

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
TIF
PROYECTO DISCIPLINAR



**“Intervenciones Profesionales de Trabajo Social con Juventudes en el
Centro de Salud Juana Azurduy de la Ciudad de Rosario”**

ALUMNAS: MOREALE, CARINA PAOLA
(cpmoreale@gmail.com)

TOLEDO, LUCILA MICAELA
(lucilatoledo38@gmail.com)

DIRECTORA: MORÓN, YANINA
(topa00@hotmail.com)

ROSARIO

11 de Septiembre de 2020

PALABRAS CLAVES

Trabajo Social – Intervención – Juventudes - Salud

RESUMEN

El presente trabajo integrador final correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social se propone indagar los procesos de intervención con juventudes en el Centro de Salud “Juana Azurduy” ubicado en el Barrio Empalme Graneros de la Ciudad de Rosario desde la perspectiva de Atención Primaria de la Salud, estableciendo como corte temporal el día 10 de diciembre de 2019, al asumir nuevas gestiones en el estado Municipal, Provincial y Nacional.

DEDICATORIA

A mi familia, amigos y compañeros que han acompañado este proyecto.

A Lucila con quien hemos construido este proceso.

Carina.

A mis amigos, por el acompañamiento y el amor.

A mi familia, por ser siempre sostén y haberme apoyado a la distancia durante tantos años.

A Carina, por lo recorrido y aprendido.

Lucila.

AGRADECIMIENTOS

*"A los jóvenes les digo, sean transgresores,
opinen, la juventud tiene que ser un punto de
inflexión del nuevo tiempo".*

Néstor Kirchner. Junio 2008.

A la Universidad Pública y a quienes han luchado a lo largo de la historia por defenderla, permitiéndonos acceder a una educación gratuita y de calidad. Deseando que todas las personas puedan ejercer efectivamente el derecho a la educación en condiciones dignas y libres.

A les compañeres por haber contribuido y enriquecido nuestra formación con largas horas de debates, risas y mates; por apostar siempre a la construcción colectiva y crítica. Por permitirnos soñar juntas un Trabajo Social feminista, decolonial, popular, situado, sentipensado y empático.

A nuestras familias, quienes nos acompañaron en nuestros deseos.

A Yanina Morón, por dirigirnos, alojarnos, acompañarnos y alentarnos a concretar esta meta que múltiples desafíos nos ha presentado, fomentando una mirada crítica y generando espacios de reflexión.

A les docentes que nos han acompañado en este proceso.

ÍNDICE

APARTADO I: INTRODUCCIÓN

Introducción	7
Fundamentación	9
Objetivos	11
Metodología	12

APARTADO II: MARCO TEÓRICO

Aclaraciones conceptuales	14
---------------------------	----

Juventudes	14
------------	----

¿Juventud o juventudes?	14
-------------------------	----

Recorrido Internacional	16
-------------------------	----

Lectura de Juventudes del Estado Argentino en relación a las Políticas Públicas y legislación	18
--	----

Salud	23
-------	----

Reglamentación internacional en materia de Salud y Derechos Humanos a la que nuestro país adhiere	26
--	----

Sistema de Salud en Argentina	28
-------------------------------	----

¿Cómo se llegó a la constitución de este sistema tripartito y qué relación existe con la concepción de la salud en cada momento histórico?	29
--	----

Salud en Argentina hoy	32
------------------------	----

El sistema de salud en la provincia de Santa Fe	33
---	----

Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario	33
---	----

Estructura APS	35
----------------	----

Trabajo Social y APS en Rosario	37
Intervención	38
APARTADO III: ANÁLISIS	42
Barrio	42
Centro de Salud “Juana Azurduy”	43
Intervención del Trabajo Social en el Centro de Salud con juventudes	46
APARTADO IV: Reflexiones finales	51
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	59

INTRODUCCIÓN

Durante nuestro transitar por la formación en la Licenciatura en Trabajo Social en la Universidad Nacional de Rosario, fueron muchos los interrogantes, contradicciones, interpelaciones, dudas y casi ninguna certeza más que reafirmar nuestra elección por el Trabajo Social. Sujeto-objeto, objetos de tutela o sujetos de derechos, teoría o praxis, prácticas instituidas e instituyentes, y un conjunto de binomios que resultaron ser la puerta de entrada a un abanico de posibilidades, de “entres”, a los que fuimos arribando a base de discusiones, intercambios y reflexiones, siempre colectivas. Y si bien, de nuestras prácticas profesionales rescatamos un sinfín de aspectos que han llamado nuestra atención y a los que les hemos dedicado indagación en profundidad, al momento de desandar nuestras trayectorias individuales en los distintos espacios de práctica coincidimos que el trabajo con juventudes tiene particularidades más allá del marco institucional.

En este contexto, y frente a la convicción de la importancia de los procesos de producción/aprendizajes colectivos decidimos proponernos indagar conjuntamente, de forma exhaustiva y crítica las intervenciones que se llevan adelante desde el Trabajo Social con las juventudes.

Nombramos Juventudes, ya que partimos de la premisa que no puede leerse homogéneamente una grupalidad determinada o definida, sólo a partir de un rango etario (15 a 30 años), dejando de lado las particularidades, géneros, territorios, clase social, etc. Es por esto, que así como partimos de nombrarles como Juventudes, también consideramos importante delimitar un territorio que nos permita pensar las prácticas de forma situada.

Luego de diversos debates, concluimos en situar nuestro Trabajo Integrador Final en el barrio Empalme Graneros, entendido como territorio. Partiendo de nuestras experiencias personales, historia de lucha y organización barrial y condiciones materiales de la población, consideramos que el acercamiento a este territorio nos permitió analizar los diversos procesos que dieron lugar a la configuración de Empalme como territorio de producción de sentidos.

Desde el Estado en sus tres niveles se desarrollan una serie de políticas públicas dirigidas a esta población. Estas intervenciones no solo se llevan adelante a través de instituciones estatales, sino que también se articulan con organizaciones de la sociedad civil sostenidas por vecinos¹ y militantes, recibiendo en su mayoría recursos por parte del Estado.

La institución a partir de la cual llevaremos adelante este proceso va a ser el Centro de Salud “Juana Azurduy” ubicado en calle Fraga bis 1087, de la ciudad de Rosario. Los centros de salud, al interior de la Red de Salud Local, son por lo general las instituciones estatales que se encuentran abiertas una mayor cantidad de horas, generando así un alto nivel de referencia en la población.

Finalmente, nos proponemos indagar acerca de las “Intervenciones Profesionales de Trabajo Social con Juventudes en el Centro de Salud Juana Azurduy de la Ciudad de Rosario”. Esta tarea la llevamos adelante durante los años 2019-2020, estableciendo como corte temporal el día 10 de Diciembre de 2019, al asumir nuevas gestiones en el estado Municipal, Provincial y Nacional.

Para llevar adelante este Trabajo Integrador Final, utilizaremos un enfoque cualitativo, analizando fuentes primarias y secundarias. Por fuentes secundarias entendemos a aquellas producciones previas que refieren a las categorías a analizar y particularmente a las producciones o tesinas relacionadas a la problemática seleccionada. Nuestras fuentes primarias, serán las entrevistas a Trabajadoras Sociales del Centro de Salud, otros profesionales de dicha institución, trabajadores estatales que dependen de distintos ministerios provinciales y militantes de Movimientos Sociales que trabajan en el barrio.

¹ A lo largo del trabajo utilizaremos lenguaje Inclusivo, es decir, en lugar del generalizante masculino utilizaremos la “e”, entendiendo que de esta forma nos permitirá visibilizar y nombrar a todas las identidades.

FUNDAMENTACIÓN

Cuando hablamos de jóvenes inmediatamente nuestro imaginario nos remonta a la idea compuesta por categorías socialmente asignadas a este sector, que están ligadas a una población que es masculina; que pertenecen a sectores populares, con trayectorias de vidas y lazos sociales sumamente deteriorados; que se vinculan al consumo problemático; a la deserción escolar; que construyen vínculos atravesados por múltiples violencias.

Y que en cambio cuando nos referimos a juventudes femeninas, son construcciones mucho más difusas, que encuentran como límite o frontera a la maternidad y/o la anticoncepción impuesta como política pública; encontrándolas como beneficiarias de derechos derivados (de la maternidad) AUH² y Becas Equidad Educativa³.

Según datos expuestos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos la población entre 15 y 29 años estimada en el 2019 es del 24% de la población total⁴. En el aglomerado Gran Rosario la desocupación en el Tercer trimestre de 2019 para mujeres jóvenes entre 14 y 29 años es del 18,1%, y para varones del 20%, mientras la tasa de desocupación total asciende al 8,7%⁵. El Gobierno de la Provincia de Santa Fe expone

² La AUH es una prestación no contributiva implementada en Argentina en 2009, destinada a niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, hijos/as de personas desocupadas; a trabajadores en la economía informal con ingresos iguales o inferiores al salario mínimo, vital y móvil; a monotributistas sociales; a trabajadores del servicio doméstico y a quienes perciban alguno de los siguientes planes: Hacemos Futuro, Manos a la Obra y los programas de la Secretaría de Gobierno de Trabajo Esta política incluye condicionalidades en educación y salud. (www.argentina.gob.ar)

³ El Programa de Equidad Educativa contribuye a que las adolescentes madres o embarazadas entre 13 y 18 años continúen su educación básica a través de una beca escolar. Comprende una beca de 10 meses equivalente al monto de la Asignación Universal por Hijo/a (ambas asignaciones pueden complementarse, ninguna es excluyente de la otra) y actividades de desarrollo personal y social a través de los cuales se promueven sus derechos. (www.rosario.gob.ar)

⁴ <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>

⁵ Por desocupación se refiere estrictamente a personas que, no teniendo ocupación están buscando activamente trabajo.

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_3trim19_BCC9AAAD16.pdf

que al año 2014 el 24,4 % de los alumnos abandonan los espacios de educación formal, siendo el abandono del 51% en los primeros años.⁶

Frente a este panorama complejo, y con múltiples matices y aristas, muchas veces esta no es interpretada como una “población vulnerada”, por lo tanto no es “merecedora” de que el Estado pose su mirada y sus recursos para garantizar el cumplimiento de los derechos históricamente vulnerados. La lectura de la misma como un grupo no en riesgo, si no más bien riesgoso que se ancla en el imaginario social nos lleva a preguntarnos acerca de qué intervenciones se llevan adelante con el mismo y cuáles son las lecturas que las políticas públicas realizan sobre ellos.

6

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/content/download/233269/1219766/file/EPJASF+2014.+Situaci%C3%B3n+de+la+Educaci%C3%B3n+Permanente+de+J%C3%B3venes+y+Adultos+de+la+Provincia+de+Santa+Fe.pdf>

OBJETIVOS

Pregunta Problema:

¿Cómo se llevan adelante las diversas intervenciones vinculadas a juventudes en el Centro de Salud "Juana Azurduy" ubicado en el barrio Empalme Graneros de la Ciudad de Rosario?

Objetivo general:

Indagar los procesos de intervención con juventudes en el Centro de Salud "Juana Azurduy" ubicado en el Barrio Empalme Graneros de la Ciudad de Rosario desde la perspectiva de Atención Primaria de la Salud.

Objetivos específicos:

- 1) Indagar sobre las políticas implementadas para el trabajo con juventudes desde Atención Primaria de la Salud en el Centro de Salud Municipal "Juana Azurduy" del barrio Empalme Graneros de la Ciudad de Rosario.
- 2) Relevar cuáles son las herramientas e instrumental con el que se cuenta para realizar las intervenciones vinculadas con juventudes en el Centro de Salud "Juana Azurduy" ubicado en el barrio Empalme Graneros de la Ciudad de Rosario.
- 3) Identificar las estrategias desarrolladas por los profesionales del Centro de Salud "Juana Azurduy" en los procesos de intervención con juventudes en el Barrio Empalme Graneros de la Ciudad de Rosario.

METODOLOGÍA

La estrategia metodológica desarrollada es de tipo cualitativo para lo cual se recurrió a fuentes de información secundaria y primaria. Para Marshall y Rossman (1999: 2, 7-8) en “Estrategias de Investigación cualitativa” de Irene Vasilachis de Gialdino “la investigación cualitativa es pragmática, interpretativa y está asentada en la experiencia de las personas. Es una amplia aproximación al estudio de los fenómenos sociales, sus varios géneros son naturalistas e interpretativos y recurre a múltiples métodos de investigación. De esta forma, el proceso de investigación cualitativa supone: a) la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio, b) la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos, y c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios”. (de GIALDINO; 2006:2)

Recurrimos a fuentes secundarias, es decir a la lectura y análisis realizados previos al momento de la investigación sobre la temática, lecturas que no solo nos permitieron construir el objeto del trabajo, sino que también construir las guías de entrevistas. Fue fundamental la revisión bibliográfica para construir la categoría juventudes y salud, y poner en tensión los análisis realizados a partir del material recabado en las observaciones y entrevistas.

Realizamos entrevistas en profundidad que fueron de forma individuales y semi estructuradas, funcionando como disparadores a la Directora del Centro de Salud, Trabajadoras Sociales, Psicólogo, Médica Generalista y Pediatra. Por otro lado también entrevistamos a un referente barrial y trabajador de Desarrollo Social y a militantes de la organización “Causa”.

Las entrevistas se realizaron en su mayoría en el Centro de Salud, lo que nos permitió realizar observaciones que van desde estar en la sala de espera junto con usuaries, intercambios con profesionales y observar la dinámica de atención e institucional.

Trabajar con entrevistas presentó una serie de limitaciones y desafíos ya que los interlocutores realizaban un esfuerzo por responder “de forma correcta” y en muchas ocasiones referían a la necesidad de buscar información o enviarla posteriormente por algún medio escrito, perdiendo la espontaneidad.

Este trabajo no tiene como objeto la generalización ni extrapolación de los análisis realizados, ya que las reflexiones obtenidas refieren a un contexto específico descrito a continuación.

APARTADO I : MARCO TEÓRICO

ACLARACIONES CONCEPTUALES

En este trabajo nos proponemos indagar acerca de las intervenciones con juventudes que se realizan en el campo salud, más precisamente en el Centro de Salud “Juana Azurduy”. A partir de pensar que las conceptualizaciones son posicionamientos éticos-políticos para analizar y transformar la realidad, y no una mera contemplación de hechos desarticulados históricamente, nos proponemos realizar algunas reflexiones en torno a las categorías juventudes, salud e intervención.

JUVENTUDES

Nos proponemos formular algunas caracterizaciones entorno a la idea de juventudes, registrando las diferentes improntas que adquirió a lo largo del tiempo y cómo esta población es identificada de diversas maneras según los lentes de quien mire, piense, diseñe y ejecute las políticas públicas para este sector.

En este punto diremos que esta categorización estará enmarcada en un pensamiento situado, relacional, histórico y socio-cultural, ya que entendemos que para poder hablar de Juventudes necesitamos poner en juego estas categorías.

Consideramos que como se nombra, se piensa y cómo se piensa se interviene. Es decir que como profesionales tenemos la responsabilidad de disputar las categorías conceptuales que ponemos en juego y en disputa a la hora de diagramar estrategias de intervención.

¿Juventud o Juventudes?

Para la categoría de Juventud, la Real Academia Española brinda una serie de acepciones dentro de las cuales define a la misma como el “período de la vida humana que precede inmediatamente a la madurez”⁷. Observamos aquí que la lupa está puesta en el ideal del “adultocentrismo” al cual se debería llegar, por ende resultaría ser una etapa de tránsito obligatorio, la que le precede a la “madurez”. Esto nos lleva a

⁷ <https://dle.rae.es/juventud?m=form>

preguntarnos ¿Qué es la “madurez” según este organismo que se atribuye la legalidad de la lengua española? y resulta que es el “período de la vida en que se ha alcanzado la plenitud vital y aún no se ha llegado a la vejez”⁸.

Por otra parte, el concepto de “moratoria social”, categoría sociológica que refiere al período juvenil como un momento de tránsito, preparación o espera para la toma de roles socialmente asignados a les “adultes”, asumiendo tareas y funciones en el mundo laboral y familiar. En este sentido las instituciones como la familia, el estado y la educación formal, llevan adelante un proceso de adjudicación de habilidades, destrezas y valores. Por consiguiente, el imperativo social a la juventud consiste en obtener calificaciones que la habiliten en la transición de la vida familiar a la vida productiva correspondiente a su clase social. Las trayectorias que no logren ser alojadas por estas instituciones (familia y escuela) serán en su mayoría el blanco de las políticas punitivistas y de la institucionalización de sus vidas en cárceles y manicomios.

También observamos que “lo joven” se configura socialmente como un valor; como la exteriorización de vigor, energía, y la imagen que es utilizada por el mercado para instalar la idea de una “eterna juventud”. Basta con que tomemos una serie de publicidades y productos, para identificar que este discurso se ha instalado en la sociedad y refuerza el planteo que nos interesa abordar en este trabajo, que es el que para ser considerado joven se debe cumplir con determinados atributos entendidos socialmente como positivos que pueden ser alcanzados por determinadas clases sociales con mayor posibilidad que para otras. Esto termina dejando por fuera a toda una población que también se configura como joven (desde una acepción socialmente negativa), invisibilizada en los discursos institucionales que hemos recabado. ¿Cómo se lee a esos jóvenes que portan otros rasgos o cuyos proyectos de vidas se encuentran atravesados por la pertenencia al barrio?

La pregunta que nos queda es, ¿podemos hablar de jóvenes o de juventudes? Pensar desde el enfoque de la interseccionalidad (el cual subraya que el género, la etnia, la clase u orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser “naturales” o “biológicas”, son construidas y están interrelacionadas) nos va a permitir no solo

⁸ <https://dle.rae.es/madurez?m=form>

pensar la categoría, si no también pensar con qué juventudes se interviene desde el Centro de Salud.

Habiendo transitado estas conceptualizaciones, que nos aproximan a las diferentes nociones que se tienen sobre la juventud y los jóvenes, creemos que podemos hablar de la existencia de juventudes, ya que existen una serie de condicionamientos de clase como ser condiciones de vida en relación con el trabajo, ingresos, organización familiar, vivienda, educación, y también a su vínculo con procesos simbólicos como las diferentes modalidades de reconocimiento intersubjetivo de estatus, de identidad, etc.; que dan lugar a una diversidad de procesos de construcción y constitución de juventudes. Esto nos lleva a preguntarnos cómo las instituciones legales, sociales, culturales han leído y leen a las juventudes, y quienes pueden sentirse nombrados por las mismas.

Recorrido internacional

Paulatinas modificaciones alrededor de representaciones de las infancias y juventudes, se ven plasmadas en diversas convenciones, leyes, acuerdos y tratados, construidos globalmente y que repercuten en las políticas públicas locales.

Con el advenimiento del capitalismo y la posterior conformación de los Estados Nación, la familia y la escuela se configuran como las instituciones por excelencia que se centran en el disciplinamiento y la distinción de clases. Es decir, la familia y escuela construyen “ciudadanos” y “ciudadanas” con aptitudes físicas, culturales y sociales para ocupar un lugar en el mercado de trabajo. Esta formación se lleva adelante en relación a los capitales simbólicos, económicos, culturales que dispone la familia a la que pertenecen, centrándose en el disciplinamiento y la distinción de clases.

Si analizamos la historia no tan lejana, debemos mencionar que a comienzos del siglo XX, los países industrializados no contaban con normas de protección para la infancia, y era frecuente que los niños trabajaran con los adultos en condiciones insalubres e inseguras. La representación de la infancia comienza en la modernidad, con la construcción del Paradigma Tutelar o de Situación Irregular.

Analizando los antecedentes de la política internacional encontramos las bases que llevaron al desarrollo de la legislación actual, por lo que nos parece necesario remarcar algunos hitos.

En 1924 la Sociedad de Naciones aprueba la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, la cual expresa que todas las personas deben reconocer el derecho de los niños a contar con los medios necesarios para su desarrollo, a recibir ayuda especial en épocas de necesidad, a tener prioridad en las actividades de socorro, a gozar de libertad económica y protección contra la explotación, y a acceder a una educación que infunda conciencia social y sentido del deber.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece los derechos humanos fundamentales e incluye en su artículo 25 el derecho de las madres y los niños a “cuidados y asistencia especiales”, así como también a “protección social”.

En 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la “Convención sobre los Derechos del Niño”, que reconoce el papel de los niños como agentes sociales, económicos, políticos, civiles y culturales. Este es el instrumento internacional más ampliamente ratificado de la historia habiendo sido firmado por 196 países, siendo Estados Unidos el único país que no lo ha ratificado. La Convención, reconoce que los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones.

En 1992 se funda la Organización Internacional de Juventud, único organismo internacional público que articula la cooperación internacional en materia de juventud y acompaña a los Gobiernos de forma complementaria en sus políticas y acciones en esta materia. Es un organismo conformado por 21 países iberoamericanos, que articula la cooperación en materia de juventud congregando a los ministerios de juventud de los países de la Comunidad Iberoamericana y que tiene como principal objetivo la inclusión e integración de las juventudes a través de políticas públicas de juventud.

En 1994 la Convención sobre los Derechos del Niño adquiere rango constitucional en Argentina, viéndose materializados estos principios en la Ley 26.061 “Ley de

Protección Integral de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes” sancionada en el año 2005. En 2009 la Provincia de Santa Fe adhiere a la ley nacional y luego en el año 2010 se sanciona la “Ley Provincial de Promoción y Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes”. Este cambio de paradigma se produce al mismo tiempo que se afianza el modelo neoliberal, que implicó para la estructura social argentina profundas transformaciones, acompañadas por procesos de naturalización de la desigualdad, siendo la criminalización de la pobreza un elemento central de esos procesos.

Lectura de Juventudes del Estado Argentino en relación a las Políticas Públicas y legislación.

Las Políticas Públicas referidas a juventudes tienen una relación directa a la forma en que una sociedad lee a esta población: ¿peligrosos o en peligro?, ¿sujetos de derecho o de tutela?.

Previamente, referíamos al Paradigma Tutelar o de Situación Irregular, el cual en Argentina se cristaliza en la Ley 10.903 de “Patronato de Menores” de 1919. La misma se caracteriza por la fuerte presencia de dispositivos de encierro y control: “escuelas normales”, “hogares de huérfanos” y “reformatorios”. Todas estas instituciones destinadas a niños que se encontraban en “situación de riesgo social”. Se instituye el discurso de la infancia “normal” y la “anormal”, cuyo argumento de diferenciación es la pertenencia de clase, y se legitima la intervención del Estado en los sectores sociales más pobres y la no intervención en los medios y altos. Bajo este punto de vista, las madres y padres que vivían en situación de pobreza eran entendidos como sujetos incapaces del cuidado y la protección de sus hijos, y no como condicionados por un orden social desigual. Se les definía arbitrariamente y desde una perspectiva económica y de clase como familia vulnerable o incapaz.

Estos hitos en relación a las modificaciones en las reglamentaciones a lo largo de la historia, en lo vinculado a las intervenciones sobre las infancias, nos permite arribar a los primeros antecedentes históricos en relación al desarrollo de Políticas Públicas específicas destinadas a Juventudes, incluyendo en su mayoría a aquella población que se encuentra en el rango etario de 15 a 29 años.

En el año 1987, y luego de la vuelta de la democracia, se crea un área de juventud en el estado nacional la cual ha presentado una trayectoria cambiante en su conformación, en cuanto a su dependencia ministerial y su rango y algunas continuidades hasta la actualidad, en cuanto a la conformación de su cuerpo de profesionales técnicos, vínculos con el mundo académico y de los expertos, y tensiones en los vínculos entre gestión y militancia de los funcionarios responsables del área (GARCÍA Y LIGUORI, 2015; COZACHCOW ET AL., 2015).

Como expone Alejandro Cozachcow, casi la mitad de los proyectos de ley y de declaración en torno a la juventud entre 1990 y 1999 “están orientados a tematizar la juventud en tanto problema o a partir de sus problemas, fundamentalmente en cuanto a cuestiones de alcoholismo, adicciones, violencia (muchos proyectos giran en torno al horario de cierre de los locales bailables), desempleo juvenil, exclusión social, educación sexual, racismo e intolerancia”(COZACHCOW;2016;203).

En 1994, con la modificación de la Constitución Nacional, se incluyen los tratados internacionales con fuerza de ley, incluyendo la Convención por los Derechos del Niño de 1989. Sin embargo, la repercusión de esta normativa en la legislación local se da recién con la sanción en el año 2005 de la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. En los 90 podemos observar un Estado de corte neoliberal y un clima local que se caracterizó principalmente por el corrimiento del Estado, y la mayor puesta en escena del mercado, acentuando consecuencias negativas para la mayor parte de la población, que se venían perfilando desde los 60 y 70. Las privatizaciones, la precarización laboral, las migraciones internas hacia grandes centros urbanos y la escalada en los índices de pobreza configuran nuevas formas de organización barrial, nuevos entramados sociales ligados a lo territorial, así como también el surgimiento de políticas públicas de corte focalizado.

De este modo, tras los procesos de reforma se introdujeron profundas modificaciones en el régimen de bienestar argentino que de un sistema de protección social de carácter universal pasó a desarrollar intervenciones de tipo asistencial, focalizado y a construir una red de protección social transitoria para quienes, en principio, no se

habían beneficiado del “efecto derrame”, y luego para les que comenzaron a ser excluides de los beneficios del desarrollo social y de la condición ciudadana.

Luego se pueden observar cambios significativos en torno al pasaje de la definición de los problemas de la juventud a los derechos de les jóvenes, sin embargo, persiste una mirada adultocéntrica que continúa definiendo los problemas de las juventudes, fundamentalmente, en torno a la cuestión de empleo, educación, consumo, sexualidad peligrosidad, riesgos.

Los Estados de corte “posneoliberal” comienzan a pensar las Políticas Públicas para este sector pero ya no como un mero “grupo de riesgo” sino desde una perspectiva de derechos y apelando a su participación activa. Entre 2003 y 2015 se sancionaron tres leyes fundamentales para comprender el periodo: la ley que creó el Consejo Federal de la Juventud⁹ en 2007, la modificación en 2012 de la Ley de Ciudadanía Argentina que habilita el voto optativo a partir de los 16 años y la Ley Nacional de Centros de Estudiantes del año 2013. Finalmente en noviembre de 2015 obtiene media sanción en el Congreso Nacional la Ley de Promoción de las Juventudes impulsada por el entonces oficialista “Frente para la Victoria”. El texto de este proyecto de ley al igual que la mayoría de los proyectos presentados en este periodo define el rango etario de entre 15 y 29 años. En este sentido, se observa que hay una producción estatal de las juventudes –combinada con la apelación a la juventud como categoría que moviliza adhesiones (Vázquez y Vommaro, 2012)–, que iría en línea de una ampliación de los derechos políticos de los y las jóvenes en la Argentina. (COZACHCOW;2016;200)

Por otro lado, resulta importante señalar, que tal como han mostrado trabajos del Equipo de Estudios sobre Políticas y Juventudes (EPOJU) sobre las políticas públicas de juventud implementadas desde 2010 a la actualidad (NÚÑEZ Y VÁZQUEZ, 2013; VÁZQUEZ Y LIGUORI, 2015; VÁZQUEZ, 2015), el Estado nacional ha implementado una importante cantidad de iniciativas y ha destinado una importante cantidad de recursos

⁹ La Ley 26.227 crea el Consejo Federal de la Juventud cuya misión será colaborar con el diseño y coordinación interjurisdiccional de las políticas de juventud.

a políticas como el Programa Jóvenes con Más y Mejor Trabajo¹⁰, PROGRESAR¹¹, Asignación Universal por Hijo¹², entre otras, y también al número significativo de iniciativas orientadas a promover la participación juvenil, posteriormente a la Ley de Voto Joven¹³. A su vez, como correlato de esta política de promoción, también se ha incrementado notablemente la inversión social del Estado en materia de juventud alcanzando el 3,3% del PBI, uno de los más altos en América Latina.

En esta misma línea, y en lo que respecta a la provincia de Santa Fe, en el año 2007 se crea el dispositivo institucional conocido como Gabinete Joven, que apunta a la incorporación de una perspectiva joven en la construcción de las políticas públicas. El mismo estaba coordinado por la Secretaría Provincial de Juventudes e integrado por jóvenes de cada uno de los ministerios del gobierno, buscando garantizar la transversalidad de la visión joven en las acciones gubernamentales y la integralidad en el abordaje de las poblaciones jóvenes. Llevando adelante una serie de Programas y Proyectos como ser Ingenia, Emprende Joven, Medio boleto, Esquina SF y Entrevero, La Colaboradora, Talleres de prevención de violencias, Conductor Designado, Raíces, Hay equipo!, Red de Municipios y Comunas Joven, Observatorio de Políticas de Juventudes, Becas de la Reforma.¹⁴

En 2009 la Provincia de Santa Fe adhiere a la ley nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes y luego en el año 2010 se sanciona la Ley Provincial de Promoción y Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes. En el año 2014 se presentó por parte del partido oficialista de ese entonces el proyecto de “Ley Provincial de Juventudes”, el cual no llegó a convertirse en Ley. Según la información que pudimos recabar, el marco normativo incluía principios tales como la integralidad

¹⁰ Capacitación y orientación laboral para jóvenes de entre 18 y 24 años que quieren acceder al mundo del trabajo, recibiendo un incentivo económico mensual.

¹¹ Es un programa integral de Becas Educativas que acompaña al alumno en todos los niveles de formación durante su trayectoria académica, a través de un incentivo económico

¹² La asignación universal por hijo para protección social es un seguro social de Argentina que otorga a personas desocupadas, que trabajan empleados en negro o que ganan menos del salario mínimo, vital y móvil un beneficio por cada hijo menor de 18 años e hijo con discapacidad.

¹³ La reforma a la Ley de Ciudadanía, sancionada en 2012 (Ley 26.774), extendió el derecho a votar en elecciones nacionales a los jóvenes de entre 16 y 18 años. Si bien para este segmento el voto es obligatorio, en caso de que se abstengan, no serán considerados infractores.

¹⁴ [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114155/\(subtema\)/93685](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114155/(subtema)/93685)

y la transversalidad, el diálogo intergeneracional, y políticas que apuntaban a la participación, así como el reconocimiento, la promoción y el estímulo en el ejercicio de los derechos de esta población.

Por último, debemos nombrar el surgimiento del Programa “Nueva Oportunidad” creado en el año 2013 cuyo objetivo es el abordaje integral, en conjunto con los gobiernos locales, de las juventudes en situación de alta vulnerabilidad social, fortaleciendo los lazos sociales y las relaciones de convivencia en los barrios donde se implementa. A noviembre de 2019 el programa capacitaba a 18.0000 jóvenes entre 16 y 30 años, que dejaron la escuela, no tenían empleo ni formación en oficio, de los cuales 7.600¹⁵ pertenecían a Rosario y Gran Rosario.

El desarrollo del programa es llevado adelante por los ministerios que integran el Gabinete Social y/o Municipios y Comunas u Organizaciones Sociales que se adhieran al mismo. Depende del Ministro de Desarrollo Social "entender en la elaboración, dirección y fiscalización de las políticas y ejecutar las acciones relacionadas con la juventud, sus problemas específicos y su inserción en la vida comunitaria"; que en este sentido, es la Secretaría de Desarrollo Territorial la que tendrá a su cargo la ejecución, el seguimiento y la evaluación del mencionado Programa.

El Ministerio de Salud, como integrante del Gabinete Social y bajo la coordinación y a requerimiento del Ministerio de Desarrollo Social se compromete en el marco de este Programa trabajar paralelamente al proceso de capacitación problemáticas sociales tales como: adicciones, prevención en salud, salud sexual y reproductiva, noviazgos violentos, será el Ministerio de Salud el que desarrollará las acciones tendientes a garantizar el acceso al sistema de salud para los jóvenes que transitan por el nueva oportunidad teniendo en cuenta cada una de las particularidades. El cuidado del cuerpo resulta uno de los ejes enunciados por el proyecto es así que parte de los terceros tiempos serán realizados en coordinación con los equipos territoriales dependiente del Ministerio generando marco de reflexión en torno al concepto de salud. Será dicho Ministerio quien generará las condiciones para que pueda darse esa

¹⁵(<https://www.rosarioplus.com/ensacoycorbata/Cientos-de-jovenes-marcharon-para-pedir-que-el-Nueva-Oportunidad-sea-ley-20191114-0011.html>)

instancia territorial. Garantizará el acceso a los servicios de salud en todos sus niveles a la población que abarca el programa, facilitando el tránsito por los circuitos institucionales con el acompañamiento, asesoramiento y seguimiento necesarios. Se planificará el abordaje de la temática específica de trabajo en salud con jóvenes en el primer nivel de atención, promoviendo el compromiso con las intervenciones sociocomunitarias, tales como las que propone el programa nueva oportunidad, ubicando como eje el abordaje de la salud desde una perspectiva integral, a partir de la configuración de un módulo sobre Cuidado del Cuerpo que dará marco a un intercambio entre los equipos territoriales y los grupos de jóvenes en los terceros tiempos.

Este recorrido histórico da cuenta de diferentes eventos, leyes, convenciones y tratados en los cuales se ven plasmados los cambios que se fueron dando en relación a la lectura y las intervenciones sobre esta población. Sin embargo, pretendemos fortalecer la idea de que todo esto es leído en términos de “proceso”, es decir que estos hitos dan cuenta de movimientos instituyentes, debates, pujas de poder y nuevas construcciones de hegemonías, existiendo al día de hoy una serie de debates entorno a la posibilidad de cuidar en la pobreza, responsabilidad del estado, igualdad, equidad, criminalidad.

Teniendo en cuenta que las edades y sexo/género de las personas parecieran configurarse como los ejes ordenadores de las actividades de la vida en sociedad, nos interesa remarcar que estos “atributos” no terminan de delimitar a la población joven, ya que como bien sabemos no se es joven de una sola manera, ni son consideradxs jóvenes todas las personas que tienen entre 15 y 29 años.

SALUD

En este apartado describiremos brevemente cómo está constituido el sistema de salud actual y cuáles fueron los debates en torno a la salud que formaron para de este proceso de organización, y de esta manera poder contextualizar el marco en el que se circunscriben las prácticas en las que centramos nuestra atención para este análisis.

Una vez más reafirmamos que definir es político, que conceptualizar es político. Y en esta instancia pondremos a dialogar una serie de categorías, ya que nos sirven de

herramienta para poder transmitir la complejidad que revisten las intervenciones en este campo.

En este sentido, utilizaremos de la definición que aporta Floreal Ferrara en 1975, quien plantea que “la salud se expresa correctamente cuando el hombre¹⁶ vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos...” (FLOREAL FERRARA;1975).

Hemos decidido partir de esta definición, ya que la misma nos da las herramientas para salir del binomio salud-enfermedad y del tradicional concepto que liga a la salud con la ausencia de enfermedad, y entender a la salud desde una concepción ampliada y sin negar ni desconocer las disputas con lo que llamamos la mirada médico hegemónica.

Tomamos como referencia a Pierre Bourdieu para conceptualizar al campo, entendiéndolo como “una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies de poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)” (BOURDIEU, WACQUANT; 2005;150).

Siguiendo a Bourdieu, “una especie de capital es aquello que es eficaz en un campo determinado, tanto a modo de arma como de asunto en juego en la contienda, que permite a sus poseedores disponer de un poder, una influencia, y por tanto existir en el campo en consideración en lugar de ser considerado una cifra desdeñable. En el trabajo empírico, es una y la misma cosa determinar qué es un campo, donde están

¹⁶ Siguiendo la definición de uso de lenguaje no sexista o inclusivo diremos personas

sus límites y qué especies de capital están activos en él, dentro de qué límites, y así sucesivamente (vemos aquí cuán estrechamente interconectadas están las nociones de capital y de campo).

Dentro de la Teoría de los Campos se plantea la existencia de algunos componentes tales como: los agentes, que son los participantes no estáticos y con capacidad de luchar, crear y participar. El capital, que es conjunto de bienes acumulables que se pueden distribuir, producir, se consumen, se invierten, y se pierden, y varían según el campo en el que se encuentre. Este capital adquiere cuatro formas: económico, cultural, social y simbólico. Este último es el que más relevancia posee, ya que otorga legitimidad, autoridad y prestigio. La lucha y sus reglas, que es la forma que van a tener los agentes de relacionarse dentro del campo, y que se da para conservar o acrecentar el capital, y a esas formas las determinan las reglas de juego. Por último, el habitus, que es el sistema subjetivo de expectativas y predisposiciones adquirido a través de las experiencias previas del agente (BOURDIEU; 2005)

Teniendo en cuenta la esquematización sobre Campo planteada, nos resulta interesante tomar una reflexión de Spinelli, que ha estudiado el Campo de la Salud en Argentina y lo entiende como “la convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (SPINELLI;2010;3)

Ya en 1978 en Alma Ata se plantea que “La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.” Por lo cual para poder comprender el campo Salud vamos a analizar los distintos agentes que han formado parte de la disputa en torno a lo sanitario, ampliando este foco no solo a partir del análisis de los posicionamientos de los sectores profesionales médicos, si no también la participación de movimientos sociales, políticos y grupos económicos que dieron diferentes disputas

Reglamentación internacional en materia de Salud y Derechos Humanos a la que nuestro país adhiere.

Existen una serie de tratados internacionales a los que nuestro país adhiere, así como también reglamentaciones a las que todos los países que adhieren a sus organismos emisores, deben sancionar leyes que se adecuen a los mismos. En nuestro caso, en Argentina, la Constitución y los tratados de Derechos Humanos internacionales tienen un mismo orden jerárquico lo que garantiza el cumplimiento y la adhesión a los mismos.

En materia de Derechos Humanos ubicamos a la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) como el principal organismo regulador de los mismos, fundada en el año 1945 y conformada por 193 Estados, entre los cuales se encuentra Argentina. Surgida debido a las atrocidades de la Segunda Guerra Mundial; hoy en día la ONU es la encargada de promover los Derechos Humanos y las libertades de todas las personas y asistir a los mismos a través de diferentes organismos, dependientes de la ONU, como es la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS). La ONU fue la encargada de sancionar la Declaración de Los Derechos Humanos en 1948. Esta declaración en el artículo 25 prevé que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. También la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social. (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; 2015)

La OMS, fundada en 1948, es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una

función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales. Esta organización tiene un reglamento mediante el cual aplican las normas mundiales con el fin de reforzar la seguridad sanitaria nacional, regional y mundial. El RSI (Reglamento Sanitario Internacional) cuya última modificación fue en el año 2005 tiene como finalidad: prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

Los Estados Miembros de la OMS reafirmaron su compromiso con esos principios en mayo de 2008, con la adopción de una resolución sobre la estrategia y plan de acción mundial sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Entre otros objetivos importantes, la resolución expresa el compromiso de los Estados Miembros con la mejora de la difusión de todos los productos sanitarios y dispositivos médicos y el acceso a los mismos mediante la superación efectiva de los obstáculos a dicho acceso.

Con respecto al continente Americano, la Organización de los Estados Americanos (en adelante OEA) es la que a nivel de Derechos Humanos, estipula como objetivo “un orden de paz y de justicia, fomentar su solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia” a partir de pilares fundamentales que son la democracia, los derechos humanos, la seguridad, y el desarrollo.

La OEA posee un organismo especializado en salud que recibe el nombre de Organización Panamericana de la Salud (OPS) fundada en 1949, y que además está afiliada a la OMS, y está dedicada a controlar y coordinar políticas que promuevan la salud y bienestar de los países americanos. Esta organización panamericana, adopta un Código Sanitario, sancionado en 1924 cuyos fines son: a) Prevenir la propagación

internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos. b) Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos Signatarios o procedentes de los mismos. c) Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad y mortalidad en los países de los Gobiernos Signatarios. d) Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre. e) Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra aquellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesarios para el comercio y la comunicación internacional. (ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS; 2015)

Estas dos últimas organizaciones, la OPS y la OMS, declararon en 1978 a través de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, más conocida como la declaración de ALMA-ATA, la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos y cuyo lema fue «Salud para todos en el año 2000».

Sistema de salud en Argentina

Sin ánimos de dejar todos nuestros esfuerzos en la historización del campo de la salud y su devenir histórico hasta nuestros días, sólo haremos referencia a una serie de acontecimientos que, a nuestro entender, nos brinda las herramientas para una mejor comprensión del Sistema de Salud en Argentina.

Pensar el campo de la salud en perspectiva histórica abarca entender un entramado social, político, económico y cultural que va a atravesar cada periodo, determinando así sus características propias. Muchos autores que han estudiado e investigado la historia del Campo de la Salud en nuestro país, han confluído en la idea de que Argentina posee un sistema tripartito de provisión de servicios médicos, lo cual no es característico de todos los países, y se produce a partir de la lucha de intereses por parte de diversos agentes que fueron detentando mayor poder en diversos capítulos de nuestra historia.

El sistema de salud argentino está dividido en tres sectores: el sector público integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande (BELLÓ y BECERRIL; 2011). Y en particular, a nivel local, la Municipalidad de Rosario cuenta con una Secretaría de Salud de la cual dependen diversos efectores locales como ser Centros de Salud, Hospitales, Laboratorios, entre otros.

Por otro lado, el segundo sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Los sindicatos comenzaron a preocuparse por proteger la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado. En Argentina este esquema se expandió de forma sostenida a partir de la crisis del 30 y fue alentado desde el gobierno nacional a partir de 1946. Sin embargo, la adopción del seguro social como estrategia hegemónica de protección de la salud de la población solo se consolida con la caída de Perón (TOBAR; 2001:19).

Y por último el sector privado que incluye a pacientes particulares asociadas a Obras Sociales específicas o a sistemas privados de medicina prepagada; a los establecimientos asistenciales, contratados también por las Obras Sociales, y a las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga.

¿Cómo se llegó a la constitución de este sistema tripartito y qué relación existe con la concepción de la salud en cada momento histórico?

En lo que respecta a la concepción de la salud durante el Modelo de Estado Liberal que abarca el período comprendido entre 1870 y 1943, podemos decir que: “la salud es totalmente subsidiaria y el Estado se limita a garantizar que esta, así como las demás problemáticas sociales, no afecte el ritmo “natural” del mercado. El financiamiento de las pocas acciones existentes no es público sino privado por la vía de las donaciones, y la salud no constituye un derecho de la población” (TOBAR; 2011:9).

Durante el período que comprende los años 1943 a 1976 nombrado como “Estado de Bienestar” se presentará una extensión del Estado y una nueva concepción de la salud que va a pasar a ser entendida como “cosa pública”, lo cual conducirá a la existencia

de un Estado garante de derechos sociales, y en particular los referidos a la salud poblacional, regulada por el Estado. En cambio, con lo que respecta a la segunda parte del período podemos coincidir con Isuani y Mercer cuando afirman que: "A partir de 1956 la política estatal se inclinó hacia una reestructuración del sector público de la salud desarrollado en el período peronista limitando su intervención, particularmente en el rubro de la atención médica. Estos cambios fueron acompañados por el desarrollo de las obras sociales y el crecimiento de la medicina privada. De esta forma, desde 1970 a la fecha se ha consolidado un espectro institucional caracterizado por un sector público de la salud en retroceso y por el desarrollo de la seguridad social y del sector privado, correspondiendo a la primera, básicamente, financiar al segundo" (ISUANI Y MERCER; 1988: 30).

El golpe de estado de 1976 inaugura una nueva etapa conocida como "El Estado Subsidiario" que abarca de 1976 al año 1999. Podemos decir que a partir de la última dictadura cívico-militar, comienza un proceso de declinación de la participación de la actividad pública dentro del sistema de salud y se produce una vuelta a la tendencia de la descentralización fiscal de varios hospitales que aún dependían del Estado. Esto se hace a través de la Ley 21.883 (1978), y lo que hace es transferir a diferentes provincias diversos establecimientos asistenciales.

A nivel mundial, en 1978 aconteció la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, más conocida como la Declaración de Alma-Ata, cuyo fin fuera el de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, en la cual se exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional (ALMA-ATA;1978: 4).

Con la vuelta a la Democracia en 1983 un nuevo proyecto de integración y universalización se va a poner en discusión, la creación del Seguro Nacional de Salud impulsado por el ministro Aldo Neri en 1984, aunque a pesar de que fue sancionada la ley nunca se reglamentó y no volvió a darse en Argentina la discusión en torno a la universalidad efectiva del sistema de salud público y gratuito.

Durante la gestión de Menem (1989-1999) se profundiza la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias, lo que genera un desfinanciamiento de los mismos, ya que eran transferidos los hospitales, pero no aumenta la co-participación a las provincias. Además, con la reforma constitucional de 1994 se introduce el artículo 42 que señala: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios.”

En cuanto al decreto 9/93 conocido como “Libre elección de las Obras Sociales” dio el primer paso que más tarde conduciría al abandono del esquema solidario que había predominado hasta entonces, la autorización para la creación de planes diferenciados dentro de las obras sociales, junto con los altos índices de desempleo y trabajo precario y en negro, completaron la fragmentación y la inequidad dentro del sistema de seguridad social. Ese escenario de emergencia exigió la implementación de respuestas profundas y estructurales. Anteriormente, cada trabajador estaba afiliado de forma obligatoria a la Obra Social perteneciente a su rama de actividad, la libre elección de las obras sociales provocó una migración de los afiliados hacia las empresas de medicina prepaga o hacia las obras sociales de los sindicatos más "ricos", desfinanciando y aumentando las desigualdades entre las mismas. El Decreto 939/2000 creó el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, que hizo posible la realización de convenios con otras entidades de la seguridad social, cobrando a terceros por los servicios que brindaban a los usuarios que contaran con cobertura y disponer sobre el presupuesto y los recursos generados por el hospital.

En 2003, el entonces Ministro de Salud, Ginés González García, en el gobierno del Dr. Néstor Kirchner formuló el Plan Federal de Salud 2004-2007, cuyo fin fue el de garantizar el acceso universal a los servicios médicos, lograr una distribución equitativa de los recursos, mejorar la calidad de la atención y, una mayor participación de la

comunidad en el cuidado de la salud, pero su objetivo principal fue establecer un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Salud en argentina hoy

Lo primero que analizaremos es lo que respecta a la categoría de regulaciones que se materializan en Leyes y Decretos dictados por el Congreso Bicameral de la Nación y la importancia de la Constitución como máxima regulación.

La Constitución Nacional sancionada en el año 1994, en su artículo 31.º establece: "Esta Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso de la Nación y los Tratados con las potencias extranjeras son la Ley Suprema de la Nación..." y en su artículo 75 inciso 22, se confiere Jerarquía Constitucional a los Tratados Internacionales allí enumerados, entre ellos y en consonancia con el tema en tratamiento, se encuentran: La Declaración Americana de los Derechos del Hombre (arts. VII y XI); Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 3.º, 8.º y 25.º); Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 24.º); Convención Americana de Derechos Humanos (art. 4.º) y la Convención de los Derechos del Niño (arts. 6.º, 23.º, 24.º y 26.º), que conforme fuera dicho, tienen Jerarquía Constitucional Nacional y no pueden ser desconocidos por las Constituciones de las Provincias ni por las Reglamentaciones del poder Ejecutivo Nacional, Provincial o Municipal.

En la Argentina, el derecho a la salud está garantizado por la Constitución Nacional a partir de la reforma de 1994, que incluyó en el texto constitucional los pactos y convenciones que se establecen a nivel internacional.

La constitución garantiza mediante el artículo 41: "Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo..."

Por otro lado, el artículo 42 señala: "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e

intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios.”

El sistema de salud en la provincia de Santa Fe

En la provincia de Santa Fe, en lo concerniente a lo jurídico, la Constitución que fue sancionada en 1962 reconoce en los artículos 19 y 21 a la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad, y crea la organización técnica adecuada para la promoción, protección y reparación de la Salud.

Para el cumplimiento de dichos objetivos cuenta con una red de salud compuesta por efectores de gestión provincial y municipal, organizándose en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades.

El sistema de salud se encuentra organizado en tres niveles, con diversos grados de complejidad:

1er Nivel: conformado por Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad a los vecinos. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.

2do Nivel: Hospitales y Samcos de baja y mediana complejidad.

3er Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red,

Atención primaria de la salud en la ciudad de Rosario

Historia

Durante el período previo a 1990, los hospitales eran reconocidos como espacios de saber y formadores de recursos humanos. El primer nivel estaba constituido por "centros periféricos" o "dispensarios" -ubicados en áreas cercanas o al interior de

asentamientos informales- dependientes de los hospitales. El trabajo en APS era concebido como sinónimo de desprestigio profesional, simple, rutinario y falta de interés científico. Una parte importante de los recursos humanos del primer nivel estaba conformada por los "castigados" (BÁSCOLO; 2010)

El año 1990 es considerado como el principio de la construcción de una política de APS entendida como estrategia organizadora del sistema. A partir de este momento la APS en Rosario transcurre por diversas etapas en el marco de las cuales se construyen nuevos valores y se introducen innovaciones en la organización y estructura de los servicios.

Los Centros de Salud tenían como propósito constituirse en la puerta de entrada de la población marginal y en "orientadores" de la población hacia el "hospital base". La capacidad organizativa y visibilidad de los trabajadores del primer nivel de atención eran bajas. Dado que la oferta de servicios de primer nivel era reducida, los hospitales constituían el principal receptor de la población demandante. La población objetivo estaba dada por los "indigentes médicos". La vinculación entre profesionales del primer y segundo nivel de atención se basaba sobre tramas de relaciones informales. El trabajo multidisciplinario era excepcional y por regla general, los profesionales no médicos se encontraban subordinados jerárquicamente a los médicos" (BÁSCOLO;2010:25).

“El modelo de atención municipal se caracterizaba por un fuerte énfasis hacia la atención de enfermedades infectocontagiosas y de la salud materno infantil con una orientación asistencial y curativa con una escasa atención hacia el desarrollo de acciones de rehabilitación, seguimiento, prevención, promoción y trabajo sobre determinantes sociales de la salud” (BÁSCOLO;2010:26). El funcionamiento de los servicios estaba reglamentado mediante normas técnicas, asistenciales y burocráticas con débil capacidad de regulación efectiva.

En este período se producen grandes cambios al interior del primer nivel: la estructura funcional de la dirección de APS se organiza en coordinaciones de distrito, los

programas verticales que se ejecutaban en los hospitales comienzan a ejecutarse en los Centros de Salud y se empieza a trabajar en el establecimiento de mecanismos de coordinación entre el primer nivel y los hospitales. Asimismo se crean los colectivos o colegiados de gestión. Estos espacios, resultan para el "movimiento de APS" recientemente emergido y fortalecido por el respaldo político de la intendencia y la comunidad, una instancia central. Son invitadas a participar de estos espacios todos los trabajadores de APS. La participación en los colegiados era voluntaria a excepción de quienes tenían funciones de gestión formales. La participación implicaba aceptar ciertos principios o axiomas básicos e indiscutibles -participación comunitaria, participación de los trabajadores de salud en la gestión, acceso universal y equitativo, salud como un derecho, planificación descentralizada y trabajo profesional con autonomía y responsabilidad. Estos principios eran explicitados y legitimados en los colegiados y servían de paraguas para la discusión de líneas de gestión que transformasen el modelo de gestión y atención del primer nivel de atención. Quienes decidían no participar de los colegiados quedaban excluidos de los espacios en donde "circulaba la decisión". Quienes participaban estaban obligados a llevar a la práctica los acuerdos arribados. El principal mecanismo de regulación del comportamiento de los actores estaba dado por la creencia en valores compartidos. El castigo aplicado a quienes no participaban de la misma creencia era fundamentalmente la exclusión y la sanción moral (no burocrática) de parte de sus pares. Como resultado, las innovaciones generadas por este modelo se iban llevando a la práctica en forma desigual, según el nivel de motivación, las capacidades y las posibilidades de cada equipo. Posiblemente, la heterogeneidad entre CS en cuanto a la modalidad de entrega de turnos, los instrumentos de registro de información, los mecanismos de interacción entre el CS, su comunidad y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (BÁSCOLO;2010:18) tengan su origen en este período.

Estructura APS Rosario

Para comenzar con la reglamentación de la ciudad de Rosario, aclaramos que el gobierno municipal se rige a través de la Constitución Nacional y Provincial, adecuando sus actuaciones a las mismas. El gobierno municipal tiene como órgano competente para sancionar ordenanzas al Concejo Deliberante.

En cuanto al orden institucional en Rosario existe una Secretaría de Salud Pública dependiente de la Municipalidad. Esta tiene la función de organizar el sistema de salud pública y de administrar y ejecutar las acciones, planes, proyectos y programas de salud que se desarrollen dentro del municipio.

Partiendo de la estrecha relación entre la salud y el medio social, desde el Estado Municipal se propone un trabajo integrado girando bajo las ideas de equidad, protagonismo de la comunidad, eficacia social y contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud.

La red de salud pública del municipio de Rosario está conformada por tres niveles:

1) El primero está conformado por los centros de Atención Primaria de Salud (APS) y algunas vecinales. Representan el espacio de mayor acción y la conexión inmediata entre las personas y la red de salud.

Los centros de salud del municipio representan el contacto inmediato entre el sistema de salud público y sus beneficiarios, y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria. En Rosario existen 51 centros de salud municipales los cuales brindan atención médica generalista y clínica, pediatría, odontología, ginecología, psicología, enfermería, entre otras. Éstos constituyen la puerta de entrada al sistema de salud local, el cual es entendido como una red.

2) El segundo nivel está constituido por el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), donde se realizan las interconsultas ambulatorias demandadas desde el primer nivel, Maternidad Martín, Hospital Dr. Juan Bautista Alberdi, Hospital Int. Dr. Gabriel Carrasco, Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, el Policlínico San Martín y el Instituto de Lucha Antipoliomélica y Rehabilitación del Lisiado.

3) El tercero está constituido por el Hospital de Emergencia Clemente Álvarez y el Hospital de Niños Víctor J. Vilela, áreas de mayor tecnología y complejidad.

Además, el municipio tiene a su cargo diversas instituciones de salud, entre las cuales se cuentan el Servicio de Internación Domiciliaria, Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria, Laboratorio de Especialidades Medicinales y el Instituto "Juan Lazarte".

Trabajo Social y atención primaria de la salud en Rosario

Los Trabajadores Sociales de efectores de primer nivel de complejidad de la Red de Salud Pública Municipal dependen de la Dirección General de Servicios de Salud, Dirección de Centros de Salud, Departamento de Trabajo Social, Jefatura del Centro de Salud, Coordinadores Territoriales¹⁷.

La organización del trabajo se basa fundamentalmente en actividades de asistencia, de investigación y/o de participación en proyectos de salud, de lunes a viernes, definidas por la Dirección de Centros de Salud y en coordinación con el Departamento de Trabajo Social, articulando con las necesidades de la red de salud, a saber:

- Integrar equipos de salud y participar en la construcción de los procesos de atención en el marco de la red de salud pública como parte de la organización matricial del equipo de salud.
- Realizar intervenciones profesionales que promuevan el ejercicio del derecho a la salud.
- Realizar intervenciones profesionales de abordaje de situaciones problemáticas desde lo individual / familiar, grupal y/o comunitario en el marco de los procesos de atención en salud.
- Fortalecer las intervenciones profesionales desde una dimensión poblacional e interdisciplinaria, promoviendo la construcción colectiva de dispositivos de trabajo institucional y/o intersectorial.
- Propiciar diagnósticos interdisciplinarios e intersectoriales sobre las necesidades y problemas de la población teniendo en cuenta los contextos de época.
- Desarrollar estrategias que posibiliten construir interdisciplinariamente proyectos terapéuticos en el abordaje singular de situaciones problemáticas. Implementar las técnicas o medios de abordaje, desde la perspectiva profesional, que se consideren pertinentes en el marco del proyecto terapéutico construido para cada situación.

¹⁷ https://www.rosario.gob.ar/web/sites/default/files/perfil_trabajadores_sociales.pdf

- Participar en las reuniones del equipo del Centro de Salud y/o de actividades convocadas por el Departamento de Trabajo Social u otras áreas de la SSP.
- Construir información a través de la realización de registros estadísticos. Propiciar actividad docente y de investigación.
- Participar en la mejora continua del proceso de atención de la población referenciada y en la gestión de buenos niveles de satisfacción de los usuarios. Promover la comunicación y la relación con los demás servicios y efectores de la red de Salud Pública Municipal y Provincial.

Intervención

La intervención en Trabajo Social, podría ser entendida como un proceso de reflexión y problematización constante de la visión teórica-ideológica que sostenemos (explícita e implícitamente) y de cómo esta visión se materializa en esa acción -con- sentido.

Por otro lado es importante rescatar algunos aspectos de la intervención profesional: la intervención no es un episodio natural, sino una construcción artificial de un espacio tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores (desde aquellos que solicitan la intervención-instituciones, sujetos individuales y colectivos- y desde el propio sujeto profesional).

Para comenzar a esbozar esta idea, retomaremos a Susana Cazzaniga, con su ya conocida definición de Intervención profesional, quien plantea que la misma es “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. Vista de esta manera, la intervención profesional presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social. Esto es, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, práctica, resultados esperados, etc.

Estas consideraciones remiten a destacar dos dimensiones relevantes de la intervención:

- la demanda, que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de los sujetos que la solicitan, en un contexto histórico particular.
- la intervención como proceso artificial, como un “venir entre”, que exige desde el sujeto profesional la capacidad para comprender e interpretar esa demanda e incorporar una reflexión ética en términos de reconocer las consecuencias que sobre el otro produce la intervención.

La intervención profesional, en tanto trabajo, quehacer o práctica específica que intenta generar algún tipo de transformación o modificación en relación con la situación que le es presentada, se expresa en una construcción metodológica, en un conjunto de mediaciones que darán cuenta de la intencionalidad de transformación y de sus “cómos” particulares.

El “método”, se plantea entonces, como esa mediación entre teoría y realidad, que no se define a priori, como dispositivo de axiomas y reglas a seguir, sino y fundamentalmente como construcción.

Desde esta mirada, referirse a método se sitúa en pensar en el entramado de supuestos teóricos, epistemológicos, ideológicos y éticos, desde el cual se comprende la realidad a modificar y se establecen los modos de realizarlo; así, se constituye en una estrategia que se sigue para abordar un recorte de la realidad (fenómeno, situación), desde una perspectiva teórica que otorga referencia para la selección de técnicas y procedimientos específicos a usar, teniendo en cuenta las características particulares y la forma, también particular en que debe ser abordado.

Es entonces, que la puesta en práctica del ejercicio profesional, no es una acción “cualquiera”, posee un sentido mentado, se le asigna una “intencionalidad subjetiva” y colectiva, que está orientada a fines determinados. Quienes la ponen en marcha poseen todo un complejo andamiaje (ya aprendido e interiorizado) de categorías, conceptos, técnicas y recursos tanto materiales como epistemológicos. Tanto propios (y propios de la profesión) como los que a lo largo de los años se fueron construyendo desde la práctica interdisciplinaria.

Un punto que nos resulta de vital importancia es mencionar la ética profesional que cada uno pone en juego. En este punto, es necesario alertarnos: que la ética no es valor, ni propio ni ajeno; que la ética no es posicionamiento político; que no es esto únicamente, pero que algo de esto se pone en juego; que la ética en nuestro ejercicio profesional es, entre otras cosas, resguardo propio y de usuarios.

Las cuestiones de ética, moral y valores son una parte inevitable del ejercicio profesional. Son elementos fundantes, conscientes o no, a la hora de pensar estrategias de intervención. Son habilitadoras, como marco de acción, pero que muchas veces nos empujan a los ya conocidos “dilemas éticos” en nuestra profesión. El Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la ciudad de Rosario (2da Circunscripción de la provincia de Santa Fe) ha elaborado un Código de Ética que determina los principios éticos necesarios para actuar de acuerdo a los fines de la profesión, abarcando los derechos y deberes de los y las profesionales del Trabajo Social. El mismo, toma como central el respeto hacia la dignidad del ser humano y hacia las posiciones filosóficas, políticas y religiosas de aquellos con quienes se trabaja. Se remarca la importancia de guardar el secreto profesional (obligado por la ética y por la ley) en relación a las confidencias recibidas por parte de usuarios y usuarias, y a actos de los que se tenga conocimiento, no siendo un deber de la o el profesional denunciar infracciones a la ley; pero también se establecen las excepciones a guardar secreto profesional, en lo que se refiere a “impedir un mal mayor, o un daño grave, injusto y actual al propio usuario, al trabajador social, a terceros y al bien común”, sirviéndonos así, de herramienta para nuestra práctica cotidiana.

Nuestras prácticas se enmarcan en una demanda que es institucional; a la “acción-respuesta” que de nuestra profesión se espera y que está impresa en un imaginario social; a la posibilidad de acción que nos permite la política pública como herramienta; y a la propia imaginación del/ de la profesional que está pensando la estrategia de intervención.

Para comprender las posibilidades del trabajo social hoy, y las nuevas perspectivas del espacio profesional, la condición básica es advertir el movimiento contradictorio de la práctica profesional, como actividad socialmente determinada por las condiciones histórico-coyunturales, reconociendo que estas son mediatizadas por las respuestas

dadas por el colectivo profesional, dentro de los límites establecidos por la propia realidad. “Lo que define el espacio profesional es la conjugación de esos factores contradictorios, que son un producto histórico resultante del nivel de lucha por la hegemonía, que tiene derivaciones en las políticas sociales del estado y en las organizaciones institucionales que las implementan” (IAMAMOTO;2001:190). “Las políticas sociales no son el resultado de la mera voluntad de poder del Estado, o de los gobiernos. Si el Estado expresa algún orden de dominación, es también un espacio de lucha política. Por ser un campo de disputa política, es que sus intervenciones pueden ser confusas, inconexas y contradictorias, inclusive. En esas condiciones, ellas producen, construyen, reconstruyen o desarman y transforman alguna normalidad; o ese propio orden de dominación que es el Estado.” (GALENDE;2014:46). No se trata de establecer una tipología de participación: una, al servicio del poder, y otra, al servicio de los intereses de las minorías, lo que cargaría los vicios de un análisis dualista, como si estas dimensiones no se entrecruzarían, en los fenómenos de la vida social concreta.

La transformación social se da a través de la participación popular, que parece como la forma de expresión colectiva de estas minorías: la explicitación social, cultural y política de sus necesidades e intereses, a través del enfrentamiento colectivo de situaciones de su vida cotidiana. De esta forma, la participación popular no responde solo a las manifestaciones explícitamente políticas, volcadas para construcción del poder, sino que engloba también las luchas reivindicativas por mejoras parciales de las condiciones de vida, que se reflejan en las instituciones.

Faleiros referencia que “autonomía significa, al mismo tiempo, la capacidad de reproducirse en la complejidad de la historicidad y de la cotidianidad de las mediaciones de poder, y de las energías y recursos propios, y de re-presentarse críticamente, combinando el refuerzo del yo con el aprendizaje de la duda, en el rechazo de la alienación, de la tutela, del control” (FALEIROS; 2003; 60).

APARTADO III: ANÁLISIS

Barrio

El barrio Empalme Graneros se encuentra ubicado en la zona noroeste de la Ciudad de Rosario. Es un barrio con una gran heterogeneidad, en el cual hay calles asfaltadas y viviendas de material, así como también calles de tierra y casas de chapas. La existencia de zanjas con aguas estancadas y servidas por falta de cordones cunetas, cloacas y desagües, es otro de los problemas, que en el conjunto, afectan la salud, la convivencia, condiciones de habitabilidad y al medio ambiente. Un dato que nos parece importante mencionar, es que dentro del recorte temporal en el que decidimos enmarcar este trabajo, se da la implementación del Plan Abre¹⁸ destinado al mejoramiento de las condiciones materiales del barrio y de la vida de las familias que allí residen.

La población pertenece mayormente a una clase media baja o baja, con altos niveles de no escolarización, desocupación y necesidades básicas insatisfechas. Según las entrevistas realizadas, un dato que nos han resaltado a la hora de caracterizar al barrio, es que su población en su mayoría está compuesta por migrantes de Paraguay, Chaco, Corrientes miembros de la comunidad Qom y personas de otros barrios de la Ciudad. Como expone E. Jelin, “En las clases subalternas, la inclusión en redes implica que los migrantes, al llegar a la ciudad, encuentran una casa donde pasar las primeras noches y tienen contactos que les permiten una inserción relativamente fluida en el mercado de trabajo. En términos más globales, la presencia de estos vasos comunicantes entre las zonas de origen y las ciudades permite la integración en una misma red de unidades domésticas en la ciudad y en el campo, con migraciones de ida y vuelta, remesas de dinero y de productos, conformando una estrategia compartida entre los que se quedaron en el campo y los residentes urbanos.”

¹⁸ El Plan Abre es una política de Estado sustentada en la coordinación entre diversas áreas que conforman el Gabinete Social de la provincia de Santa Fe y los gobiernos locales de los grandes centros urbanos (Rosario y Santa Fe) y sus áreas metropolitanas (Villa Gobernador Gálvez, Pérez, Granadero Baigorria y Santo Tomé). El Plan ABRE se proyecta en tres ejes de trabajo centrales, que aglutinan los proyectos, programas y acciones: Infraestructura y Hábitat, Convivencia y Participación y Abre Familia.

La historia de Empalme Graneros está marcada por la gran organización de vecinos, que frente a las inundaciones padecidas, lucharon de forma colectiva para exigir la realización de las obras públicas necesarias para terminar con las inundaciones. No es casualidad que la mayor parte de los interlocutores que entrevistamos mencionan como característica principal del barrio, la fuerte presencia de Organizaciones y el trabajo en red, que más allá de no ser sistematizado muestra gran interacción entre los distintos actores. Algo que da cuenta de esta característica es que la primer vecinal de la ciudad de Rosario, es la conformada en Empalme Graneros en el año 1923 y desde ahí se llevaron adelante un gran número de reclamos que permitieron el acceso a la educación, salud y mejoras en los servicios públicos.

Al relevar las instituciones que mantienen un diálogo permanente con la población local pudimos encontrar dos grandes grupos: por un lado, las instituciones estatales y por otro lado organizaciones de la sociedad civil.

El primer grupo está compuesto por instituciones dependientes del Estado Provincial, como ser la Escuela Primaria N° 1319 “José Ortolani, E.E.S.O N°251 “Dr. Bibian Cue” y la E.E.T.P N° 660 “Laureana Ferrari de Olazabal”; e instituciones dependientes del Estado Municipal como ser el Centro de Salud “Juana Azurduy”, el Centro de Convivencia Barrial “La Tierrita” y el Centro de Distrito Noroeste “Olga y Leticia Cossettini”.

Las organizaciones de la sociedad civil que podemos encontrar en el radio son la Vecinal Empalme Graneros, Biblioteca Popular Empalme Norte, el Club Reflejos, Causa, La Garganta Poderosa, INDESO y la Asociación Civil J. Ingenieros.

Centro de Salud “Juana Azurduy”

El Centro de Salud “Juana Azurduy” nace producto de la demanda de un grupo de vecinas pertenecientes a una Organización de mujeres llamada INDESO, quienes en el año 1986 inauguraron el Centro de Mujeres Juana Azurduy en el edificio de calle Juan B. Justo entre Campbell y Barra conjuntamente con la Municipalidad de Rosario. El mismo es el resultado de un convenio con la Secretaría de Salud Pública, en el marco de la política de descentralización municipal. INDESO se conforma en 1984 con el

objetivo de trabajar por la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer y el reconocimiento de sus derechos e identificó la necesidad manifiesta de contar con una sala de atención primaria. Luego, durante los 90 por los robos y constantes amenazas que recibían los médicos, la Secretaría de Salud Municipal decide trasladar el Centro de Salud a calle Olavarría y Génova hasta la construcción del nuevo edificio en calle Fraga 1087 bis, donde funciona actualmente. “Indeso estuvo en las primeras gestiones junto a las mujeres del barrio, ya que no contaban con atención en salud en su barrio a fines de los 80. Y cedió su edificio para garantizar el acceso a la salud. Era muy pequeño y además había otras actividades pero en su momento fue de gran ayuda para toda la comunidad.”¹⁹

El Centro de Salud Juana Azurduy cuenta con siete consultorios, una sala de usos múltiples, un sector público con sala de espera, sanitarios públicos y enfermería, un sector de asistencia general: admisión y farmacia; y otro de apoyo técnico y office de personal, sala de máquinas y patio de servicios.

Los servicios disponibles en el Centro de Salud Juana Azurduy de acuerdo a la Guía Ciudad de Rosario publicada por el Gobierno de la Provincia de Santa Fe²⁰ son los de medicina general, pediatría, tocoginecología, fonoaudiología, odontología, psicología, enfermería, vacunación, dispensa de medicamentos, no incluyendo el servicio de trabajo social (a pesar de ser uno de los pocos Centros de Salud con dos trabajadoras sociales abocadas a esta tarea).

Desde el Centro de Salud se gestionan diversos dispositivos entre los que se encuentran el de “Cuidadores Sociales”, uno destinado al Desarrollo Primera Infancia, Taller de Cuentos, Taller de cepillado, Taller de Comic y el TocaDisco.

El Centro de Salud, inscripto dentro de la lógica de Atención Primaria de la Salud, se configura como una de las instituciones con mayor anclaje territorial, teniendo como objetivo garantizar la atención en materia de salud de la población. Por esto es que podemos decir, en términos generales, que el Centro de Salud es el primer contacto

¹⁹ Cecilia Ancin. Responsable Indeso Rosario 26/06/2020

²⁰ <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/256635/1351710/file/Servicios%20-%20Gu%C3%ADa%20Ciudad%20Rosario.pdf>

que toman las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria²¹. De acuerdo a lo expuesto por las Trabajadoras Sociales, la función del Centro de Salud es garantizar los derechos en torno a la salud: de acceso, de atención, de acompañamiento a los pacientes y familias. Sin embargo, podemos observar que aparece fuertemente y a diferencia de lo compartido con otros profesionales la imagen del Centro de Salud como el lugar donde confluyen todas las demandas: “el Centro de Salud es la institución estatal con mayor presencia en el barrio, estando abierta de lunes a viernes de 7 a 19 hs., y es por esto que se hace eco y recibe todas las demandas”. (Trabajo Social 1, comunicación personal, 04 de noviembre de 2019)

Por su parte, la Directora del Centro de Salud nos explica que en relación a “los objetivos que tenemos (como centro de salud) son los objetivos que traza la secretaría. Y nosotras estamos encuadradas en lo que son las estrategias de atención primaria de la salud: la equidad, la universalidad y tratamos de regirnos por eso, la participación comunitaria. Tratamos de seguir esos objetivos pero en actividades más concretas como centro de salud”. (Directora, comunicación personal, 11 de octubre de 2019) Podemos observar que todas las personas que trabajan en el Centro de Salud tienen un discurso compartido respecto a la garantía de derechos, la accesibilidad, universalidad y gratuidad respecto al derecho a la salud.

Respecto de la población, actualmente el Centro de Salud trabaja con “12.000 historias clínicas, pero cada historia clínica tiene un grupo familiar. Se ha sumado mucha más gente, ha venido mucha más gente a solicitar atención médica este último tiempo porque ya sabemos como se ha perdido el trabajo se quedó sin obra social y eso impacta en el equipo de alguna manera, en desgaste en el agotamiento eso es lo que yo veo”. (Trabajo Social 1, comunicación personal, 08 de septiembre de 2019)

A partir de las lecturas y diálogos en entrevista con los distintos actores hemos reconocido, delimitado y nombrado, provisoriamente a los sujetos con los que interviene el Centro de Salud como pertenecientes a los sectores populares, no inscriptos en el mercado formal de trabajo, o que estándolo no poseen los recursos suficientes para el pago de coseguros o medicación.

²¹ <https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/salud/centros-de-salud>

Intervención del Trabajo Social en el Centro de Salud con Juventudes.

Cuando hablamos de intervenciones en Trabajo Social, en primera instancia debemos tener en cuenta cuales son los factores que se ponen en juego. Ninguna intervención es ingenua. Ninguna intervención es neutral. Ninguna intervención es a-valorativa ni a-histórica.

Estas intervenciones tienen como eje ordenador la garantía de promoción de derechos, particularmente en lo relacionado a salud, no entendiendo a la salud como ausencia de enfermedad si no en lo referido a la salud integral como el estado de bienestar físico, emocional y social de un individuo.

Estas intervenciones están situadas dentro del marco institucional, entendido como el espacio donde se desarrollan luchas de poder y de sentido. Cabe destacar entonces que resulta llamativo pero no inusual el lugar físico (así como el simbólico) desde donde parte el Trabajo Social, que de acuerdo a la información recabada en las entrevistas, los profesionales rotan en los consultorios, sin embargo, Trabajo Social realiza sus entrevistas y atención en una Sala de Usos Múltiples la cual es transitada de forma permanente por todos los trabajadores del centro, incluso por ser el lugar donde se encuentra el dispenser de agua entre otros elementos de uso común. También pudimos observar que dentro de los Servicios nombrados en la Guía Oficial de Servicios de la Provincia no se incluye el Trabajo Social, pero si el resto de las profesiones. Esto da cuenta del lugar subalterno desde donde parte el trabajo social en la estructura institucional y también ministerial.

Por otro lado, desde la Municipalidad de Rosario²², las acciones que se esperan por parte de los Trabajadores Sociales en estos efectores son múltiples: participar en la construcción de procesos de atención, bregar por el ejercicio del derecho a la salud, realizar intervenciones de situaciones problemáticas singulares en lo relacionado a procesos de atención en salud, construcción colectiva de dispositivos de trabajo institucionales, etc.

²² https://www.rosario.gob.ar/web/sites/default/files/perfil_trabajadores_sociales.pdf

Siguiendo el objetivo de indagar las intervenciones profesionales de Trabajo Social en el Centro de Salud, preguntamos a los profesionales con qué herramientas cuentan para llevar adelante las intervenciones con jóvenes. Mencionan que no son muchas las herramientas con las que se cuentan más que la voluntad, la estrategia artesanal, la red improvisada con otras instituciones y organizaciones. Si bien no se cuentan con recursos específicos desde salud para esta población, si se trabaja a partir de Políticas Públicas como ser Becas Equidad Educativa, Nueva Oportunidad, PROGRESAR, APRECOD²³, SEDRONAR²⁴, etc.

Durante nuestro trabajo de campo, de entrevistas y observación, pudimos identificar desde un primer momento que en la sala de espera había una gran cantidad de población a la que a simple vista y a partir del criterio definido en base a la edad, podríamos haber incluido dentro de la categoría “juventud”.

En nuestro primer acercamiento a los profesionales, preguntamos por el trabajo desde el Centro de Salud con Juventudes, a lo que la respuesta inmediata fue que desde la institución no se trabajaba con dicha población, más que en situaciones puntuales ; y en su mayoría esas intervenciones surgían producto de la demanda familiar o pedido de otras instituciones u organizaciones civiles, siendo ésta una población que “no se acerca por su cuenta al Centro de Salud”. Es aquí donde se nos configura el interrogante: ¿y los pibes que están en la sala de espera?

Al indagar acerca de estas intervenciones puntuales a las que referían, las Trabajadoras Sociales mencionan que son llevadas adelante con varones menores de 30 años, focalizando mayormente en problemáticas de consumo.

Se problematiza la llegada de los jóvenes varones al Centro de Salud, entendiendo que cuando lo hacen no es por propia demanda (familia, instituciones, sistema judicial) y llegan cuando la situación es muy compleja, siendo estas situaciones de larga data que vienen acompañadas de rupturas de lazos sociales, violencias interpersonales que dificultan la circulación en el barrio y/o referencias institucionales debilitadas. Frente a

²³ Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento integral de las Adicciones - Provincia de Santa Fe.

²⁴ Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

esto, desde Trabajo Social se propone la articulación con organizaciones sociales, instituciones estatales y programas locales, siendo un armado singular de acuerdo a la situación, explicitando la ausencia de recursos propios e identificando organizaciones con recursos que puedan sostener y acompañar.

Entendemos que las estrategias de intervención que se plantean con esta población tienen un carácter más bien espontáneo, artesanal y de vinculación entre las instituciones, por un lado por la aparente ausencia de políticas públicas, dispositivos, programas y proyectos que se encuentren enfocados en las particularidades de esta población, y por otro lado porque las diferentes instituciones poseen amplios objetivos específicos y una diversa población a la que se debe atender.

Muchas de estas derivaciones se realizan con organizaciones no estatales, que a su vez llevan adelante políticas públicas financiadas por el estado, generando un circuito de derivaciones o referencias por fuera de lo estatal e incluso de lo territorial y no perteneciendo específicamente a la red del sistema de salud.

El Programa Nueva Oportunidad es nombrado como recurso estratégico y principal: “Trabajamos juventudes con el Nueva Oportunidad, gran herramienta de trabajo de inclusión de los pibes y las pibas. (...) Hay Nueva Oportunidad, la biblioteca (Biblioteca Empalme Graneros Norte) tiene, el Club Reflejos tiene, hay otro de vivero, e I CCB (Centro de Convivencia Barrial) tiene y articulamos con estas instituciones para que los chicos y las chicas puedan hacer”. (Directora, comunicación personal, 11 de octubre de 2019)

El Programa Nueva Oportunidad es coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, sin embargo el Ministerio de Salud, como integrante del Gabinete Social se compromete a trabajar paralelamente al proceso de capacitación problemáticas sociales tales como: adicciones, prevención en salud, salud sexual y reproductiva, noviazgos violentos. Es decir que nuevamente podemos observar que existen políticas públicas apuntadas al trabajo sobre “riesgos”.

Para este programa quedará en manos del Ministerio de Salud aquellas acciones tendientes a garantizar el acceso al sistema de salud para los jóvenes que transitan por el nueva oportunidad teniendo en cuenta cada una de sus particularidades.

Dentro de la reglamentación, notamos que el cuidado del cuerpo resulta uno de los ejes con gran centralidad enunciados por el proyecto, es por esto que para llevar adelante algunos de los terceros tiempos se convocan a los equipos territoriales dependientes del Ministerio generando marco de reflexión en torno al concepto de salud.

Por otro lado, y según lo recabado, pudimos identificar que para la institución la categoría joven está relacionada con aquellos jóvenes varones que no están integrados a instituciones como ser educación, trabajo formal y familia, es decir que solo se lee conceptualmente con esta categoría a quienes se vinculan de alguna forma con las manifestaciones de la “peligrosidad”. Tanto estudiantes, madres, padres, trabajadores no formarían parte de esta categoría, o al menos en lo discursivo. Es decir, que más allá de las edades, aquellos jóvenes que llevan adelante proyectos entendidos como “proyectos de vida adulta”, de forma inmediata las instituciones comienzan a leerles como adultos sin preguntarse sobre si son proyectos deseados. La concreción de proyectos que podrían ser asociados con lo de una vida adulta, no debería anular la noción de “joven”.

Esto que venimos planteando como una hipótesis tiene como sustento argumentativo la categoría de “moratoria social” la cual plantea a la juventud como un momento de tránsito, preparación o espera para la toma de roles socialmente asignados a los “adultes”, asumiendo tareas y funciones en el mundo laboral y familiar. Si complejizamos nuestra mirada logramos entender que éstas, que parecieran ser “juventudes negadas”, tienen curso, “lugar para ser”, o donde se piensan estrategias destinadas para , sí están ligadas a otros entramados institucionales como ser Escuela.

A la hora de poner en palabras qué se entiende cómo joven podemos observar que los profesionales de esta institución tienen la necesidad de alejarse de los juicios de valor respecto de los prejuicios que suelen emitirse de los jóvenes de barrios populares y dar cuenta que existen una multiplicidad de “juventudes” en el barrio, sin embargo al describir las intervenciones con juventudes y poner en juego las categorías edad, clase y género nos encontramos hablando de aquellas juventudes que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad respecto de los consumos.

Las primeras preguntas que nos surgieron fueron en relación a la cuestión de género y diversidad, ya que en el discurso de las trabajadoras sociales no encontrábamos referencia. Luego de la re pregunta encontramos que en el cotidiano existen algunos despliegues. En el caso de las jóvenes, un gran número se acercan al Centro de Salud con el objeto de obtener anticonceptivos y a partir de esta demanda se genera un dispositivo que tiene como objeto la realización de otros estudios como requisitos para obtenerlos. A partir de un estudio realizado de los análisis de sangre del último periodo, desde el Centro de Salud se pudo identificar que había un incremento en las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), lo que generó el desarrollo de diferentes actividades para abordar esta problemática.

Esto nos permite dar cuenta de que distintos profesionales realizan intervenciones con mujeres jóvenes, relacionadas con la prevención de embarazos, atención de embarazos, pediátricas (es decir, vinculadas con sus hijes), ETS, así como también la gestión de programas como ser Becas Igualdad Educativa o PROGRESAR ; sin ser leídas las mismas como jóvenes, priorizando o rotulándolas sólo como madres.

En resumen, pareciera ser que se presentan dos líneas de acción para pensar el trabajo con mujeres jóvenes que se basan en la maternidad o anticoncepción, por un lado, o en la ya mencionada atención a las situaciones de consumo problemático de jóvenes varones cis dejando por fuera otras realidades.

APARTADO IV: REFLEXIONES FINALES

A la hora de intervenir también delimitamos a un Sujeto-Objeto al cual le atribuimos determinadas características que nos estarían indicando que este sujeto responde a dicha población. En este trabajo nos propusimos analizar un recorte poblacional, el cual es nombrado como “juventudes” y que no siempre es identificada como tal por este efector de salud. Ni por la política pública.

Siguiendo las diferentes líneas que hemos transitado para analizar la forma en la que se interviene desde el Centro de Salud con las juventudes del barrio Empalme Graneros, arribamos a algunas reflexiones que entendemos, portan un carácter provisorio.

Las intervenciones en las que trabajamos son aquellas relacionadas con la población a la cual nombramos “juventudes” refiriendo a aquellas personas que tienen entre 15 y 30 años, habitan un territorio que tiene características particulares y que acceden a la salud pública, no estando vinculada de forma ni directa ni indirecta con el mercado formal de trabajo.

Universalidad, accesibilidad y gratuidad, son los principios que debe asegurar la Atención Primaria de la Salud a toda la población. Es por esto que entendemos que estos principios deben ser garantizados a todas las personas, sin embargo las intervenciones con esta población en particular deben desarrollarse proponiendo estrategias específicas.

Entendemos que la lectura de esta categoría suele realizarse desde el panóptico de la adultez, desde nuestro lugar de clase, y que existen una serie de proyecciones en ellos que se construyen a partir de nuestros posicionamientos, y no dando cuenta de las trayectorias de vida. ¿Pensar en futuro? Olvidar esas trayectorias es sacarle la particularidad a la intervención. Esto está y por eso lo artesanal de las estrategias.

No hay una definición acabada de lo que es la intervención, aunque sí algunos consensos, pero nos gusta pensarla como una construcción que a lo largo del desarrollo de la práctica profesional, se van moviendo o corriendo sus márgenes. Pero

encuentran como referencias empíricas la Ley de Trabajo Social y el Código de Ética, y es desde aquí que la noción de intervención se va creando y recreando en cada situación, como ventaja y como riesgo.

Durante nuestros primeros acercamientos al Centro de Salud, y en la etapa inicial del proceso de entrevistas, frente a nuestra pregunta a los profesionales sobre su trabajo con jóvenes, fue un tanto llamativo escuchar que no se realizaban intervenciones con esta población o que las pocas que se llevaban adelante portaban un carácter no sistematizado, proveniente de demandas eventuales y espontáneas. Sin embargo, luego de analizar críticamente la información recabada pudimos observar que efectivamente se llevan adelante un gran número de abordajes con esta población.

En el imaginario del Centro de Salud está instalado que son jóvenes quienes atraviesan alguna problemática ligadas a la idea de riesgo, que se encuentran en el rango etario de 15 a 30 y que no están ligados a un trabajo formal ni escolarizados.

Las propias características de las situaciones sobre las que se interviene y del Sistema de Salud de Rosario que se organiza como red, hace que lo artesanal y lo vincular pueda vehicular un variado número de situaciones que tienen características similares pero donde preponderan las particularidades de esas personas con las que se interviene. Esto nos lleva a pensar que falta la construcción colectiva de esas experiencias que permitan dar cuenta de las intervenciones que se realizan, poder a partir de ese proceso, construir algunas estrategias. Poder construir colectivamente esa idea de juventud.

Entendemos que aquellas intervenciones a las que se refieren cuando hablan de juventudes son las que están vinculadas a situaciones arrasadas. Sin embargo, hay otro conjunto de prácticas que mantienen una cotidianeidad con juventudes que incluyen estrategias que nuevamente no están encuadradas o nombradas en relación a la categoría con la que estamos trabajando.

La mayoría de los jóvenes han pasado por el Centro de Salud en alguna instancia de su vida, ya sea en la infancia a partir de los controles médicos, para obtener un certificado médico para presentar en las instituciones educativas, como también para acceder a

otras prácticas vinculadas con los médico-asistencial. Partiendo de esta premisa nos preguntamos cómo construimos al Centro de Salud como espacio seguro, transitable, de referencia que pueda trascender estas prácticas obligatorias . ¿Cómo aprovechamos ese acercamiento? ¿Cómo podemos hacer más accesible el Centro de Salud?

Podemos observar que quienes menos concurren al Centro de Salud son los jóvenes varones que no se encuentran escolarizados. En el caso de las mujeres, las prestaciones de salud vinculadas a su salud sexual, reproductiva y no reproductiva, se configura como una puerta de entrada al sistema de salud, así como también es una posibilidad real que utilizan desde el equipo del Centro de Salud para generar una mayor referencia con estas jóvenes y desde ahí comenzar a diagramar un tipo de atención integral de su salud.

Fue usual, durante las entrevistas, que les profesionales refieran una sensación de frustración en su trabajo con esta población. Aunque podríamos hacer la salvedad (un tanto negativa) de que este malestar muchas veces es transversal a nuestra profesión. Medir en términos de éxitos o fracasos las intervenciones desde Trabajo Social, nos lleva a pensar el ejercicio profesional desde un binarismo antagónico que anula un sin fin de reflexiones e interrogantes de la propia práctica, y lo que pretendemos como colectivo con esta. Pero ¿qué sucede cuando las situaciones que se nos configuran como demandas parecieran encontrarse siempre en una encerrona trágica?. Las situaciones que se encuentran atravesadas por múltiples problemáticas complejas, y en las que pareciera dificultarse de sobremanera la generación de movimientos a los que podríamos denominar como favorables, son las que derivan en esta sensación de encontrarnos con una “situación paredón”, pero son también las que encuentran su punto de fuga en la conformación del trabajo en red, con instituciones u organizaciones que incluso pueden no pertenecer al propio territorio, donde también se generan las mayores articulaciones que propician una mejor utilización de los recursos disponibles.

Lo que no se nombra no existe, no se jerarquiza, no se reflexiona en relación a ello y genera dificultades a la hora de pensar sobre las propias prácticas: parecieran ser un

puñado de acciones, en lugar de pensarlas como intervenciones con una población que presenta características particulares que requieren de poner en juego y en funcionamiento redes institucionales y simbólicas.

El trabajo desde lo territorial con las organizaciones que tienen anclaje en el barrio está aceitado e incluso las mismas refieren al trabajo con el Centro de Salud como constante y de respuesta. Pero cómo transformamos esas acciones puntuales o respuestas a demandas en intervenciones.

Pensar en un tipo ideal a la hora de diagramar una intervención con una población determinada no es posible en términos de implementación de la misma. Pero es en este apartado en donde intentamos poner en juego a los vectores críticos a los que consideramos indispensables a la hora de intervenir con esta población. Si no podemos poner en valor nuestra propia práctica, tampoco podremos nombrar a los sujetos con los que trabajamos.

A partir del relato de organizaciones y de las propias Trabajadoras Sociales del Centro de Salud observamos que un gran número de demandas de las organizaciones que están en el barrio son recepcionadas. Nos preguntamos si es posible pensar ese trabajo en clave de red y de cooperación pero sin perder de vista que nuestro trabajo está inscripto en una institución que tiene sus propias demandas, en relación a la promoción y acceso a la salud.

En el proceso de desarrollo de las entrevistas, pudimos observar que recién sobre las últimas reuniones pautadas, los profesionales comenzaban a mencionar que habían estado problematizando o hablando de esta población. Si los objetivos institucionales de un Centro de Salud versan sobre la garantía y promoción del derecho a la salud y tienen como destinatarios a toda la población sin distinción, nos encontramos también con limitaciones del tipo material que no pueden ser negadas.

Problematizar la propia práctica, repensarla y ponerla entre signos de interrogación, no a modo de valoración negativa de los “resultados” de nuestra intervención, sino más bien como la posibilidad de mover nuestros propios márgenes, de correr los horizontes y bosquejar aunque más no sea, una práctica reflexiva, colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). *“Conferencia internacional sobre atención primaria de salud”*. Alma-Ata. URSS, 6-12.

Arias, A. (2013). *“Lo territorial en el territorio de la Argentina. Connotaciones históricas, políticas y culturales de lo social de los territorios”*. Revista Margen, 71, 1-7.

Báscolo, E., & Yavich, N. (2010). *“Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina”*. Revista de Salud Pública, 12, 89-104.

Benassi, M. E. (2018). *“Plantate y boxeá: Jóvenes de sectores populares, circuitos y trabajo”*. Tesis de doctorado. Doctorado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Bolis, J. (2014). *“Jóvenes y soberanía: Hegemonía, discursos y trayectorias hacia la emancipación”*. Tesis de Grado. Facultad de Periodismo y Comunicación Social Universidad Nacional de La Plata.

Bourdieu, P. y Wacquant, LJ (1992). *“Una invitación a la sociología reflexiva”* . Prensa de la Universidad de Chicago.

Bustos, R. (2018). *“La inserción de los Trabajadores Sociales en los centros de salud de la provincia de Santa Fe: el caso de la ciudad de Rosario (2003-2007)”*, Revista Catedra Paralela, 15, 139-168.

Caicedo, E. D. E. (2009). *“De la construcción histórica de la condición juvenil a su transformación contemporánea”*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 7(2), 1303-1329.

Campana, G. J. (2014). *“Pibxs en emergencia”*. Revista Cátedra Paralela 11 , 135-148. Universidad Nacional de Rosario.

Campana, M. (2010). La asistencialización de la Salud Pública. La atención primaria de la salud en el municipio de Rosario. *Tesis de doctorado. Doctorado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.*

Campana, M., & Garma, M. E. (2006). "Los Caminos Conceptuales para dar Cuenta del «Sobre Qué» en la Formación Profesional de Trabajador@s Sociales en la UNR". *Revista Cátedra Paralela*, 3.

Cazzaniga, S. (1997). "El abordaje desde la singularidad". Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de Entre Ríos.

Cea D'Ancona, M. A. (1999). "Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas en investigación social" (No. 001.8 CEA).

Chaves, Mariana (2005) "Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea" en *Última Década* No 23, Viña del Mar, CIDPA.

Cozachcow, A. (2016). "La construcción de la juventud como problemática de política pública en la Argentina: análisis de iniciativas de legislación sobre juventudes entre 1983 y 2015". *Universitas, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 24, 197-223.

De Gialdino, I. V. (2019). "Estrategias de investigación cualitativa: Volumen II (Vol. 240022)". Editorial Gedisa.

De Paula Faleiros, V. (2003). "Estrategias de empowerment en Trabajo Social". Grupo Editorial Lumen.

Del Valle, A. (2008). "Política social focalizada y construcción de una red social: Lecciones de la experiencia argentina". *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 16(32), 7-58.

Di Pato, M. E. (2016). "Salud: un campo en debate. Una mirada desde el Trabajo Social" (Bachelor's thesis, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales).

Duarte, K. (2000). *¿ Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. Última década*, 13, 3.

Elizalde, S. (2011). *“Jóvenes en cuestión: configuraciones de género y sexualidad en la cultura”*. In *Sociedad^ ies*. Biblos.

Ferrara, F. (1975). *“En torno al concepto de salud”*. Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina.

Isuani, E. A., & Mercer, H. (1988). *“La fragmentación institucional del sector salud: pluralismo o irracionalidad?”* Vol. 241. Centro Editor de América Latina.

Graziella Reyes, O., & Rivera Pagóla, J. R. (2018). *“Construcción de ciudadanía: la educación desde la infancia encaminada a la inclusión social”*. *Tla-melaua*, 12(44), 52-71.

Iamamoto, M. (2005). *“La investigación en Servicio Social en el contexto latinoamericano: La experiencia brasileña”*. Revista Cátedra Paralela, 2, 9-20.

Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L., & Bolcatto, S. (2007). *“Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social”*. Revista cátedra paralela, 4, 33-39.

Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (26061/2005)

Margulis, M., & Urresti, M. (1998). *“La construcción social de la condición de juventud”*. *Viviendo a toda. Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*, 3-21.

Medan, M. (2011). *“Sociabilidad juvenil masculina y riesgo: discrepancias y acuerdos entre un programa de prevención del delito juvenil y sus beneficiarios”*. *Última década*, 19(35), 61-87.

Quiroga, A. (1984). *“El concepto de grupo y los principios organizadores de la estructura grupal en el pensamiento de Enrique Pichon Riviere”*.

Reguillo Cruz, Rossana (2000) *“Emergencias de culturas juveniles. Estrategias del desencanto”*. Buenos Aires: Norma.

Rozas, M. (2004). *“Cómo asumir el estudio de la cuestión social y las políticas sociales en la formación profesional de trabajo social. La cuestión social y la formación profesional en trabajo social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana”*. Buenos Aires, ALAETS-Espacio Editorial, 153-180.

Spinelli, H. (2010). *“Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”*. Salud colectiva, Volumen 6; 275-293

Elizalde, S. (2006). *“El androcentrismo en los estudios de juventud: efectos ideológicos y aperturas posibles”*. Última década, 14(25), 91-110.

Tejidos del Viento-Autor/a, Bruna-Autor/a Rossi Koerich, Yannet-Autor/a López Verdecia, Vivian-Autor/a Boza Chacón, Vanina-Autor/a Van Raap, Paola-Autor/a Viera Córdova, ... & Luisina-Autor/a Castelli Rodríguez. (2017). *“Juventud y desigualdades en América Latina y el Caribe”*. CLACSO.

Tobar, Federico. (2001). *“Breve Historia de la Prestación del Servicio de Salud en la Argentina”*.

Vázquez, M. (2015). *“Juventudes, políticas públicas y participación”*. Ediciones del Aula Taller.

Vommaro, P., Barcala, A., & Rangel, L. (2018). *“Derechos y políticas en infancias y juventudes: diversidades, prácticas y perspectivas”*. CINDE.

ANEXOS

Entrevistas Trabajadores del Centro de Salud:

1) DATOS PERSONALES

- a. Nombre y apellido
- b. Cargo
- c. Funciones asignadas al cargo
- d. Formación específica
- e. ¿En qué año inicia su trabajo en la institución?

2) BARRIO

- a. ¿Qué nos puede contar de la historia del barrio?
- b. ¿Cómo caracteriza al mismo?
- c. Características de la población del barrio
- d. ¿Cambios en los últimos años?

3) INSTITUCIÓN

- a. ¿Qué nos puede contar de la historia de la institución?
- b. ¿Cuál es el objetivo del CS?
- c. ¿Cuales son las prestaciones del efector de salud?
¿Qué actividades se realizan en el CS?
- d. ¿Cómo surgen esas actividades y cuáles son los objetivos de las mismas?
- e. ¿Qué personal está abocado a esas actividades?
 - i. Resistencias
 - ii. Alianzas
 - iii. Relaciones de poder
- f. Vínculos con otras instituciones

4) POBLACIÓN

- a. ¿Con qué población trabaja el CS ?
- b. ¿Cómo llega esa población a la institución?

5) JÓVENES

- a. ¿Cómo define a los jóvenes?
- b. ¿Cómo les define la institución?
- c. ¿Hay estrategias específicas para esta población?
 - i. Políticas, planes y/o programas
 - ii. Recursos
- d. ¿Cómo llegan los jóvenes a la institución?

6) INTERVENCIÓN

- a.** ¿Cómo trabajas con esa población?
 - i. Estrategias
 - ii. Herramientas
 - iii. Redes
 - iv. ¿Con qué profesionales de otras disciplinas y/o instituciones genera alianzas?
- b.** ¿Cómo llega esa población a vos?

ORGANIZACIONES

Entrevistas:

1) DATOS PERSONALES

- a.** Nombre y apellido
- b.** Funciones asignadas al interior de la organización
- c.** Objetivos de la organización y en particular referidos a Jóvenes.

2) BARRIO

- a.** ¿Cómo caracteriza al barrio ?

3) JÓVENES

- a.** ¿Cómo define a los jóvenes?
- b.** ¿Hay estrategias específicas para esta población?
 - i. Actividades
 - ii. Políticas, planes y/o programas
 - iii. Recursos

4) INTERVENCIÓN

- a.** ¿Cómo trabajan con esa población?
 - i. Objetivos
 - ii. Estrategias
 - iii. Herramientas
 - iv. Redes
 - v. ¿Con qué profesionales de otras disciplinas y/o instituciones genera alianzas?
- b.** ¿Cómo llega esa población?
- c.** ¿Realizan derivaciones? ¿A qué instituciones? ¿Cómo se llevan adelante?