reuniones - Abordaje - Resistencias

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.40: Equipo N°2-Comunicación

Comunicación
Utilización de diversos medios - Consulta - Toma de decisiones - Coordinación - Falta de articulación entre Equipo y Guardia - Falta de espacios de acogida para las personas que sufren ASIJ

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.41: Equipo N°3-Comunicación.

Proceso de comunicación

Formal - Informal
Acuerdo común: Personalidades - Maduración del proceso en el servicio - Aislamiento de los profesionales - Trabajo en equipo - Escucha recíproca - Despojo de egoísmo - Construcción del Equipo
Toma de decisiones: personalidades - disciplinas

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los recursos locales de primera instancia, por ejemplo en la Municipalidad con Acción Social local, articulamos con su Directora; Trabajo Social, Deportes, Cultura y otros actores. De acuerdo al caso es un abordaje en tratamiento, para que ese niño/a que ha sido abusado tenga contención en varios espacios comunitarios en su lugar de origen. A esta organización de trabajo interdisciplinario lo llamaría dispositivo, donde convergen diferentes saberes, actores con sus objetivos. Armar este dispositivo es el objetivo para el tratamiento de los casos complejos. Tiene una relación directa con el armado del dispositivo. Hay diferentes tipos de dispositivos de acuerdo al caso, donde convergen diferentes saberes y subjetividades, actores, programas, lugares. Y también circula el poder y el poder referido a la empoderación del sujeto, algo que es importantísimo para la subjetividad. Justamente mi trabajo se centra en eso. (E1-Eq.3)

Para mí lo importante es tener un diagnóstico y conocer el lugar donde uno trabaja. Ya que el poder tener acceso a los distintos dispositivos con los que se cuenta implica saber y conocer. Si uno no sabe o no conoce, difícilmente puede ir implementando dispositivos para acercar a la comunidad. Por ejemplo: Si no se sabe que hay un equipo territorial que está orientado al trabajo con adicciones en un lugar x (eso es un dispositivo de acceso a la comunidad) no se puede orientar a la comunidad. Y es una falencia. Nosotros tratamos de poder ir trabajando con los distintos recursos con los que cuentan los servicios. Por ejemplo: el saber ahora que en el CAPS Pablo VI tenemos los talleres de verano para los niños de la zona, eso constituye un dispositivo con lo que se cuenta para prevenir que el niño esté en la calle, que el niño tenga otras prácticas,

socialice, realice actividades recreativas, etc. Es un trabajo articulado entre Salud y Desarrollo Social de la Provincia. A eso también lo considero un dispositivo para poder trabajar y sumar. (E4-Eq.3).

Matriz conceptual N°6.42: Equipo N°1-Tiempo y procesos legales.

Tiempo y procesos legales
Tiempo legal - Tiempo institucional - Influencia en la subjetividad profesional y asistencial - Protección - Resignificación de la interdisciplina - Conflictos interdisciplinarios - Formación de una Institución intermedia

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.43: Equipo N°2-Tiempo y procesos legales.

Tiempo y procesos legales
Denuncias - Conocimiento del terreno - Control médico y seguimiento - Sostenimiento de las denuncias - Restricciones judiciales - Tiempo lento de la justicia - Limitaciones en salud

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.44: Equipo N°3-Tiempo y procesos legales.

Tiempo y procesos legales
Proceso de la denuncia por sospecha de ASIJ - Funcionamiento de la estrategia de protección - Procesos legales -Tiempo lento de la justicia

Fuente: Elaboración propia.

En general todo el sistema de salud está bastante saturado por la demanda muy grande, las instituciones no dan abasto. Nosotros a través de Red de Servicios articulamos y conseguimos los turnos que quizá si el paciente se presenta solo le cuesta. Se agiliza mucho más el trámite, nosotros desde el 1er nivel evaluamos y derivamos, hacemos la gestión, a los siguientes niveles a través del sistema de Red de Servicios. (E1-Eq.3)

La primera herramienta que nosotros tenemos es la prevención. Los niveles de acción son 3. El 3er nivel, el Hospital, ellos ven, intervienen e informan a través de un equipo de asistentes sociales los casos muy extremos. El 2do Nivel, es muy similar a un CAPS, pero tiene más prestaciones. Ellos hacen intervenciones hasta cierto punto. En esas

relaciones interdisciplinarias es donde echamos mano a la prevención. La prevención también se tiene que dar desde los otros sectores. Desde salud, educación y las área sociales haciendo intervenciones comunitarias. Se intenta hacer intervenciones comunitarias desde salud, pero volvemos a la falta de recursos, la sobrecarga de trabajo al personal de salud, la demanda social y de cuestiones de salud. Por eso se truncan las intervenciones comunitarias y las de salud. Es por ello que cuando hay personal comprometido e intervenciones comunitarias serias, sobresalen sobre todo, porque es el camino correcto. Los recursos están saturados. Los equipos territoriales no son nada si sus intervenciones no perduran en el tiempo, y propiciar que las personas de la comunidad participen de ella y visualicen sus necesidades, identificándolas. (E2-Eq.3)

Considero que nunca va parejo el crecimiento, la financiación ni el conocimiento de la Normativa o la forma de trabajo. Hago referencia a recursos físico, humanos y capacitaciones en otros niveles para que se pueda sostener lo que vamos trabajando. Lamentablemente no es parejo el crecimiento de las Instituciones. El crecimiento no se da de forma homogénea. (E3-Eq.3)

Matriz conceptual N°6.45: Equipo N°1-Sistema de salud.

Sistema de salud
Proceso - Salud - Niño/paciente - Alta clínica - Alta Integral - Contra referencia - Red de Servicio - Confianza - Responsabilidad - Respecto

Fuente: Elaboración propia.

Matriz conceptual N°6.46: Equipo N°2-Sistema de salud.

Sistema de salud
Área Operativa - Director - Escucha y acompañamiento - Trabajo en Equipo - Contención familiar y/o análisis de situaciones - Derivaciones a los profesionales - Rol amplio - Programas - Coordinación - Proceso - Revisión - Redefinición - Agente de Salud

Fuente: Elaboración propia.

En la entrevista N°3 del Equipo N°2 se destaca el aporte de la Trabajadora Social, quien pone de manifiesto la revisión de la práctica cotidiana, y la redefinición como colectivo y agente de salud.

Matriz conceptual N°6.47: Equipo N°3-Sistema de salud.

Sistema de salud
Niveles de atención en la salud - Aumento de la demanda - Red de servicios - Articulación entre niveles - Prevención - Recursos

Fuente: Elaboración propia.

6.5. Fortalezas y debilidades

En este apartado interesan las apreciaciones y significados de los informantes clave en torno a fortalezas y debilidades. Hablar de fortalezas remite a capacidades y habilidades, mientras que las debilidades refieren a limitaciones, dificultades, carencias, puntos débiles.

Con respecto a las fortalezas, las manifestaciones verbales evidencian:

> "Nuestra fortaleza es que todos tenemos el mismo objetivo, la integridad y protección del niño. Para mí es lo mejor que tenemos. Podemos discutir algún criterio pero al final llegamos al mismo punto, la lucha por la integridad del niño" (E6-Eq.1).

> Antes manejaba un caso solo desde mi especialidad. Pero, existían muchos blancos o baches en el manejo, por ejemplo el legal. Pero ahora uno de los mayores apoyos es el conocimiento legal al disponer de las abogadas del Hospital y el jerárquico, al contar con el Director para la toma de decisiones. (E3-Eq.1)

"Nuestras fortalezas: esto de la interdisciplinariedad, que lo que vos podés no saber lo sabe tu compañero profesional de otra área. Y eso te permite tomar una decisión" (E3-Eq.1).

"La fortaleza está en que la mayoría o casi la totalidad del equipo, buscamos el interés superior del niño. Y se nota que nos importa" (E5-Eq.1).

"Generalmente por mayoría se decide. La verdad que nos basta con un mensaje de whatsapp para acordar una reunión. La comunicación es fluida. Sí. Generalmente mensuales" (E2-Eq.1).

"¿Cómo era antes? ¡No te metás! ¡Mejor no le llevés el apunte, mejor evitá problemas! Así era antes. Ahora estamos más preparados, más capacitados" (E1-Eq.2).

Todo depende de qué equipo se hable. Acá tenemos diferentes equipos para diferentes cosas. Nuestra fortaleza es que los equipos de salud están muy comprometidos, que conocen mucho a la población, que tienen muchas ganas de cambiar la realidad de esas personas, de esos niños que están sufriendo. (E3-Eq.3)

Lo bueno que veo es que dentro del SIPROSA hay una capacitación continua, que te da la posibilidad de actualización, de conocer los protocolos, las normativas y que tiene que ver con las particularidades de cada uno. Con el compromiso, con la ambición y con la mística que uno tiene en relación al trabajo y la salud. Y que no es la misma en todos. Se nota en la pasión que demuestran en el trabajo, el compromiso en un caso. Yo noto acá en el área el compromiso. Es importante recibir capacitación, pero eso no implica que lo apliquen. Entonces para poder trabajar bien un componente fundamental es el compromiso con la tarea y con el otro. (E3-Eq.3)

"Como fortaleza el compromiso de sus miembros" (E4-Eq.3).

Lo reseñado permite identificar algunas de las fortalezas vinculadas, capacidades y habilidades que señalan los informantes clave:

> Uno de los mayores apoyos es el conocimiento legal, la interdisciplinariedad. La comunicación es fluida. Ahora estamos más preparados, más capacitados; lo enriquecedor en un equipo es el Trabajador Social. Años atrás no se veía trabajadores sociales dentro de los equipos. Traen incorporado la mirada de los otros actores sociales, saben de qué hablan cuando hablan de dispositivos. Ponen un plus que antes en los equipos no lo teníamos. Los equipos de salud están muy comprometidos, conocen mucho a la población, tienen muchas ganas de cambiar la realidad de esas personas. Hay compromiso en sus miembros, hay gente muy empoderada en su función, como ser los agentes sanitarios que pelean por la comunidad que es su responsabilidad. Hay profesionales empoderados en lo que están haciendo y para lo que están, generando que esos equipos trabajen positivamente para diferentes intervenciones dentro del SIPROSA. Hay una capacitación continua que te da la posibilidad de actualización. Es importante recibir capacitación. (E4-Eq.3)

A través de las voces de los entrevistados se pueden identificar las debilidades y limitaciones de los equipos interdisciplinarios:

> "El Comité existe, pero debe mejorarse, manteniendo las reuniones, haciendo las cosas, armando proyectos, buscando falencias porque reconocer los errores implica crecer" (E4-Eq.1).

> Sí, hay algunos obstáculos. No todo es color de rosas. No todos los profesionales actuantes vamos a pensar igual, pero ahí está la riqueza del equipo. Llegar a un acuerdo sobre esa discusión para lograr una meta común. Justificando por qué no se está de acuerdo puede ser el obstáculo.

Pero no el dejar de intervenir, eso no sucede. Tener diferentes miradas y no necesariamente coincidir. (E1-Eq.1)

Las complicaciones se dan cuando se enfrentan diferentes criterios de manejo de la situación. Uno percibe una situación X de una manera y se da cuenta que otra persona y/o institución la percibe de manera diferente. Es ahí donde surge lo más complicado que es aunar criterios. (E1-Eq.1)

Pero los obstáculos existen, puede darse el caso de que el paciente llegue acá después de haber golpeado muchas puertas y no haber encontrado respuestas o ayuda. En realidad el Protocolo puede y debe de ser aplicado en todas las instancias. (E3-Eq.1)

Las debilidades: es difícil que este grupo se pueda reunir, porque tenemos muchas actividades y reuniones fuera del Hospital a las cuales uno no puede acudir el día establecido. O, al yo trabajar en un servicio de urgencias, priorizo eso en mis tiempos. Y así todos los profesionales tienen sus inconvenientes, pero las ganas de trabajar las tenemos todos. Esas serían nuestras debilidades, la no participación del personal en las reuniones por distintos motivos laborales relacionados a nuestras especialidades. (E3-Eq.1)

Lo que yo creo es que falta liderazgo, más verticalidad. Tenemos un solo Coordinador con funciones limitadas, creo que quizá necesitamos un Directorio ya que somos muchas personas. Y es lo que pretendo plantear en el próximo encuentro. Para mí deberíamos conformar un Directorio, de tres, que coordine al grupo pero con carácter de obligatorio y si los demás no realizan esas decisiones deberían de abandonar el Comité. Es lo que me parece, ya que hasta ahora cuando nos reunimos somos pocos y el que no asiste no tiene sanciones, lo que lleva al incumplimiento de los objetivos. Ya que falta la obligatoriedad. (E5-Eq.1)

Las debilidades se las encuentra en los límites y tienen que ver con las diferentes disciplinas, especialmente con lo jurídico, es decir con las abogadas. Ellas son muy nuevas en el trabajo y están muy posicionadas desde la mirada de la abogacía, con dificultad de poder contemplar esos grises de las situaciones en particular. Toda decisión sobre un paciente es tomada a partir de la situación particular y singular de ese paciente/caso. A veces la dificultad se ve planteada en aquellas disciplinas donde la singularidad no está contemplada. Se trabaja sobre esos límites. Otra debilidad es cuando hay ausencia de recursos, computadoras, personal, y se reduce el tiempo por escasez de recursos para poder gestionar el trabajo. Las cuestiones con la DINAyF, cuando uno tienen pensado un tiempo para las reuniones, las terminamos haciendo 2 semanas después. Es una dificultad de ellos que se convierte en nuestra. (E7-Eq.1)

"Cuesta que el equipo frene el ritmo de trabajo para sentarse a escribir lo sucedido durante la jornada. Pero es lo necesario. Y que lo haga con coherencia disponiendo de la información recolectada" (E2-Eq. 2).

Las reuniones con los equipos territoriales son más difíciles, debido a las demandas de la comunidad y los tiempos disponibles de cada integrante. Las reuniones son para reflexionar o transmitir cuestiones relacionadas a lo que se está trabajando o para rever algunas dificultades que se van presentando. Para mejorar las cuestiones de articulación, a nivel general, se hacen evaluaciones como cierres del año, para definir lineamientos para el próximo año. (E3-Eq. 2)

Las debilidades que noto dentro del equipo es la falta de conexión con la Guardia. A pesar de los años que llevo trabajando acá no encontramos la conexión con ellos. Nos falta trabajar las relaciones interpersonales. En lo referido a las relaciones de poder, creo que hay una persona detentando un poder hegemónico que pone el freno para que no nos conectemos. Creo que ellos actúan de forma fría e insensible. Sostiene que las decisiones las

toman los médicos. Y la gente de guardia no se capacita sobre el material que reciben para tratar a los pacientes. No encontramos conexión con ese eslabón tan importante como lo son los médicos. Mi experiencia es negativa en lo que se relaciona a la falta de conexión con la Guardia. De mucho dolor por no poder entender su comportamiento frío. (E1-Eq.2)

Sí. Pero nos faltan cosas. Para poder realizar mejor el trabajo nos faltan recursos, como ser la movilidad. Pese al apoyo del gobierno local son muchas las veces que sale de nuestro bolsillo para suplir las carencias. Sí, nosotros pedimos a otras instituciones y nos las conceden. Pero en muchos casos, por ejemplo, solicitamos traslados pero no los otorgan, y sí, eso interfiere en nuestro accionar. Nuestro traslado se agilizaría si contásemos con movilidad, porque si no, nos tenemos que trasladar a pie y no solo es una cuestión de tiempo, sino también de inseguridad. Nuestra población es de casi 70 mil habitantes y más de 80 barrios por cubrir. (E1-Eq.2)

Siempre hay obstáculos. Desde Educación hay 10 mil obstáculos, ellos piensan que salud les debe de solucionar sus falencias. Hay que trabajar el silencio dentro de las Escuelas, para que el niño no llegue hasta las últimas consecuencias. Lo mío es una crítica constructiva, no quiero hacer un juicio de la institución. Pero sí, decir, que se debería actuar de manera más preventiva dentro de las Escuelas, para no llegar a situaciones extremas con los niños. (E2-Eq.2)

El desconocimiento de los recursos y de los distintos actores presentes, también representaría un obstáculo. Como así también lo son los tiempos institucionales. También nos cruzamos con profesionales que no acostumbran trabajar en equipo y eso ocasiona retrasos, su visión sobre salud, sus bagajes ideológicos o los conocimientos profesionales que posea. Las cuestiones personales pueden actuar como barreras al momento de trabajar en equipo. Una dificultad que se presenta también es la relacionada al tipo de sujeto que construimos como institución de salud,

ese mismo sujeto que se vincula con otras instituciones que tiene sus características y sus injerencias en la construcción de ese mismo sujeto. (E3-Eq.2)

Un obstáculo importante son las individualidades en los equipos. Pero lo más claro es cuando uno llega a un techo donde después no sabe qué hacer, todavía se está pensando en los niveles macro el cómo sostener a un niño/adolescente adicto, dónde tener a un niño lastimado emocionalmente con la carencia de un buen dispositivo de sostén familiar. Vamos trabajando y nos encontramos con estos obstáculos donde no sabemos lo que podemos hacer después de haber hecho nuestra parte. ¿Qué más se puede hacer? (E3-Eq.3)

Una debilidad es el poder del que maneja el equipo de salud; lo desarma o arma al equipo. Todo depende del interés del Jefe de Servicio, del conocimiento que tiene sobre la tarea, si el impacto va a ser positivo o negativo. (E2-Eq.3)

Lo que no está escrito te diría que es una debilidad. Lo correcto sería hacer una guía de para qué estamos nosotros (prevención) y no para solucionar, eso es el después de lo que sucedió y no antes. No estamos un paso adelante, siempre estamos un paso detrás. Siempre que hacemos un protocolo o una intervención es para solucionar lo que ya sucedió o porqué está ocurriendo. (E2-Eq.3)

En mi memoria directa no lo recuerdo. Escrito, no lo tengo a mano. Pero si hablamos de cuestiones puntuales o de algunas temáticas te puedo decir que objetivos perseguimos. Por ejemplo si hablamos de abusos infantiles sería: disminuir la cantidad de niños abusados donde antes se puedan haber visualizado indicadores. No me puse a pensar en solucionar esto, ponerme un objetivo y trabajar puntualmente sobre ello. La prevención que tenemos debería salir de una planificación. Pero no funciona exactamente como

debería. Porque depende de la organización, de quien organiza, del tiempo del equipo, de que si tenés un médico/jefe de CAPS que no tiene tiempo de planificar las acciones por estar atendiendo pacientes desde que ingresa al CAPS hasta que se va. Como tampoco puede formar parte de una intervención comunitaria por falta de tiempo. (E2-Eq.3)

Pero tenemos una amenaza tremenda; cada vez tenemos menos recursos para trabajar específicamente, no es propio del área sino que es a nivel global. Somos muy pocos y tenemos mucha demanda, todo es tiempo. Y nos queda poco tiempo para el momento de sentarnos a pensar y trabajar para buscar dispositivos nuevos o incorporarlos. Lo que lleva a trabajar un poco a los ponchazos. Lo mismo sucede a la hora de sostener los equipos ya formados, por la poca libre disponibilidad horaria o la falta de personal se desarma el equipo. Esas cuestiones van dificultando el trabajo y nuestras debilidades. (E3-Eq.3)

Cuando se trata de abusos en niños y adolescentes, el tema sensibiliza e impacta en el equipo completo. Lo que muchas veces puede generar parálisis y cueste abordar la tratativa del tema. Hablar y comunicarse ayuda a salir del impacto en estos casos. Siempre hay compañeros o profesionales más predispuestos que otros, a tratar este tipo de temáticas. Pero cuando se trata problemáticas con niños el equipo completo se encuentra predispuesto, no hay nadie que no quiera participar. Se arman ayudas sociales para trabajar el equipo completo, por lo menos así trabajamos aquí. Quizá con otras problemáticas, como ser las adicciones, por ahí algunos tienen diferentes resistencias o grados de compromiso, pero cuando se trata de niños todo el equipo se sensibiliza, nos comunicamos y trabajamos, a pesar del impacto que eso nos genere. Hacemos los turnos protegidos, se trabaja con las Escuelas. Hay mucha participación por parte de todas las instituciones. (E1-Eq.3)

Puedo hablar respecto a las tensiones u obstáculos que yo he vivido. Tienen que ver con la puja de saberes/poderes. Lo que genera discusiones y competencias. Otra tensión que se genera es la falta de aceptación de las diferencias, que no es deficiencia, sino diferente forma de trabajar. Que no por haber pasado un tiempo por uno de los niveles se conoce cómo es el trabajo en el otro nivel. Veo que cuesta empatizar con el trabajo del otro nivel, ponerse en el lugar del otro. No es lo mismo el trabajo en terreno que se realiza en el 1er Nivel, que el que se realiza en el 2do o 3er Nivel y no por ello uno es más que el otro, sino que se complementan. Aparece una impotencia por querer lograr resultados y es ahí cuando se generan discordias, cuando se visualizan las faltas o falencias. Siempre se llega a un límite y en ese vacío que se generó es que surgen las discordias. Pero todo termina siendo una cuestión política. (E1-Eq.3)

Tiene que ver con algo más allá de la profesión, está relacionado a lo personal y particular. Es el objetivo que uno tiene para su vida en el plano laboral, que es lo que uno busca, encontrar su lugar en el mundo. En salud hay mucha gente que está porque en su momento fue una posibilidad laboral, pero otras tantas eligieron éste trabajo por gusto, como un objetivo, para poder ayudar desde su lugar. Cuando uno tuvo la suerte de poder elegir trabajar donde lo hace, sus posibilidades de construcción son diferentes. (E4-Eq.3)

Y su debilidad está en la escasez de recursos humanos. Contamos en el área de salud mental con sólo 6 profesionales. Y en muchos ámbitos más. Sería lo ideal. Por lo menos en el área Mariano Moreno, ya que contamos con una población casi de 73.000 habitantes bajo nuestra responsabilidad. Lo ideal sería contar por lo menos con un psiquiatra y con asiento en la Policlínica, nodo nuestro dentro del área Mariano Moreno. Pero bueno, esta realidad no está dada, así que lo primero es la intervención del psicólogo del equipo de salud a nivel local y luego nosotros pedimos interconsulta con el 3er Nivel a través del sistema de referencia. Nosotros

solo contamos con una psiquiatra en el Penal de Villa Urquiza, pero obviamente está abocada al penal. (E4-Eq.3)

En este apartado se analizaron las apreciaciones y significados de los informantes clave en torno a las subcategorías seleccionadas. Se presentaron, primeramente, los datos recabados donde se visualizaron las fortalezas y debilidades en el desarrollo de las estrategias de intervención. El análisis muestra los elementos primordiales de los tres Equipos Interdisciplinarios. Se tuvo en cuenta el aporte teórico de Bourdieu (2005), Morín (1977), Foucault (1970), Galende (1990) y Carballeda (2008). Cabe señalar que las tensiones que se generan en la intervención de los Equipos Interdisciplinarios, ponen de manifiesto la puja entre el poder y el saber de los diferentes actores sociales intervinientes en el entramado de las relaciones intersectoriales e institucionales.

A partir de los hallazgos obtenidos relacionados con las tensiones visualizadas, se identificaron las siguientes subcategorías. Una de ellas se vincula con el nivel de la técnica, referido a las diversas competencias y conocimientos entre las disciplinas científicas. Una segunda a nivel organizativo que comprende las cuestiones relativas a las reuniones entre los miembros del equipo, la toma de decisiones, el rol del coordinador y la comunicación entre los profesionales. En lo social se refiere a las relaciones vinculares que se generan en relación al poder y al saber en los equipos interdisciplinarios.

En la mayoría de los entrevistados que conforman el Equipo N°1 se infiere que posee un objetivo en común, referido a la protección integral del NNyA. Sin embargo, en la entrevista N°1 se sostiene como fortaleza el conocimiento legal desde el departamento de asesoría letrada y que el director del Hospital pueda intervenir en la toma de decisiones.

Otro elemento de fortaleza de este Equipo N°1 se encuentra en la homogeneidad de la conceptualización referida a la interdisciplina, como así también al interés superior del niño. Otra fortaleza es la comunicación,

caracterizada como fluida mediante los mensajes por whatsapp para organizar las reuniones. Además, los profesionales sostienen que las diferentes miradas disciplinares, son la riqueza del equipo.

Mientras que en la entrevista N°7 emerge la dificultad que presentan las abogadas para el abordaje integral de las situaciones particulares de los casos de ASIJ. Esto pone de manifiesto su débil formación interdisciplinaria, como también los límites determinados por cada disciplina. Por otra parte, en la entrevista N°5 se percibe la falta de liderazgo como falta de verticalidad, lo cual deja al descubierto la existencia de un solo coordinador con funciones limitadas.

Se perciben debilidades a nivel interno relacionadas con la continuidad de las reuniones, elaboración de acuerdos teniendo en cuenta las diferentes miradas, manejos de la situación para aunar criterios y la aplicación del protocolo interinstitucional en las diversas instancias que así lo requieran.

Por otro lado, surgen las debilidades a nivel externo referidas a las reuniones fuera del ámbito de la institución. Donde se evidencia la falta de participación de los profesionales por motivos laborales.

En el Equipo N°2 se infiere como fortaleza a la capacitación y la preparación de los miembros de este equipo. En cuanto a las debilidades a nivel internas, se percibe en la mayoría de los entrevistados, la falta de articulación con otros servicios y equipos territoriales y la falta de tiempo para las reuniones. En la entrevista N°1 se percibe la falta de conexión con el servicio de la Guardia; este servicio constituye un eslabón importante en la tarea de articulación. Se menciona, además, la falta de recursos para realizar los traslados, lo cual infiere en el accionar de los miembros. En la entrevista N°2 se infiere como debilidad a nivel externo, la falta de vinculación y articulación con otras instituciones de la comunidad, entre ellas, el Ministerio de Educación. Al cual se le pide mayor intervención para prevenir en los establecimientos educativos los diversos casos del ASIJ.

Finalmente en el Equipo N°3, de la información recabada se infiere como fortaleza la incorporación de la mirada del otro. Es decir, del actor social cuando se habla de dispositivo. La presencia del trabajador social, miembro del Equipo interdisciplinario, enriquece al mismo con su compromiso y postura de cambio frente a la realidad. Los integrantes del Equipo N°3 estiman como fortaleza la capacitación continua y la aplicación del protocolo interinstitucional y normativas vigentes. La mayoría de los entrevistados percibe al compromiso como un empoderamiento en la tarea. Mientras que en la entrevista N°4 se valora el compromiso y la mística relacionada con el Trabajo Social. El concepto expuesto se encuentra reflejado en el teórico Ander Egg (1986) quien entiende por profesión: "Empleo, actividad u oficio al que una persona se dedica de modo principal y habitual, que sirve como medio de vida y, en algunos casos, como forma de realización personal" (Ander Egg, 1986: 356). Mientras que Karsz (2007: 50) sostiene que "la materia prima es significada o reestructurada según una dominante ideológica […] de las ideologías en juego que un problema social se torna socialmente significativo y, por ende, tratable en términos de trabajo social". También Miranda Aranda (2001) plantea la diferencia entre disciplina y profesión. Ésta se configuró fundamentalmente en los Estados Unidos.

En cuanto a las debilidades, a nivel interno surge el desconocimiento de los recursos, de los distintos actores y de los tiempos institucionales. Por otra parte, la visión fragmentada de la salud, los bagajes ideológicos y las cuestiones personales, constituyen barreras para trabajar en Equipo. Todo lo mencionado influye en el tipo de sujeto que se construye como institución, caracterizado por el individualismo. El poder que maneja el Equipo de salud lo deposita en el jefe del área operativa, lo cual da cuenta de una debilidad interna ya que no reconoce el poder que tienen sus miembros.

En los tres Equipos Interdisciplinarios se percibe que el proceso de conformación de los mismos es heterogéneo, porque posee particularidades diversas y se encuentra en construcción. Así mismo se destaca el análisis de la E4-Eq.3, en el cual se visualiza la falta de formación en la interdisciplina. La mayoría

de los entrevistados manifestó tener indicadores del síndrome de burnout, como producto de los diversos obstáculos presentados en el trabajo de equipo. Probablemente, estas dificultades encontradas ponen en evidencia la necesidad de autocuidado y el desafío de mejorar las relaciones vinculares en los Equipos estudiados.

Los profesionales del Equipo N°1 están impedidos de ver el poder entre ellos, se sienten sin poder. Inclusive cuando se visualizan como Comité, no detentan el poder, por eso piden que el poder venga desde arriba. Esto pone de manifiesto que no hay un espacio de reflexión de la práctica profesional donde se generan las estrategias de intervención. La figura del Comité no los convoca a trabajar juntos como Equipo interdisciplinario. Mientras que en el Equipo N°2 los entrevistados destacan la falta de conexión con el Equipo de la guardia de emergencia. Falta comunicación y relaciones interpersonales. Se infiere que prevalece el poder hegemónico médico. Por otra parte, el Equipo N°3, las relaciones interpersonales, se encuentran afectadas por la falta de capacidad de la escucha para posibilitar la comunicación abierta, el reconcomiendo del otro profesional, como interlocutor válido, pero también se evidencia la presencia de un estructura espiral, como ser la presencia de hegemonías médicas, el cuestionamiento a la mirada y saber, resistencias.

Otro indicador de la tensión entre las prácticas profesionales y estrategias de intervención de los Equipos interdisciplinarios que intervienen en los casos de ASIJ, se evidencia, por un lado, en lo instituido que se materializa en los mandatos, normativas y protocolos interinstitucionales.

Por el otro, los discursos y lenguajes que surgen en las prácticas interdisciplinarias ponen de manifiesto como fuerza instituyente la construcción de las estrategias de intervención de los tres Equipos interdisciplinarios. Las cuales se transforman en mecanismos de acción entre el ser y el deber ser de los profesionales. Cabe destacar que la ley otorga a los equipos el marco institucional, pero después la práctica profesional cotidiana se torna un campo de lucha en

términos de Bourdieu (2005), donde se reconstruye el discurso profesional al interior del Equipo interdisciplinario.

6.6. Resumen del capítulo

En este capítulo se presentó el tercer momento del proceso de investigación, el cual estuvo vinculado al trabajo de campo. Luego se realizó el análisis y la interpretación de los datos recabados mediante el testimonio de los informantes clave. Al continuar con este proceso se construyeron las categorías y subcategorías, empleando el método inductivo.

En lo referido a la reconstrucción del proceso investigativo, se expuso la matriz conceptual N°6.1, la cual constituye el aspecto central de esta investigación social. La misma presenta las categorías y subcategorías que surgieron del análisis documental presentado en el Capítulo IV, como así también en el Capítulo V.

Para el análisis de los datos cualitativos se tuvo en cuenta el aporte de Coffey y Atkinson (2003), Huberman y Mules (1994), Dey (1993), Wolcott (1994), y Gallart (1992). Es por ello que este capítulo se organizó en cinco apartados:

Intersectorialidad
Subjetividad-relaciones vinculares
Protocolo/proceso/ estrategias/
Fortalezas y debilidades

En cuanto a la subcategoría de intersectorialidad, miradas, enfoques y perspectivas, se presentó el análisis a partir del testimonio de los entrevistados que fueron presentados en la matriz conceptual N°6.2 sobre las relaciones intersectoriales de los tres Equipos interdisciplinarios.

En cuanto a la subcategoría subjetividad-relaciones vinculares, se expuso el análisis de tres matrices conceptuales: N°6.3, 6.4 y 6.5, realizadas a la luz del aporte teórico de Foucault (1966), de Pichón Rivière (1980) y Quiroga (1994). Es necesario subrayar, por un lado, que la subjetividad como construcción del ser humano, se genera en el interior del campo del saber disciplinar. Por el otro, el desempeño del rol de cada profesional favorece las relaciones interpersonales. Sin embargo, predomina el modelo hegemónico médico donde se otorga mayor centralidad y poder a la figura del médico.

En relación a la subcategoría de protocolo-estrategia se presentó el análisis desde el aporte teórico de Ander Egg (1985), Testa (1989), Matus (1972) y Castellano Bohórquez (2010). En esta matriz conceptual N°6.6 se tiene en cuenta la metodología del trabajo interdisciplinario del Equipo N°1 en los casos del ASIJ. Se presenta el análisis y la discusión de los casos, desde el enfoque de las diversas disciplinas. Al interior de este equipo surgen conflictos relacionados con el paso de una intervención específica a una práctica interdisciplinaria. Este equipo fue analizado teóricamente desde el aporte de Cazzaniga (2002) como un conjunto de saberes, que explica científicamente el recorte de la realidad al que cada objeto particular se configura.

La matriz conceptual N°6.7 del Equipo N°1-Estrategias de intervención se analiza teniendo en cuenta las siguientes subcategorías: diferentes criterios, situaciones iniciales, unificación de criterios, y conflictos que emergen en el interior del equipo. Además, se señala el rol del Trabajador Social como interconsultor relacionado a las otras disciplinas y mediador entre disciplinas. Esto se encuentra reflejado en el pensamiento de Carballeda (2008).

El aporte teórico de la Ley N°26.061 sobre la Protección Integral de los Derechos del NNyA, se encuentra enmarcada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos fundamentales. Además, esta ley considera en todos los ámbitos el Interés Superior del Niño (artículo n°3). Por ello, en el Programa de Salud Sexual Reproductiva y Procreación Responsable, Ley N°25.673, la salud

integral plantea un enfoque de derechos con perspectiva de género. La matriz conceptual N°6.8 del Equipo N°2-Metodología del trabajo interdisciplinario presenta las categorías de análisis: prevención de los derechos del niño, educación sexual integral, cuidado del cuerpo, toma de decisiones, promoción y difusión de programas de salud integral, redes de contención con referentes comunitarios, coordinación, gestión, orientación al equipo para el abordaje, y protocolos e intervenciones en la cuestión integral del paciente.

La matriz conceptual N°6.9 del Equipo N°2-Estrategias de intervención interdisciplinaria muestra las subcategorías de análisis como: situación inicial o problema, situación objetivo, conocimiento, información, control médico, seguimiento de caso, diferentes disciplinas y especialidades, acuerdo en común, coordinación, alcances y límites, y redefinición de variables flexibles a las situaciones. Cabe destacar el aporte teórico de Intebi (2012), que entre otros autores, contribuyó al análisis de esta matriz conceptual.

En la matriz conceptual N°6.10 del Equipo N°3-Metodología del trabajo interdisciplinario en casos del ASIJ se expuso el análisis desde el Protocolo Interinstitucional (2015), destacándose los informes, falta de información, abordaje al grupo familiar y seguimiento familiar, social y legal, como así también los obstáculos.

En lo referido a las subcategorías protocolo-estrategia se expuso el análisis de la matriz conceptual N°6.11 del Equipo N°3-Estrategias de intervención, donde se destaca la contribución de los entrevistados desde su campo disciplinar. Aquí se toma en cuenta el aporte teórico de Kisnerman (2005), quien sostiene que el Trabajo Social tiene históricamente definido su objeto de intervención desde que se constituyó como disciplina. Mientras que Cazzaniga (2002) plantea un proceso de constitución disciplinar en Trabajo Social que adquiere características particulares.

La matriz conceptual N°6.12, 6.13 del Equipo N°1 y del Equipo N°2-Institución, presentada en los tres Equipos, fue analizada desde el aporte teórico de Ander Egg (1995), Durkheim (1912), Souto (1993) y Carballeda (1996). La institución ha atravesado a la organización de los servicios con el impacto de la crisis, la política pública y las nuevas demandas. En esta línea, Intebi (2012) sostiene que las intervenciones son abordadas como interconsultas dentro del hospital. De aquí surgen las siguientes matrices conceptuales.

En la matriz conceptual N°6.14 del Equipo N°3-Institución, se expone el análisis de la misma desde el aporte teórico de Durkheim (1912). Este autor sostiene que las creencias y todos los modos de conducta son instituidos por la comunidad. Mientras que Malinowski (1944) afirma que ninguna institución puede ser funcionalmente relacionada con una sola necesidad básica. También se señala la estructura y el significado de la comunidad.

Cabe destacar que para realizar el análisis de las subcategorías del ASIJ, Problemática del ASIJ y la construcción de las diferentes matrices, se tuvo en cuenta primeramente al ASIJ como concepto del término y luego hace referencia a la problemática del mismo. De ahí surgen las siguientes matrices:

La matriz conceptual N°6.15 del Equipo N°1-ASIJ presenta dos momentos: uno orgánico y otro subjetivo, como así también la consulta interdisciplinaria. Por otro lado, la matriz conceptual N°6.16 del Equipo N°1-Problemática del ASIJ, muestra la prevalencia y abordaje de los casos de abuso sexual infantil en los Equipos de salud.

La matriz conceptual N°6.17 del Equipo N°2-ASIJ se analizó desde el aporte teórico de Intebi (1998), Summit Ronald (1983) y Morín (1976). Es importante subrayar que el diagnóstico en los casos del ASIJ puede presentar indicadores inespecíficos, tales como el silencio y la desprotección que se encuentran vinculados a la familia, a los grupos y a la comunidad. La matriz conceptual N°6.18 del Equipo N°2-Problemática del ASIJ refiere: los casos de

abuso, problemática social, visualización, indicadores físicos, saber empírico y ficha de seguimiento.

La matriz conceptual N°6.19 del Equipo N°3-ASIJ está conformada por los siguientes elementos: casos de abuso sexual, denuncias, mecanismos judiciales, falta de articulación, frustración en el individuo y el equipo.

La matriz conceptual N°6.20 del Equipo N°3-Problemática del ASIJ analiza las subcategorías: abuso, violaciones, acoso o transgresiones por parte del adulto, indicadores dentro del domicilio y el cuestionamiento del rol del agente sociosanitario.

La matriz conceptual N°6.21 del Equipo N°1-Interdisciplinariedad, fue analizada desde la perspectiva teórica de Cazzaniga (2002), entre otros autores. Cabe destacar que la mayoría de los entrevistados refiere diversas representaciones sobre el concepto de interdisciplina. Además, se considera la cuestión social e histórica del Trabajo Social.

La matriz conceptual N°6.22 del Equipo N°2-Equipo Interdisciplinario da cuenta de que existe un reconocimiento como equipo y una caracterización como grupo humano, impulsivo, y contenedor. Se pone de manifiesto la necesidad de reconocimiento en el grupo y, a su vez, el trabajo interdisciplinario es percibido como un desafío que conlleva el mismo. Según la mirada de los integrantes del Equipo N°3 este trabajo interdisciplinario es percibido como una trama yuxtapuesta de diferentes disciplinas. Lo mencionado se puede ver reflejado en el pensamiento de Stolkiner, quien afirma que en "el debate actual sobre lo interdisciplinario se superponen con una cierta yuxtaposición dos tipos de prácticas: la de la investigación interdisciplinaria y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales" (Stolkiner, 1999: 1).

La matriz conceptual N°6.23 del Equipo N°3-Trabajo Interdisciplinario señala la interrelación entre los miembros de este equipo, la toma de decisiones y

la mirada amplia desde los organismos de protección. La matriz conceptual N°6.24 del Equipo N°3-Grupo interdisciplinario, es considerado y ubicado en el paso intermedio hacia la conformación del Equipo interdisciplinario. Mientras que la interdisciplina, a la cual alude la matriz conceptual N°6.25 aparece como un encuentro con el otro para conocer su disciplina. Además, se destaca la contribución del Trabajador Social en el Equipo y, a su vez, el lugar histórico que fue ocupando a lo largo del tiempo.

Desde el aporte teórico de Eroles (2001) se realizó el análisis de las subcategorías expuestas en la matriz conceptual N°6.26 del Equipo N°1-Práctica profesional. Aquí se señala la práctica social y la práctica profesional.

La matriz conceptual N°6.27 del Equipo N°2-Práctica profesional fue analizada desde el pensamiento de Giddenns (1995). Se pone énfasis en el compromiso individual, como primordial en el trabajo interdisciplinario.

En la matriz conceptual N°6.28 del Equipo N°3-Práctica profesional, se presenta el análisis desde el enfoque de la postura dialéctica de los autores clásicos como Hegel (1949), Engels y Kosik (1963), Kisnerman (2005) y de González Saibene (1990). Se destaca el modelo hegemónico médico-asistencial, la convergencia de saberes, la resistencia y la postura dialéctica.

La matriz conceptual N°6.29 del Equipo N°1-Paradigma de protección integral, muestra la formalización e implementación del Protocolo Interinstitucional en este equipo de profesionales. La matriz conceptual N°6.30 de este Equipo N°1-Ley de Protección muestra las subcategorías siguientes: articulación intersectorial, redes, confianza en el otro, responsabilidad y respeto.

La matriz conceptual N°6.31 del Equipo N°2-Sistema de protección integral explicita la implementación de la Ley N°26.061 y Ley N°8.293. Lo cual generó capacitaciones en los servicios locales, la co-responsabilidad, la intersectorialidad y la nueva postura respecto a los organismos que protegen a la

niñez y a la adolescencia. La matriz conceptual N°6.32 del Equipo N°3-Ley de Protección Integral, se constituyó desde el marco legal de la Ley Nacional N°26.061 de Protección Integral del NNyA. Se destaca el compromiso, el criterio del agente sociosanitario, trabajo intersectorial y estrategias.

Las siguientes matrices conceptuales N°6.33, 6.34 y 6.35, surgen del análisis expuesto referido al marco legal a nivel nacional, desde la Ley de Protección Integral de NNyA N°26.061 y provincial N°8.293. Se acentúa la responsabilidad compartida y la centralidad de la política pública en lo intersectorial, como así también el empleo de las redes sociales y la confianza en el otro. Además, se destaca el dispositivo asistencial, dando respuesta a normativas, disciplinas y al proteccionismo. Todo lo mencionado fue analizado desde el aporte teórico de Foucault (1970), entre otros autores.

Las resistencias relevadas entre los miembros de este equipo fueron analizadas desde el aporte teórico de Foucault (2014). Además, el dispositivo de intervención plantea subcategorías como: la coordinación, gestión de las acciones, libertades de acción, orientaciones, abordaje, resistencia, protocolo interinstitucional y protección integral del niño.

La matriz conceptual N°6.34 del Equipo N°2-Dispositivo, presenta las subcategorías de análisis: recursos locales, actores sociales, abordaje al tratamiento de casos complejos y contención de los espacios comunitarios.

El proceso de constitución de los equipos interdisciplinarios fue analizado desde el aporte de diversos autores, entre ellos Lucca (2017). Quien señala que el proceso interdisciplinario plantea 7 momentos: las disciplinas no escuchan, la apertura, crisis epistemológica, cuestionamiento interno y externo, cómo encarar el objeto interdisciplinario, deformación del objeto, comprensión del objeto, revisión y mirada multifocal. En este sentido, Kisnerman (2005) refiere al proceso interdisciplinario como un conjunto de disciplinas que estudia diferentes aspectos de un mismo objeto. Tamayo y Tamayo (2003) concibe la interdisciplinariedad

como un conjunto de disciplinas conectada entre sí. Mientras que Eroles (2001) considera que la misma articula y coordina mediante el diálogo e intercambio de saberes. La matriz conceptual N°6.36 del Equipo N°1-Proceso de constitución del Equipo, se refiere al proyecto de guardia, convocatoria a reuniones, conformación del equipo, capacitación en programas y en el protocolo del ASIJ, como así también a la presentación formal del Equipo interdisciplinario.

La matriz conceptual N°6.37 del Equipo N°2-Proceso de constitución del equipo analiza la capacitación sobre el marco legal, el desempeño según Protocolo, el orden y simplificación del trabajo, y la sensibilización del equipo para abordar casos del ASIJ.

La matriz conceptual N°6.38 del Equipo N°3-Proceso de constitución del equipo, señala el proceso y el objetivo del mismo. Respecto a la frustración se tuvo en cuenta la perspectiva de Freud (1912), quien sostiene que hay que identificarla y analizarla.

La comunicación en los equipos interdisciplinarios es un elemento primordial. Desde el aporte teórico de Eroles (2001), la interdisciplina articula y coordina mediante el diálogo. Desde Foucault (1977) en este espacio interdisciplinario se pone de manifiesto la relación entre poder y resistencias. La matriz conceptual N°6.39 del Equipo N°1-Comunicación se refiere al espacio fundamental de encuentro, trabajo diario, reuniones, abordaje y resistencias.

Los aportes de Pichón Rivière (1985), plantea que la comunicación se va construyendo en los equipos de forma silenciosa, mientras se va desempeñando la tarea. Al decir de Kisnerman (1969), la coordinación entre los miembros mediante la conciencia de grupo, permite unificar propósitos. La matriz conceptual N°6.40 del Equipo N°2-Comunicación presenta: la utilización de diversos medios, consulta, toma de decisiones, coordinación, falta de articulación entre equipo y guardia, falta de espacios de acogida para las personas que sufren ASIJ.

La matriz conceptual N°6.41 del Equipo N°3-Comunicación formal e informal, destaca el acuerdo común, personalidades, maduración del proceso, aislamiento profesional, trabajo en equipo, escucha del otro y poder construir.

La Convención sobre los derechos del NNyA (1989) y la Ley N°26.061/2005 de Protección Integral, se incorporan en el año 2014 en la reforma del Código Civil (CC). Se plantean tres pilares fundamentales referidos al derecho de ser oído y escuchado, el interés superior del niño y su autonomía progresiva. Es por ello que las matrices analizadas se refieren a los derechos del NNyA a ser oídos en los procesos de familia, procesos legales y control de legalidad.

La matriz conceptual N°6.42 del Equipo N°1-Tiempo y procesos legales presenta: tiempo legal, tiempo institucional, influencia en la subjetividad profesional y asistencial, protección, resignificación de la interdisciplina, conflictos interdisciplinarios, formación de una institución intermedia.

La matriz conceptual N°6.43 del Equipo N°2-Tiempo y procesos legales expone: denuncias, conocimiento del terreno, control médico y seguimiento, sostenimiento de las denuncias, restricciones judiciales, tiempo lento de la justicia y limitaciones en salud.

La matriz conceptual N°6.44 del Equipo N°3-Tiempo y procesos legales, señala el proceso de la denuncia por sospecha del ASIJ, funcionamiento de la estrategia y proceso legal.

El Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán, actualmente, se encuentra bajo una política de salud referida al plan Estratégico de Salud Integral 2015-2025. El sistema público de salud está conformado por sus tres niveles de atención: primer nivel, segundo nivel y tercer nivel. La matriz conceptual N°6.45 del Equipo N°1-Sistema de Salud presenta: el proceso de salud, paciente, niño, alta integral, referencia y contra referencia.

La matriz conceptual N°6.46 del Equipo N°2-Sistema de Salud refiere al área operativa, director, escucha, trabajo en equipo, revisión, redefinición, y agente de salud.

La matriz conceptual N°6.47 del Equipo N°3-Sistema de Salud comprende elementos relacionados con el nivel de atención de la salud, aumento de la demanda, red de servicios, las articulaciones, prevención y recursos.

Y, finalmente, se presenta otro elemento de análisis vinculado a las fortalezas y debilidades del desarrollo de las estrategias de intervención de los tres Equipos interdisciplinarios. En este punto se visualizan las diversas capacidades y dificultades que plantearon los mismos. Lo cual fue analizado a la luz de Bourdieu (2005), Morín (1977), Foucault (1970), Galende (1990) y Carballeda (2008). También se pone de manifiesto la puja del poder y del saber de los distintos actores sociales, intersectoriales e institucionales.

Entre los hallazgos más significativos se pueden destacar los relacionados con el nivel de la técnica de las competencias, conocimientos interdisciplinarios, nivel organizativo de las reuniones entre los miembros, toma de decisiones, rol del coordinador, comunicación interpersonal y la relación entre el poder y el saber de los Equipos interdisciplinarios.

DISCUSIONES O REFLEXIONES FINALES

En este apartado se presentan las principales conclusiones, es decir, los hallazgos de la investigación social realizada. Cabe destacar que el objeto de estudio refiere a las prácticas interdisciplinarias con énfasis en la indagación de las tensiones que se generan en las estrategias de intervención de los Equipos Interdisciplinarios, al abordar casos de ASIJ.

El primer capítulo de la presente tesis doctoral tiene como objetivo presentar particularidades y alcances de la estrategia metodológica, tendiente a analizar la realidad o el fenómeno social desde un enfoque cualitativo y holístico.

En este marco, el enfoque teórico-metodológico da cuenta de la explicitación de la estrategia metodológica a la luz de los aportes de Gallart (1992), Taylor y Bogdan (1984, 1996), Denzin y Lincoln (2005), entre otros autores contemporáneos.

En este capítulo la estrategia metodológica seleccionada fue analizada desde un enfoque cualitativo y flexible, basado en el paradigma interpretativo de las ciencias sociales.

Se trató de entender la realidad social tal como existe en su contexto de estudio. Por eso el diseño de investigación elegido respondió al Trabajo de Campo. El cual fue entendido como un proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad, donde interviene la reflexividad del sujeto cognoscente y la de los actores/objetos de investigación (Guber, 2004).

Es importante subrayar la política de salud del Estado de la provincia de Tucumán como política pública, la cual plantea la reforma y modernización del sistema de salud provincial. Se realizó el análisis interpretativo del contexto de

estudio, considerando las particularidades de la provincia de Tucumán: aspectos relacionados con lo demográfico, la política de salud y la organización del sistema de salud.

Al respecto, se señala que hubo cambios sustanciales en lo que comprende a la política de salud integral. En la provincia de Tucumán, la reforma y modernización del sistema de salud pública corresponde a un proceso de transición registrado a fines de la década de los 90. Según la APS (1978) y el Ministerio de Salud (2016) se pasó de una administración de tipo patriarcal del personal de salud como empleado público, a una reforma de la APS, a principios del siglo XX. Se dieron ciertos avances en el plano individual (paciente) y la relación con los profesionales de salud (ley de paciente y consentimiento de la información).

Cabe señalar, por una parte, el legado de un modelo médico hegemónico, el cual influyó en el proceso tardío de reformas legales que recogió los avances de carácter normativo y regulatorio a nivel local. Por otra, la postura de Bourdieu y Wacquant (1995) invita a romper con lo preconcebido y lograr una ruptura con lo preestablecido; lo cual significa tener otra mirada sobre la práctica interdisciplinaria.

Por eso, la nueva conformación de los diferentes ministerios responde a procesos singulares que aportan nuevas miradas y caminos en los equipos interdisciplinarios. La práctica interdisciplinaria afronta la complejidad de las nuevas demandas hacia los servicios de salud, interpelada por diversos acontecimientos que emergen de una sociedad posmoderna.

El segundo capítulo explora y analiza las categorías teóricas sustantivas vinculadas a las prácticas interdisciplinarias. Se centra en lo social, se analizan y describen los significados que conllevan las prácticas interdisciplinarias de los equipos de salud. En consecuencia, estas prácticas son propias del campo de la

medicina del siglo XIX y, en la actualidad, presentan diversas características y significados.

En este capítulo se analizó la práctica como núcleo teórico vinculado al objeto de estudio de esta investigación social. A partir del concepto de praxis se interroga la categoría práctica con sus vinculaciones en el campo del conocimiento científico. Se consideran los significados presentados en el DRAE (2010) y el aporte de Kisnerman (2005), Ander Egg (2011), Cazzaniga (2002), Carballeda (2008), Matus Sepúlveda (2002), Villela Iamamoto (2002) y Eroles (1992), entre otros. Este *corpus* teórico pone en evidencia una diversidad de posturas que permite, por un lado, un acercamiento teórico y el diálogo entre los diversos autores ya mencionados. Por el otro, desde la teoría crítica se responde a la teoría marxista, ofreciendo un soporte teórico sobre la llamada relación tensional de teoría y praxis desarrollada por Adorno (1973) en la profesión del Trabajo Social.

Se puede señalar que el interés central estuvo en analizar y describir los significados sobre las prácticas interdisciplinarias desde el aporte de las posturas clásicas y contemporáneas que atraviesan el campo de la salud.

Es primordial señalar que los supuestos epistemológicos que subyacen en la categoría de salud pública, atraviesan las prácticas interdisciplinarias. A la luz del pensamiento de Winslow (1920), OMS (1946), Declaración de Alma-Ata (1978) y Terris (1992) se aborda la noción de paradigma, posturas y enfoques de la salud pública. En cuanto al paradigma hegemónico racionalista clásico-positivista, Kuhn (1962), González Saibene (1993) y Lores Arnais (1986) aportan su perspectiva. En cuanto al paradigma materialista dialéctico de Hegel (1949), Kosik (1963) y de González Saibene (1990) surgieron posturas que cuestionan el enfoque tecnocrático de la salud, a partir de la declaración de la APS (Alma Ata, 1978). Por otra parte, se recupera el aporte de Lalonde (1978) quien sustenta los procesos sociales desde una perspectiva integral. Además, Bachelard (1938) centra el debate en el conocimiento de la realidad en términos de obstáculos

epistemológicos. Éstos son analizados en el campo de la salud por Barg (2003) y Grassi (1995), quienes analizan la diferencia entre la investigación (procesos de conocimiento) y el proceso de intervención profesional, desarrollado por González Saibene (1995).

La autora mencionada define al Trabajo Social como: "Una profesión centrada en la intervención en lo social con el objetivo de modificar las situaciones particulares que aborda en su ejercicio cotidiano […]" (González Saibene, 2014: 21). Por lo tanto, el Trabajo Social como profesión interviene en lo social, con el objetivo de transformar las condiciones de la vida cotidiana de los sujetos. La autora plantea, además, que "en los procesos de recuperación, sistematización y reflexión que conlleva no se plasman en teorías científicas, en tanto sus objetos no son teóricos y, por lo tanto, no constituyen procesos de investigación científica" (González Saibene, 2007: 17).

Se conceptualizaron las prácticas hospitalarias/prácticas de poder teniendo en cuenta los aportes de Morín (1990), Weber (1944), Foucault (1977) y Deleuze (1987). Como así también, se plantearon diversas posturas epistemológicas y filosóficas respecto a las mismas, a partir de Bachelard (1938), Foucault (1976), Carballeda (2007), Kant (1788), Galende (1996), Kosik (1963), Hegel (1949), Popper (1934) y Comte (1934).

Otro núcleo teórico analizado fue el poder, el cual ha sido objeto de estudio de la teoría política y la teoría sociológica. En primera instancia, surge el poder como dominación en un determinado grupo (Weber, 1944). Además, este autor sostiene un sistema de legitimidad entre el Estado y la Sociedad, aludiendo a diferentes tipos de legitimidad: racional, tradicional y carismático. Por otro lado, Foucault (1971) analiza la genealogía del saber y del poder, conceptualizando al poder como relaciones, mientras que Deleuze (1987) refiere al poder en función de fuerza con un afuera.

Cabe señalar otro aspecto relevante de la práctica interdisciplinaria: la interconsulta. En ésta se pone de manifiesto la práctica hospitalaria o práctica de poder, versus práctica interdisciplinaria. Giberti (2014), González Saibene (1993), Bourdieu (2005), Freud (1913, 1933), Lacan (1964, 1966), Cherni y Heumann (2009) y Agüero Pozzo-Quino Cabral (2017) plantean diversas posturas que evidencian la complejidad que atraviesa el campo de la salud. Por otra parte, los conceptos centrales que aportan Karsz (2004) y Cazzaniga (2008) sitúan el lugar de la interconsulta en el campo de la salud, como articulación entre las interdisciplinas. Por lo tanto, la interconsulta o derivación es una práctica entre médico-especialista o médico-psicólogo que se constituye en el marco de una práctica hospitalaria en el área de la salud.

Las relaciones de poder y saber son producidas y reproducidas en determinado espacio de la organización general de la institución. Esto habilita la interconsulta entre las diferentes especialidades, donde se entrelazan y entretejen diferentes relaciones entre las disciplinas científicas que conforman una especialidad.

Se analizó desde el psicoanálisis de Freud (1913, 1933) la interconsulta y el tratamiento. Desde las contribuciones de Lacan (1966) se abordaron las diversas tensiones referidas a la transferencia, la palabra, y el lenguaje como fundamento de la interlocución. Es decir, la palabra opera en la práctica interdisciplinaria. La habilitación de la interconsulta para el profesional de Trabajo Social, lo simbólico, imaginario y complejo emerge en el terreno de la práctica hospitalaria o práctica de poder. Surgen aspectos relacionados a la ansiedad de los profesionales, de orden subjetivo que impacta en el deber ser y hacer del Trabajador Social (inmediatez, emergencia y urgencias institucionales). Los avances de la ley de Protección Integral en la cuestión del ASIJ interpela el discurso médico hegemónico a partir de la escucha del paciente.

Lo propuesto por Kosik (1963) sobre la cosa misma, invita al mundo de la pseudoconcreción. En el campo de la salud pública, en un contexto hospitalario, la

interconsulta por parte del médico hacia el profesional de Trabajo Social, aparece como un punto de partida para dar inicio a una intervención social, caracterizada por la complejidad de las demandas y problemas sociales.

Otra de las tensiones está relacionada con la vigilancia epistemológica propuesta por Bachelard (1938), la cual refiere a la ruptura de las nociones comunes, habituales, para lograr la objetivación de las técnicas, las cuales ayudan en la práctica interdisciplinaria. Esta ruptura favorece la reelaboración de las nociones teóricas y describe nuevos conocimientos científicos, desnaturalizando relaciones de poder y de saber, así como también lenguajes de las disciplinas científicas, discursos y no discursos.

Otro obstáculo que surge en la dimensión de los conocimientos científicos, refiere a las nociones del sentido común en el lenguaje. Es necesario tomar distancia del objeto estudiado para comprenderlo de una manera más crítica. Las explicaciones desde la dimensión social no permiten caer en orientaciones lineales, causales o fragmentadas.

Se abordó la perspectiva interdisciplinaria, señalando los diferentes enfoques a partir del DRAE (2014) y Rodríguez Ortega (2016). Por otro lado, Tamayo-Tamayo (2003) plantea los tipos de disciplinariedad: multidisciplinariedad, pluridisciplinariedad, interdisciplinariedad, intradisciplinariedad y transdisciplinariedad. Mientras que Lucca (2017) presenta el proceso interdisciplinario y los procedimientos metodológicos. Cabe señalar que Morín (1990), Eroles (2001), Kisnerman (2005), Elichiry (2009), García (2011) y Stolkiner (1987) caracterizan a la interdisciplina desde una perspectiva de pensamiento complejo.

Se subraya la diferencia entre equipo interdisciplinario y grupo. Éste, a su vez, es considerado por Sartre (1963) como la organización práctica establecida por la praxis humana.

Cabe señalar que la categoría de grupo se abordó desde la psicología social, como así también el rol del coordinador y del líder. Mientras que el equipo interdisciplinario fue conceptualizado desde el pensamiento de Kisnerman (1998), García y col (2008), Martínez Moreno (2001), Lucca (2014), Romero (1996), Beal y col (1964), Bion (2006) y Souto (1993).

Se analizó la categoría institución desde la visión del funcionalismo (Parsons, 1988), el cual está asociado a la teoría institucionalista. En cuanto a la teoría neoinstitucionalista de Weber (1981) y el psicoanálisis de Freud (1930), han estudiado las instituciones y sus relaciones entre individuo, sociedad e instituciones sociales. Mientras que Berger y Luckmann (1968) consideran a las instituciones como objetivaciones por el hecho de existir.

Desde otra perspectiva, Bourdieu (2008) refiere que las instituciones poseen diferentes características de actos, de comunicación, de identidad y autoridad. Mientras que Foucault (1976) define a los discursos como elementos o bloques, porque éstos actúan en las relaciones sociales de los individuos en dichas instituciones públicas. Además, éstas promueven, legitiman y organizan propuestas según Douglas (1986) y Souto (1993), a diferencia de Galende (1990), quien afirma que la institución establece un lazo social.

El tercer capítulo desarrolla las estrategias de intervención desde la profesión del Trabajo Social, identificando los diversos enfoques, teorías y metodologías que atraviesan la construcción de las mismas. Al mismo tiempo se clarifican las estrategias de intervención utilizadas por los equipos de salud interdisciplinarios. Cabe subrayar que las diversas tensiones surgidas en las prácticas profesionales, se manifiestan cuando entran en diálogo con las disciplinas hegemónicas -medicina y psicología-.

En el campo de la salud existen diferentes profesiones, entre ellas el Trabajo Social, que sustentan un Equipo de salud interdisciplinario. Cada una de

ellas posee un saber propio que genera estrategias de intervención acerca del ASIJ.

Respecto a la categoría estrategias se entrecruzan tres dimensiones. La primera plantea un enfoque estratégico con aproximaciones a la realidad compleja y racional. La segunda dimensión se relaciona con el campo del conocimiento científico. La tercera comprende al mundo de la planificación estratégica, donde cobra relevancia la gestión para su posterior desarrollo en el campo de la salud.

La definición de APS según la Declaración de Alma-Ata (1978), en su comienzo fue contradictoria a nivel conceptual. Luego recibió el aporte de los diversos organismos multilaterales: de la OPS y OMS (2007 y 2008), Carta de Otawa para la Promoción de la Salud (1986), Declaración de Yakarta sobre determinantes de la Salud (2011) y Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, Brasil (2011).

Es importante subrayar que la PE plantea sus fases, procesos y toma de decisiones. Mientras que desde una perspectiva moderna y renovadora, la APS presenta los niveles del enfoque de la planificación: la construcción ciudadana, el derecho a la salud, la participación, lo intersectorial y sus componentes.

Cabe destacar que la propuesta de Testa (1989), el Posgrado Salud y Comunidad (2010), Kisnerman (2005), Castellano Bohórquez (2010) y De Lellis (2015), sustentaron un corpus teórico con diversas posturas contrarias al paradigma positivista y de una crítica al materialismo, lo cual pone de manifiesto la relevancia de las estrategias de intervención y las tensiones en los equipos.

Se profundiza la categoría de las estrategias de intervención como una construcción histórica del Trabajo Social. Se alude al aporte de Rozas Pagaza (2002), González Saibene (2007), Villela Iamamoto (1992) y Montaño (2003), en el proceso de la reconceptualización del Trabajo Social. A principios de los 70 surgieron antecedentes relacionados a la temática de esta investigación social. Los

mismos dan cuenta de la modalidad de intervención del Trabajo Social. Como así también, del contexto socio histórico, donde la realidad actual toma relevancia como movimiento constante de la cuestión social. Ésta se encuentra atravesada por la crisis de la modernidad, en donde se plantean decisiones sobre la política pública relacionada con el ASIJ.

Es necesario señalar que González Saibene (2007) presenta una visión crítica de las disciplinas, del paradigma positivista y de las prácticas asistencialistas que ubicaban al trabajador social como un técnico. Por otra parte, Escalada (1986) mantiene una postura dialéctica y crítica sobre las definiciones del Trabajo Social, mientras que Ander Egg (1996) la concibe como tecnología social.

Es preciso destacar la postura de diversos autores contrarios al enfoque positivista del Trabajo Social. Entre ellos, Parra (1999) y Faleiros (1986) sostienen una perspectiva crítica del aparato institucional, mientras que Miranda Aranda (2011) diferencia la disciplina de la profesión que nace en las ciencias sociales. Por otro lado, Cazzaniga (2001) sustenta las intervenciones profesionales en el actual terreno de las prácticas profesionales y analiza el enfoque interdisciplinario desde una teoría crítica. Finalmente, Castro (2014) propone la producción de conocimiento desde el Trabajo Social y la definición de las estrategias de intervención profesional.

Después de presentar las diversas contribuciones de los autores mencionados, se realiza una revisión de la dimensión histórica del Trabajo Social, que comprende a las estrategias de intervención. Se valora el aporte de Richmond (1917), Aguilar Idáñez y Ander Egg (1999), Oliva (2007, 2015), Carballeda (2007), González Saibene (1995, 2014), Malacalza (2009, 2014), y Rovere (2006), entre otros.

Se define a la intervención fundada desde lo teórico, epistemológico y político ideológico. Mientras que la intervención indiscriminada no se puede

justificar por el solo hecho de realizar acciones. En la intervención fundada se profundizan sus elementos principales: identidad profesional, necesidades sociales, objeto de intervención fundada, e intervención profesional, a partir de los aportes de García Salord (1991), Grassi (1995), Barg (2003), Rosas Pagaza (2010), Carballeda (2007), Cazzaniga (2009) y González Saibene (2014).

Se recupera y resignifica el aporte de los autores con respecto al núcleo teórico de la práctica profesional, discutiendo los fundamentos presentados por Kisnerman (2005), Ander Egg (2011), Eroles (2011) Cazzaniga (2002), Carballeda (2008), Matus Sepúlveda (2002), Villela Iamamoto (1992), entre otros.

Las contribuciones de esta tesis doctoral pretenden dar un salto cualitativo para "la superación del fatalismo y del mesianismo" (Villela Iamamoto, 1992: 189) en la práctica profesional. Es decir, el abandono de lo impulsivo, rutinario, burocrático, actos heroicos y voluntarios.

Los aportes de Bachelard (1938) y Bourdieu (2005) profundizan los criterios previos para investigar en las ciencias sociales. No solo tienen en cuenta la ruptura epistemológica, sino también la reflexión en la construcción del conocimiento científico y las posibilidades y límites en términos de Morín (1997). De esta manera entre teoría y práctica no hay una relación directa, sino que hace falta un proceso de mediación (González Saibene, 1995).

Desde una postura crítica Matus Sepúlveda (2002) analiza los diversos enfoques presentados por algunos autores respecto al Trabajo Social. Uno de ellos afirma que "en la medida en que Trabajo Social presente un rigor institucionalizado […], se constituye en una disciplina (Matus Sepúlveda, 2002: 34). En todos los enfoques subyace el concepto weberiano de racionalidad con arreglo a fines, el cual permanece intocado aún después de los cuestionamientos de las diversas posturas que conciben al Trabajo Social como profesión. No se aclara cómo compatibilizar esta perspectiva tecnocrática con la acción

transformadora, instancia que también se reconoce como elemento central, racionalidad de acuerdo a valores, en el lenguaje weberiano.

Carballeda (2007) plantea que la intervención en lo social dialoga con lógicas de reproducción de la subjetividad en los procesos interdisciplinarios. En esta línea, Cazzaniga (2002) refiere que las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos.

Otra de las categorías vinculada al objeto de investigación de esta tesis está relacionada con las estrategias de intervención. Éstas se abordan desde la dimensión histórica de la profesión del Trabajo Social, donde Richmond (1917), desde un enfoque psicosocial ha planteado los procedimientos para la elaboración de un diagnóstico y plan de tratamiento social. Según lo mencionado, Aguilar Idáñez y Ander Egg (1995), desde una perspectiva sistémica, consideran que las modalidades de intervención social están configuradas por la integración de las fases de una estrategia de acción.

A diferencia de lo expuesto, Oliva (2007) sostiene que el desarrollo de una estrategia de intervención está determinado por la compleja relación que se da con los recursos, que históricamente expresaron diversas formas de asistencia y de protección social. Carballeda (2007) propone vincular la noción de las estrategias con el conocimiento de los sentidos, su utilización y procedimientos.

Desde una propuesta más integradora, Gonzalez Saibene (2014) sustenta que las estrategias de intervención son variadas y creativas como las redes comunitarias y las redes sociales. Además, Intebi (2012) afirma que las mismas tendrían que percibirse como una estrategia flexible. En este marco se evidencia el reconocimiento de las tensiones que surgen en el escenario de la intervención social, sostenido también por Alma-Frau (2017), Fontao (2016) y Carballeda (2007). Mientras que Lucca (2017) plantea un quiebre epistemológico que modifica los parámetros de conocimiento de las diferentes disciplinas científicas y pone un punto de inflexión con relación a los Equipos Interdisciplinarios. Todo lo

mencionado se vincula con la conformación de los equipos, teniendo en cuenta el proceso realizado hacia el interior de los mismos.

Las estrategias de intervención son elaboradas por los Equipos Interdisciplinarios en el marco de una construcción teórica-metodología y reflexiva en la práctica interdisciplinaria. Ésta se encuentra materializada en las instituciones, donde se visibilizan otras, como las prácticas de poder entre las diversas disciplinas.

Esta investigación parte, por un lado, del supuesto de que las relaciones de poder en los Equipos Interdisciplinarios de salud obstaculizan las estrategias de intervención. En este aspecto se recurre al aporte de Foucault (1970) sobre las relaciones de poder intersectorial e institucional, quien sostiene que en donde hay poder, con frecuencia se presentan resistencias. Cada miembro de un equipo de salud se desempeña conforme a diversas normativas, ya que cada disciplina responde a su propio campo científico. Por otro lado, se basa en la conjetura de que los procesos y tiempos judiciales no acompañan los procesos y tiempos de salud y enfermedad del niño, generando frustración en el interior del equipo interdisciplinario.

De allí que surgieron las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las tensiones que emergen cuando los Equipos Interdisciplinarios de Salud Pública aplican las estrategias de intervención para abordar casos de abuso infanto juvenil en Tucumán entre los años 2011 y 2018?

¿Cuáles son las estrategias de intervención de los Equipos de Salud en sus prácticas interdisciplinarias

En relación a los objetivos propuestos en esta tesis de Doctorado, se analizaron las tensiones que emergían en las estrategias de intervención, en casos de abuso infanto-juvenil abordados por los Equipos Interdisciplinarios luego de la implementación de la Ley N°26.061. Se identificaron y describieron las

estrategias utilizadas en las intervenciones interdisciplinarias de los Equipos de Salud Pública en el seguimiento de los casos estudiados. Se caracterizaron las prácticas profesionales de los equipos interdisciplinarios que intervinieron en los casos de abuso sexual infanto-juvenil. Se indagó acerca de las relaciones vinculares de los profesionales que integraban los Equipos de Salud Pública. Finalmente, se reconocieron los facilitadores y obstaculizadores en el desarrollo de las estrategias de intervención de los equipos interdisciplinarios.

Partiendo de los supuestos antes mencionados, esta investigación fue realizada desde un enfoque cualitativo y flexible, que se desprende del paradigma interpretativo de las ciencias sociales. Inicialmente se recurrió a la indagación de las líneas de investigación interdisciplinarias en relación a la temática de esta investigación. Uno de los principales hallazgos que se identificó fue la presencia de un predominio del paradigma positivista que permitió explicar lo social. Esto se dio desde diversas interpretaciones vinculadas a los obstáculos presentados sobre la postura epistemológica y filosófica del objeto de investigación, basado en el marco de las ciencias sociales.

En cuanto a los antecedentes de investigación se percibe claramente la concordancia con otros estudios realizados, entre ellos el trabajo de Davico (2011) y de Seldes et al. (2008).

Como principal hallazgo se identificó que en la mayoría de los entrevistados, en lo referido a las definiciones del ASIJ, se percibió al niño como al más vulnerable, dejando de lado el dictamen judicial. El seguimiento de los casos del ASIJ son realizados por los servicios sociales y por los servicios de salud mental, es decir, por profesionales de la salud que integran los Equipos Interdisciplinarios. Esta reflexión tiene que ver con la construcción social del problema según lo analizado por Hacking (1999), quien considera que la sociedad moldea y da forma a este delito. Otro hallazgo se encuentra referido a la falta de sistematización de la práctica profesional de los equipos mencionados.

El análisis de los documentos permitió la elaboración de matrices de identificación de datos a nivel nacional y local que fueron presentados en el Capítulo N°4, destacándose los siguientes resultados:

La comprensión de lo témporo-espacial durante el período 2011-2018 en relación a las políticas públicas a nivel macro y micro.

La elaboración de la primera matriz ha sido de gran importancia para la contextualización del problema de investigación.

La construcción del objeto de estudio refiere a las prácticas interdisciplinarias, lo cual puede ser novedoso para futuras investigaciones científicas. Por otra parte, es necesario tener en cuenta la selección de los sujetos de investigación para la realización de las entrevistas semiestructuradas que se abordaron en el trabajo de campo. Por lo tanto, otro hallazgo fue a partir del análisis de las categorías y subcategorías, vinculadas al objeto de estudio, el cual se presentó en la construcción de la matriz conceptual N°1.

Al retomar las conjeturas iniciales de esta tesis doctoral, se puede afirmar que las relaciones de poder en los Equipos Interdisciplinarios de salud obstaculizan las estrategias de intervención en los casos del ASIJ.

En el Capítulo N°5 se presentaron las características de los tres Equipos Interdisciplinarios. Durante el proceso de investigación se exploró el primer objetivo, es decir, se pudo identificar y describir las estrategias que utilizan las Equipos interdisciplinarios.

Como resultado de este proceso continuo de análisis se elaboró la matriz conceptual de la conformación de los Equipos de salud Interdisciplinarios. En la cual se categorizaron los aspectos relevantes en el estudio del objeto de investigación.

La mayoría de los entrevistados sostiene la presencia de diversos obstáculos institucionales, falta de organización de servicios, de recursos, de

formación en lo interdisciplinario y el desigual crecimiento entre los niveles de atención de la salud.

Se pudo identificar que el discurso interdisciplinar prevalece actualmente en los tratamientos en casos del ASIJ. El conocimiento científico que aflora en la modernidad, estuvo orientado a integrar las diversas disciplinas, en el contexto de una biopolítica según lo planteado por Foucault (1970) que apuntaba a construir sujetos especializados. Por lo cual, los diversos lenguajes, saberes y discursos atraviesan a las prácticas interdisciplinarias.

Las nociones trabajadas por Weber (1944) en su análisis de la acción social, están orientadas a la comprensión de la conducta colectiva, la cual se encuentra inserta en el actual contexto del neoliberalismo, donde el Estado Moderno -la comunidad, las instituciones públicas- crea los mecanismos de las políticas públicas para el funcionamiento de los ministerios de salud, educación y justicia. En consecuencia, surge una política a nivel nacional que se venía dando con la Ley N°26.061 de Protección Integral de los Derechos del NNyA, que luego entró en vigencia a nivel provincial en el año 2010.

Se puede inferir que la tensión entre la teoría y la práctica toma su correlato en la ruptura de lo preconcebido como problema inicial, o sea, en la duda radical según Bourdieu (2005). Cabe señalar, también, que el pensamiento lineal se manifiesta en las diversas interpretaciones y posturas de las disciplinas científicas aun presentes en las prácticas de los profesionales en el ámbito del campo de la salud.

En esta tesis doctoral, al reflexionar sobre la construcción del conocimiento científico del objeto de estudio en el marco de las ciencias sociales, se marcan los inicios de un nuevo camino en relación con los obstáculos epistemológicos, como lo menciona Bachelard (1938). A la luz del pensamiento de este autor se plantea como validez interna en los equipos interdisciplinarios, la

tensión entre la demanda y la construcción del objeto de la intervención interdisciplinaria.

En lo referido a la Ley Nacional N°26.061, en su adecuación al Sistema de Protección Integral del NNyA, se pueden identificar algunos aspectos como hallazgos obtenidos en esta tesis. Entre ellos, cabe mencionar la actualización del marco legal en cuanto a los estándares internacionales relacionados al espíritu de la CDNNyA (1989). Otro aspecto está relacionado con el dispositivo de la denuncia por la sospecha del ASIJ. Este delito remite a una instancia de orden público y otorga la posibilidad de denunciar un abuso sexual ocurrido hace 10 años, ya que el delito es imprescriptible.

En la provincia de Tucumán, las recomendaciones y lineamientos de abordaje interdisciplinarios están basados en el Protocolo Interinstitucional. La investigación judicial sobre el ASIJ se concentra en la Fiscalía de Delitos Contra Integridad Sexual. Por un lado, se plantea la delimitación de las competencias respecto a los equipos interdisciplinarios, se toma conocimiento de la sospecha del ASIJ, y se realiza la denuncia con urgencia a la Fiscalía, dentro de las 24 horas según los lineamientos del presente Protocolo Interinstitucional. Por otro lado, se evidencian diversas dificultades y obstáculos para llevar a la práctica interdisciplinaria de los Equipos los lineamientos propuestos por el Protocolo mencionado.

Otro hallazgo se refiere a la identificación de un período tardío en la adecuación del sistema de protección integral para estar en consonancia con la ley nacional y los tratados internacionales. Cabe mencionar que la provincia de Tucumán no disponía de normativas de protección acerca de los derechos de NNyA, por ello las orientaciones a nivel nacional fueron sus principales pilares hasta el año 2010. Su reglamentación se dictó recién en el año 2015, mediante el decreto N°1.615/4. Lo presentado anteriormente se puede interpretar desde el aporte de Foucault (1969) como discontinuidad histórica, caracterizada por

rupturas que encuentran su máxima expresión en el proceso tardío que tuvo la institucionalidad de la Ley de Protección Integral en el escenario provincial.

En lo que se refiere al segundo supuesto mencionado se puede interpretar que el mismo se pone de manifiesto como el resultado de un proceso lento de institucionalidad de la ley Nacional de Protección Integral del NNyA. En su correlato, a nivel provincial, también los procesos y tiempos de la justicia no acompañan el proceso de la salud integral de las víctimas, provocando frustración en el interior de los Equipos Interdisciplinarios. Por un lado, se identifica que la injerencia del Estado provincial se evidencia en el lenguaje y discursos de las prácticas profesionales que comienzan a ser internalizadas como un conjunto de voluntades particulares, asociativas y estatales. Esto se puede visibilizar en el Caso Lucía, trabajado en esta investigación, donde los últimos avances dan cuenta de la protección integral de la adolescente, confirmada en base al fallo emitido en febrero de 2020 por la Corte Suprema de la provincia de Tucumán.

Por otro lado, al considerar el segundo objetivo, se caracterizaron las prácticas profesionales de los tres Equipos Interdisciplinarios. Se tuvo en cuenta su conformación, tiempo de permanencia e interdisciplina.

Otro hallazgo, a partir del análisis de la matriz conceptual de la conformación de los Equipos de salud Interdisciplinarios, está relacionado con el conocimiento de los profesionales sobre el objeto de investigación, dada su experiencia y participación en diversos equipos. Es así que en el Capítulo N°5 se analizó la muestra, constituida por 15 profesionales, cuyas edades oscilaban entre 36 a 57 años. Esto puede deberse a la conformación de los Equipos Interdisciplinarios cuyos profesionales tienen una antigüedad en el SIPROSA entre 10 a 20 años.

En cuanto al tiempo de permanencia en los Equipos interdisciplinarios, se evidencia un proceso de 2 a 6 años, como así también una escasa formación en la interdisciplina. No obstante, la mayoría de los entrevistados tiene en su trayectoria

profesional experiencia de trabajo en equipo, donde pudieron crear relaciones vinculares.

Cabe mencionar el modo en que los tres Equipos interdisciplinarios conciben y hacen experiencia de la interdisciplina. El Equipo N°1 se percibe como un Comité, es decir, como un conjunto de personas que se constituye en una institución hospitalaria con lineamientos formales, una misión, visión y objetivos específicos. En la conceptualización de Equipo Interdisciplinario se entrelazan diversas posturas que responden a las representaciones personales de los entrevistados. En los testimonios emerge tensión entre interdisciplina y problemas sociales complejos: los entrevistados han identificado claramente la interdisciplina como un proceso de construcción que conlleva una ruptura epistemológica. Este Equipo interdisciplinario surgió de la diversidad de los servicios y especialidades que brinda el Hospital. En sus discursos se evidencia un cambio en la mirada que hace más fluida la relación con los miembros de los diversos equipos, favoreciendo el abordaje de las problemáticas de abuso sexual. Como así también, se clarifico que el trabajo interdisciplinario no se encuentra legalmente establecido e históricamente fundado. La comunicación que atraviesa la complejidad de estos casos de abuso sexual infantil, facilita el abordaje de esta problemática, aportando la mirada de cada uno en el trabajo interdisciplinario. Por lo tanto, se pone de manifiesto la cosmovisión colectiva como interconsultores, compartiendo las diversas reflexiones sobre la práctica crítica y el rol del Trabajador Social.

Emerge tensión entre las prácticas profesionales y las estrategias de intervención. En sus significaciones se identificó al trabajo en equipo como favorecedor de la constitución de estrategias de intervención para que las mismas sean sustentables. Se las resignifican junto a los espacios de los servicios como dispositivos. Se determina el tiempo trascurrido y la experiencia adquirida a la luz de las intervenciones y prácticas. En los relatos se evidencia, además, la tensión entre las prácticas profesionales y los procesos y medidas judiciales. Los integrantes del Equipo se preocupan por el seguimiento de los casos de abuso y por el trabajo en terreno.

Surge tensión entre el proceso de integración del Equipo que refiere a lo instituido y a lo instituyente, y su cosmovisión holística, entendida como el marco ideológico que orienta la toma de decisiones. De la información recabada se infiere que el mismo se conforma mediante un proceso institucional, donde intervienen disciplinas con servicios de diversas especialidades, que se encuentran establecidos por normativas y atención protocolizada. En la caracterización del mismo se destacan elementos generadores de análisis: el rol del coordinador con funciones limitadas, los objetivos que se proponen, el proceso de formación experimentado, entre otros.

En sus relatos aparece con claridad el NNyA como sujeto de derecho y la función de la institución hacia la comunidad. Se evidencia la adhesión al nuevo paradigma para evitar la revictimizacion de los mismos. Se prioriza la escucha de su problemática y el resguardo de su testimonio. Como así también el derecho que tiene el niño y el adolescente a ser oído y protegido. La comunicación atraviesa las instituciones, los sujetos y las diversas realidades simbólicas, generando espacios de encuentro y de reflexión sobre las consecuencias del NNyA cuando sufre un abuso sexual y se produce el silencio.

El Equipo N°2 desarrolla su trabajo como una estructura de intervención, caracterizado por la contención, humanidad e integración lograda desde las diferentes disciplinas. Éstas se conciben como un órgano de poder que asesora y orienta a los diferentes servicios y equipos. A partir de la capacitación y formación de sus miembros se organizó el trabajo interdisciplinario. Por otra, parte la conformación del Equipo carece de comunicación y articulación con el servicio de la guardia de emergencia. Lo cual da cuenta de las tensiones y luchas de poder que acompañan las decisiones institucionales, debilitando la trama compleja de la interdisciplinariedad.

En las entrevistas se visualiza tensión entre interdisciplina y problemas sociales complejos. Lo cual se pone de manifiesto en el abordaje de los casos del ASI. Esta realidad requiere un mayor tiempo de formación y capacitación para la

toma de decisiones. La complejidad del proceso de atención de la salud integral del paciente, la esencia de los diversos servicios y las competencias profesionales se encuentran en una encrucijada que demanda diálogo y escucha profunda de los diversos casos.

El Equipo N°2 identificó diversas problemáticas sociales: violencia, abuso sexual infantil y problemáticas mentales. Lo cual conlleva a trabajar con otras organizaciones para coordinar las intervenciones interdisciplinarias. Las percepciones de los entrevistados oscilan entre la valoración del trabajo interdisciplinario, los diversos aportes del Trabajador Social en el Equipo y el rol que cumplen los agentes socio sanitarios en el trabajo en terreno. En sus discursos se evidencia la necesidad de formación y actualización en la temática de estudio.

Se visibiliza tensión en la gestión de las prácticas profesionales y las estrategias de intervención. Los entrevistados resignifican a las prácticas como un entramado de relaciones sociales, responsabilidad, aprendizajes, saberes y conocimientos que favorecen las intervenciones interdisciplinarias. Además, la coordinación y la comunicación emergen como elementos movilizadores que sostienen las estrategias de intervención generadas en este Equipo.

Emergen conflictos en el proceso de integración del Equipo y su cosmovisión holística. Las percepciones de los entrevistados refieren un largo proceso de aprendizaje, la transferencia de nuevas formas de trabajo en redes, que requiere el ejercicio responsable de los organismos intervinientes. Como así también reconocen el trabajo y el compromiso personal e institucional frente a los casos de abuso. Ponen de manifiesto el descontento con lo instituido, referido al marco legal y protocolos de atención integral de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Perciben al poder como una relación de tipo vertical entre los sujetos, grupos y sistemas que afecta la comunicación, imponiendo el pensamiento único desde un modelo hegemónico médico sin respetar la diversidad.

El Equipo N°3 se visibiliza como un grupo interdisciplinario que fue recorriendo un proceso de constitución como Equipo Interdisciplinario. Según los casos de ASIJ los profesionales responden abordando estas problemáticas desde su propia disciplina. Cabe señalar que es difícil acordar criterios para la toma de decisiones, fundamentada en una visión compartida. Desde las entrevistas realizadas a los profesionales se valoran las siguientes contribuciones relacionadas al objeto de esta investigación social. Aparecieron con fuerza elementos de análisis movilizadores que integran la dimensión teórica y práctica en el trabajo interdisplinario, en el grupo interdisciplinario y en la interdisciplina. Esta realidad compleja da cuenta de los diversos mecanismos y factores que intervienen en el abordaje de los diferentes casos que se presentan. Los desafíos planteados en el ejercicio de la ética profesional dinamizan la participación de los organismos de protección del Estado. Esto requiere de diversas instancias en los procesos de aprendizaje y articulación de este Equipo con el resto de los actores intervinientes.

Los entrevistados perciben a la intervención fundada como un interrogante que interpela la realidad atravesada por la complejidad. La cual debe ser definida en relación al contexto social, teniendo en cuenta sus diferencias con la intervención indiscriminada. Resignifican su práctica profesional y la ponen de manifiesto en la elaboración de sus informes. Sienten que es necesario profundizar los indicadores del ASI, como así también acompañar el seguimiento de los casos para evitar la revictimización secundaria. Lo mencionado da cuenta del destacado cambio generado en la cosmovisión de los profesionales, construyendo acuerdos que permitan crear estrategias de intervención para abordar los casos del ASI.

Uno de los hallazgos identificó a la subjetividad y a las relaciones vinculares como construcción del ser humano y se generan en el interior del campo del saber disciplinar. Además, el desempeño comprometido del rol de cada profesional dinamiza las relaciones interpersonales. Sin embargo, en los Equipos interdisciplinarios predomina el modelo hegemónico médico, otorgando mayor centralidad y poder a la figura del médico.

Los hallazgos, en relación a la intersectorialidad, visualizan diversas miradas, enfoques y perspectivas en los tres Equipos en estudio, la cual está caracterizada por los diferentes niveles de atención en la salud pública. Ésta presenta diversas dificultades que condicionan e interfieren las relaciones intersectoriales, según lo identificado en los tres Equipos interdisciplinarios.

En el Equipo N°1 se percibe que los procesos y el tiempo legal no acompañan el proceso de salud y enfermedad del NNyA. Esto repercute en las estrategias generadas por el equipo interdisciplinario, porque la interdisciplina debe afinar las articulaciones intersectoriales y las redes de confianza.

En el Equipo N°2 se evidencia el proceso judicial y el acompañamiento del accionar del equipo. Cabe señalar la falta de capacitación y de articulación entre los ministerios de Acción Social y entidades religiosas de la comunidad.

En el Equipo N°3 lo intersectorial aparece como una articulación compleja de las diferentes instituciones que son contenedoras. La complejidad de lo intersectorial está dada por la visión política de los diferentes actores sociales de los Ministerios, de esta manera surgen vías de comunicación formal e informal.

Cabe señalar que las tensiones que se generan en la intervención de los Equipos Interdisciplinarios ponen de manifiesto la puja entre el poder y el saber de los diferentes actores sociales intervinientes, en el entramado de las relaciones intersectoriales e institucionales.

Al estudiar los tres Equipos Interdisciplinarios se visualizó que transitan un proceso de construcción y de conformación heterogéneo, con particularidades diversas y con escasa formación en la interdisciplina. Por otro lado, en la mayoría de los entrevistados se percibieron indicadores del síndrome de burnout, tal vez generados por los diversos obstáculos presentados en el trabajo de equipo. Probablemente, estas dificultades encontradas ponen en evidencia la necesidad de

autocuidado y el desafío de mejorar las relaciones vinculares en los Equipos estudiados.

Otro hallazgo en los tres Equipos interdisciplinarios pone en evidencia que los mismos se encuentran en un proceso de integración, buscando su propia identidad. A su vez emerge la reconstrucción del sujeto construido, extremadamente controvertido, desde el pensamiento complejo de Morín (1997). Por otra parte, aparece el desafío constante que implica quiebre epistemológico, modificando el conocimiento de las diferentes disciplinas (Lucca, 2017). En los diversos procesos recorridos por los Equipos interdisciplinarios surgieron los diversos obstáculos en el trabajo interdisciplinario, los aportes de cada uno de los miembros, su visión, conocimiento, y competencia.

Bertalanffy (1969), Prigogine (1979), Maturana y Varela (1984) plantean que el sujeto tiene un doble lenguaje. Freud y Lacan aportan sobre el inconsciente, subjetividad, y el aspecto individual del ser humano. Piaget (2014) sostiene que el ser humano está inserto en el mundo social y que actúa sobre él. Berger y Luckmann (19689) afirman que es capaz de objetivarse, y Bourdieu (2005) plantea lo individual, lo social y colectivo del habitus.

Este corpus teórico ha permitido desarrollar una visión interdisciplinaria en la constitución del sujeto construido. Pero, a su vez, las nuevas formas de trabajo interdisciplinario no están acompañadas ni sostenidas en las instituciones de salud, generando tensiones teóricas y prácticas en los equipos. Las relaciones de poder intersectorial e institucional impactan en las subjetividades, modificando y alterando las redes vinculares.

Los profesionales del Equipo N°1 les cuesta sentir el poder entre ellos, se perciben sin poder. Inclusive cuando se visualizan como Comité, no detentan el poder, por eso piden que el poder venga desde arriba. Esto pone de manifiesto que no hay un espacio de reflexión de la práctica profesional donde se generan las estrategias de intervención. La figura del Comité no los convoca a trabajar juntos

como Equipo interdisciplinario. Mientras que en el Equipo N°2 los entrevistados destacan la falta de conexión con el Equipo de la guardia de emergencia. Falta comunicación y relaciones interpersonales. Se infiere que prevalece el poder hegemónico médico. Por otra parte, el Equipo N°3, las relaciones interpersonales, se encuentran afectadas por la falta de capacidad de la escucha para posibilitar la comunicación abierta, el reconcomiendo del otro profesional, como interlocutor válido, pero también se evidencia la presencia de un estructura espiral, como ser la presencia de hegemonías médicas, el cuestionamiento a la mirada y saber, resistencias.

Otro hallazgo es la tensión entre las prácticas profesionales y estrategias de intervención de los Equipos interdisciplinarios que intervienen en los casos de ASIJ. Se evidencia, por un lado, lo instituido que se materializa en los mandatos, normativas y protocolos interinstitucionales. Por otro, los discursos y lenguajes que surgen en las prácticas interdisciplinarias ponen de manifiesto como fuerza instituyente la construcción de las estrategias de intervención de los tres Equipos interdisciplinarios. Las cuales se transforman en mecanismos de acción entre el ser y el deber ser de los profesionales. Cabe destacar que la ley otorga a los equipos el marco institucional, pero después la práctica profesional cotidiana llega a ser un campo de lucha en términos de Bourdieu (2005), donde se reconstruye el discurso profesional al interior del Equipo interdisciplinario

De todo lo expuesto se puede concluir que los objetivos propuestos en esta investigación se vieron cumplidos ampliamente y en base a este estudio se propone lo siguiente. Resulta de interés académico, científico y social poder abordar en futuras investigaciones científicas las relaciones del poder y del saber que atraviesan las prácticas de los profesionales que integran los Equipos Interdisciplinarios.

Esta tesis doctoral contribuyó con nuevas reflexiones en torno al ASIJ abordado desde el Equipo de Salud interdisciplinario; como así también trató de dar respuesta al problema planteado en esta investigación. Valoró el

mantenimiento activo de la reflexión teórica, epistemológica y metodológica sobre las prácticas interdisciplinarias. Las problemáticas de ASIJ requieren necesariamente un abordaje interdisciplinario e implica una modalidad de lógicas de saberes disciplinarios, discurso y reconocimiento de postura en el lenguaje de las disciplinas científicas. La escucha permanente en el Equipo Interdisciplinario habilita la comunicación, la toma de decisiones y permite unificar criterios de riesgo sobre los casos de ASIJ.

La formación en la interdisciplina es imprescindible en los espacios académicos de formación de grado, como así también en la formación, y actualización en el abordaje del tratamiento integral de la problemática de ASIJ. La capacitación y aprendizaje de la misma facilita la apertura a los diferentes aportes del conocimiento y a la experiencia del trabajo interdisciplinario. Todo esto realizado desde el pensamiento complejo y la perspectiva de género que perfilan al sujeto construido en las diversas profesiones.

Es necesario revelar cómo se articulan las relaciones entre el poder y el saber en las prácticas interdisciplinarias. Lo cual se evidencia en ciertos discursos hegemónicos que imponen una visión única y tratan de silenciar las otras voces. Esta manera de relacionarse debilita y destruye los espacios de encuentro con el otro y de flexibilidad en la práctica.

Por un lado, los equipos interdisciplinarios intentan analizar la cuestión del riesgo y lo que conlleva. Como así también, se proponen identificar los criterios que acompañan la selección, diseño y revisión de las estrategias de intervención que se ponen de manifiesto en el discurso y en las prácticas profesionales. Sin embargo, las constantes tensiones por la lucha de poder debilitan las posibilidades de construir un verdadero equipo interdisciplinario, donde se prioricen los vínculos y el intercambio de saberes profesionales.

Es relevante la valoración del Protocolo Interinstitucional para la atención de NNyA de la provincia de Tucumán y su relación con la coordinación de

acciones interdisciplinarias, generadas desde los diferentes Ministerios: Salud, Educación, Desarrollo Social y Justicia.

Es necesario tener en cuenta las categorías médicas ligadas a la intervención profesional del Trabajo Social, preconceptos, representaciones por parte del Equipo Interdisciplinario que están operando como barreras para la construcción del problema social.

Finalmente, es primordial la creación de espacios de supervisión de la práctica de los profesionales que permita reflexionar sobre las intervenciones realizadas como Equipo. Son importantes los registros y las crónicas de las reuniones ejecutadas, tanto ordinarias como extraordinarias. En los equipos interdisciplinarios surge la necesidad de evaluar los objetivos generales y específicos, como así también construir el rol del coordinador con funciones amplias para el trabajo interdisciplinario en los diferentes niveles de atención. Viven procesos de integración, de identificación y de construcción en la diversidad de competencias. Buscan, a través del tiempo, el enriquecimiento de la cosmovisión personal y grupal.

Es primordial lograr la unificación de un registro único de casos de ASI, a través de un trabajo en conjunto, coordinado con los organismos que brindan asistencia y protección a las víctimas (hospitales, Caps., juzgados, fiscalías, policías, comisarias).

Lo antedicho ha conformado el sustrato en el cual se ha anclado la presente investigación social.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR IDÁÑEZ, María José y ANDER-EGG, Ezequiel, (1995), *Diagnóstico social Conceptos y metodología*. 2ª ed., Buenos Aires. México: Lumen Hvmanitas.

ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, Sonia, (2006), "La invención del desarrollo social en la Argentina: historia de "opciones preferenciales por los pobres", en Andrenacci, Luciano (Comp.), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea* 1ª ed. Buenos Aires. Los Polvorines: Editorial Prometeo- UNGS.

ANDRENACCI, Luciano, (2001), *Cuestión Social y política social en el Gran Buenos Aires*, Buenos Aires: Ediciones El Margen/UNGS.

ANDER EGG, Exequiel, (1985), *Introducción a la planificación*. Editorial Humanitas, S.L.

ANDER EGG, Exequiel, (1996), *Introducción al Trabajo Social*, España: Siglo XXI.

ANDER EGG, Ezequiel, (2011), en *Aprender a investigar: nociones básicas la investigación social*. 1ª ed. Córdoba, Argentina: Brujas. Consultado el 10 de abril de 2015. Disponible en: <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Aprender-a-investigar-nociones-basicas-Ander-Egg-Ezequiel-2011.pdf.pdf>

ANDER-EGG, Ezequiel y FOLLARI, Roberto A., (1993), *Trabajo social e interdisciplinariedad*, Buenos Aires: Humanitas.

ANDER-EGG, Ezequiel, (1995), *Diccionario de Trabajo Social*, Buenos Aires: Lumen.

ALONSO, Luis Enrique, (1999), "Sujeto y Discurso: el lugar de la entrevista abierta en la práctica de la sociología cualitativa", en Delgado, J. y Gutiérrez, J., *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Psicología.

ARIAS, Fidias, (2012), *El proyecto de investigación científica. Introducción a la metodología científica*. 6ª edición., C. A. Caracas, República Bolivariana de Venezuela: Editorial Episteme.

ARÓN, Ana María y LLANOS, María Teresa, (2004), *Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistema Familiares*. Consultado el 20 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.buentrato .cl/pdf/est_inv/desgas/dpa_aron2.pdf>

BACHELARD, Gastón, (1938), *La formación del espíritu científico*, Buenos Aires: Siglo XXI, 12ª edición, 1984.

BARG, Liliana, (2003), *Los Vínculos familiares*, Buenos Aires: Editorial Espacio.

BEAL, George, BOHLEN, M. Joe, y RAUDABAUGH, J Neil, (1964), *Conducción y acción dinámica del grupo*, Buenos Aires: Kapelusz.

BECK, Ulrick, (1998), *La sociedad de Riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona: Paidós.

BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas, (1968), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires: Amorrortu.

BESSE, Juan, (2000), "Prácticas de escritura y diseño en la investigación social", en Escolar, Cora, (comp.), *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*. Eudeba, Buenos Aires. Segunda parte: El diseño, pp. 98-112.

BION, Wilfred R., (1980), *Experiencias en grupos*, Buenos Aires: Paidós Ibérica, S.A.

BOSCA, Roberto, (2002), "Ciudadanía virtual. Las cacerolas en Internet", en E. Mizrali (comp.), *La reforma política Argentina, Konrad Adenauner-Stitung*, CFR, Buenos Aires, pp.134-159.

BOURDIEU, Pierre, (2001a), *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid: Ediciones Akal.

BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loïc, (1995), *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Grijalbo, México.

BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loïc, (2005), *Una invitación a la sociología reflexiva*, 1ª ed., Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina S.A.

BOURDIEU, Pierre, (2011), *Las Estrategias de la Reproducción Social*, Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

BOURDIE, Pierre (2012), *Bosquejo de una teoría de la práctica*., 1ª ed., Buenos Aires: Prometeo Libros.

CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel, (2007), *Escuchar las prácticas: la supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social*, 1ª ed., Buenos Aires, Argentina: Espacio.

CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel, (2008), *Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social los escenarios de la exclusión y el desencanto*, 1ª ed., Buenos Aires, Argentina: Paidós.

CARLINO, Paula, (2006), La escritura en la investigación, Documento de Trabajo N°19, *Serie Documentos de Trabajo*, Escuela de Educación, Buenos Aires: Universidad de San Andrés.

CASTEL, R., (1997), *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*, Buenos Aires*:* Paidós.

CASTELLANO BOHÓRQUEZ, Hercilio, (2010), *Planificación: herramientas para enfrentarla complejidad, la incertidumbre el conflicto*, Cendes Caracas, Venezuela: Vadell Hermanos. Consultado el 24 de julio de 2018. Disponible en:-<http://www.ucv.ve/ fileadmin/user_upload/cendes/textos_completos/Castellano_Planificacion_Herramientas>

CÓDIGOS DE TUCUMÁN, (2012), Tucumán: Diseño.

COFFEY, A. y ATKINSON, (2003), *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*, Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.

CRESPO, Raquel Ayestará, PÉREZ, Cecilia Rangel, y MORILLAS, Ana Sebastián, (2012), *Planificación estratégica y la gestión de la publicidad. Conectando con el consumidor*, 1ª ed., Madrid: ESIC.

CASTRO, Edgardo, (2014), *Diccionario Foucault, Temas, conceptos y autores*, 1ª ed., Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.

CAZZANIGA, Susana, (2008), Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud Trabajo Social e interdisciplina, en *Intervención en lo Social*, Buenos Aires: Espacio.

COMTE August, 1984 (1934), *Discurso sobre el espíritu positivo*, Madrid: Sarpe.

DABAS, Elina, (2010), *Viviendo redes: Experiencia y Estrategia para fortalecer la trama social* (comp.), 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Fundación Centro Integral Comunitario, Cultura y Sociedad (CICCUS).

DABAS, Elina, (2001), *Redes sociales: Niveles de Abordaje en la Intervención y Organización en red*. Consultado el 12 de abril de 2019. Disponible en: <https://www. santafe.gov.ar/index.php/web/content download/ 71292/345905/fi%20le/>

DE JONG, Eloísa, BASSO, Raquel y PAIRA, Marisa (compiladores), (2001), *La Familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias un aporte al Trabajo social*, Buenos Aires, Argentina: Espacio.

DENZIN, Norman K. & LINCOLN, Yvonna S., (2005), The Sage Handbook of Qualitative Research, Third Edition. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. Introduction. *The Discipline and Practice of Qualitative Research*, pp. 1-13.

DENZIN, N. K., (1970), *Sociological Methods: a Source B*ook. Aldine Publishing Company. Chicago.

DE LELLIS, Martin, (2015), *Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental*, 1ª ed. (Comp), Buenos Aires, Argentina: Nuevos Tiempos.

DELEUZE, Gilles y FOUCAULT, Michele, (1987), Buenos Aires y México: RUDOS.

DONZELOT, Jacques, (1979), *La policía de las familias*, Valencia, España: Pre-Textos.

DURKHEIM, Emile, 2013 (1912), *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia (y otros escritos sobre religión y conocimiento)*. Durkheim, Émile (1858-1917), México D.F: Fondo de Cultura Económica.

DURKHEIM, Émile, 1965 (1897), El *suicidio,* trad. por Lucila Gibaja, Buenos Aires: Schapire.

DURKHEIM, Emile, 1985 (1895), *Las reglas del método sociológico*, Buenos Aires: La Pléyade.

DOUGLAS, Mary, (1986), *Como Piensan las Instituciones,* Madrid: Alianza.

LACAN, Jacques, (1964), *El Seminario. Los Cuatro Conceptos. Fundamentales de Psicoanálisis*, Buenos Aires y Barcelona: Paidós.

LACAN, Jacques, 1987 (1966), *Escritos 1 y 2,* 14ª ed., Buenos Aires: Siglo XXI,

LACAN, Jacques, 2005 (1956-1957), *El Seminario. Libro 4. La Relación de Objeto*, Buenos Aires: Paidós.

LALONDE, M., (1974), *A new perspective on the health of Canadians*. A working document, Ottawa: Government of Canada.

LORES ARNAIZ, María del Rosario, (1986), *Hacia una epistemología de las ciencias humanas*, Buenos Aires: Belgrano.

LUNA, Florencia y BERTOMEU, María J., (2019), *Comités de Ética en la Argentina*.

LARRANDART, Lucila, (1991), "Prehistoria e historia del control socio-penal de la infancia" en *Ser Niño* en América Latina: Galerna.

ELICHIRY, Nora, (2009), *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional*, Buenos Aires: Manantial.

ELICHIRY, Nora (Comp), (1987), *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio,* Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

EROLES, Carlos, (2001), *Familia y trabajo social; un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesiona*l, Buenos Aires: Espacio.

EROLES, Carlos, FAZZIO, Adriana, y SCANDIZZO, Gabriel, (2001), *Políticas Públicas de Infancia. Una mirada desde los derechos*, 2ª ed., Buenos Aires, Argentina: Espacio.

ESCALADA, H., M., (1986), *Crítica a los métodos de la reconceptualización del trabajo social,* 1ª ed., Tegucigalpa, D.C., Honduras: Editorial Guaymuras.

FALEIROS, Vicente de Paula, (1986), *Trabajo Social e Instituciones*, Buenos Aires, Argentina: Hvmanitas.

FAZZIO, Adriana y SOKOLOVSKY, Jorge, (2006), *Cuestiones de la niñez: aportes para la formulación de políticas públicas*, 1ª ed., Buenos Aires: Espacio.

FERNÁNDEZ, Ana María, (1988), *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Buenos Aires: Nueva Visión.

FORNI, Florel H., GALLART, María A. y VASILACHIS DE GIALDINO, Irene, (1992), *Métodos Cualitativos II. La práctica de la investigación*, Buenos Aires, Argentina: Centro Editor de América Latina.

FOUCAULT, Michel, 1995 (1969), *La arqueología del saber*, 16ª ed., México: Siglo XXI.

FOUCAULT, Michel, (1976), *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*, México: Siglo XXI.

FOUCAULT, Michel, 1990 (1981), *Un diálogo sobre el poder*, Madrid: Alianza.

FOUCAULT, Michel, (1980), *Microfísica del poder*, Madrid, España: La Piqueta.

FOUCAULT, Michel, (1977), *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Buenos Aires: Siglo XXI.

FOUCAULT, Michel, (2014), *El poder es una bestia magnifica: Sobre el poder, la prisión y la vida*,1ª ed. (especial), Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

FREUD Sigmund (1929/1930), "El malestar en la cultura" en Obras Completas, Tomo 21, Buenos Aires: Amorrortu, 1986.

FREUD Sigmund (1900), "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, 29ª conferencia: Revisión de la teoría de los sueños" en Obras Completas, Tomo XI, Buenos Aires: Amorrortu, 1986.

FREUD, Sigmund, 1986 (1932), "Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. 35º Conferencia: En torno de una cosmovisión "en Obras Completas, Tomo 22, Buenos Aires: Amorrortu.

FREUD, Sigmund, 1992 (1913), "Sobre la iniciación del tratamiento" en Obras Completas. Vol. 12. Buenos Aires: Amorrortu.

FRIAS, Camen, (2005), "Cap.6 El abuso sexual infantil abordaje desde el Trabajo Social", en Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescente: perspectiva psicológica y social, 1ª ed Buenos Aires: Espacio, pp.135-160.

GALENDE, Emiliano, (1990), *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica,* 1ª ed., Buenos Aires: Paidós.

GALEANO MARÍN, María Eumelia, (2009), *Estrategias de Investigación social cualitativa,* Medellín: La Carreta Editores E. U.

GARCÍA, Dora, ROBLES, Claudio, ROJAS, Verónica y TORELLI, Ana, (2008), *El Trabajo con grupos. Aportes teóricos e instrumentales,* Buenos Aires: Espacio.

GARRART, María Antonia, (1992), *La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación, en Métodos Cualitativos II,* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

GIBERTI, Eva, (2005), *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes: perspectiva psicológica y social*. 1 a ed., Buenos Aires: Espacio.

GIBERTI, Eva, (2015), *Decir abuso sexual infantil es una simplificación que encubre al adulto*. Consultado el 11 de julio de 2017. Disponible en: <http://noviolencia activa.com/category/abuso-sexual-infantil-eva-giberti/>

GIBERTI, Eva, (2014), *Incesto paterno filial: una visión desde el género*, 1ª ed., Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

GIDDENS, Anthony, (1995), Política, Sociología y T. Social, Barcelona: Ed. Paidós.

GOLD, Raymond L., (1958), *Roles in Sociological fiel observations. Social Forces*.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia, (1993), *¿Qué es la epistemología*? Rosario: mímeo.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia, (1995), *Los Saberes, la ciencia y el método. La investigación científica y la intervención profesional*, Rosario: UNR.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia, (1998), *¿Qué es la Epistemología?* Rosario: mímeo.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia, 2004 (1990), *Dialéctica y Trabajo Social*, Rosario: UNR.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia, (1995), *Los saberes, la ciencia y el método. La investigación científica y la intervención profesional*, Rosario: UNR.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia, (2014), El Mito del "Objeto" en Trabajo Social / The Myth of The "Objeto" in Socialwork, *Revista Rumbos TS*, Un Espacio Crítico Para La Reflexión en Ciencias Sociales, (10), 10-37. Consultado el 21 de mayo de 2017. Disponible en: <http://revistafacso.ucentral. cl/index. php/rumbos/article/view/93.

GRASSI, Estela (1989), La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana". Buenos Aires: Editorial Hvmanitas.

GRASSI, Estela (1995), "Trabajo Social e Investigación Social: una relación necesaria", en Revista de Trabajo Social, Año 1, N° 1, Universidad Católica Blas Cañas Perspectivas

GRASSI, Estela (2009), "Conceptos y métodos en el campo de estudio de la política social", en *La investigación en Trabajo Social*, Volumen 7, Paraná: FTS–UNER.

GRAMSCI, Antonio, (1967), *Formación de los intelectuales*, México: Editorial Grijalbo, S.A.

GRAMSCI, Antonio, (1980), Apuntes sobre la historia de las clases subalternas, en A. Gramsci, *Cuadernos de la Cárcel: el risorgimento*, Tomo VI (pp. 249-285), México: Juan Pablo Editores.

GRAMSCI, Antonio, (1984), *El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce*, Buenos Aires: Nueva visión.

GRASSI, E., (2011), La producción en investigación social y la actitud investigativa en el trabajo social, *Revista Debate Público*, Reflexión en trabajo social.

GUBER, Rosana, (1991), *El salvaje metropolitano*, Buenos Aires: Editorial Legasa.

GUBER, Rosana, (2004), "Cap.4 El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento", en *El Salvaje Metropolitano*, Buenos Aires: Paidós, pp. 83-97.

HACKING, Ian, 2001 (1999), *The Social Construction of What? Cambridge (MA),* Harvard University Press.Trad. esp. por J. Sánchez: ¿La construcción social de qué? Barcelona: Paidós.

IBAÑEZ, Javier (Coord.), (1998), *Nuevos avances en la investigación social: la investigación social de 2° Orden*, Madrid: Siglo XXI.

INTEBI, Irene, (2008), *Abuso sexual infantil: en las mejores familias*, 1ª ed. 2ª reimpresión, Buenos Aires, Argentina: Granica.

KANT, Immanuel, 2004 (1781), *Crítica de la razón pura*, Buenos Aires: Libertador.

KANT, Immanuel, 2003 (1788), *Crítica de la razón práctica*, Buenos Aires: La Página.

KARSZ, Saül (Coord.), (2004), *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices,* Barcelona: Gedisa.

KARSZ, Saül, (2007), *Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica*, Barcelona: Gedisa.

KISNERMAN, Natalio, (1969), *Servicio Social de Grupo. Una respuesta a nuestro tiempo* Tomo 1, Buenos Aires, Argentina: Editorial Hvmanitas.

KISNERMAN, Natalio, (1981), *Introducción al Trabajo Social*, Buenos Aires: Argentina: Editorial Hvmanitas.

KISNERMAN, Natalio, (2005), *Pensar en Trabajo Social. Una Instrucción desde el construccionismo*, Buenos Aires-México: Lumen Hvmanitas.

KITZINGER, J., (1995), *Qualitative Research: introducing focus group*. BMJ.

KOSIK, Karel, (1963), *Dialéctica de lo concreto*, México: Grijalbo, 1984.

KUHN, Thomas, 1986 (1962), *La estructura de las revoluciones científicas,* México: Fondo de Cultura Económica.

MACEIRA, Daniel, (2009), *Inequidad en el acceso de la salud en la Argentina*, Documento de Políticas Públicas /Análisis Nº52, Buenos Aires: CIPPEC.

MALINOWSKI, Bronislaw K., 1970 (1944), *Una teoría científica de la cultura*, Barcelona: Edhasa.

MARX, Karl y ENGELS, Friedrich, (1845/1846), *La ideología alemana*, Buenos Aires: Ediciones Pueblos Unidos.

MARRADI, Alberto, ARCHENTI, Nélida, y PIOVANI, Juan Ignacio, (2007), *Metodología de las ciencias sociales*, Buenos Aires: Emecé Editores.

MATURANA y VARELA, 2003 (1984), *El árbol del conocimiento*, Buenos Aires: Lumen.

MATUS, Carlos, (1987), *Política, Planificación y Gobierno*, Instituto Latinoamericano del Caribe y del Caribe de Planificación Económica y Social ((ILPES) Organización Panamericana de la Salud (OPS): Fundación Altadir. Consultado el 12 de junio de 2018. Disponible en:-<http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/ docs/ 2_carlos_matus_politica__planificacion_y_gobierno>

MATUS SEPÚLVEDA, Teresa, (1999), *Propuestas Contemporáneas en Trabajo Social. Hacia vina intervención polifónica*, Buenos Aires, Argentina: Espacio.

MENDICOA Gloria E., (2003), *Sobre tesis y tesistas: lecciones de enseñanza-aprendizaje*, 1ª ed., Buenos Aires: Espacio.

MENDICOA, Gloria E. (comp), (1998), *Manual Teórico Práctico de Investigación Social*, Buenos Aires: Editorial Espacio.

MONTAÑO, Carlos E., (2003), *Servicio Social Critico: Hacia la Construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*, Sao Paulo, Brasil: Cortez.

MONTAÑO, Carlos E., (2000), *La Naturaleza del Servicio Social: Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. 2. ed. Sao Paulo, Brasil: Cortez.

MORIN, Edgar, (1986), *El Método 3 El Conocimiento del Conocimiento*, Madrid: Cátedra A.S.

MORIN, Edgar, 1983 (1977), *El Método. El conocimiento del conocimiento*, Madrid: Cátedra.

MORIN, Edgard, (1997), *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona: Gedisa.

MORIN, Edgar, (1990), "Epistemología de la Complejidad", en *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona: Gedisa.

MORIN, Edgar, (1998), *Articular los saberes ¿Qué saberes enseñar en las escuelas?* Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.

MURILLO, P., (2001), *El autocuidado en los psicólogos clínicos de Costa Rica: Cognitivas, conductuales y emocionales*, Costa Rica: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.

OLIVA, Andrea Los Recursos en la intervención profesional del Trabajo Social. Tandil: GIyAS, 2003.

OLIVA, Andrea y MALLARDI, Manuel (2011) "*Aportes táctico operativos a los procesos de intervención del trabajo social*" U.N.C. Provincia de Buenos Aires-Tandil.

OLIVA, Andrea, A. (2015), Trabajo social y lucha de clases: análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina / Andrea Antonia Oliva. - 1a ed . - La Plata: Dynamis.

OSZLAK, O. y O'DONNELL, G., (1984), "Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación", en G. Flores y J. Nef (comps.), *Administración pública. Perspectivas críticas*, San José de Costa Rica: ICAP.

PARSONS, T. y SHILS, E., (1968), *Hacia una teoría general de la acción*, Buenos Aires: Editorial Kapelusz.

PIAGET, Jean, (2014), *La psicología de la inteligencia: Lecciones en el Collége de France.* 1ª ed. (especial), Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

PICHON RIVIERE, Enrique, (1985), *El proceso Grupal, del psicoanálisis a la sicología social*, Buenos Aires: Nueva Visión.

PONCE DE LEÓN, Andrés y KRMPOTIC, Claudia, (2012), *Trabajo social forense y perspectiva. Balance y perspectivas*, Vol. 1, Buenos Aires: Espacio.

POPPER, Karl, 1982 (1934), *La lógica de la investigación científica*, Madrid: Tecnos.

PRIGOGINE Ilya y STENGERS Isabelle (1979), *La Nueva Alianza: Metamorfosis de la ciencia*, Madrid: Alianza, 1983.

QUIROGA, Ana, (1994*), Enfoques y perspectivas en Sicología Social*, Buenos Aires: Cincos.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, (2010), *Diccionario de la Lengua Española*. Disponible en: <https://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, (2014), *Diccionario de la lengua española.* Disponible en:<https://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espaola/la-23a-edicion-2014>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, (2018), *Diccionario de la Lengua Española*. Disponible en: <https://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>

RICHMOND, Mary, (1917), Diagnostic Social. Consultado el 17 de julio de 2018. Disponible en:<http://www.ts.ucr.ac. cr/ binarios/libros/libros-000029.>

RICHMOND, Mary, (1922), *Caso Social Individual What is Social Case Work*. 2ª ed., Buenos Aires: Hvmanitas.

RODRÍGUEZ GÓMEZ, G., GIL FLOREZ, J., y GARCÍA JIMÉNEZ, E., (1999), "Cap. II: Procesos y fases de la investigación cualitativa", en *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga (España): Editores Alije.

ROMERO, R., (1996), *Grupo, objeto y teoría. Vol. I*, Buenos Aires: Lugar.

ROMERO, Luis Alberto, (2003), *La crisis argentina: una mirada al siglo XX* 1ª ed., Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

ROVERE, Mario, (1998), *Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad,* Municipalidad de Rosario, Santa Fe, Argentina: Secretaría de Salud Pública.

ROVERE, Mario, (1993), *Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud N° 96. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud.* Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

ROVERE, Mario, (1999), *Redes En Salud*; *Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario, Santa Fe, Argentina: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

ROVERE, Mario, (2006), *Construyendo metodologías abiertas (parte 2) – en Planificación estratégica de recursos humanos en salud*, Washington D.C.: Organización Panamericana para la Salud.

ROUSSEAU, Jean Jacque, (1762), *El Contrato social: o sea principios del derecho político*, Amsterdan: Omegalfa.es.

ROZAS PAGAZA, Margarita, (2001), *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social*, Buenos Aires: Espacio.

RUIZ OLABUENAGA, José Ignacio, (2003), *Metodología de la investigación cualitativa*, 3ª edición, Bilbao: Universidad de Deusto.

SCHUSTER, Federico, (1995), *El oficio de investigador*, Rosario: Homo Sapiens.

SCHÜTZ, Alfred, (1932), *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*, Barcelona: Paidós.

SALTALAMACCHIA, Homero R., 2005 (2002), *Del proyecto al análisis: aportes a la investigación cualitativa socialmente útil*, Primer tomo: Sujetos, Teoría y Complejidad, Buenos Aires: El Artesano.

SUMMIT, Roland C. (1983). The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. Child Abuse &Neglect, 7, 177-193.

SARTRE, Jean Paul, (1963), *Crítica de la razón Dialéctica*, Buenos Aires: Editorial Losada, S. A,

SOUTO, María, (1993), *Hacia una didáctica de lo grupal*, Buenos Aires: Miño y Dávila.

TAJANI, Isabel y BARILARI, Sandra, (2008), Introducción a la problemática de violencia doméstica y sexual. [Diapositivas de PowerPoint]. Disponible en: <https://www.slideserve.com/mya/hospital-de-cl-nicas-5-de-noviembre-de-2008>

TAMAYO Y TAMAYO, Mario, (2003), *El proceso de la investigación científica. Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación*, México: LlMUSA S.A.

TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R., (1996), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Buenos Aires: Paidós.

TESTA, Mario, (1989), *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación el caso de salud*, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

TONON, Graciela, (2001), *Maltrato Infantil intrafamiliar. Una propuesta de intervención*, Buenos Aires: Espacio.

VALLES MARTÍNEZ, Miguel S., (1999), *Técnicas Cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Madrid: Síntesis, S.A.

VASILACHIS de GIALDINO, Irene, (2006), Estrategias de investigación cualitativa, Barcelona: Gedisa.

VASILACHIS DE GIALDINO, Irene, (2003), *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*, Barcelona: Gedisa.

VASILACHIS de GIALDINO, Irene, (1992), *Métodos Cualitativos I. Los problemas teóricos-epistemológicos*, Centro Editor de las América Latina S.A. Tucumán 1736, Buenos Aires.

VILLELA IAMAMOTO, (1992), *Servicio Social y División del Trabajo. Un análisis crítico de sus fundamentos*, Sao Paulo: Corteza.

VILLELA IAMAMOTO, Marilda, (2000), "La metodología en el Servicio Social: lineamientos para el debate" en Borgianni, E. y Montaño, C. (orgs), *Metodología en Servicio Social. Hoy en debate*, San Pablo: Cortez Editora.

VON BERTALANFFY Ludwing (1969), Teoría General de Sistemas, México: Fondo de Cultura Económica, 1992.

WEBER, Max, (1958), *Ensayos sobre metodología sociológica*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.

WEBER, Max, (1964), *Economía y Sociedad*, México*:* Fondo de Cultura Económica.

WEBER, Max, (1922), *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*, Colombia: Fondo de Cultura Económica.

YIN, R., (1994). *Case Study Research: Design and Methods*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

YIN, R. K., (2009), *Case Study Research*, London: Sage.

Fuentes periodísticas

El paso a paso del "Caso Lucía". La Gaceta, Tucumán, 2 de mayo 2019. Disponible en :<https://www.lagaceta.com.ar/nota/805188/actualidad/paso-paso-caso-lucia.html>

Polémica por los dichos de Chahla: "quiere que naturalicemos que niñas sean obligadas a parir". La Gaceta, 1 de noviembre de 2019. Disponible en:<https://www.lagaceta.com.ar/nota/823632/actualidad/polemica-dichos-chahla-quiere-naturalicemos-ninas-sean-obligadas-parir.html>

Entidades intermedias sostienen que uno de cada mil niños es víctimas de ataques sexuales. La Gaceta, Tucumán, 16 de agosto de 2015. Disponible en:< https://www.lagaceta.com.ar/nota/649892/policiales/entidades-intermedias-sostienen-uno-cada-mil-ninos-victima-ataques-sexuales.html>

YEDLIN, Pablo, (2015), "El Siprosa es un conjunto de profesionales que da respuesta a la población". Editorial de Pablo Yedlin. Tucumán 24 de febrero de 2015. Dispone en: <http://msptucuman.gov.ar/yedlin-anhela-dejar-un-sistema-de-salud-para-los-proximos-30-anos/>

Tesis de maestrías y doctorado

AMUCHASTEGUI, Rodrigo Hugo, (2008), *Michel Foucault y La Visoespacialidad Análisis y Derivaciones, Tesis Doctoral*, Universidad de Buenos Aires.

CAZZANIGA, Susana, (2010), *Ficha de la asignatura Constitución Histórica del Trabajo Social: Acerca de la legitimidad*, Maestría de Trabajo Social, Universidad Nacional de Córdoba.

DAVICO, Andrea del Carmen, (2011), *Incidencia del abuso sexual*. Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud, Universidad de Ciencias Médicas.

ELICHIRIBEHETY, Silvina M., (2012), *Las Acusaciones Públicas De Abuso Sexual Infantil Intraescolar En La Argentina Contemporánea. Agenciamientos colectivos, legitimaciones invisibles y estigmas actuales*, Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Rosario.

ESPINOZA OTEIZA, Luis René, (2010), *Efecto de una estrategia de intervención educativa basada en el desarrollo de competencias saludables sobre el autocuidados físico en estudiantes universitarios de Chile*, Chile: Universidad de Granada.

GOETTE BISHEIMER, Jorge José, (2014), *El Desarrollo Rural y Las Estrategias de Intervención De Las Cooperativas Agropecuarias De Entre Ríos: su relación con el accionar de sus ingenieros agrónomos*, Tesis de Maestría, Argentina: Universidad Nacional del Litoral.

MIRANDA ARANDA, Miguel, (2003), *Interaccionismo simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas*, Tesis Doctoral, Universidad Rovira y Virgili.

OLIVA, Andrea, A. (2005) "Trabajo Social en la Argentina. Trazos históricos." San Pablo, Tesis de Doctorado PUC/SP.

PANTANALI, Silvia, (2014), *Luchas y estrategias de los trabajadores sociales: la intervención profesional en niñez y adolescencia en La Plata*, Tesis de Maestría, Universidad Nacional de la Plata.

Tesis de grado

ALVARADO RODRÍGUEZ, Susana y GRANADOS QUESADA, Jessica, (2008), *Estrategias de Intervención de Trabajo Social desde un enfoque interdisciplinario en las Unidades de Cuidados Paliativos de las Regiones Central, Chorotega y Huetar Norte de Costa Rica*, Tesis de Grado, Universidad de Costa Rica sede de Occidente.

CARMONA, Nancy Marcela, (2003), *Estrategias de intervención de enfermería, en la educación de la familia durante el pre alta del niño respecto a enfermedades respiratorias en el área infantil*, Universidad Nacional de Córdoba.

CASTRO, Natalia, (2013), *Pensando en los más pequeños. Detección de medidas de prevención de abuso sexual infantil en el nivel inicial*, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.

CORIA, Mirta Yolanda, QUIROGA, María Belén, y VICENCIO, Natalia Malvina, *Las Medidas de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*

y el Trabajo social, Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. Consultado el 24 de enero de 2018. Disponible en: <http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6139/tesis-fcpys-coria-quiroga-vicenciol.pdf>

DAHUL, María Luz, (2013), *Trabajo infantil: Una mirada desde las estrategias familiares de la vida de los sectores pobres urbanos de la zona puerto-sur de la ciudad de Mar del Plata para el período 2011-2013*, Universidad Nacional de Mar del Plata.

FONTAO, María Beatriz, (2016), *Efectos que produce el maltrato infantil en los equipos interdisciplinarios*, Trabajo Final Integrador, Universidad Nacional de Mar del Plata.

FUENTES, Gabriela, (2012), *Abuso sexual infantil intrafamiliar. El abordaje desde el Trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria*, Universidad Nacional de Tucumán.

JEREZ, Karina Ivanna, (2010), *Abuso sexual en la infancia: una mirada desde el Trabajo Social*, Universidad Nacional de Tucumán.

Publicaciones en congreso

AGÜERO POZZO, Juan Pablo, y AQUINO CABRAL, María Florencia, (2017), "El Lugar en la Interconsulta "Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología II Congreso Internacional de Psicología - V Congreso Nacional de Psicología "Ciencia y Profesión" Año 2017, Vol. 3, N°2, 427-431. Consultado el 21 de mayo de 2017. Disponible en: < http://www.memoria. Fah ce .un lp .edu.ar/art_revistas/pr.8894/pr.8894.pdf >

CHERNI, Nora, y HEUMANN, Gerardo, (2009), "El dispositivo de interconsulta Médico-Psicológico: algunas reflexiones", Ponencia presentada en la VII Jornadas del Depto. de Salud Mental/2009 ISBN.

CUNILL GRAU, Nuria (2005), "La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social", Trabajo elaborado por encargo del Diálogo Regional de Política del Banco Interamericano de Desarrollo, BID. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile. Disponible en: < http://old.clad.org/documentos/otros-

documentos/material-didactico-curso-bogota-2011/7.-cunill-grau-2005-intersectorialidad/view>

JEREZ, karina Ivanna (2015), "Prácticas profesionales interdisciplinarias de intervención social en un caso de abuso sexual infantil", Ponencia presentada en el V Jornada Regionales de Trabajo Social "Escenarios actuales y desafíos en los procesos de formación e intervención profesional". Licenciatura en Trabajo Social y la Secretaria de Investigación y Extensión del Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales de la Universidad de Villa Maria. Córdoba. Argentina.

JEREZ, Karina Ivanna (2016), "Visualización de los procesos de individualización del abuso sexual en la infancia que revictimizan a un niño/a víctima de abuso. Desde la intervención profesional del Trabajo Social", Ponencia presentada en XXIII Congreso Nacional de Trabajo Social. "Ejercicio Profesional en el Marco de la Ley Federal. Proyecto Socio-Profesionales en Debate". San Juan. Argentina.

MALACALZA, Susana, (2009), "El Trabajo Social y la construcción de estrategias de intervención en el escenario socio-histórico Latinoamericano en un mundo globalizado", Ponencia presentada en el I Seminario Latinoamericano. Palabras y Cosas para el Trabajo Social, El lugar de Las Estrategias De Intervención, Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile.

MALACALZA, Susana, (2001), Ficha de Cátedra de los Modos de Pensar. Consultado el 10 de agosto de 2019. Disponible en: http://www.fts .uner.edu.ar/secretarias/ academica/catedras_en_linea/fundamento_ trabajo_social /bibliografia/01_Ficha_catedra_Modos_de_pensar

MENÉNDEZ, E. L., (1988), "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud", 1988 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires, pp. 451- 464.

MONTAÑO, Carlos, (2009), "La relación teoría-práctica en el servicio social: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna", Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana:

desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

NAJMANOVICH, Denise, (1991), "Interdisciplina y Nuevos Paradigma. La ciencia de fin de siglo", trabajo presentando en el Encuentro Interdisciplinario Internacional de Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad, Buenos Aires.

PIOVANI, J., (2011), "La escuela de Chicago y los enfoques cualitativos: términos y conceptos metodológicos", Papers (Universidad Autónoma de Barcelona), 96(1): 245-258, En Memoria Académica. Consultado el 21 de mayo de 2017. Disponible en: < http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_ revistas /pr.8894/pr.8894.pdf >

STOLKINER, Alicia, (2005), "Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de ahora", Trabajo presentado en la IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología, Posadas, Misiones, Argentina.

Publicaciones revistas

ALMADA, María, y FRAU, Paulina, "Desafío de la intervención del trabajo social más allá de la administración de los recursos". Consultado el 4 de abril de 2017. Disponible en: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wpcontent/ uploads/ sites/ 13/2016/03/43>

AQUIN, Nora (2014), La relación sujeto – objeto en Trabajo Social. Una resignificación posible. Teoría, Espacio y Estrategias de Intervención II. Apuntes de Cátedra. Escuela de Trabajo Social. UNC. Disponible en: http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000139.pdf.

ARIES, Philippe, (1993), "La infancia", en *Revista de Educación* N° 254, España.

CASTRO, Ana Belén, (2014), "Producción de conocimiento desde el Trabajo Social y la definición de estrategias de intervención profesional: líneas teóricas, epistemológicas y metodológicas", en *Revista Margen N° 75*. Consultado el 11 de junio de 2019.Disponible en:<https://www.margen. org/ suscri/margen75/castro75.pdfwadh>

CAZZANIGA, Susana, (2002), "Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud Trabajo Social e interdisciplina", en *Margen Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales* Nº 27. Consultado el 12 de marzo de 2015. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>

CAZZANIGA, Susana, (2001), "Abordaje desde la Singularidad", en *Revista Desde el Fondo*. Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social.

DZUL SÁNCHEZ, J. M., (2012), "Abuso sexual infantil y medicina legal en el ámbito judicial de Yucatán 1875-1925", en *Temas Antropológico*s, México, Vol. 35, N° 1, Consultado el 11 de junio de 2016. Disponible en: http://www.redalyc. org/artículo.oa?id=455845082005

FOLLARI, Roberto, (2007), "La interdisciplina en la docencia, en Polis, Revista de la Universidad Bolivariana", Vol. 5, N°16, Chile: Universidad Bolivariana Chile. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/305/30501603.pdf>

FORERO, L., REYES, A., DÍAZ, A., y RUEDA, M., (2010), "Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo". Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB, Vol. 13 Número 2.

GARCÍA, Rolando, (2011), "Interdisciplinariedad y sistemas complejos", en Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 1, 1. Consultado el 20 de agosto de 2018. Disponible en:<http://www.memoria.fahce .unlp.edu.ar/ art_revistas/ pr.4828/pr. 4828.pdf>.

GARCIA ESCOBAR, Jorge, (2011), "Utilidades teóricas y prácticas del enfoque de redes sociales en Trabajo Social. Investigaciones sociales". Vol.15 N°27, pp.391-402.UNMSM/IIHS, Lima, Perú. Consultado el 19 de octubre de 2018.Disponible en: <https://doi.org/10.15381/is.v15i27.7678>

GÓMEZ LÓPEZ, Alejandra, (2016), "Tensiones entre lo (i) legal y lo (i) legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto", en *Salud Colectiva*, Vol. 12, N° 1. Consultado el 19 noviembre de 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.857>

GARCÍA MENÉNDEZ, Emilio, (1991), "Prehistoria e Historia del Control Socio-Penal de la Infancia: Política Jurídica y Derechos Humanos en

América Latina". Disponible en:<http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/prehistoria_e_Historia_Control_Socio_penal.pdf>

GARCÍA MÉNDEZ, Emilio, (1991), "Infancia y Adolescencia en América Latina: Dimensión Jurídica Nacional e Internacional", en *Ser Niño* en América Latina, Buenos Aires: Galerna.

GARCÍA MÉNDEZ, Emilio y CARRANZA, Elías, (1992), "El derecho de Menores como Derecho Mayor", en *Del Revés al Derecho,* Buenos Aires: Galerna.

GRASSI, Estela, (199), "La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social", en *Margen*, Buenos Aires, Vol. IV, N° 9. Consultado el 12 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.margen.org/ suscri/ margen 09/ grassi.html>

LUCCA, Elena, (2014), "Interdisciplina. Práctica esencial para el abordaje social y ambiental", Resistencia, Argentina: Ediciones Arbres de Vie, Cospel.

LUCCA, Elena, (2017), "Estrategias y metodologías de formación de equipos interdisciplinarios para trabajar en hábitat", en *Hábitat y Sociedad*, Universidad de Sevilla, Vol. 21, Nº 10. Consultado el 21 de mayo de 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/ 10.12795/HabitatySociedad.2017.i10.02>

OLIVA, Andrea, A. (2006) "Antecedentes del Trabajo Social en Argentina: asistencia y educación sanitaria" en Revista Trabajo Social Nº 8, páginas 73-86. Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia

OLIVA, Andrea, A. (2007), "Intervención y espacio ocupacional en los orígenes del trabajo social", en *Revista del Trabajo Social-FCH-UNCPBA*. Disponible en:< file:///F:/Bibliografía%20Investigacion/oliva-a.pdf>

PARRA, Gustavo, (1999), "El objeto y el Trabajo social. Algunas aproximaciones al objeto en el trabajo social", en *Desde el fondo,* N°19. Consultado el 23 de agosto de 2019. Disponible en: <http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/ publicaciones/ desde_ el_fondo /pdf/Nro_15/7%20 Parra% 2015.pdf>

RESTREPO CARVAJAL, Carlos Alberto, (2009), "Aproximación a la Teoría de Juegos", en *Ciencias Estratégicas*, Universidad Pontificia Bolivariana,

Medellín, Colombia, Vol. 17, N° 22. Consultado el 25 de julio de 2018. Disponible en: http://www.redalyc .org/pdf/1513/151313682002

RODRÍGUEZ CELY, Leonardo Alberto, (2003), "Intervención interdisciplinaria en caso de abusos sexual infantil", en *Red de Revistas Científicas de América Latina*, el Caribe, España y Portugal, Vol. 2, N°1. Consultado 19 abril de 2018. Disponible en: < http://www.redalyc.org/articulo .oa?id=64720108>

RODRÍGUEZ ORTEGA, Julio Armando, (2016), "Conocimiento. La esencia interdisciplinaria del conocimiento", en *Revista Quaestionis* [ISSN: 2007-6401], publicación científica de divulgación jurídica y de ciencias sociales. Disponible en: <http://revistaquaestionis.blogspot.com/2016/05/analisis-la-esencia-interdisciplinaria.html>

ROZAS PAGAZA, Margarita (2010), "La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea", en O Social em Questão - Ano XIII - nº 24.

SELDES, J., Ziperovich, V., Viota, A., y Leiva, F., (2008) "Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario", *Archivos Argentinos de Pediatría*, Vol. 106, Núm. 6, pp. 499-504, Buenos Aires, Argentina: Sociedad Argentina de Pediatría.

TERRIS, M., (1992), "Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas", en *La crisis de la Salud Pública*, Publicación Científica Nº 540, OPS.

TERRIS, Milton, (2006), "Definición de Salud Pública en 1990", en Adaptación contemporánea de WINSLOW de 1920, en *Salud Pública de Medellín*, Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud, Vol. 1, Nº 1.

VASILACHIS DE GIALDINO, Irene, (2007), "El aporte de la epistemología del sujeto conocido al estudio cualitativo de las situaciones de pobreza, de la identidad y de las representaciones sociales" en *Forum Qualitative Sozialforschung* / Forum: Qualitative Social Research, Vol. 8, N° 3. Consultado 24 de junio de 2019. Disponible en:< https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle 11336/74736/CONICET_Digital_Nro.3decbefd-a736-458c-b3a2-9895731 284 6 1 _A.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

VASILACHIS DE GIALDINO, Irene, (2009), "Ontological and epistemological foundations of qualitative research", en *Forum Qualitative Sozialforschung* / Forum: Qualitative Social Research, 10(2).

YUNI, José Alberto y URBANO, Claudio Ariel, (2013), "Técnicas para Investigar Recursos Metodológicos para la Preparación de Proyectos de Investigación", Volumen 1, Córdoba: Brujas.

Documentos

ADC, JUFEJUS y UNICEF, (2013), "Guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/as adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válida para el proceso". Consultado el 1 de septiembre de 2018. Disponible en: <www.protección infância. org.ar>

ANDHES y UNICEF, (2016), "La adecuación del Sistema de Protección Integral en instancias locales en las provincias de Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán". Disponible en: <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/sc/Argentina%20-Sistema_de_Protecci% C3%B3n_Integral%20_final.pdf>

ANÁLISIS COMPARATIVO DE DATOS POBLACIONALES DE 12 PAÍSES, (2014), "Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe", Washington, DC: OPS.

CARTA DE OTTAWA PARA EL FOMENTO DE LA SALUD, (1986), "Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud", Ottawa: Canadá, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN, HOGARES Y VIVIENDAS, (2010), "Censo del Bicentenario", Resultados definitivos Serie B, Nº2, 1ª ed., Buenos Aires. Disponible en:<https://www.indec.gob.ar/ftp/ cuadros/ poblacion /censo2010_tomo1.pdf>

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, (2007), "La mujer y la infancia El doble dividendo de la igualdad de género", Fondo de las Naciones Unidas para

la Infancia (UNICEF), 2006. Disponible en: <https://www.unicef.org/ spanish/publications/files/ Estado_mundial_de_la_infancia_2007.pdf>

INFORME SOBRE LA SITUACIÓN MUNDIAL DE LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA, (2014), Washington, DC: OPS, 2016. OMS, 2016. Disponible en: -<https://oig.cepal.org/sites/default/files/informe _sobre _la_ situacion_mundial_de_la_prevencion_de_la_violencia.pdf>

INFORME DEL CENTRO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA EQUIDAD Y EL CRECIMIENTO (CIPPEC), (2015: 23), analiza la situación social de los adolescentes en la provincia de Tucumán. Disponible en: <https://www. cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1187.pdf>

INFORME GENÉRICO SITUACIONAL, (2006), "Abuso Sexual y Explotación Sexual Comercial Infantil en América Latina y el Caribe", Ave the Children-Suecia Bogotá.

INTEBI, Irene, V., (2012), "Estrategias y Modalidad de Intervención en el abuso sexual infantil intrafamiliar", Colección de Documento Técnicos. Consultado el 20 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.servicios socialescantabria.org.>

LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS AMÉRICAS N°1, (2008), "Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS". Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:<http://new.paho.org/hq/ dmdocuments/2010/APS Estrategias_ Desarrollo_Equipos_APS>

MANUAL DE ESTILO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA TESIS DE DOCTORADO, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional de Rosario.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV), (1995), Barcelona: MASSON, S.A. Disponible en: <. http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellan .1995 .pdf>

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-V), (2014), Madrid: Médica Panamericana.

MEMORIA ANUAL SUMAR, (2013), "Programa Sumar". Disponible en: < http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/memoria-anual-sumar-2013 .pdf>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, (2010), "Posgrado en Salud Social y Comunitaria", Módulo N°8: Trabajo en Equipo de Salud. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001033cnt-modulo_8_ trabajo-equipos-salud.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DE NACIÓN, (2010), "Posgrado en salud social y comunitaria", Modulo7. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/ stories/bes/ graficos/0000001032cnt-modulo_7_salud-participacion-comu ni ta ria .pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, (2010), "Memoria Anual", Provincia de Tucumán. Consultado el 17 de febrero de 2011. Disponible en: <http://msptucuman. gov.ar/wordpress/wp-content/uploads/Memoria-Anual-2010-Ministerio-de-Salud-Publica-de-Tucuman.pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, (2011), Memoria Anual. Provincia de Tucumán. Consultado el 16 de febrero de 2013. Disponible en: <http://msptucuman.gov.ar/ wordpress/wpcontent/uploads/memoria_anual_2012>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, (2012), "Memoria Anual", Provincia de Tucumán. Consultado el 10 de febrero de 2016. Disponible en: <http://msptucuman.gov. ar/wordpress/wpcontent/uploads/memoria_anual_2012>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE TUCUMÁN. OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS SANITARIAS, (2007-2016), "Salud al Bicentenario".

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (211), "Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud", Río de Janeiro. Consultado en: Disponible en: <http://www.who.int /sdhconference/ declaration/Rio _political_ declaration_Spanish.pdf.>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (1978), "Atención Primaria de la Salud". Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria Alma Ata, Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2003), "Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen", WHO- Europe. Disponible en: < https://www.who.int/social_determinants/es/>

PLAN DE TRABAJO, (2011-2015), "Secretaría de Estado de Articulación Territorial y Desarrollo Local", Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Tucumán.

Documentos legales

COLEGIO DE PROFESIONALES EN SERVICIO O TRABAJO SOCIAL DE TUCUMÁN, (2016), "Marco Legal y Normativo del Ejercicio Profesional del Trabajo Social".

HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN, (2014), "LEY Nº 27072, Ley Federal de Trabajo Social".

HONORABLE LEGISLATURA DE TUCUMÁN, (1985), "LEY N° 5721, Ley de Regulación del Ejercicio Profesional de Servicio o Trabajo Social en la Provincia de Tucumán".

HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA, (1999), "Ley 25.087. Delitos contra la integridad sexual". Disponible en: http://servicios. infoleg.gob.ar/ info legInternet/verNorma.do?id=57556

HONORABLE LEGISLATURA DE TUCUMÁN, (2010), "Ley Provincial N° 8.293. Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes". Consultado el 10 de junio de 2016. Disponible en: <https://www.legislaturadetucuman.gob.ar/ leyesy decretos/imprimirley .php? num=>

HONORABLE LEGISLATURA DE TUCUMÁN, (1993), "Ley N°6.518". Disponible en: <http://rig.tucuman.gov.ar/leyes/scan/scan/leyes/L-6518-28121993.pdf>

HONORABLE LEGISLATURA DE TUCUMÁN, "Ley N°7.264". Disponible en: < http://rig.tucuman.gov.ar/leyes/scan/scan/consolidadas/L-7264-consolidada.pdf>

LEY Nº 27072 – Ley Federal de Trabajo Social, (2014), "Congreso de la Nación Argentina".

PODER JUDICIAL DE TUCUMÁN (2011), "Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia". Consultado el 23 de mayo de 2015. Disponible en: < https://www2. Justu cu man.gov.ar/oficinamujer/protocolo /archivos/Protocolo /protocolo.pdf>

PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LA VIOLENCIA, (2011), "Resolución 319/SEM-SIPROSA".

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHOS A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO, (2016). Disponible en:<http://www.msal.gob.ar/images/ stories /bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_ octubre%202016.pdf>

RESOLUCIÓN N°1509/D-415, HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, EXPEDIENTE N°1377/623-D-16.

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, (2005), "Ley Nacional N°26.061. Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes". Consultado el 20 de agosto de 2015. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000114999/ 110778 /norma.htm>

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACION, (2010), "Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ley N° 26657". Disponible en: -<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACION, (2007), "Ley N°26.316: Prevención del Abuso contra los Niñas, Niños y Adolescentes". Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet /anexos/135000-139999/ 135644/norma.htm>

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, (2006), "Ley N°26.150: Programa Nacional De Educación Sexual Integral". Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/info legInternet/anexos/ 120000-124999/121222/norma.htm>

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, (2009), "Ley N°26.529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud". Disponible en: <http://servicios .infoleg.gob.ar/ infoleg Internet/anexos/160000-164999/ 160 432/texact.htm>

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, (2013), "Ley N° 26.904 de Grooming". Disponible en:<http:// servicios .infoleg.gob.ar/ infoleg Internet/anexos/22000 0224999/ 22 35 86/norma.htm>

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, (2015), "Ley N°27.206. Reforma del Código Penal". Disponible en: < http://intercambios.jursoc.unlp.edu.ar/documentos/nro_17/nnacionales/3.%20Ley %2027.206.ReformaCodigoPenal.pdf>

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, (2014), "Ley N°26.994 sobre la Reforma del Código Civil". Disponible en: < http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, (1994), "Ley N°24.417 de Protección contra la Violencia Familiar". Disponible en: < http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/93554/norma.htm>

UNICEF, (1990), Ley N° 23.849, "Convención Internacional sobre los Derechos del Niño". Consultado el 11 de marzo de 2017. Disponible en:< http://servicios.infoleg. gob.ar /infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>