

JULIO 2024

Año 5 | Número 8

ISSN: 2718-8221



CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Trabajo social en tiempos de miseria planificada.

Huellas y horizontes para resistir



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
CABA

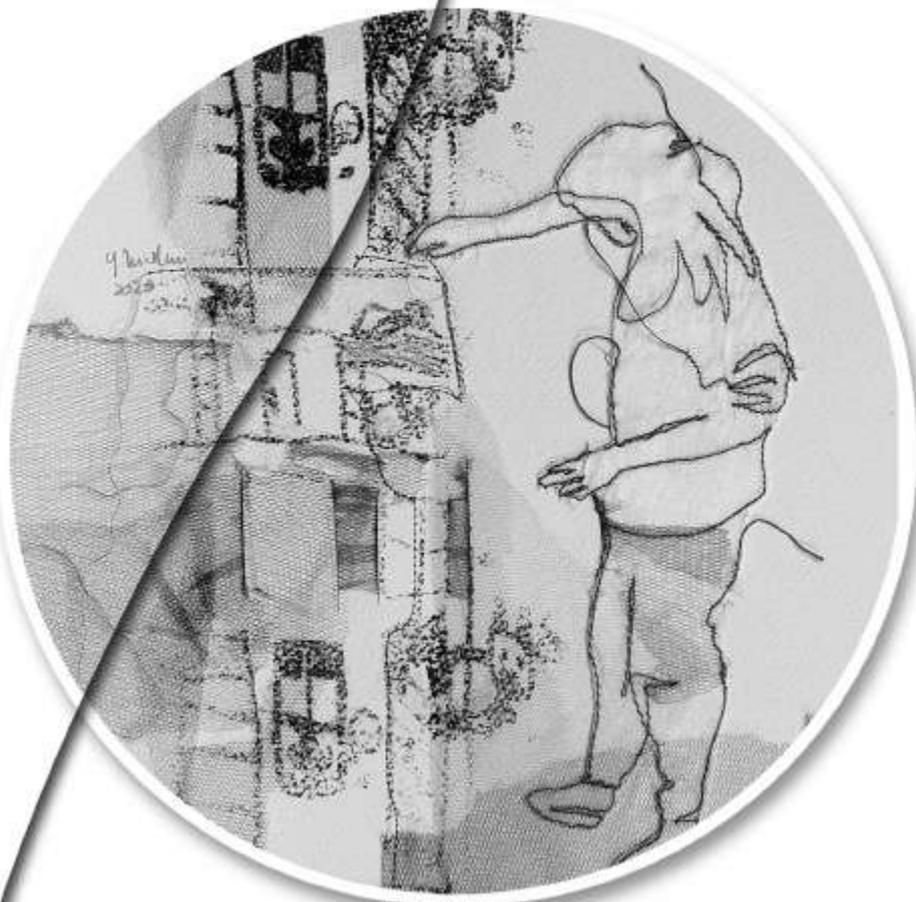
www.trabajo-social.org.ar





Con-Textos. Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA.
Año 5. Nro 8. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social CABA.
Argentina. 2024.
ISSN: 2718-8221
76pags. 20 x 28cm.





CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Trabajo social en tiempos de miseria planificada.

Huellas y horizontes para resistir

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidenta: Lic. Laura Di Bella
Vicepresidenta: Lic. María Isabel Bertolotto
Secretaria General: Lic. Anni Engelmann
Prosecretario: Lic. Juan Pablo Burwiel
Tesorera: Lic. María Clara Santander
Protesorero: Lic. Leonardo Martin Yovan

Vocales Titulares

Lic. María Candelaria Rodriguez
Lic. Florencia Presta
Lic. Ofelia Musacchio
Lic. Mariana Cocco
Lic. Nadia Polanco

Vocales Suplentes

Lic. María Virginia Tatoian
Lic. Luciana Sañudo
Lic. Agustina Cassinelli
Lic. Fernando Layño
Lic. Jorgelina Matusevicius

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Titulares

Lic. Adriana Blach
Lic. Liliana Nélide Murdocca
Lic. Patricia Alejandra Palacio
Lic. Alejandra Eva Lanza
Lic. Evelina Simonotto

Suplentes

Lic. Silvia Lauro
Lic. María Eva Sanz
Lic. Ana Ines Bellusci
Lic. Patricia Zulema Rey
Lic. Guillermo Chirino

DISEÑO: Valeria Brudny

ILUSTRACIÓN DE TAPA : Graciela Nicolini

La revista no se hace responsable por los comentarios y opiniones expresados por lxs autorxs en las notas. Se permite la reproducción total o parcial del material publicado citando la fuente.



Con-Textos es una revista del
Consejo Profesional de Trabajo Social CABA
Bartolomé Mitre 1741 CABA – Tel: 4371-1273 / 8511
consejo@trabajo-social.org.ar

EQUIPO EDITORIAL

Cecilia Dalla Cía
María Candelaria Rodríguez
Clara Mariela López
Eleonora Machado
Alejandra Lanza
Martín Yovan
Anni Engelmann
Carolina Larsen
María Isabel Bertolotto
Silvana Barabas Bloch
María Cecilia Bottini
Luciana Paludetto

COMITÉ EXPERTO

Norberto Alayón
Yael Barrera
Alfredo Carballeda
Liliana Carrasco
Raquel Castronovo
Adriana Clemente
Beatriz Cuello
Alicia Chaves
Patricia Digilio
Andrea Echevarría
María José Espagnol
Alejandra Facciuto
Silvia Faraone
Alicia Gardel
Elena Garós
Lorena Guzzetti
Florencia Hiquis
Gabriela Liguori
Sandra Madeira
Romina Manes
María Cristina Melano
Martín Moreno
Jorge Paola
Julieta Primavera
Marianela Ressa
Nicolás Rivas
Nadia Rizzo
Claudio Robles
Natalia Samter
Myriam Selman
Miguel Sorbello
Virginia Tatoian
Claudia Marcela Torres
Graciela Touzé
Gabriela Tozaroni
Bibiana Travi
Patricia Trinidad Diarte
Washington Uranga
Ana Vallejos
Sofía Virasoro



EDITORIAL	4
MIRADAS SOBRE LO INSTITUCIONAL Y EL TRABAJO SOCIAL .	
Noelia Sierra	6
NUEVAS MIRADAS	
Intervenciones estatales desde la perspectiva social de la discapacidad.	
Micaela Álvarez Ávila.....	18
TRABAJO SOCIAL SITUADO	25
<i>Producción de Salud desde el cuidado y sus líneas de subjetivación</i>	
Micaela Nieto	
<i>Biblioteca Ambulante “Miguel Abuelo”. Intervenciones culturales en Salud General de Agudos José M. Ramos Mejía.</i>	
Andrea Silvia Merlino, Lorena Puente	
<i>Desafíos del Trabajo Social en salud mental en épocas de excepción.</i>	
Agustina Onofrio	
<i>El Trabajo Social en las obras sociales sindicales.</i>	
Mariela Colmenero, María Florencia Freggiaro, María Laura Prol	
<i>El Trabajo Social en escenarios de crisis social pospandemia y las estrategias de innovación en telesalud para el abordaje de enfermedades de alta complejidad pediátrica: el modelo del Hospital Garrahan.</i>	
María Gabriela Tozoroni	
ENTREVISTA a NORMA MORALES . “SOY CON MIS COMPAÑERAS Y EN EL COLECTIVO”	
María José Burga y Valentina Laura Cavicchia.....	60
RECOMENDACIONES PARA QUIENES TRABAJAN EN JUSTICIA	
Comité de Ética / Tribunal Disciplina del Consejo Profesional de Graduados en Trabajo Social de C.A.B.A.....	67
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.	73



EDITORIAL

TRABAJO SOCIAL EN TIEMPOS DE MISERIA PLANIFICADA. HUELLAS Y HORIZONTES PARA RESISTIR

El número 8 de **Con-Textos**, compila artículos de colegas que reflexionan sobre distintos temas de interés para nuestro colectivo profesional, a todas ellas nuestro agradecimiento.

Presentamos las reflexiones de Noelia en su artículo **Miradas sobre lo institucional y el Trabajo Social**. Este trabajo se basa en el conocimiento y experiencia de la autora sobre el tema y recoge también lo trabajado en el curso *Transformaciones institucionales, políticas públicas e intervención social* brindado en nuestro Consejo.

La sección **Nuevas miradas** fue pensada para compartir trabajos de investigación final de estudiantes que terminaron o están terminando sus estudios de grado, en este número presenta un artículo que aborda la cuestión de las intervenciones estatales desde una perspectiva social de la discapacidad.

El espacio de **Trabajo Social Situado**, sigue siendo relevante para nuestra Revista, en especial en estos tiempos, nos permite conocer y compartir el trabajo cotidiano que realizan nuestras colegas en distintos ámbitos profesionales.

En este número son cinco los artículos que se presentan con temas relativos a salud, salud mental y obras sociales sindicales. Cada uno de esos artículos dan cuenta de una realidad en la que nuestras colegas intervienen.

A continuación, se presenta una **entrevista a la colega Norma Morales**, graduada de la Universidad de Madres de Plaza de Mayo y Secretaria Adjunta de la UTEP Barrios de Pie. La importancia y el compromiso del trabajo que cotidianamente realizan las organizaciones sociales se refleja en este trabajo.

Se presenta, como aporte para el desempeño profesional de muchas colegas, **Recomendaciones para quienes trabajan en Justicia**. Este material fue elaborado por el Tribunal de Disciplina de nuestro Consejo Profesional.

Todos y cada uno de los artículos de este número de **Con-Textos** está ilustrado con obras artísticas de colegas a quienes agradecemos el aporte de sus obras.

En el actual contexto socio-político, marcado por una creciente crueldad y el desprestigio de nuestra identidad como trabajadoras y trabajadoras, así como por el desmantelamiento de las políticas sociales que profundiza la desigualdad, presentamos esta selección de artículos que reflejan la diversidad en el ejercicio de nuestra disciplina y los distintos enfoques posibles, incluso en circunstancias tan adversas como las que enfrentamos hoy.

Creemos firmemente que **Con-Textos** y el **Consejo Profesional** constituyen espacios fundamentales para el encuentro, el aprendizaje y la construcción de una lucha colectiva. Fortalecer estos espacios institucionales y fomentar el intercambio dentro del colectivo profesional nos permite ampliar nuestros esfuerzos y facilitar la creación de herramientas que promuevan la solidaridad con la sociedad. En estos tiempos desafiantes, nos proponemos multiplicar estos espacios de encuentro y de lucha por la defensa de nuestros derechos.

LAURA DI BELLA

Presidenta

Consejo Profesional de Trabajo Social CABA





MIRADAS SOBRE LO INSTITUCIONAL Y EL TRABAJO SOCIAL

**Sierra, Noelia*

LA MIRADA ES DE MANERA INMEDIATA UN COMPROMISO CON EL MUNDO
(*Le Breton, 2023*)

Este escrito pretende contribuir al análisis sobre la relación entre las transformaciones contemporáneas de las instituciones, las prácticas profesionales del trabajo social y la experiencia de recepción de las personas usuarias/os. Se trata de una relación profusamente abordada en el campo de las ciencias sociales en general y en la intervención social. En este trabajo nos interesa abonar a esto considerando lo que sucede desde una perspectiva vincular, ósea, atendiendo el entramado de complejidad que todo encuentro — usuaria/o/ agente estatal— supone. También, con estas líneas, buscamos continuar una conversación iniciada en el marco del curso **“Transformaciones Institucionales, Políticas Públicas e Intervención social”** celebrado en el Consejo Profesional a inicios de año junto a Ana Arias. Allí, con colegas de todo el país, nos dimos

* **Noelia Sierra**, Licenciada en Trabajo Social, Mg en Intervención Social. Doctoranda en Ciencias Sociales UBA. Docente e investigadora.

el gusto de analizar la dimensión institucional y su relación con los procesos vinculados a las políticas y la intervención sociales y pensar alternativas de acción frente a las dinámicas en tensión en la actualidad.

Para dar cauce a esta búsqueda nos valemos de las siguientes tensiones a las que la época nos expone a partir de las cuales el plateo se nutre, discute, pero, fundamentalmente, pretende conversar:

- La Argentina de las últimas décadas ha experimentado un doble fenómeno: **el ensanchamiento del Estado social** (gracias a garantizar el acceso a prestaciones y ampliar la población atendida) a la par de **la expansión de malestares** (Gamallo, 2023). Se hicieron grandes esfuerzos en la disminución de la exclusión y el incremento del bienestar y, sin embargo, Argentina y Latinoamérica continúan siendo estructuralmente desiguales en términos de clases, género y origen étnico (Benza y Kessler, 2021)
- En materia institucional nunca fuimos tan conscientes de las limitaciones y contradicciones del sistema y nunca tuvieron tanta demanda social como en esta etapa, especialmente en los últimos años. Las instituciones son convocadas, cada vez, para mayor cantidad y diversidad de problemas y, sin embargo, son impugnadas y miradas con una desconfianza mayor que en otros momentos históricos (Arias, 2021)
- Somos cada vez más conscientes de la fragilidad que atraviesa la condición humana, pero a su vez se nos exige mayores niveles de autonomía aislados en un mundo que se presenta hostil. Somos, cada vez más conscientes que la condición humana está signada por la vulnerabilidad ontológica, que su esencia es finita, pero a su vez la premisa de libertad individual satura la época con mandatos de esfuerzo y determinación personal.
- Cada vez queda más claro la importancia de las profesiones que tienen **un trabajo sobre los otros** (Dubet, 2006) para garantizar la reproducción (la pandemia lo dejó claro), pero, en simultáneo, somos testigos de la **sospecha** que recaen en las/os agentes estatales y en sus capacidades como posibles garantes de cuidados y protección.

“...Somos, cada vez más conscientes que la condición humana está signada por la vulnerabilidad ontológica, que su esencia es finita, pero a su vez la premisa de libertad individual satura la época con mandatos de esfuerzo y determinación personal.”





“...Las instituciones son constructoras de encuentros, hacen posible la efectivización de derechos y como tal detentan la potencia de construir sociedad...”

Habitar dilemas no suele ser un registro placentero sino una perplejidad que incomoda a las ciencias sociales, sin embargo, creemos que tales tensiones lejos de considerarlas encerronas inauguran oportunidades para el pensar; y, en tiempos convulsionados, el acto de pensar es un registro del orden de lo vital al que no renunciaremos.

¿De qué manera entonces, estas paradojas, atraviesan la forma en que pensamos/ actuamos nuestra intervención como trabajadores sociales? ¿Qué papel les cabe a las instituciones frente a la actual crisis de sentidos, de supuestos y de mandatos? ¿Cómo se reconfigura nuestro quehacer profesional asediado por la sospecha? ¿Qué incidencia tienen las prácticas del cuidar, del acompañar y del sostener en la efectivización de derechos?

LA INSTITUCIÓN COMO (DES)ENCUENTRO

En su contenido simbólico y normativo, las instituciones son **“maneras de ser, objetos, maneras de pensar”** (Dubet, 2006, p. 30) son marcos cognitivos y morales dentro de los cuales se desarrollan los pensamientos individuales (Douglas, 2000) capaces de distribuir normas y bienes (Hugues, 1996) **“(...) son una ficción, una invención social sustentada en una idea, una construcción histórica”** (Varela, 2004, p. 226) En definitiva, son **“mucho más que la sumatoria de políticas sociales”** (Arias, 2021, p. 36). Una institución tiene una misión y objetivos, delimita su alcance estableciendo sus bordes, define a sus destinatarias/os, enuncia cuál o cuáles son los problemas sociales que atiende y establece en función de eso una línea de intervención, así como, los criterios que quienes se acerquen a ella deberán cumplir o potencialmente hacerlo. Las instituciones son constructoras de encuentros, hacen posible la efectivización de derechos y como tal detentan la potencia de construir sociedad. Coincidimos con Carmen Rodríguez (2016) en la importancia de producir preguntas e intentos de respuestas en los modos de funcionar que tienen las instituciones que hacen sociedad. Salirse de **los automatismos del sentido común** (Percia, 2011) de los **como sí** (Zerbino, s/f) del **sobregir de la interna permanente** (Arias, 2022) implica una responsabilidad en la construcción de un orden simbólico institucional (Castoriadis, 1997) que tenga mandato de protección. Tal como dice Ana Arias (2021) las instituciones nunca estuvieron tan impugnadas ni desacreditadas como este tiempo, y, sin embargo, nunca se les pide tanto y eso lo sabe bien una maestra, en la puerta de la escuela, cuando tiene que explicar las razones de la suspensión de clases por falta de agua ante la pregunta de una madre **“¿dónde dejo al chico?”** una trabajadora social cuando

escucha el relato de un padre que no cuenta con el consentimiento voluntario de su hijo para iniciar un tratamiento por consumo de drogas baratas y que demanda atención porque **“ya no sabe más que hacer”**, o la de un médico de guardia en un hospital público cuando explica la urgencia de realizar una operación a su pibe baleado a causa de un tiroteo entre bandas vinculadas a los mercados ilegales de drogas de la ciudad. Los ejemplos podrían ampliarse y graficar la centralidad que tiene analizar lo institucional a través del prisma complejo que componen las necesidades, demandas, reconocimiento y expectativas en el vínculo usuario/o – agente público y contexto.

Analizar lo que **puede** una institución a partir de lo que sucede en el encuentro con los sujetos muestra algo específico sobre su hechura y nos permite comprender, en parte, lo que está en juego respecto al mundo interno de los sujetos en su interacción con estas.

¿A qué llamamos encuentro, entonces? Zourabichvili (2004) lo define como **“el nombre de una relación absolutamente exterior, donde el pensamiento entra en relación con lo que no depende de él”** (p.34). En el libro **“Diálogos”**, Deleuze y Parnet (1980) entienden al encuentro como un devenir:

Encontramos personas, movimientos, ideas, acontecimientos, identidades. Y aunque todas estas cosas tengan nombre propio, el nombre propio no designa ni a una persona ni a un sujeto. Designa un efecto o un zig-zag algo que pasa o que sucede entre dos (...). Es lo mismo que con los devenires; no es que un término devenga el otro, sino que cada uno encuentra al otro, un único devenir que no es común para los dos, porque nada tiene que ver el uno con el otro, sino que está entre los dos, que tiene su propia dirección (...). Ni método, ni reglas, ni recetas, tan solo una larga preparación (Deleuze y Parnet, 1980, p.p 11-13).

Por lo tanto, **hacer institución** es converger en un encuentro que posibilite institucionalizar rutinas, lugares, miradas, propósitos y tiempos “entre” sujetos y agentes que **“filie simbólicamente y que aloje la subjetividad como fenómeno de agenciamientos colectivo”** (Mora, 2018, p. 23) aunque, por consiguiente, todo encuentro supone un potencial desencuentro. Entre las categorías encuentro y desencuentro no existen antagonismos, ni pares dicotómicos, sino que las entendemos como un **continuum complejo**, en el que las condiciones de producción y reproducción de la vida institucional acontecen. Encuentro y desencuentro se

*“...Entre las categorías encuentro y desencuentro no existen antagonismos, ni pares dicotómicos, sino que las entendemos como un **continuum complejo**, en el que las condiciones de producción y reproducción de la vida institucional acontecen...”*





*“...Traducir los murmullos a escala institucional y **hacerles lugar** suele ser un registro caro para nuestras instituciones modernas porque implica reconocer y a veces ensayar una modalidad de reconocimiento de lo singular y lo diverso para lo cual no hay, generalmente, condiciones de posibilidad.”*

problematizan conjuntamente, al no ser términos contradictorios, coexisten simultáneamente construyendo un común. Haciendo institución.

A continuación, presentamos algunos ejemplos donde podemos explorar esta coexistencia de encuentro y desencuentro.

A LA ESCUCHA

En ocasiones, en las instituciones, se pretende que llegue el sujeto esperable, deseamos escuchar lo que es posible tratar, aquello que está escrito en una normativa, en un protocolo de acción, en la misión o visión institucional, y también solemos forzar la escucha para que el sujeto se adapta al formato institucional a como dé lugar, pero qué sucede cuando el relato que expone la persona no **“encaja”** en ese repertorio. Qué pueden hacer/resolver, por ejemplo, nuestras masivas y disciplinarias instituciones modernas cuando un/a estudiante universitaria/o relata que frente a una práctica habitual, normada y rutinaria: el examen final oral, padece una crisis de ansiedad. Toda institución se sostiene en una serie de esperables y deseables del sujeto y sobre aquello demandable, sin embargo, hoy la distancia entre lo esperable y lo que se presenta no es necesariamente lineal, ni esta prolijamente acompasada. Generalmente esto produce perplejidades, exige reflexividad institucional (Arias, 2020) e interpela la capacidad de la escucha que interprete la demanda y en relación con aquello que las personas esperan de las instituciones. En este sentido, Gago y Bartollota (2023) dicen que el contexto actual requiere más que nunca un oído fino para escuchar los murmullos, entendiendo a los murmullos, como **“las cosas en su estado actual”** (p.74). En este marco, traducir los murmullos a escala institucional y **hacerles lugar** suele ser un registro caro para nuestras instituciones modernas porque implica reconocer y a veces ensayar una modalidad de reconocimiento de lo singular y lo diverso para lo cual no hay, generalmente, condiciones de posibilidad. Escuchar murmullos es costoso porque pone en jaque nuestra burocracia más automatizada, aquella sin rostro. Porque condiciona el actuar ante la necesidad de recentrar lo situado de la situación por sobre respuestas estandarizadas. Porque evidencia la necesidad de revisar nuestro acervo procedimental que alimenta al famoso círculo de la derivación en las ventanillas de atención. Exige,

por el contrario, un modo de actuación institucional que acote caminos, remueva obstáculos, construya accesos de bajo umbral¹, flexibilice encuadres y acuerdos, articule en la insistente y mareante fragmentación estatal y trabaje en acompañamiento cuidadosos y amables en los tránsitos entre sectores, disciplinas y ventanillas. Así como que optimice oportunidades, atienda la importancia del trato y fundamentalmente comprenda que para que el encuentro suceda es nodal revisar el modo de funcionamiento, disponibilidad y acogida institucional /estatal, aun cuando se crea que ya nada hay por repensar.

Que se entienda bien, no estamos diciendo que lo institucional sea el **“uno por uno”** no hay institución que resista a esta lógica, tampoco tendría sentido si sostenemos que la institución es más que la sumatoria de individualidades. Pero, si volvemos a nuestro ejemplo, ubicar la responsabilidad de adaptación a las formas típicas institucionales en el estudiante exclusivamente, nos aleja de la oportunidad de ensayar encuentros que preserven lo común sin anular singularidades, favoreciendo de este modo mayores niveles de hospitalidad². Si sabemos que la institución es limite que constriñe, pero también contiene; normaliza, pero también protege; la pregunta por el cuánto, el cómo y el cuándo de su **elasticidad** no parece ser una pregunta menor.

TIEMPO Y TEMPORALIDAD

De manera progresiva, aquellas leyes que implican al trabajo social y que se sancionaron entre los años 2003-2015, significaron una ampliación de derechos y reconocimiento que cristalizó las luchas de diversas/os actoras/es y en los que se incluyen, a su vez, a trabajadora/es y usuaria/os³. Estos instrumentos normativos buscaron desarticular procesos que vulneraron las subjetividades tal como el modelo manicomial para la Ley de Salud Mental o el principio tutelar hacia menores que reguló por más de 100 años las cuestiones de infancia en nuestro país. Estas fueron anunciadas como leyes de vanguardia, de avanzada y también como punto de inflexión porque de alguna manera se proponían desarmar sistemas de poder fuertemente enraizados en las prácticas. Sin embargo, dichos progresos no siempre se vieron plasmados en el

*“...Si sabemos que la institución es limite que constriñe, pero también contiene; normaliza, pero también protege; la pregunta por el cuánto, el cómo y el cuándo de su **elasticidad** no parece ser una pregunta menor...”*





“¿Cuánto y qué tiempo institucional necesita una persona en un proceso de duelo? ¿Qué tiempo requieren los partos respetados con adecuación intercultural? Así, parecería ser de importancia significar la noción temporal entre lo específico de lo institucional, lo propio del quehacer profesional y el tiempo subjetivo de la persona a la que se pretende acompañar..”.

MIRADAS SOBRE LO INSTITUCIONAL Y EL TRABAJO SOCIAL

orden de lo institucional y sus capacidades. Sin instituciones que concreten, lleven al plano operativo esas leyes estamos frente a anunciados correctos sin su correlato en el plano real y, por lo tanto, esto es y sigue siendo un costo muy alto en materia de legitimidad de las instituciones como efectivizadoras de derechos. Ignacio Lewkowicz (2004) llamó **“galpones”** a lo que queda de las instituciones cuando ya no instituyen ni son instituidas. Podemos puntualizar con un ejemplo este desfasaje ente lo normado, lo procedimental y lo que los sujetos esperan de ella a partir de la dimensión del tiempo y la temporalidad.

En el mundo del mito griego, por ejemplo, hay tres tipos de tiempo: Cronos era la divinidad temporal secuencial, lineal, cronológico. Kairos, por el contrario, era el Dios del tiempo cualitativo, el instante como ocasión y como oportunidad, como detención del tiempo que abre la posibilidad de otra experiencia del transcurrir. Por último, Aión, es el tiempo circular, un tiempo cíclico, eterno. Cada expresión tiene sus particularidades. Si lo pensamos en términos institucionales nos podemos preguntar cómo se presenta nuestra día a día regido por Cronos, qué lugar tienen las oportunidades o los puntos de inflexión en las estrategias institucionales, siguiendo a Kairos o, considerando a Aión que procesos parecen variar, pero en el fondo perpetúan su invariabilidad.

Sabemos que el tiempo que pasa por la experiencia social deviene temporalidad de modo diferente entre institución y sujeto. Con frecuencia, en las intervenciones de las/os trabajadoras sociales, los tiempos institucionales en materia de respuesta a las demandas no necesariamente coinciden con el tiempo de las/os usuarias/os, ocasionando un a-destiempo entre lo que la institución refiere tener qué hacer, cuándo hacerlo y cómo hacerlo y las significaciones que las/os sujetos le otorgan a las iniciativas de cuidado y acompañamiento ¿cuánto y qué tipo de tiempo necesita una persona para revisar su vínculo de opresión a causa de una situación de violencia de género? ¿Es posible para una mujer madre revisar el vínculo problemático con la sustancia en el plazo de seis meses que estipula una medida de abrigo y restablecer, luego, el contacto con sus hijos? ¿cuánto y qué tiempo institucional necesita una persona en un proceso de duelo? ¿Qué tiempo requieren los partos respetados con adecuación intercultural? Así, parecería ser de importancia significar la noción temporal entre lo específico de lo institucional, lo propio del quehacer profesional y el tiempo subjetivo de la persona a la que se pretende acompañar. Una política institucional que actúa en una relación simbólica ajustando múltiples temporales y en

ocasiones tensando los márgenes político-institucionales para aprovechar oportunidades y ampliar plazos y procesos procura conjugar esos planos de modo sincrónico favoreciendo el encuentro. No estamos diciendo que haya que diseñar estrategias institucionales a imagen y semejanza de cada persona, pero sí de reflexionar y darle un lugar a la tensión entre subjetividades contemporáneas y los dispositivos existentes para alojarla sin sobredeterminarla (Cantarelli y Abad, 2012)

OFICIOS QUE PRODUCEN ENCUENTRO

Dentro del conjunto de aspecto que atraviesan las inquietudes respecto al vínculo entre instituciones y sujetos, el tema del **Cuidado** (Ierullo, 2022) del **Acompañamiento** (Sierra, 2021) y del **Sostén** (Marttucceli, 2007a; Di Leo y Camarotti, 2013) cobra centralidad. Son noción omnipresente y de carácter onmiexplicativas de aquello que se realiza en el marco de la intervención, han invadido las agendas institucionales, incluso las académicas, pero con disimiles interpretaciones respecto a sus significados y sus alcances, en especial para quienes frecuentan las instituciones.

La hechura de las intervenciones institucionales emerge de una demanda, un pedido (a veces explícita y directo, otras traducidas por referentes significativos familiares, vecinales o institucionales que acompañan) la que desencadena la tarea o el conjunto de tareas de quienes tienen un **trabajo sobre los otros** (Dubet, 2006). Escuchar, tratar, ocuparse, sostener, cuidar, estar, mirar, poner límites, ofrecer, acompañar... son **los verbos del Estado** que definen modo de vinculación y hacen a un **“tipo de intervención”** (Barttolotta y Gabo, 2023 p.107) y son las/os agentes estatales encargas/os de cristalizarlas en tanto trasladan, concretizan al plano operativo la acción material y simbólica de un conjunto de tareas que implican esas formas de relacionalidad. Este tipo de trabajos, por lo general, se realiza en instituciones fuertemente territorializadas, operan con bajos recursos, expone el cuerpo, enfrentan una alta exigencia en su trabajo con dilemas y complejidades normativas. Son tareas que involucran una práctica en relación, que como todo encuentro supone tensiones y luces. Graciela Frigerio, Daniel Korinfeld y Carmen Rodríguez (2017) nombran a estos trabajos de socialización, los oficios del lazo⁴, formas de encuentro, de sostén, de colaboración que habilitan otro modo de vinculación institucional, oficios de intervención, de praxis. En cualquier caso, lo que sobresale, es la insustituible relación directa entre las/os destinatarias/os de un servicio y las/os profesionales, en las que

“...Escuchar, tratar, ocuparse, sostener, cuidar, estar, mirar, poner límites, ofrecer, acompañar... son los verbos del Estado que definen modo de vinculación y hacen a un “tipo de intervención” (Barttolotta y Gabo, 2023 p.107) y son las/os agentes estatales encargas/os de cristalizarlas en tanto trasladan, concretizan al plano operativo la acción material y simbólica de un conjunto de tareas que implican esas formas de relacionalidad...”





“...Resignificar estas acciones institucionales como una dimensión central en el marco de nuestras agendas permitiría, tal vez, cuestionar, o al menos reconsiderar, las nociones falsas y vacías de autonomía, individualismo y meritocracia (Merklen, 2013) que ha generado nuestra concepción moderna de la vida y que producen tanto daño y menoscaban la vida en común...”

MIRADAS SOBRE LO INSTITUCIONAL Y EL TRABAJO SOCIAL

se configuran modalidades de trabajo **“humano intensiva”** (Off, 1992 citado en Aquín et al, s.f).

Entendemos a estos oficios como **saberes expertos que operan en situación**, un tipo de acción institucional que requiere ser analizado también desde los riesgos que corren ante los reiterados contratos precarios, inciertos y cortoplacista que impiden proyectar una tarea comprometida a partir del encuentro y la relación cara a cara y la presunción errónea de que puede ser un trabajo para aficionados. Por el contrario, sostenemos que las tareas que implican formas de relación intersubjetiva requieren jerarquizarse y profesionalizarse cada vez más.

La centralidad que adquiere en la actualidad la noción de acompañamiento, cuidado y sostén en el marco de las instituciones tal vez augure una extensión en nuevos y fecundos debates en materia de abordajes a problemas sociales y su anclaje en el boceto de las políticas sociales y en las formas de las instituciones. Desde luego, los planteos aquí desarrollados tienen un techo si no traccionan con debates y decisiones estructurales. Ni el acompañamiento, ni el cuidado, ni el sostén por sí mismos eliminaran la pobreza, ni mejoran la distribución injusta de la riqueza, ni democratizan el bienestar por lo cual no pueden analizarse desvinculado de otras discusiones de políticas macroestructurales. No obstante, resignificar estas acciones institucionales como una dimensión central en el marco de nuestras agendas permitiría, tal vez, cuestionar, o al menos reconsiderar, las nociones falsas y vacías de autonomía, individualismo y meritocracia (Merklen, 2013) que ha generado nuestra concepción moderna de la vida y que producen tanto daño y menoscaban la vida en común.

POLITIZAR LAS EMOCIONES

Sara Ahmed (2014) analiza los afectos y las emociones no como estados meramente individual o meramente psicológicos sino como prácticas culturales y sociales. Para la autora las emociones no están en los objetos ni en los sujetos, se producen en las mismas superficies y límites que permiten que lo individual y lo social sean delineados. Según Le Breton (2023) los sentimientos o las emociones participan, de un sistema de valores propios de un grupo social que legitiman los principios que organizan el lazo social. De este modo, reflexionar respecto a los afectos nos sitúa en un espacio de superficies y límites que se configuran en forma relacional, dinámica y política.

Las emociones cumplen un rol, circulan y transforman los espacios públicos, ¿es posible, entonces, pensar desde las ciencias sociales los afectos que se ponen en juego en nuestros trabajos? ¿es posible intervenir en trabajo social sirviéndonos de los estados anímicos: la ilusión, el malestar, la frustración, la alegría, la soledad? ¿Qué encuentros posibilita? ¿De qué modo hacen trama institucional? ¿Qué nos permiten imaginar en términos de intervención social?

Gago y Barttolotta (2023) sostienen que un rango central de los tiempos actuales es el cansancio. Un rasgo asociado, especial pero no únicamente, a la precarización de las relaciones laborales informales:

La guerra contra las poblaciones no se articula solamente en torno a la precarización de la economía, los trabajos, las infraestructuras urbanas y los conflictos que hacen a la desigualdad (...), sino que también se articula en relación a los estados de ánimo, entendidos de manera profunda, no como sentimentalismo, felicidad o descontento, o como más o menos estrés o quemazón laboral, sino como entramado de efectos en la precariedad; en todo caso, una dimensión profunda de lo que es la felicidad y la tranquilidad, el bienestar común, los deseos y los anhelos, etc (p53-54)

Las emociones forman parte de la vida pública, considerar de qué modo se ponen en juego en las tramas sociales e institucionales no degrada la lógica de la argumentación, sino que forma parte de ella de manera distinta.

Si el registro es de cansancio, por ejemplo, ¿es posible delimitar un gesto institucional donde poder descansar? Y si es de intranquilidad ¿será posible delimitar un tiempo institucional donde garantizar previsibilidad? Y si el sentido es de desacreditación, ¿habrá un lugar donde reconocer la diversidad y extender el campo de lo posible?

PARA FINALIZAR

Las instituciones, en tiempos de crueldad organizada (Ulloa, 1995), persisten: maltrechas, desfinanciadas, asediadas, sospechadas. Pero están ahí, operan con movimientos que oscilan entre el abandono y el cuidado. Conviven con lo dilemático. Hacen posible el encuentro.

“...Las emociones forman parte de la vida pública, considerar de qué modo se ponen en juego en las tramas sociales e institucionales no degrada la lógica de la argumentación, sino que forma parte de ella de manera distinta...”





Este artículo buscó ensayar dimensiones de análisis, sirviéndose de ciertas paradojas, que permitieron reponer algunas reflexiones acerca de los desafíos que tienen las instituciones a través de analizar el vínculo que se construye entre éstas y los sujetos que acuden a ellas desde una perspectiva que atienda el entramado de complejidad que todo encuentro y desencuentro supone.

Habitar la pregunta por el modo de construir instituciones que atienda la cuestión del vínculo ofrece, tal vez, un lugar donde es posible darle lugar a los intentos que pretenden interrumpen la reproducción de la desprotección y los descuidos. Cartografiando los posibles. **Con-moviéndose.** Afectando y dejándose afectar. Cuidando, acompañando y sosteniendo no como prescripción sino como maneras que posibiliten componer soportes institucionales para que, humanamente, un mundo mejor vivible sea posible. Tal vez la tarea consista es volvernos capaces de ensayar respuestas a nuestros interrogantes de manera recíproca. Tal vez esto sea necesario, sea valioso y sea, especialmente, urgente.

NOTAS

1. El bajo umbral remite a la idea de exigir menos para acceder a un servicio, puede estar dado a partir de distintos criterios y es la clave para generar oportunidades de accesibilidad: la proximidad geográfica, la amplitud horaria, la documentación necesaria para acceder, el trato brindado por las/os profesionales y trabajadores, las actividades propuestas, las normas y requisitos para el ingreso y la participación, las representaciones sociales asociadas al espacio, entre otras dimensiones institucionales.
2. Para Anne Dufourmantelle (2009) "la hospitalidad antes de ser un pensamiento es un acto. Un puro evento (...) describe más que una figura, un espacio donde ese acto de invitación puede tener lugar. Este espacio creo, es el lugar del pensamiento (p.170)
3. Por ejemplo, la Ley de Protección de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 26.061), Ley de Salud Mental (Ley 26657), Ley de Matrimonio Igualitario (Ley 26.618)
4. Frigerio, G. Korinfeld, D. y Rodríguez C (2017), se refieren a los "oficios del lazo" para nombrar aquellos "trabajos que se lleva a cabo desde y con formaciones distintas en las instituciones, intentando propiciar des-anudamientos para que otros enlaces sean posibles... oficios del intento, de la tentativa, oficios que requieren e invitan des-aprendizajes para que otros aprendizajes puedan tener sus desarrollos... oficios que buscan acompañar, sostener, ofrecer... oficios que siempre exceden los nombres de bautismo de profesiones definidas para ejercerse a veces a la intemperie, de modos no repertoriados ni protocolizables" (cursivas de los/as autores/as) (p. 10)



BIBLIOGRAFÍA

- AHMED S. (2019).** *La Promesa de la Felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría.* Caja Negra.
- AHMED, S. (2014).** *La política cultural de las emociones.* México DF: Universidad Nacional Autónoma de México
- Arias, A. (2023). "Escucha humildemente" en *Diario Tiempo Argentino*. Disponible: <https://www.tiempoar.com.ar/politica/escuchar-humildemente/>
- ARIAS, A. (2021).** *Una apuesta a la densidad institucional. Propuesta de un concepto para pensar la relación de instituciones sociales públicas y políticas sociales.* En Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social". Año 11. [en línea. Disponible: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/08_Arias.pdf]
- ARIAS, A. (2020).** "El problema del triángulo. Trabajo Social e instituciones en una propuesta del CELATS". En *Escenarios, Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales.* Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata, abril, Año 20, N° 31.
- AQUÍN N; ACEBEDO P; NUCCI N. CUESTO E (S/F)** *Autonomía y heteronomía del Trabajo Social en su ejercicio profesional.*
- BARTTOLOTTA, L. GAGO, I. (2023)** "Implosión. Apuntes sobre la cuestión social en la precariedad. Tinta Limón.
- BENZA, G. Y KESSLER, G. (2021).** *La ¿nueva? Estructura social de América Latina. Cambios y persistencias después de la ola de gobiernos progresistas.* Siglo veintiuno.
- CANTARELLI, M. Y ABAD, S. (2012).** "Habitar el Estado" *Pensamiento estatal en tiempos a-estatales.* Hydra
- CASTORIADIS, C. (1997) [1983].** *La Institución imaginaria de la sociedad.* Tomo II. *El avance de la insignificancia.* Eudeba.
- DELEUZE, G. Y PARNET, C. (1980).** *Diálogos. Pre – textos.*
- DI LEO, P. Y CAMAROTTI, A. (2013).** *Quiero escribir mi historia. Vidas de Jóvenes en Barrios Populares.* Biblos.
- DUBET, F. (2006).** *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad.* Gedisa.
- DOUGLAS, M. (2000)** *Como piensan las instituciones.* Alianza.
- DUFOMANTELE, A. (2009).** *En caso de amor. Psicopatología de la vida amorosa.* Nocturna.
- FRIGERIO, G., KORINFELD, D. Y RODRÍGUEZ C. (COORDS). (2017).** *Trabajar en instituciones: los oficios del lazo.* Noveduc.
- GAMALLO, G. (2015).** *Aproximación al concepto de brecha de bienestar.* <https://pps.secyt.unpa.edu.ar/wp-content/uploads/2020/07/Gamallo-Brechas.pdf>
- HARAWAY D. (2016)** *Seguir con el problema. Generar parentesco en Chtuleceno.* Consonni
- LE BRETON, D. (2023)** *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones.* Prometeo
- LEWKOWICZ, I. (2004).** *Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez.* Buenos Aires: Paidós (pag 19 a 51).
- MARTUCCELLI, D (2007A).** *Gramáticas del individuo.* Buenos Aires. Lozada. 149
- MORA, F. (2019).** "Dispositivos de acompañamiento". *Revista de Política Social.* Universidad de Moreno. Número 4
- PERCIA, M. (2011).** *Inconformidad, Arte, política, psicoanálisis.* La Cabra
- RODRÍGUEZ, C. (2016)** "Lo insoportable en las instituciones de protección a la infancia" Hendija.
- SIERRA, N. (2021).** "El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas" En *Revista Debate Público Año 11 - N° 21.* [en línea. Disponible en http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/20_Sierra.pdf]
- ULLOA, F. (1995)** *Novela Clínica psicoanalítica. Historial de una práctica.* Paidós.
- VARELA, C. (2004).** *La entrada al terreno institucional.* Tramas 21. UAMX México.
- ZERBINO, M. (S/F)** "Intervenciones en situaciones de alta complejidad" Disponible en: http://porlainclusionmercosur.educ.ar/mat_educativos/zerbino.pdf
- ZOURABICHVILI, F. (2004).** *Deleuze. Una filosofía del acontecimiento.* Amarrortu



NUEVAS MIRADAS:

INTERVENCIONES ESTATALES DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL
DE LA DISCAPACIDAD: LA EXPERIENCIA CON MADRES CON
DISCAPACIDAD AUDITIVA DESDE EL PROGRAMA "ADAJUS"

**Álvarez Ávila, Micaela*

Este escrito presenta las principales reflexiones y hallazgos del trabajo de investigación final¹, cuyo propósito se centró en indagar sobre la problemática de las mujeres sordas que enfrentan barreras para ejercer las prácticas de cuidado hacia sus hijos. A tales fines, se utilizó

***Micaela Álvarez Ávila.** Licenciada en Trabajo Social, UBA. Integrante del equipo técnico interdisciplinario del programa ADAJUS, y del programa Universidad, Discapacidad e Igualdad de Oportunidades, dependiente del Decanato de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

como eje transversal de análisis el aporte de las intervenciones estatales -específicamente del Programa Nacional de Asistencia para las Personas con Discapacidad en sus Relaciones con la Administración de Justicia (ADAJUS) del Ministerio de Justicia de la Nación-, desde el paradigma social de la discapacidad.

LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: DE OBJETOS A SUJETOS DE DERECHOS

Es posible identificar la existencia de tres grandes paradigmas que explican la discapacidad: modelo de prescindencia, modelo médico rehabilitador -o modelo médico asistencial-, y el modelo social de la discapacidad.

Actualmente, el modelo social de la discapacidad ha quedado plasmado en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), Ley N° 26.378, sancionada por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2006, a la cual Argentina ha adherido en el año 2008, otorgándole rango constitucional desde el año 2014. De este modo, se constituye en el paradigma vigente reconocido a través de este instrumento internacional, que responde a una perspectiva de derechos humanos, y que tiene por finalidad proteger la dignidad y los derechos de las personas con discapacidad (PCD). No obstante, resulta importante aclarar que estos modelos constituyen procesos dinámicos y simultáneos, con lo cual -según el contexto socio histórico que se analice-, los mismos conviven y se superponen, situación que se ve reflejada en la legislación, en los comportamientos sociales, e inclusive en las intervenciones profesionales.

Desde el paradigma social de la discapacidad, ***las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás***³. Desde este marco, cobra centralidad el hecho de que es el entorno social el que debe adaptarse al sujeto, lo que implica desresponsabilizar al colectivo con discapacidad en relación a las barreras para el acceso a derechos.

LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Sobre la caracterización sociocultural y lingüística de la población con discapacidad auditiva, cabe aclarar que, si bien comparten aspectos generales entre sí, cada sujeto se encuentra atravesado



NUEVAS
MIRADAS

por una situación particular en relación a su trayectoria vital previa. Dentro de la comunidad sorda varían las competencias lingüísticas, de acuerdo a si la persona se comunica en Lengua de Señas, si conoce el idioma en uso -escrito u oral-, y si comprende o no la lectura labial. El repertorio comunicativo dependerá a su vez, de las trayectorias educativas y de los contextos socio-económicos.

Cuando se alude a las PCD auditiva (sordas e hipoacúsicas), se hace referencia a individuos con características propias que conforman un grupo social que tiene una lengua y una cultura en común: la lengua de señas, y una cultura predominantemente visual. En este sentido, las diferencias con la sociedad oyente se deben a cuestiones de índole cultural y lingüística, además de las situaciones particulares que se intersectan y hacen a la singularidad de cada sujeto.

MUJERES SORDAS EN ARGENTINA

En la actualidad existen tres tipos de fuentes de información estadística sobre discapacidad en el país: el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, y los Estudios Específicos sobre Discapacidad, -ambos a cargo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)-, y el Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RNPCD), de la Agencia Nacional de Personas con Discapacidad (ANDIS).

En el año 2018, a partir de los datos arrojados por el último Estudio Nacional sobre el Perfil de las PCD, se identificó que el 10,2% de la población de 6 años o más tiene alguna dificultad o limitación que, en términos absolutos, se corresponde con una estimación de 3.571.983 personas; de las cuales el 9,5% corresponde a varones, y 10,8% a las mujeres. Mientras que el 33,4% de la población total con dificultad tiene Certificado Único de Discapacidad vigente. Sobre la base de datos mencionada, el 20,8% indica tener dificultad auditiva, lo que equivale a aproximadamente a 742.972 personas, de las cuales se estima que un 50%, es decir 371.486 son mujeres.

Además, la información disponible muestra que la población sorda es la que tiene, luego de la discapacidad psicosocial, las mayores tasas de analfabetismo en las personas entre 40 y 79 años, siendo mayor la incidencia entre los mayores de 50 años (entre 4% y 6% de la población sorda). Por su parte, el "Diagnóstico sobre Necesidades de Acceso a la Justicia" (2019) muestra que, mientras que el 41,4% de la población en general tuvo problemas jurídicos en los últimos dos años, la proporción aumenta al 48,8% en la

población con discapacidad. Al analizar la forma en que ese problema jurídico afecta la vida cotidiana, las PCD perciben una afectación más significativa que otros grupos vulnerables. Así, mientras que el 43,7% de la población general considera que se ve muy afectada, la proporción asciende a 63,2% entre las PCD³.

MIRADAS ESTATALES, CONVIVENCIA DE PARADIGMAS, Y SU INCIDENCIA EN LA VIDA COTIDIANA DE LOS SUJETOS

Con el fin de ampliar la caracterización, y en relación con la problemática específica que toma centralidad en el presente artículo, se observa que es durante el desarrollo de estos procesos judiciales que diversas instituciones estatales intervienen aportando su mirada sobre la discapacidad, la maternidad y los cuidados, asumiendo posicionamientos heterogéneos.

En este aspecto, las madres con discapacidad auditiva encuentran múltiples barreras para el ejercicio de los cuidados hacia sus hijos, en tanto sus significaciones y prácticas del “cuidar” no necesariamente se condicen con la concepción oyente. Sobre ello, la interpretación de los cuidados que tienen las instituciones y les profesionales, ***no puede ser desanclada de las condiciones territoriales y contextuales en las que ella se expresa, produce y reproduce, sino que debe ser entendido como una noción situada (Ierullo, 2022: 62). En este aspecto: sólo podemos comprender de qué se trata cuidar, si lo estudiamos en estrecha relación con otras estructuras de sentido asociadas y con los fenómenos que configuran la vida cotidiana de los sujetos y le dan forma y sentido a las mismas prácticas que son consideradas como <cuidar> (De Ieso, 2016: 93).***

Al respecto, es necesario mencionar que las personas sordas realizan prácticas que a menudo son interpretadas por la comunidad oyente como “descuidadas”, “irresponsables” o “de abandono” que, en la mayoría de los casos, se corresponde con una histórica falta de acceso a la información por parte de estas últimas. A modo de ejemplo, y siendo posible trasladarlo a cualquier ámbito de la vida cotidiana de las PCD auditiva: las consultas médicas no cuentan con adecuaciones a las necesidades comunicativas de las mismas, por lo que las madres sordas no acceden a la información relativa al tratamiento (para sí o para sus hijos), obstaculizando o impidiendo su correcta realización. Frecuentemente, esto es interpretado por las instituciones (hospitales, escuelas, juzgados) desde un modelo médico, capacitista y oyente, a partir del cual se realizan evaluaciones que no suelen incorporar los distintos aspectos que



NUEVAS
MIRADAS



hacen a su trayectoria vital como mujeres con discapacidad auditiva. Sumado a ello, la comunicación entre los actores y dicha población se encuentra afectada por múltiples barreras – como ser, la falta de intérpretes en Lengua de Señas en los organismos públicos - lo que complejiza la intervención y todas sus instancias, por ejemplo, la correcta realización de una entrevista.

Es así que emergen intervenciones que involucran a profesionales de diversas disciplinas, a partir de las que se activan mecanismos judiciales y se disponen medidas alternativas de cuidado. En estas instancias suele operar cierto sentido común, que parte de la desinformación y el desconocimiento de creer que las personas sordas sólo no escuchan, sin tener en cuenta que, producto de su discapacidad y de las barreras con las que se enfrentan desde sus primeros años de vida para interactuar con el entorno, no han podido adquirir las normas y convenciones sociales que los oyentes poseen por transmisión oral, lo que trasciende ampliamente la barrera comunicacional. Entonces, sucede que las mujeres con discapacidad auditiva quedan aisladas del tejido social, así como del proceso judicial que las involucra.

ADAJUS COMO ACTOR CENTRAL EN EL ACCESO A LA JUSTICIA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

El Programa ADAJUS, creado en el año 2011 mediante decreto presidencial N° 1375/2011, depende de la Secretaría de Acceso a la Justicia del Ministerio de Justicia de la Nación, y se enmarca en el cumplimiento del artículo N° 13 de la Convención, cuya centralidad es el “acceso a la justicia”. A tales fines, actúa como auxiliar de la justicia, presentando un abordaje interdisciplinario que permite trabajar transversalmente la temática de la discapacidad. Cuenta con un equipo técnico de intervención integrado por profesionales con y sin discapacidad, y que pertenecen a las disciplinas de abogacía, psicología, trabajo social, psicopedagogía, e intérpretes en Lengua de Señas Argentina y Comunicación No Verbal.

Sobre la atención e intervención hacia la población de mujeres con discapacidad auditiva que se encuentran atravesando procesos judiciales vinculados a la responsabilidad parental, el programa ha recibido un promedio de entre ocho (8) y diez (10) demandas anuales en los últimos tres años (2021, 2022 y 2023).⁴

ADAJUS se constituye como actor central en relación a la remoción de barreras que impiden el acceso a la justicia de las PC. Todo ello, por el aporte que realiza sobre la evaluación del repertorio comunicativo de las mujeres sordas, pudiendo identificar -a través

de estrategias específicas-, el entramado de significaciones propias de las mismas en relación a la maternidad y los cuidados. Cabe destacar la importancia de estas intervenciones estatales, en tanto resultan únicos en su abordaje y objetivos en el país.

CONSIDERACIONES FINALES

El ejercicio del cuidado y la maternidad resultan prácticas en situación que cobran sentido a partir de las significaciones de quienes las ejercen. Es así que, en el caso de las madres con discapacidad auditiva, resulta fundamental conocer las características comunicativas, así como sus concepciones y representaciones, a partir de evaluaciones que contemplen su integralidad.

En este sentido, la situación de discapacidad -como construcción-, emerge como cuestión social constituyéndose en un campo posible de intervención para el Trabajo Social en sus múltiples atravesamientos. Es así que los trabajadores sociales despliegan diversas estrategias, a través de prácticas que tienen un impacto sobre la realidad y la vida cotidiana de los sujetos. De este modo, el aporte específico de la disciplina sobre la mirada acerca de la discapacidad en interrelación con el ejercicio de la maternidad y los cuidados, -cuyas incumbencias se enmarcan en la defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, y desde una perspectiva de justicia social-, resulta sustancial para la promoción de la autonomía de las PCD auditiva.

NOTAS

1. La misma se inscribe en el marco del Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social de la UBA (2024).
2. Art. 1. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006).
3. Datos obtenidos de la sistematización del Programa Sordas Sin Violencia: Servicio de Asistencia, Acompañamiento y Acceso a la Información de Mujeres Sordas Víctimas de Violencias, conjuntamente con el área de Género del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; y reelaborados a partir del último Diagnóstico de Necesidades Mínimas Insatisfechas. Disponible para su descarga en: <https://www.undp.org/es/argentina/publicaciones/programa-sordas-sin-violencia-servicio-de-asistencia-acompanamiento-y-acceso-la-informacion-de-mujeres-sordas-victimas-de>
4. Dato de elaboración propia a partir de la información obtenida de las fuentes primarias y secundarias utilizadas.



NUEVAS
MIRADAS



BIBLIOGRAFÍA

DE IESO, L. (2016) *“Prácticas del cuidar en entramados familiares”* En: Revista Debate Público N° 10 Año 5. Buenos Aires. Carrera de Trabajo Social, UBA.

IERULLO, M. (2022). *“Cuidados y Trabajo Social: politizar el concepto, territorializar la mirada y desmoralizar la intervención”*. Revista Debate Público.

ROSALES (2012). *“Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ley 26.378) comentada”*, Obra colectiva, Editorial Abeledo Perrot, Buenos Aires.

SORDAS SIN VIOLENCIA. PNUD. (2019). *“Haciendo Camino: experiencias, sistematización y nuevos desafíos”*. Recuperado de: https://www.sordassinviolencia.com/Sistematizacion_SSV-PNUD.pdf

INDEC (2018). *“Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: resultados definitivos”*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Recuperado de:

https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf

SUBSECRETARÍA DE ACCESO A LA JUSTICIA, MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN. FACULTAD DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2019). *“Estudio de Necesidades Jurídicas Insatisfechas”*.

Recuperado de:

<https://www.argentina.gov.ar/justicia/afianzar/caj/justicia/afianzar/caj/politica-de-gobierno-abierto/diagnostico-de-necesidades-juridicas-insatisfechas-y-niveles>



TRABAJO SOCIAL SITUADO



PRODUCCIÓN DE SALUD DESDE EL CUIDADO Y SUS LÍNEAS DE SUBJETIVACIÓN

Resistencias en Salud Mental desde los ciudadanos singulares

**Nieto, Micaela*



En este segundo año que voy transitando en la residencia me encontré con cosas en común entre algunos usuarios con quienes trabajé en diversos dispositivos y en diferentes momentos: su historia con la salud mental y/o el consumo, sus estrategias para sobrevivir en épocas más o menos difíciles, sus recorridos institucionales, sus historias de violencia y las diferentes maneras en que ella se expresa en sus cuerpos, entre otras. La que llamó más mi atención de estos puntos donde ellos podrían verse unidos es la significación puesta en los profesionales de este hospital, quienes operan como los únicos lazos sociales y/o afectivos en sus vidas ¿Qué pasa cuando el hospital es lo único que los usuarios tienen? ¿Qué sucede cuando los profesionales son sus únicos lazos?.

* **Micaela Nieto** - Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Lanús. Residente de 2do año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM). Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. nietmicaela@gmail.com

Estas preguntas resonaban aún más cuando una de las usuarias que acompañé en la rotación por Consultorios Externos manifestó que éramos **“sus únicas amigas”**¹, refiriéndose a mi compañera residente de enfermería y a mí. Lo que veía en común en estos usuarios entonces era la soledad imprimiéndose como padecimiento.

Además de la Ley de Salud mental como marco de nuestras prácticas que intenta alejarnos de las concepciones criminalizadas y manicomiales, se fueron gestando y desarrollando en los últimos años teorías que van de la mano de la Salud Colectiva, las cuales incluimos cotidianamente y que son fundamentales para pensar los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidado. **“Franco Basaglia decía que debíamos colocar la enfermedad entre paréntesis para que en las relaciones de producción de vida emerjan otras vidas posibles que no partieran de aquella condena de existir solo a partir de la enfermedad diagnosticada”** (Merhy y Batista, 2011: 26).

En varias ocasiones algunos profesionales somos puestos en cuestión por ser **“demasiado alojadores”**, pero detrás de lo que puede parecer un **“buen gesto”** existen estas teorías y paradigmas desde los cuales leemos la situación. Pareciera que estamos en posición de justificar nuestras acciones y estrategias de manera constante, develando que aquello por fuera de las estrategias **“comunes o habituales”** no es correcto. Se manifiesta que **“maternamos a los usuarios”**, cuando la propuesta en realidad es otorgar el lugar de semejante a quien le han pasado y le pasan muchas cosas además de ser adicto o psicótico², quien también es merecedor de un momento de escucha cuidada, horizontal, ternura y alojo, miramiento y puesta en valor. **“Podría proponerse cierto fundamento ético común a cualquier práctica definida como cuidado: se trata del reconocimiento del otro como semejante -como sujeto de derechos- cuya dignidad impide que sea tomado como objeto, cosa, instrumento o mercancía”** (Spinelli, 2010:283).

En relación a esto quiero incluir el concepto de trabajo vivo en acto propuesto por Merhy, el cual se construye en el actuar cotidiano de los sujetos relacionados entre sí, sin el cual es imposible definir las necesidades sociales en salud y por tanto es más difícil aún correr los riesgos de las propuestas médico hegemónicas ya instauradas.

Del lado contrario a nuestras **“afectivizaciones de más”**, los discursos que se sostienen aún y bajo los cuales parecieran estar las reglas del juego, son de índole individual, culpabilizantes y meritocráticos, como si estar mejor solo fuera alcanzable con la toma correcta de medicación psicofarmacológica y de ponerle voluntad.

Lo afectivo es visto en nuestras prácticas como la única salida posible entre tanta automatización e individualidad. Tomo lo desarrollado por Merhy sobre el modelo de atención **usuario-centrado**, es decir, la forma de producir salud donde las estrategias y las acciones que llevamos adelante como trabajadores y profesionales tenga el foco en la persona y su subjetividad, desde el acogimiento y recibimiento, dejando de lado los procedimientos y sus resultados.

Continuando con la línea de Merhy en el texto anteriormente citado, menciona que los usuarios no reclaman y piden únicamente rigurosidad en los procedimientos tecnológicos

de atención, sino que lo que será puesto en cuestión será la falta de interés y la desresponsabilización, es decir, la indiferencia de parte del profesional. ***“A la psicóloga le cuento porque me escucha, no se si será verdad pero parece que le interesó, a la psiquiatra no le cuento nada, me doy cuenta que no le importo”.***

Lo afectivo, que puede tomarse como un valor agregado y opcional, es en realidad una tecnología como tal que configura la atención en salud, estas son nombradas por Merhy como **tecnologías leves**, es decir ***“momentos de conversación, escucha e interpretaciones, en los cuales se producen acciones de acogimiento o no de las intenciones que estas personas plantean en este encuentro; momentos de complicidades, en los que se produce una responsabilización en torno del problema que se va a enfrentar, momentos de confiabilidad y esperanza, donde se producen relaciones de vínculo y aceptación”*** (2013: 65).

Tomo esto último sobre el vínculo y la aceptación, ya que es donde se puede plantear una diferencia respecto a los procesos de atención en salud que los usuarios traen de otras instituciones, donde solo es visto como un cuerpo a ser curado y medicalizado sin poner en juego las implicancias subjetivas de lo que significa transitar una enfermedad, sentir dolor, estar solo, etc. En el vínculo con el otro es donde se genera la confianza suficiente para dar lugar a conversar cosas que duelen, que afectan y que probablemente no sean nuevas. Es descontextualizado pensar que con el simple hecho de ser presentados como equipo de salud mental de x persona, él de inmediato pondrá en el espacio todo lo necesario para elaborar lo que haya que elaborar y con las implicancias subjetivas que podría conllevar.

En esta línea, me gustaría introducir el concepto de **transferencia**, mayormente desarrollado por la psicología pero que me parece importante mencionar en este escrito tomándolo como metodología de trabajo y como posición ética. Las transferencias ***“son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: Toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico”*** (Bernard, 1996: 15).

En estas reediciones y recreaciones de la historia vincular vivida, es necesario establecer condiciones para que esas transformaciones sean posibles, es decir, convertirse en un otro significativo para la persona. Esto se puede alcanzar siendo quien esté disponible no solo para decir sino para escuchar, considero que allí radica la importancia de los vínculos transferenciales.

El profesional de la salud a priori no se encuentra en la misma posición de poder que los usuarios y pensar la transferencia como posición ética radica en tener siempre presente esta desigualdad, ***“su capacidad legítima consiste en permitir y articular los términos dispersos de la serie constitutiva de su paciente [...] La ética consiste en impedir cualquier interferencia de los intereses, valores, las pasiones, los ideales o los deseos de poder siempre posibles en las explosivas condiciones transferenciales”*** (Lewkowicz 2013:

2017-2018). El diferencial en la relación usuario-profesional radica en no ser un mero vínculo sino utilizar dicho vínculo como herramienta de trabajo. Que nuestros objetivos sean la producción de salud y alivio de los padecimientos no parte de **“ser amigos”** o **“que el usuario me caiga bien”**, sino que es desde esos vínculos contruidos desde el valor y el cariño, desde donde se trazan nuevas líneas de abordaje.

Todas las intervenciones que realizamos suceden desde la transferencia y desde ella se pueden generar modificaciones en las representaciones vinculares, abriendo la posibilidad de nuevos mundos y nuevos modos de transcurrir.

En Salud Mental se escucha a profesionales mencionar que les usuarios **“mienten”** pero poco se piensa en las respuestas que damos a ellos cuando son sinceros... **“les tengo que confesar que me drogue el fin de semana, siento que a ustedes se los tengo que contar porque no me juzgan”**.

En cuanto a esto se da una dinámica de confesionario donde los usuarios creen que **“nos deben”** explicaciones. Foucault en su libro Historia de la Sexualidad, habla en relación al **dispositivo de la confesión**: el acto verbal mediante el cual el sujeto se afirma sobre lo que es, se vincula con esa verdad contándolo a un otro. Asimismo modifica la relación con ese otro y consigo mismo. Por supuesto que este dispositivo de confesión produce subjetividad, y es parte de los dispositivos de poder disciplinario y ha estado presente en las instituciones que nos subjetiva desde niños como la escuela y la familia. Históricamente el dispositivo de la confesión es tomado por la iglesia como oportunidad para redimir los pecados y así lograr el perdón de Dios. A posteriori es similar el mecanismo adoptado por el discurso médico y clínico donde el profesional debe recibir la verdad de sus usuarios ya que es esencial **“develar todo”** para poder trabajar terapéuticamente.

Despejar que no debería ser una confesión y quitarle ese peso a las acciones es difícil cuando los mecanismos que rigieron anteriormente (o en la actualidad continúan) buscan el disciplinamiento y la adecuación: la cura, no volver a consumir, conseguir un trabajo, sostener vínculos estables, entre otros. En este punto es importante la transferencia como herramienta para explorar esas verdades que el sujeto repite en sus palabras para luego ponerlas en cuestión, reescribir su historia y reformular sus verdades.

Es necesario considerar al otro como semejante y ser capaz de leer las múltiples causalidades que llevaron a los actores a ser quienes son hoy y actuar como actúan, entendiendo a los mismos como sujetos histórica y socialmente determinados por instituciones que estuvieron presentes de cierta forma, o no. En este sentido quiero destacar que **lo distinto** no siempre debe esperarse del lado de los usuarios, sino que es deber fundamental de los equipos de salud. Me arriesgo a decir que es una responsabilidad de parte de los equipos de salud reformular constantemente las estrategias para no caer en sistematizaciones que parecieran hacer más fácil el trabajo, pero que carecen totalmente de singularidad y novedad.

Donde creo que radica la diferencia entre las prácticas cuidadas y las que no lo son es en la **contingencia**, en el hecho inesperado, algo que escuchamos y decimos **“venía bien pero**

paso esto...” “solucionamos una cosa y ahora surge otra...” Si partimos de subjetividades arrasadas y golpeadas por las institucionalidades, el equipo de salud puede contribuir desde otro lugar, así sea desde un acompañamiento físico, estar ahí. Donde no hay un amigo, un familiar, una pareja, puede estar el equipo. **“Que bueno que me acompañaste a la Defensoría porque si vengo sola no presto atención a todo y después no tengo a quien preguntar”** (sic).

Por supuesto que se generan preguntas ¿está bien que seamos lo único que hay? ¿corresponde que les usuarios nos digan que somos sus amigos? ¿qué hacemos con eso? ¿debemos desarmarlo de inmediato o lo tomamos para trabajar sobre eso? ¿cómo lo configuramos como parte del proceso terapéutico singular?

Pensar las cualidades de un individuo es imprimirle una subjetividad, y la manera en que nombramos y permitimos participar al otro en la contingencia también. Teniendo en cuenta que lo social es inherente a la subjetivación, lo social también debe estar presente en la contingencia. Me hace ruido el pensar que en varias oportunidades los objetivos de la práctica sea que el usuario **“pueda solo”**.

Si **“lo social”** que abraza a la persona solo proviene del hospital no podemos sancionar aquello y cancelarlo. Si en lugar de un lazo con profesionales la propuesta es despojo, vacío y desamparo, ¿qué salud estamos produciendo?. Es válido preguntarnos si contribuimos a la cronificación del padecimiento desde la dependencia o si permitimos la generación de dinámicas de relación desconocidas hasta el momento, las cuales podrían ser apropiadas y reproducidas en otros lugares y escenarios.

Me gustaría sumar la experiencia de G, ya que en verano coincidimos con mi compañera enfermera en periodo vacacional y en dicho momento la usuaria tránsito por situaciones para nada deseadas y cuidadas, poniéndose en riesgo en contextos de consumo. Al regresar al espacio, G menciona sobre una de sus giras **“me la mandé”**: había intercambiado sus tarjetas de débito y su DNI por sustancias, **“fisuríe todo”**. Y lo que en otra oportunidad se nos había presentado como una demanda de ayuda para recuperar su documentación, en esta oportunidad lo había hecho por sí misma.

En las oportunidades en las que como equipo la hemos acompañado, explicado y la hicimos parte de diferentes **“gestiones”**, y en la medida en que dimos el espacio para que ella sea la protagonista de las mismas, sin ubicarla en un lugar de **“no puede, no va a saber, hay que ir con ella”** G logro subjetivarse de cierta forma que le permitió en ese momento hacerse de las herramientas necesarias para ir a los bancos a dar de baja y pedir tarjetas nuevas e ir a un centro de RENAPER y solicitar su nuevo DNI. **“Hacerse cargo de las consecuencias”** para G, significó dejar de lado por un momento su discurso de imposibilidad impresos por otros y presentado por ella misma en varias oportunidades. Y lo que podría ser leído como algo que **“pudo sola”** es en realidad resultado de cada oportunidad en la que necesitó acompañamiento y ahí estuvimos como equipo. Y con ésto quiero aclarar, que no se trata de saber o no saber hacer un trámite, sino de significarse a sí misma como capaz de llevarlo adelante.

La posibilidad de sostén en la contingencia de la que hablamos, genera un nuevo proceso de subjetivación. Para explicar esto tomaremos el planteo de Ignacio Lewkowicz, quien menciona que existe una **subjetividad socialmente instituida**, es decir, aquellas operaciones necesarias para ser parte de una lógica, las que estandarizadas dan lugar a los dispositivos productores de la subjetividad: un ejemplo puede ser la confesión, que se explicaba anteriormente.

El autor menciona también que **“no hay marca que, al marcar efectivamente una superficie en actividad, no produzca además un exceso o plus (...) exceso de lo instituido que no resulta asimilable al campo de lo instituido. Ese exceso ineliminable es lo que aquí llamamos envés subjetivo”**. En este envés o entre, es donde se dan las mutaciones del lazo, donde se genera la diferencia, **“a partir de ese envés de la subjetividad instituida, se constituye la operación capaz de alterar la subjetividad y el lazo social instituido”** (Lewkowicz, 2023: 93).

A la operación capaz de alterar la subjetividad y el lazo social Lewkowicz la llama subjetivación, es crítica de la subjetividad instituida y se produce como efecto no anticipado, es decir, no es un resultado buscado, sino un producto instituyente.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Recapitulando, el terreno de las relaciones es fundamental para la producción del cuidado, **“el profesional de la salud trabaja con la transferencia de conocimientos para el autocuidado, con diversas formas de intervenir su subjetividad, valorizando y aumentando su autoestima y, así, de manera creativa, el proyecto terapéutico se centra en el objetivo de recuperar mayores grados de autonomía para vivir la vida”** (Merhy y Batista, 2013: 124). Considero que lo relacional no es algo que se pueda omitir en nuestras intervenciones como trabajadores sociales de la salud mental, si buscamos producir salud desde el enfoque derechos y con fundamentos éticos políticos.

En contextos actuales, donde no solo el Estado y sus instituciones están vaciadas por completo, sino que tampoco hay un entramado de redes contenedoras y vivificantes; lo vincular es lo que nos queda. Es triste pensarlo y escribirlo aún más, quizás esté dejando de lado cualquier vestigio de esperanza que en algún momento supe tener. En los galpones³ en los que nos hemos configurado las instituciones, el buen trato, el cuidado y el respeto por el otro, es el dispositivo de trabajo que sin dudas tenemos que preservar y dar lugar.

En tiempos donde la deshumanización es tan profunda y la subjetivación se encuentra fragmentada, reponer en el otro su lugar como sujeto es reconstruirlo en su humanidad y dignidad. Garantizar lo simbólico es más que necesario, esto es parte de pensar que sí hay respuesta cuando pareciera no haberla.

Como trabajadores de la salud pública y colectiva no podemos agotarnos en el NO inmediato y reproducido diariamente por las instituciones: **“no hay turnos”, “no hay medicación”, “se dio de baja la pensión”, “este programa ya no existe”, “el sistema está**

colapsado". Y no se trata de heroicamente solucionar y parchar vidas como se pueda, se trata de empezar por reconstruir los lazos que han sido totalmente rotos, o que no existieron para poder desde allí significar **algo distinto**.

¿Para qué trabajamos si no es para que el otro se sienta mejor y tenga una vida más vivible? Es necesario no perder el horizonte de que nuestras prácticas vayan de la mano de la justicia social y la dignidad de la vida.



PRODUCCIÓN DE SALUD DESDE EL CUIDADO

NOTAS

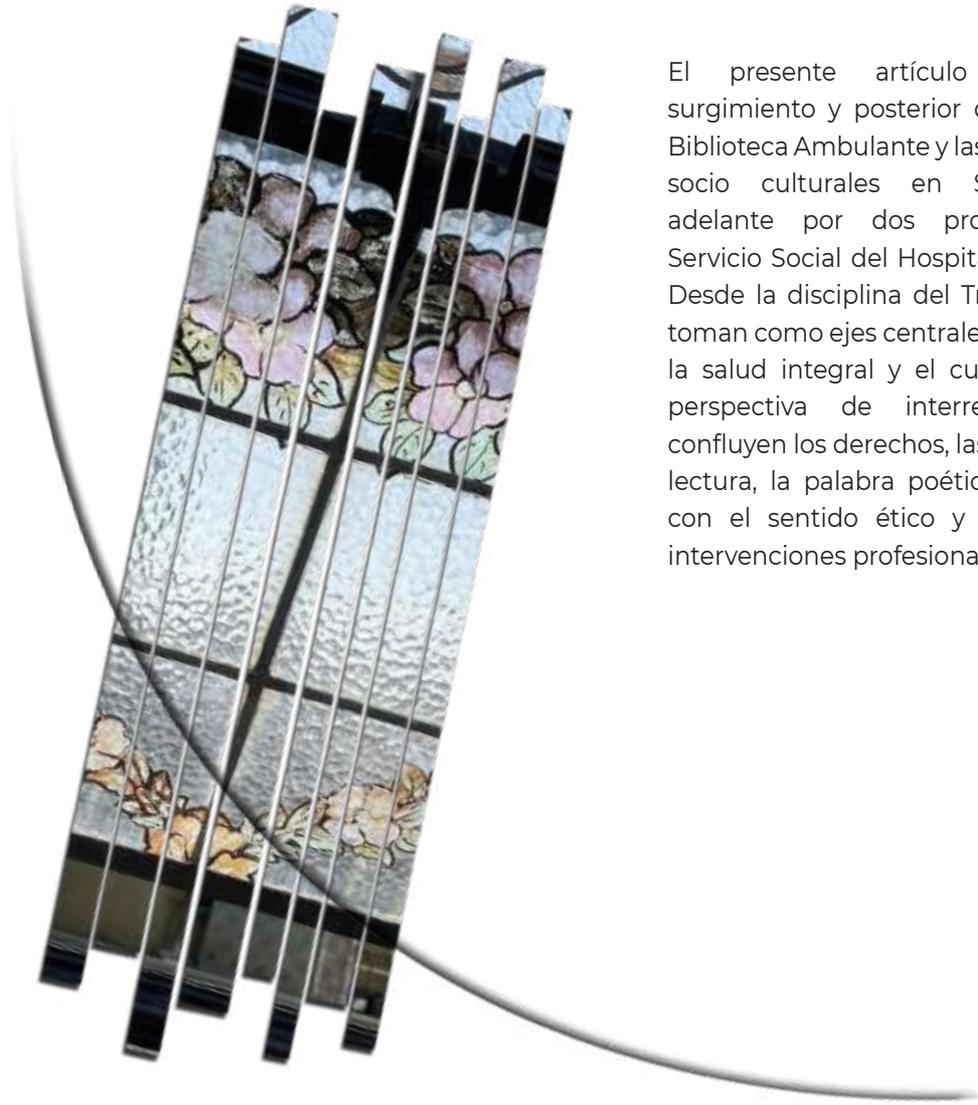
1. A lo largo del escrito iré dejando frases de algunos usuarios a quienes acompañé en consultorios externos, quienes me han hecho pensar en varias oportunidades respecto a los lazos con la institución y sus profesionales y sus implicancias subjetivas.
2. Nombro algunas de las etiquetas que se escuchan diariamente en el Hospital, aunque no acuerde con las mismas teórica e ideológicamente.
3. Lewkowicz utiliza esta expresión para referirse a las instituciones vaciadas de intervención estatal y de políticas públicas que respondan. "Las instituciones sin normativa capaz de producir subjetividad son galpones" (2013: 60)

BIBLIOGRAFÍA

- BERNARD MARCOS. (1996)** *Reflexiones sobre el concepto de transferencia en el psicoanálisis vincular. Psicoanálisis de las configuraciones vinculares: revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.*
- FRANCO TULLIO BATISTA Y MERHY EMERSON (2011)** *El reconocimiento de una producción subjetiva del cuidado.* Salud Colectiva. Buenos Aires.
- LEWKOWICZ IGNACIO (2023).** *Todo lo sólido se desvanece en la fluidez- 1ra Ed. Coloquio de Perros.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- MERHY EMERSON (2013)** *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud.* Emerson Merhy y Tulio Batista Franco. Editorial Lugar.
- MICHEL FOUCAULT (1977)** *Historia de la Sexualidad 1. La voluntad de saber.* Siglo XXI editores.
- SPINELLI, HUGO (2010)** *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina.* Salud colectiva

BIBLIOTECA AMBULANTE “MIGUEL ABUELO”. INTERVENCIONES SOCIOCULTURALES EN SALUD EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

**Merlino, Andrea; Puente, Lorena*



El presente artículo describe el surgimiento y posterior desarrollo de la Biblioteca Ambulante y las intervenciones socio culturales en Salud llevadas adelante por dos profesionales del Servicio Social del Hospital Ramos Mejía. Desde la disciplina del Trabajo Social se toman como ejes centrales el abordaje de la salud integral y el cuidado desde la perspectiva de interrelación donde confluyen los derechos, las identidades, la lectura, la palabra poética, y la ternura, con el sentido ético y político de las intervenciones profesionales.

*** Andrea Merlino** - Graduada en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA (2004). Asesora en la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2005/2019). Trabajadora social de planta del Hospital Ramos Mejía (2013 hasta la actualidad).

Lorena Puente- Graduada en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA (2003). Trabajadora social de planta del Hospital Ramos Mejía (2010 hasta la actualidad).

CONTEXTO Y ANTECEDENTES DEL PROYECTO

A modo de inicio y como introducción transcribimos un texto de Hebe Uhart, escritora y docente argentina, quien retrata la vida hospitalaria durante su internación un tiempo antes de morir a los 81 años. Lo hace de manera literaria, pero deja vislumbrar esos mundos que habitan el hospital, muchas veces naturalizados, y que constituyen el puerto de partida de nuestro trabajo.

“Estoy internada en una sala de terapia intensiva, estoy en un sanatorio chico. Las camas están contra la pared llenas de aparatos que suenan todo el día, hay dos que dialogan, “dum, dum” y el otro contesta “Piff”. Por el pasillo central que pasa frente a mi cama, como si fuera una calle, pasa cualquier cantidad de gente: residentes colombianos, varones y chicas, kinesiólogos, radiólogos, repositorios de mercadería de hospital, psicólogos, gente de la limpieza, otros que no recuerdo. En la cocina los enfermeros pican algo con energía y yo me hago la ilusión de que pican remolacha y cebolla, vana ilusión, el ruido es a vidrio molido. Muchas veces no ponen biombo cuando un paciente está con la chata o cambiándose los pañales y una vez me pasó que estaba cambiándome el pañal sin biombo, y justo enfrente tenía a un residente colombiano utilizando la computadora, mientras una multitud pasaba por esa calle. Ese pasillo se parecía a un cuadro del Bosco donde aparece el loco de la carretilla, otro tiene un chancho atado, más allá bailan. Yo pensaba, este lugar parece en antón pirulero o “con el culo al aire y sin careta”.

“...Mucho tiempo uno pasa allí esperando. Que venga la comida, que venga la visita, que pase la hora, uno mira por décima vez la hora en el celular. Todo gira alrededor de un mundo limitado, repetido, de corto alcance. Me hace acordar ese mundo al de la sibila Cumana y el brujo Titonio, parece que pidieron a los dioses larga vida, pero se olvidaron de pedir eterna juventud. Entonces cada uno da vueltas cortas alrededor de sí mismos...”¹.

Una biblioteca, libros, mundos a disposición de una mano o una voz. Convertir la espera en un viaje, construir en alguna medida algo de salud y de identidad, reconstruirse frente a la reducción o fragmentación de un cuerpo enfermo. Dibujar otras partes, raíces y alas, anclar en otro lado.

Desde ahí surge la idea de crear la Biblioteca Ambulante “Miguel Abuelo” y sus intervenciones socioculturales en salas de espera, pasillos y salas de internación del Hospital Ramos Mejía. Sintonizando con la corriente de Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana y su propuesta de superar la oposición de los conceptos de salud y enfermedad como categorías dicotómicas para articularlos en el proceso salud/enfermedad/cuidado. Esta perspectiva asume la complejidad de las problemáticas de salud y postula la integralidad en la atención, en tanto el cuidado de la salud, excede las medidas sanitarias y la medicina, y requiere de la incorporación de otros sectores, otros saberes, actores, y otras situaciones de vida cuyo eje no es la enfermedad. Se trata de un concepto de salud descorsertado que, en tanto reclama su derecho a ser ejercido y respetado, se ensancha ampliando también la mirada a esos otros lugares menos visibles, menos reconocidos.

La perspectiva de derechos ligada a las intervenciones del Trabajo Social, el principio de interdependencia de estos derechos, acerca también la mirada a los derechos culturales, que junto con los económicos y sociales, conforman un universo permanentemente frecuentando por nuestro trabajo cotidiano. Darle lugar y voz a los derechos culturales, participar de la vida cultural, visibilizar los derechos culturales de las personas pertenecientes a las minorías, jerarquizar la identidad cultural y la memoria, forman parte también de ese concepto de salud integral individual y colectiva.

Siguiendo entonces los aspectos mencionados, como antecedentes en el año 2015 desde el Servicio Social se desarrolla una **actividad de promoción de dispositivos narrativos en ámbitos de salud**, destinada al equipo de salud. Dicha actividad se enmarca en el Proyecto **"Estrategias narrativas y salud"**, a cargo de narradoras y profesionales de la salud: Lic. Ángeles Delgado, Lic. Silvia Marceca, Lic. Lorena Puente y Lic. Amalia Vázquez.

En el año 2019 se retoman aquellos objetivos en un primer momento a través de la creación de la **biblioteca ambulante**, acercando materiales de lectura a personas internadas, tanto adultas como niños, y adolescentes. Al tiempo surge la idea de ponerle un nombre: "Miguel Abuelo", inspirado en la figura del artista.

Nos interesa resaltar las características diversas y ricas de este artista porque hacen al espíritu, a la identidad del proyecto; recuperar su frescura para volcarla en las intervenciones profesionales y aportar recursos socio culturales en el ámbito sanitario para generar un impulso reparador ante la enfermedad.

Miguel Abuelo² fue autodidacta, músico, poeta, cantor, bailarín, actor. En palabras de Andrés Calamaro: **"...Miguel era increíble, tenía mucha poesía adentro, abría la boca y salían pájaros..."**³. Exponente del rock, de la cultura popular, cuya figura combinó una historia familiar atravesada por la pobreza, la separación de su madre por su diagnóstico de tuberculosis (en el año 1946), su institucionalización en el "preventorio" Rocca, y su muerte por causas asociadas a su infección por VIH, con una riqueza artística, permanente experimentación, y una mirada de celebración de la vida.

Pinceladas, retazos de arte y salud, condiciones y experiencias de vida difíciles que conviven con la potencia del arte y la poesía, mostrando diferentes posibilidades, esos otros lugares coexistiendo siempre.

DESARROLLO E IDEAS CENTRALES DEL PROYECTO

Como se mencionó el año 2019 comienza a funcionar la **biblioteca ambulante**. Hacia finales del año 2021 (luego de la pandemia por Covid-2019) se retoma la actividad, se continúa con los préstamos de libros, y se suman las **actividades de lectura con estrategias narrativas** (por ejemplo, la utilización de recursos como Crankie Box - imágenes en movimiento mediante un instrumento con manivela -, y música). Posteriormente se arma la **biblioteca** que funciona en el Servicio Social, incluso una **"biblioteca al paso"** en el espacio de atención de la demanda espontánea.

Las actividades de lectura se realizan en diferentes espacios del Hospital, salas de internación (Clínica Médica, Traumatología, Pediatría) salas de espera de Consultorios Externos (Hematología, Oncología, Neurología) y en el parque y hall central del Hospital.

Una de las características del proyecto es la flexibilidad, que incluye el desarrollo de **intervenciones socioculturales** cuyos objetivos profesionales se enmarcan en visibilizar y sensibilizar sobre temáticas específicas. Conmemorar fechas significativas en relación a la salud, el trabajo social, la cultura y los derechos humanos. Por ejemplo, actividades durante el Mes de la Niñez y el derecho al juego, Día internacional de eliminación de las violencias contra las mujeres, Mes de Celebración del Carnaval, Día de la Memoria, Mes de la celebración de la Pachamama, Mes del respeto por la diversidad, etc. Algunas de estas actividades incluyen invitadxs: dúo de folclore y música andina, poetas y escritorxs, narradorxs. En otras de ellas se comparten textos de producción propia y obras de diferentes artistas y colectivos.

En este marco, durante las actividades apuntamos a compartir emociones y algunos conceptos que den lugar a la reflexión sobre las temáticas trabajadas a través de los textos y poesías que seleccionamos, procurando en el análisis compartido una perspectiva de género y de interseccionalidad. Desde allí promovemos y damos lugar al intercambio y a la construcción colectiva de ideas, de un texto común.

Durante las actividades también apelamos a recuperar los saberes propios que traen lxs usuarixs, desde la valoración de la identidad cultural, como bien que cada unx porta. Identidad cultural que emerge en el contexto de atención de la salud corriendo de lugar a la identidad de "paciente" otorgada por el sistema de manera monolítica.

EL ARTE COMO FRONTERA Y TERRITORIO

Como describe Hebe Uhart muchas de las personas que se encuentran internadas en el Hospital, permanecen en situación de espera, de estudios médicos, de diagnósticos, de evolución de su situación de salud, de recursos de políticas públicas o resolución de las estrategias de externación, o tal vez a la espera de que alguien de su entorno familiar o social al fin se acerque y acompañe. Otras transitan el proceso de atención de su salud y el afrontamiento de situaciones de salud complejas, con el impacto subjetivo propio de este proceso. Permanecen muchas veces en una frontera difusa que puede encontrar un punto de encuentro en esa otra frontera del arte.

Graciela Montes (1999) expresa que el arte y la cultura son marcas humanas instaladas en una frontera indómita, que no pertenece al adentro, a lo puramente subjetivo ni al afuera, lo real o mundo objetivo. Se trata de un territorio necesario y saludable.

El préstamo de libros y la lectura de textos se ofrecen como herramientas para un tránsito más grato, enriquecedor y tendiente a la salud. Una manera de recuperar los propios recursos subjetivos e incorporar nuevos aportes culturales y emocionales. Las situaciones

de espera en la vida hospitalaria generan incertidumbre y, en algunas ocasiones, el arte puede representar una herramienta para construir ese territorio saludable donde hacer pie.

Asimismo, consideramos que implementar una propuesta de acceso al arte, a la belleza, en el marco de una lógica institucional totalizadora es un objetivo en sí mismo. Coincidimos con Alicia Barberis (2013) quien sostiene que todo tipo de arte tiene un fin en sí mismo, el de provocar placer. Es una herramienta de formación integral del ser humano que mantiene encendido el fuego ancestral y la memoria, como posibilidad de conservar la condición humana.

SONIDOS QUE VIAJAN

Dentro de las intervenciones culturales, llevamos adelante la actividad **“Sonidos de las comunidades que transitan en el Hospital”**, en el hall central y en el parque del Hospital. Consiste en recepcionar a las personas que concurren a atender su salud con sonidos que le son propios, que conectan con su tierra, su historia, y que de alguna manera acompañan en un sistema de salud muchas veces ajeno, impersonal, y humanamente distante. Se recupera, comparte, música y texto de artistas de las diferentes culturas y colectividades presentes en el hospital, por ejemplo, de Venezuela, Perú, Regiones del Norte y Litoral de la Argentina, etc.

El diálogo intercultural y los derechos de las personas migrantes son marcos de referencia en nuestra intervención profesional. Por ello en el proceso de atención de la salud atenuar el impacto que pueden experimentar las personas alejándose de su familia, cultura y lugares de origen forma parte nuestra propuesta de trabajo. Las migraciones pueden generar estrés, inestabilidad emocional y padecimiento mental. Acercar música y poesía relacionadas con la identidad de cada unx, implica acercar una herramienta de mediación entre el mundo personal y la nueva realidad de esa persona migrante usuarix del sistema de salud.

Retomamos lo señalado por Michele Petit (2001), un problema de salud complejizado y atravesado por la ruptura del lazo social puede sumergir a las personas en una gran soledad. Por lo tanto, la circulación de la palabra es de por sí saludable. El acceso a los libros, las narraciones, la música y la poesía son caminos de palabras y posibles encuentros. Las actividades de la biblioteca apuntan a "reunir" a aquellos que permanecen y/o transitan por la institución, compartir la palabra poética y acercar otra forma de mirar el mundo.

NUEVOS LUGARES

La biblioteca se ha establecido como una alternativa a la que recurren también otrxs profesionales del equipo de salud, especialmente del área de Salud Mental. Del mismo modo abre la posibilidad de alojar a personas usuarias de ese Servicio, ofreciendo estrategias de acompañamiento durante su tránsito por el Hospital. Es el caso de adolescentes internadas por salud mental, quienes han frecuentado la biblioteca durante

su internación, participando de actividades, así como colaborando con tareas de clasificación de libros.

Así, este tipo de estrategias de abordaje redonda también en un impacto positivo en la subjetividad de las profesionales dado que se abre una posibilidad de recrear el rol profesional trabajando nuevas dimensiones vinculadas a la creatividad y la cultura.

Nuevos lugares se inauguran, para el Servicio Social, para las profesionales, para el resto del equipo de salud, y para lxs usuarixs quienes encuentran dentro de la institución otros espacios e identidades en el proceso de atención de su salud.

REFLEXIONES FINALES

En un contexto donde, en palabras de Rita Segato, la vida se ha vuelto inmensamente precaria, donde asistimos a una indefensión generalizada, y en este escenario la crueldad y sus contra-pedagogías adquieren protagonismo, solamente un mundo vincular y comunitario pone límites a la cosificación de la vida. Desde el Servicio Social y la Biblioteca Ambulante apostamos a tender ese puente vincular y por qué no comunitario en los procesos de atención en el hospital.

Desde nuestro rol profesional, valorizamos y apostamos a los recursos culturales y creativos porque estamos convencidas de que representan una condición y una posibilidad de fomentar el lazo social. En el sistema de salud estas herramientas permiten elaborar estrategias saludables de integración frente al impacto desestructurante que suele traer la enfermedad.

Proponemos que allí donde opera el **“desamparo como falla del lazo”**, se instale la ternura como función mediadora, como contrapedagogía del desamparo. Ulloa (1988) define a la ternura como una instancia psíquica fundadora de la condición humana, el primer elemento que hace del sujeto, sujeto social. Sostiene que uno de los orígenes, el inicial, de la crueldad es el fracaso del primer amparo al que todos estamos destinados: la ternura.

Así como Ulloa ubica a la ternura entonces como contrapedagogía del desamparo, las mediaciones de lecturas, la palabra poética, intentan ofrecer un lazo, **“un paraguas frente a la intemperie”** en el universo de la atención de la salud.

Como trabajadoras sociales del ámbito de la salud pública, en un contexto de restricción de derechos, de descrédito de la función indispensable del Estado como instancia generadora y garante de la igualdad de oportunidades, sostener la ternura, la poesía, las palabras dedicadas y compartidas, significa sostener una mirada ética y política presente en el día a día de nuestro trabajo y quehacer profesional. Esto sin que dicha mirada pierda una lectura crítica de la coyuntura política, el sistema de salud, las políticas públicas, y su impacto en las condiciones laborales y de vida, que también está incluida en la propuesta de la Biblioteca Ambulante y sus intervenciones culturales.



NOTAS

1. <https://www.pagina12.com.ar/149916-yendo-de-la-cama-a-casa>
Uhart, H. 22/10/2018.
2. "Lideró Los Abuelos de la Nada y nos regaló desde el escenario performances cargadas de rebeldía. Un poco payaso, un poco drag queen, un poco queer y sin miedo a explorar la feminidad. (...) A finales de los 80's, en el pico de su carrera, Miguel recibió su diagnóstico positivo del VIH y, al principio, los médicos decidieron ocultárselo vulnerando sus derechos. Luego de su muerte, el 26 de marzo de 1988, se convirtió en un símbolo de la respuesta al VIH".
<https://www.instagram.com/fundhuesped/reel/C40UfkVII2n/>
22/03/2024
3. <https://www.instagram.com/aquiculturaok/reel/C4yvnyMOGRI/>
21/03/2024

BIBLIOGRAFÍA

- DEVETACH, L. (2012)** *La construcción del camino lector*. Comunicarte Editorial. Córdoba.
- BARBERIS, A. (2013)** *Viaje hacia los cuentos. El arte de contar cuentos a los niños*. Ediciones Colihue, Ciudad de Buenos Aires.
- MONTES, G. (1999)** *La frontera indómita. En torno a la construcción y defensa del espacio poético*. Fondo de Cultura Económica.
- PETIT, M. (2001)** *Lecturas: del espacio íntimo al espacio público*. Fondo de Cultura Económica.
- PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LECTURAS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA AMBULATORIO INICIADO EN 1998 POR EQUIPO DEL HOSPITAL TORNÚ (2013)**. *Proyecto "Estrategias narrativas y salud" desarrollado en el marco del Hospital Ramos Mejía (2015)*. Pág. 34 y 35.
- SEGATO, R. (2018)**. *Contra- pedagogías de la crueldad*. Editorial Prometeo libros. Buenos Aires.
- CARBÓN, LUCILA MAITÉ Y MARTÍNEZ LISS, MARIANA (2019)**. *La ternura como contra- pedagogía del desamparo. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- ULLOA, F. (SEPTIEMBRE DE 1988)**. *La ternura como contraste y denuncia del horror represivo*. Conferencia llevada a cabo en las Jornadas de reflexión de Abuelas de Plaza de Mayo, Buenos Aires.

DESAFÍOS DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL EN ÉPOCAS DE EXCEPCIÓN

**Onofrio, Agustina*



Como trabajadora social de un hospital especializado en salud mental, día a día la práctica se encuentra atravesada por escenarios de extrema vulnerabilidad, donde la materialización de la decisión del Estado de alejarse de la vida de su pueblo se traduce en elevados niveles de pobreza y marginalidad, condiciones in-habitacionales, precarización y exclusión laboral, y la consecuente ruptura de los lazos sociales. Visualizamos la determinación social de la salud en su máxima expresión. Es decir, los factores sociales no como sumatoria de ítem a considerar; la determinación social como eje intrínseco de la construcción de la salud mental.

* **Agustina Onofrio**- Licenciada en Trabajo Social (UBA). Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). agustinaonofrio@hotmail.com

En este marco, la propuesta de este artículo radica en analizar nuestra práctica a través del rol del Estado y las políticas públicas a fin de caracterizar, no solo la actualidad del campo de la salud, sino también describir las particularidades con las que nos encontramos quienes nos insertamos específicamente en la salud mental. El desafío del texto es no quedarse en el plano enunciativo; las salidas, alternativas y propuestas a la época aparecerán inscriptos en todo el recorrido.

EL ESTADO Y EL SISTEMA DE SALUD EN LA COYUNTURA ACTUAL

Ser trabajadores/as estatales durante modelos políticos y económicos de empobrecimiento de las mayorías nos pone en absoluta confrontación con nuestro rol. Quienes formamos parte de organismos e instituciones del Estado, observamos la injusticia producida por el mismo Estado que nos contrata. Quienes nos desempeñamos en el campo de la salud no estamos exentos de esto. Poder ubicar desde dónde partimos nos guiará a las alternativas necesarias no solo para la comprensión de la coyuntura sino también para la construcción de la alternativa necesaria.

Un primer aspecto a considerar es la caracterización del sistema de salud. Según Basile, ***“el propio sistema de salud es en sí mismo un condicionante social que muchas veces es desatendido y olvidado como proceso mediador de la determinación de la salud de las sociedades”*** (2020:7). Podemos ampliar esta definición incorporando los aportes de Brehil en relación a la noción de determinación social. Ésta es descripta como red compleja de aspectos y como ***“herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, enfermar y morir.”*** (2013:14) La invitación que realiza este autor es a comprender que la salud y la enfermedad son hechos no solamente biológicos sino sobre todo sociales, introduciendo aquí la noción de subsunción.

Siguiendo con esta línea, es necesario realizar una comprensión del sistema de salud desde una lógica dialéctica; posicionarse en el interjuego de lo general (la sociedad, los modos de producción), lo particular (la comunidad: los modos de vida) y lo individual (el individuo: los estilos de vida). La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general.

Desde el pensamiento crítico latinoamericano se sostiene que ***“los sistemas de salud son construcciones históricas fruto de las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas condensadas en la institucionalidad sanitaria de una esfera pública ampliada (estatal y no estatal)”*** (Basile, 2020:9). Otro aporte radica en que ***“los sistemas de salud son bienes públicos, comunes y colectivos expresados en diversas esferas públicas de territorios, territorialidades y espacios sociales de la salud y la vida en sociedad. No son sólo materializaciones de servicios establecimientos (hospitales y centros sanitarios) y tecnología positiva.”*** (Basile, 2020: 9). Partir de ubicar las inscripciones del campo de la salud nos facilitará la posibilidad de profundización en aspectos pragmáticos del análisis.

POLÍTICAS PÚBLICAS E IN-DIGNIDAD

Como marco general de nuestras intervenciones en el contexto actual es importante poder describir las condiciones de vulnerabilidad social; con esta noción Robert Castel (1997) está haciendo referencia a una zona intermedia entre la inclusión y la desafiliación, inestable, que conjuga la precariedad laboral y la fragilidad de los lazos sociales. Desde esta óptica, las acciones tenderán, incorporando la perspectiva de género, a problematizar las políticas que brindan solamente a subsistencia de la población, elaborar estrategias que brinden acceso a esos derechos vulnerados y sean apropiadas por las poblaciones en las que intervenimos. Retomar este análisis de las políticas así como también problematizar las condiciones de vulnerabilidad lleva a retomar que, según Daniel Fränkel (2008), en la actualidad la dimensión dominante de la biopolítica es la eugenesia social en relación a cómo se establece la intervención pública sobre los cuerpos y los sujetos. Revisar estos enunciados invita a pensar en el aforismo de **"hacer vivir/dejar morir en vida" el cual "se trata de una gestión de la vida concebida para estirar y prolongar la vida y al mismo tiempo administrar y someter a la poblaciones al a-bandono e indignidad de vivir en la forma de excepción permanente"** (Fränkel, 2008: 247) Siguiendo esta lógica, la eugenesia social **"representa la violencia del poder de estos tiempos y se manifiesta por el a-bandono colectivo a condiciones mínimas de subsistencia. El poder obtura, en el nivel colectivo, las subjetividades sometiendo a las poblaciones a una vida in-digna de ser vivida"**. (Fränkel, 2008: 247) Este mismo autor, postula que se establecen separaciones entre quienes disponen de recursos y quienes no los poseen, siendo éstos últimos las **"mayorías atrapadas: desempleados, marginados, suicidas, solos, pobres, asistidos, no asistidos, desamparados, indigentes, migrantes, asalariados, locos, los sectores medios con dificultades de ascenso social"** (Fränkel, 2015: 107). Si a estas mayorías las atravesamos por la variable del género, la clase y la edad, se reflejará aún de manera más contundente las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran amplios sectores de la población. En consecuencia, lxs sujetxs son despojadx de su singularidad y su subjetividad sosteniendo la vida en los límites y en estado de supervivencia. Considero que la importancia de poder integrar estos conceptos, tanto en el nivel preventivo como en el de la asistencia, no sólo interpela a las políticas públicas y enriquece las prácticas sino también tiene como fin repensar y problematizar las condiciones de amplios sectores de la población en situación de vulnerabilidad social.

EL TRABAJO SOCIAL EN LA ERA DEL ABANDONO

El recorrido trazado hasta aquí deja un abanico teórico a través del cual poder pensar e intervenir en el escenario actual. Llevándolo al campo de la salud mental podemos apreciar la manera en que los padecimientos se encuentran subsumidos a las determinaciones sociales. ¿Es posible para una persona sostener un tratamiento ambulatorio en salud mental estando en situación de calle? ¿Qué niveles de sufrimiento se atraviesan durante el desempleo y la precarización laboral? ¿Cómo afronta la sociedad los recursos económicos insuficientes? ¿Cuáles son los circuitos que se deben realizar para "demostrar la pobreza" que conlleva acceder a recursos estatales escasos? ¿Cuál es la dignidad de las políticas públicas actuales?.

Todas estas y más preguntas son las que aparecen y atraviesan nuestra labor cotidiana como trabajadores/as sociales. Podemos ubicar que la respuesta que podría englobar todos estos interrogantes radica en recuperar el Estado y su consecuente ejercicio de representar a las grandes mayorías de nuestro pueblo a través de la distribución de la riqueza y la ejecución de políticas públicas que amplíen derechos y garanticen la dignidad de los argentinos/as.

Mientras se avanza en ese camino también son necesarias acciones que nos posibiliten las resistencias y alternativas necesarias en este escenario. Radica aquí la importancia del abordaje comunitario en pos de reforzar los espacios colectivos así como también restituir los derechos vulnerados, incorporando la promoción y prevención. Para prevenir es necesario poder caracterizar la población en la que intervenimos, evaluar aquellos elementos que generan mayores condiciones de vulnerabilidad y brindar construir o re-construir las herramientas necesarias para enfrentar y transformar esas situaciones. Adquiere aquí central importancia poder indagar acerca de las trayectorias vitales –tanto individuales como colectivas- y ponerlos en tensión con el contexto socioeconómico. En tiempos de disolución del lazo y avance del individualismo, una de las tareas es trabajar sobre la reconstrucción del lazo social como necesaria forma de organización de las comunidades.

Para poder llevar a cabo estas acciones también debemos poder trabajar articuladamente al interior del sistema de salud, partiendo la necesidad de reconocer las problemáticas sociales como transversales a los niveles de atención. Encontramos aquí un obstáculo; según Mario Rovere, **"el sistema de salud en la Argentina es fragmentado, pero tan fragmentado como la sociedad que lo contiene"** (2004:9); enunciado que invita a abordar estas situaciones en dos direcciones. Por un lado, al interior del sistema de salud, estableciendo acciones que disminuyan esa fragmentación y generen mecanismos de articulación y comunicación –tanto entre los diferentes niveles como dentro de las mismas instituciones - y, por otro lado, delimitar estrategias tendientes a superar la fragmentación social entendiendo que ésta es una **"estrategia del poder dominante y la sociedad fragmentada es la situación de gran parte de la población, que no sólo está alejada del poder sino afectada en su propia capacidad de constituirse en mayoría con aspiraciones a lograr la hegemonía política."** (Binder, 1991: 220) La clave para superar esta fragmentación, el autor planea a través de un número de acciones que tienen como fin generar espacios de resistencia que se sustenten en instancias colectivas. De igual manera, aparece como necesario la importancia de crear redes de servicios que operen de manera intersectorial que articulen de manera directa con las instancias comunitarias y las estrategias establecidas por los diferentes grupos sociales, como forma de asumir el abordaje comunitario de las problemáticas sociales reconociendo la complejidad en la que se presentan éstas e incorporando las diversas perspectivas y posiciones ético-políticas enunciadas.

CONCLUSIÓN

Para finalizar, es necesario poder retomar algunas de las cuestiones centrales que se han abordado a lo largo del presente escrito. Podemos esgrimir una primera respuesta que engloba varios de los interrogantes que se esbozaron. Lo imperativo es la recuperación del gobierno y del Estado y el ejercicio de representar a las grandes mayorías de nuestro pueblo a través de la distribución de la riqueza y la ejecución de políticas públicas que amplíen derechos y garanticen la dignidad de los/as argentinos/as.

Siguiendo en esta línea, reforzar el vínculo entre el rol del Estado, las políticas públicas y las implicancias de las determinaciones sociales como forma de considerar que nuestra labor requiere de la intervención articulada y organizada de múltiples actores y sectores.

Asimismo, también queda cristalizada la necesidad de políticas públicas que garanticen los derechos sociales, económicos y culturales de la población que sean pertinentes como líneas de acción ante las situaciones de vulnerabilidad social de amplios sectores de la población y generen restitución y accesibilidad real a los derechos humanos. Además, se evidencia la necesidad de establecer políticas de salud y de salud mental que integren las problemáticas sociales desde la perspectiva de la promoción y prevención de la salud. Cabría agregar que de la mano con esto se encuentra la necesidad de programas y acciones concretas que materialicen esos derechos.

En tanto al campo de la salud, invitar a los profesionales a asumir responsabilidades y establecer compromisos acerca del momento político-económico que atravesamos. Para ello es necesario reconocer que las situaciones problemáticas actuales son transversales a los diferentes campos y que nos interpelan en nuestras prácticas. Resulta primordial reconocer la complejidad de las problemáticas sociales sobre las que intervenimos y la versatilidad en las que éstas se presentan.

Desde esta perspectiva, será condición sustancial reflexionar y accionar en torno a las problemáticas sociales actuales no sólo en relación con la asistencia -ante la vigilancia permanente de no caer en asistencialismo- sino, principalmente, contribuyendo a las discusiones teóricas y éticos-políticas. Esos aportes necesariamente van a generar consecuencias en la integralidad de nuestras intervenciones profesionales





DESAFÍOS DE DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL EN EPOCAS DE EXCEPCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

BASILE, G. (2020). *“Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe”*. Colección de los “Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano” N73, Buenos Aires.

BINDER, A. (1991). *La Sociedad Fragmentada*. En Rovere, M: Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad. Rosario, Instituto de la Salud Juan Lazarte y Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Grafic Arte, Enero 2000.

BREILH J.(2013) *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

CASTEL, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

FRÄNKEL, D (2008). *Salud Colectiva. Los presupuestos eugenésicos de la nueva medicalización de la vida. En Eugenesia Social en tiempos del genoma: intervenciones totalitarias del poder*. Revista Argumento, curso de Psicología de la Pontificia Universidad Católica do Paraná- Brasil (54), julio-septiembre 2008.

FRÄNKEL, D (2015). *Eugenesia Social. Configuraciones del poder en tiempos de muerte en vida*. Córdoba: El Ágora

ROVERE, M (2004). *La salud en Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto*. Esquina del Sur, mayo 2004.

Recuperado de:

http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf

EL TRABAJO SOCIAL EN LAS OBRAS SOCIALES SINDICALES

**Colmenero, Mariela; Freggiaro, María Florencia; Prol, María Laura*



Durante el año 2023, el equipo de Coordinación de Trabajo Social de la Obra Social del Personal de la Construcción llevó a cabo el proyecto de investigación: **"La inserción del Trabajo Social en el campo de las obras sociales sindicales: estudio exploratorio dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires"**.

La mencionada investigación ha tenido como finalidad establecer un primer acercamiento al escenario de inserción del Trabajo Social dentro del campo de las obras sociales sindicales. Asimismo, se ha propuesto visibilizar la existencia y características de otros campos de inserción para el Trabajo Social como disciplina más allá de la esfera estatal.

Este artículo propone socializar los resultados obtenidos de la presente investigación y compartir las reflexiones generadas a partir de los mismos

* **Mariela Colmenero** - Licenciada en Trabajo Social, UBA. Integrante del Equipo de Coordinación de Trabajo Social en la Obra Social del Personal de la Construcción (OSPECON). Integrante del Servicio Social de Planta Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Egresada de la Residencia PRIM Lanús (2011).

María Florencia Freggiaro - Licenciada en Trabajo Social, UNC. Integrante del equipo de Coordinación de Trabajo Social en la Obra Social del Personal de la Construcción y jefa del Servicio Social, Sanatorio Franchin (OSPECON). Integrante de la Guardia de salud mental del HNRG.

María Laura Prol - Licenciada en Trabajo Social, USAL. Integrante del Equipo de Coordinación de Trabajo Social del Personal de la Construcción (OSPECON).

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social es una disciplina fundamental en la promoción del bienestar social y la inclusión de los sectores más vulnerables de la sociedad. Podría afirmarse que la mayor parte de la inserción profesional se despliega dentro del campo estatal.

No obstante, dada la complejidad de las problemáticas sanitarias del país, la presencia del Trabajo Social resulta relevante y necesaria para el ámbito de la seguridad social. Independientemente del ámbito en el cual las personas transiten su proceso salud-enfermedad- atención, la perspectiva del Trabajo Social aporta herramientas fundamentales para el abordaje integral de las problemáticas de salud.

El equipo investigador ha venido trabajando en la Obra Social del Personal de la Construcción desde el año 2010, acompañando desde una función de coordinación y supervisión la inserción profesional de Trabajo Social en los distintos centros de atención primaria de la institución dentro de AMBA. En los últimos años ha ampliado su injerencia, sumando dentro de su órbita los centros de atención primaria del interior del país y el Servicio Social del Sanatorio Franchin (efector propio de la Obra Social).

A partir del recorrido profesional desplegado en este ámbito, surge la inquietud de conocer otras experiencias de inserción del Trabajo Social dentro del campo de las obras sociales sindicales. En este sentido, se inicia una búsqueda bibliográfica en relación con la temática, donde se observa la ausencia de sistematización respecto a las funciones del Trabajo Social dentro del subsector de la seguridad social.

MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

El presente trabajo de investigación se enmarca en el campo¹ de la salud de la República Argentina. Se considera importante desarrollar algunas conceptualizaciones teóricas al respecto.

En principio, es menester definir la concepción de salud a la cual se adscribe, entendiendo a la misma como ***“un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana”*** (Ministerio de Salud de Perú, 2011).

SISTEMA DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

En la República Argentina, la provisión de servicios de salud está cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Esta conformación especial del sector imprime al área de la salud una lógica peculiar, ya que implica la coexistencia (a veces desarticulada) de cada subsistema, los cuales difieren en su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

El subsector de la seguridad social se constituyó, en sus orígenes, como un seguro social para proteger a las personas que trabajan (y a sus familiares directos) cuyo aporte se realizaba con contribuciones de los sectores empleador y empleado (Ley N°23660).

Cabe mencionar que la particularidad del escenario laboral de la Argentina genera movilidad de la población usuaria y profesional entre los tres subsectores. Es por esto que, a la hora de pensar la inserción del Trabajo Social en el sistema de salud, es necesario ampliar la mirada más allá del sistema estatal. En este sentido, el trabajo de investigación que se presenta propone ir pesquizando los recorridos que el colectivo profesional ha ido haciendo en el subsector de las obras sociales sindicales.

En relación a este último punto y a la bibliografía hallada con respecto a la intervención del trabajo social en el subsector de la seguridad social, solo se han encontrado dos artículos². No obstante, existe vasta bibliografía en relación a la salud como campo de intervención profesional para el Trabajo Social.

En este punto se puede decir que, desde el campo profesional en salud, se interviene ante la presencia de una persona, grupo o comunidad, que demanden su accionar, frente a una situación vivida como problemática, se entiende por esta a todo lo que constituye la realidad para el sujeto, o sea, el conjunto estructurado de elementos, hechos, relaciones y condiciones en un tiempo y espacio determinado (Kisnerman, 1990).

El rol del Trabajo Social en salud en el ámbito estatal a lo largo del país se define con un perfil específico de intervención. Se diseña sobre todo mediante espacios de formación (como los programas de Residencias y Concurrencias) y/o la aplicación de programas y distintas políticas públicas. No sucede lo mismo en los otros subsectores, donde el rol profesional queda sujeto a la definición (implícita o explícita) de cada institución.

¿CÓMO SE INSERTA EL TRABAJO SOCIAL EN EL SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES?

A partir de este interrogante se decide diseñar un proyecto de investigación, exploratorio y de carácter cualitativo con el objetivo de analizar los procesos y desafíos que enfrenta Trabajo Social en el ámbito de las obras sociales en el AMBA. Se pretendió obtener una comprensión detallada de las experiencias, perspectivas y estrategias utilizadas por el colectivo profesional para insertarse y desarrollarse en este contexto. Además, se apuntó a conocer los modos de trabajo en las diferentes obras sociales.

Se decidió comenzar la investigación tomando como hipótesis que el desempeño profesional en este campo era heterogéneo.

A PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Tal como se explicita en la pregunta problema, y haciendo un recorte que favorezca a la viabilidad de este trabajo, se elaboró una muestra tomando los siguientes parámetros:

- Obras sociales sindicales con mayor cantidad de personas afiliadas, tomando este indicador como elemento que dé cuenta de una mayor estructura institucional.

- Con injerencia en el Área Metropolitana de Buenos Aires-AMBA, en principio por ser el área de mayor alcance del equipo investigador, y teniendo en cuenta su magnitud.
- Con efectores (de cualquier nivel de atención) propios: se toma este recorte entendiendo que dichos efectores forman parte de una política de cada obra social y actúan bajo su responsabilidad.

Habiendo definido la muestra, ésta abarcó un total de 15 obras sociales, obteniendo respuesta en el 66,6 % de los casos (correspondientes a 7 obras sociales). De este porcentaje, se ha podido mantener entrevista con el 71,4% de las mismas.

- 70% de las obras sociales que respondieron contaban con Trabajo Social en sus equipos.
- El 80% de las obras sociales que no respondieron también contarían con Trabajo Social. Este último dato se obtuvo en el primer contacto con las obras sociales.

Se definió como unidad de análisis a referentes de las distintas obras sociales. Durante el proceso de entrevistas las mismas fueron realizadas a los equipos técnicos donde se inserta Trabajo Social.

OBSTÁCULOS Y FACILITADORES EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Con relación a los **obstáculos** pueden mencionarse:

- **Burocratización.** Cada obra social dispuso de diferentes requisitos para brindar una respuesta favorable o no para participar de la investigación.
- **Falta de accesibilidad a la información.** En algunas páginas de internet oficiales de las obras sociales no se mencionaba al Trabajo Social. Asimismo, integrantes de algunas obras sociales desconocían la figura de Trabajo Social dentro de sus equipos.
- **Escasa/nula información a través de los Consejos Profesionales de Trabajo Social.** Muchos Consejos Profesionales no respondieron a nuestra solicitud de contactos y otros no contaban con información suficiente ni sistematizada para la investigación.

Sobre los **facilitadores** destacamos el papel de los contactos informales, ya que varias entrevistas se lograron a través de redes personales.

RESULTADOS

A partir de la información recabada en las entrevistas mantenidas con las 5 obras sociales que accedieron a las mismas se obtuvieron los siguientes resultados:

- 1) **Efectores propios de salud:** Todas las obras sociales entrevistadas tenían centros médicos propios, aunque con diferentes modalidades de atención, como ser: policonsultorios, centros de atención primaria o consultorios externos. Además 3 de ellas contaban con Segundo Nivel de Atención (Sanatorios/policlínicos).

2) Equipos-áreas de dependencia: En cuanto a la cantidad de Trabajadores Sociales que integraban los equipos, en dos casos la cantidad de profesionales se encontraba entre 1-3; en un caso entre 4-6 profesionales y en dos obras sociales más de 6 profesionales.

Cabe destacar que la inserción de Trabajo Social dentro de cada una de las obras sociales se realizaba en distintas áreas, con diferentes dependencias (área administrativa, profesionales de la salud, profesionales de Trabajo Social) y variadas funciones. Se observó además que la cantidad de profesionales dentro de las organizaciones no siempre constituían un equipo de trabajo.

Otro punto para considerar es el espacio físico donde desarrollaban sus actividades, ya que en algunos casos se insertan en sanatorios/centros médicos propios y en otros, en áreas administrativas donde la accesibilidad de la población beneficiaria al servicio resultaba dificultosa.

Con relación a la antigüedad de la figura de Trabajo Social dentro de las organizaciones entrevistadas, en todas ellas data de más de 10 años.

3) Temáticas de intervención: La intervención de Trabajo Social dentro de las obras sociales abarca diversas problemáticas socioeconómicas y sanitarias. A los fines de trazar similitudes y diferencias en los perfiles profesionales dentro de cada una de las obras sociales, se indagó en relación a problemáticas prevalentes en la inserción profesional. Para el análisis comparativo se agruparon las temáticas dentro de categorías predefinidas habiéndose obtenido los siguientes resultados:

- En todas las obras sociales entrevistadas, Trabajo Social abordaba problemáticas de adicciones / consumos problemáticos.
- En 4 de las 5 organizaciones realizaban tareas vinculadas con salud mental, discapacidad y violencia de género.
- En 2 de 5 con situaciones de vulneración de los derechos de infancias y adolescencias y con enfermedades crónicas.
- En una sola de las obras sociales entrevistadas se planteó la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Aunque se detecta coincidencia en las temáticas abordadas por Trabajo Social, los relatos evidenciaban diferencias con respecto a cómo se abordaban.

4) Tareas de Trabajo Social: En las entrevistas se indagó sobre las actividades que realiza el Trabajo Social dentro de las obras sociales. La información proporcionada se agrupó en categorías para una mejor comprensión lo que no implica uniformidad en las formas en las que se desarrollaban las mismas.

- **Orientación a familias:** En las 5 obras sociales entrevistadas se realizaba esta actividad. Ya sea a través de interconsultas, demanda espontánea, en el marco de un programa o una tarea específica. La orientación brindada abarcaba desde trámites propios de la obra social o de otros organismos hasta estrategias de organización familiar dentro de un intercambio de información entre profesionales y familias en pos de un beneficio en la atención de salud.
- **Atención ante interconsultas:** Tanto del equipo de salud como de actores externos. En 4 obras sociales se evaluaban situaciones familiares a partir de interconsultas de diferentes integrantes del equipo de salud, ya sea de primer nivel de atención, consultorios externos, internación, prestadores, u otras áreas de la obra social.
- **Atención de la demanda espontánea:** en esta categoría están las actividades de atención a la población beneficiaria en las que la misma se presentaba espontáneamente al espacio de Trabajo Social sin ser citados. Por lo general esta demanda se vinculaba con cuestiones de índole administrativa basadas en el imaginario de la figura de la disciplina. En 4 de las 5 obras sociales se realiza este tipo de actividad.
- **Realización de informes por ampliación de cobertura en medicación:** En 3 de las obras sociales Trabajo Social los realizaba, dando cuenta de la situación económica de las familias, que solicitaban un mayor porcentaje de cobertura en la medicación.
- **Presentación de informes a organismos externos:** En 3 obras sociales Trabajo Social elaboraba informes sociales para presentar en organismos, ya sea de índole judicial, de educación, de protección de derechos de infancias o de otras esferas por fuera de la organización.
- **Evaluaciones de salud mental y consumos problemáticos:** En 2 obras sociales mencionaron realizar estas evaluaciones, en otras esta actividad era realizada por otras áreas de la organización o prestadores.
- **Relevamiento de prestadores:** En 2 obras sociales Trabajo Social tomaba contacto y relevaba prestadores (generalmente de salud mental, discapacidad y consumos problemáticos) nuevos y existentes, para evaluar las condiciones de las prestaciones brindadas, su calidad o para consultar disponibilidad si es necesario solicitar el servicio.
- **Visitas domiciliarias:** En tres de las obras sociales manifestaron realizar visitas domiciliarias a pedido de otras áreas para conocer las condiciones habitacionales de las familias o ampliar evaluaciones familiares. Por lo general, estas solicitudes eran para contar con información suficiente para autorizar prestaciones.
- **Actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades:** En 1 de las obras sociales Trabajo Social realizaban la mencionada actividad. En dos aclararon que las realizaban personal vinculado al área gremial.

CONCLUSIONES

Luego de realizada esta investigación y de la información recabada que permite una primera aproximación a la temática se reafirma la hipótesis planteada y se procede a responder la pregunta base del problema a investigar: **¿Cómo se inserta el Trabajo Social en el subsector de la seguridad social (obras sociales sindicales) en el Área Metropolitana de Buenos Aires?**

El Trabajo Social se inserta en cada obra social de una manera diferente. Si bien se encuentran similitudes entre algunas obras sociales con respecto a las temáticas que abordan o funciones, no es lo más frecuente. Las funciones profesionales se encuentran atravesadas por diferentes variables como el área de trabajo del que dependen; el compromiso de la organización con ciertas temáticas; los procedimientos administrativos de la obra social; el conocimiento de las funciones que podría cumplir la disciplina; la visión de las personas con cargos superiores; el espacio físico que se le otorga; entre otras.

Cabe mencionar también que durante la investigación se ha podido observar cierta **“soledad en la tarea”** que se genera a partir de cumplir funciones aisladas. A pesar de trabajar en red y estar en comunicación con otros equipos, no integran verdaderos equipos interdisciplinarios y en varias ocasiones tampoco conforman equipos con colegas, siendo una tarea unipersonal.

En consonancia con esto último también se ha detectado cierta **“invisibilización”** de la figura del trabajador social a partir de falta de carteles indicadores en los espacios de trabajo, desconocimiento por parte de miembros de la organización al consultar si había Trabajo Social o como poder tomar contacto y escasa información en redes sociales a diferencia de otras disciplinas que integran y prestan servicios en la obra social.

Luego de finalizada la investigación y habiendo llegado a las conclusiones mencionadas, surgen los siguientes interrogantes que nos desafían a continuar reflexionando y explorando:

¿Existe autonomía en la definición del rol profesional? Es decir, a pesar de las características de cada obra social, ¿podrían definirse tareas, funciones y temáticas que necesariamente debería abordar Trabajo Social? ¿Existen lógicas de trabajo del sistema público de salud o del privado que podrían ser traspasables al sistema de la seguridad social?

En otra arista de análisis... ¿De qué forma se relaciona la presencia de efectores propios con la inclusión de Trabajo Social? ¿Cómo y quién determina el rol en aquellos casos en los que no se cuenta con efectores propios?

Por último... ¿Existe alguna influencia del sindicato en el rol que se le otorga a Trabajo Social? ¿Existen funciones superpuestas? ¿Cómo funciona el binomio sindicato-obra social y cómo influye en la definición del rol de Trabajo Social? ¿Acaso la estructura de la organización define el rol? ¿Este rol está definido o se va modificando de acuerdo con el momento histórico de la organización?

Sin duda son disparadores para seguir construyendo y realizando aportes al colectivo profesional.



NOTAS

1. **Bourdieu** define el concepto de campo como un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, en la lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital eficiente en él. Este espacio se caracteriza por relaciones de alianza entre los miembros, en una búsqueda por obtener mayor beneficio e imponer como legítimo aquello que los define como grupo; así como por la confrontación de grupos y sujetos en la búsqueda por mejorar posiciones o excluir grupos. (Sánchez Dromundo, R. 2007)

2. MANTEIGA DE RODRIGUEZ, M. (1987) y TROTA, I- HOLGADO, V (2021)

BIBLIOGRAFÍA

KISNERMAN, NATALIO. (1990). *Salud Pública y Trabajo Social*. Buenos Aires. Editorial Humanitas.

MANTEIGA DE RODRIGUEZ, MARÍA ISABEL DEL CARMEN (1987), "Función del Trabajo Social en las obras sociales". . Publicado en Anales No. 28 - Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

PERÚ, MINISTERIO DE SALUD. (2011). *Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad*. Ministerio de Salud. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11537/27929>

SÁNCHEZ DROMUNDO, R (2007). *La teoría de los campos de Bourdieu, como esquema teórico de análisis del proceso de graduación en posgrado*. Revista Electrónica de investigación educativa. Vol. 9 Nro. 1.

TROTA, I; HOLGADO, V. (2021), "El trabajador social en el ámbito de la seguridad social. Experiencias en el campo de la discapacidad y de la salud en la provincia de Córdoba" - Primer Congreso Latinoamericano de Trabajo Social de la UNVM. VII Jornadas Regionales de Trabajo Soc. IAPCS-UNVM, Villa María.

Publicado en: <https://n2t.net/ark:/13683/exNH/uRm>

Obras sociales, Ley N°23660 (1989), Congreso de la Nación Argentina.

EL TRABAJO SOCIAL EN ESCENARIOS DE CRISIS SOCIAL POSPANDEMIA Y LAS ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN EN TELESALUD PARA EL ABORDAJE DE ENFERMEDADES DE ALTA COMPLEJIDAD PEDIÁTRICA: EL MODELO DEL HOSPITAL GARRAHAN.

**Tozaroni, María Gabriela*



INTRODUCCIÓN

El 25 de agosto de 1987 fue inaugurado el Hospital de Pediatría (SAMIC) “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, en virtud del acuerdo entre el Ministerio de Salud de la Nación y la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Actualmente, se encuentra conformado por un Consejo de Administración, con un 80% de la inversión presupuestaria a cargo del Estado Nacional y un 20% a cargo del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Hospital de Pediatría “**Prof. Juan P. Garrahan**” es el centro pediátrico de referencia en salud pública, gratuita y de alta complejidad de la Argentina y a su

* **María Gabriela Torozoni** - Licenciada en Trabajo Social. Diplomatura en Salud Internacional con tesis final en curso en la Escuela de gobierno en salud “Floreale Ferrara”. Especialista en Educación y Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes por la UNIPE. Ex Consejera de Administración del Hospital Garrahan.

vez modelo a seguir a nivel regional. A lo largo de su historia, centenares de miles de personas –pacientes, familias, trabajadores de la salud– han formado parte de la intensidad de su crecimiento, de los alcances logrados en términos de salud recuperada, y de la formación del talento humano, superando muy probablemente lo que quienes iniciaron el camino imaginaron que podría lograrse.

El hospital cuenta con uno de los Servicios Sociales más grandes del país a nivel hospitalario. El equipo se compone de una jefa de servicio con dos jefaturas de clínica y veintitrés profesionales que a su vez, desde septiembre de 2023 se cuenta con una residencia en Servicio Social Pediátrico, becarias y becarios en formación como parte del trabajo coordinado con la Dirección Asociada de Docencia e Investigación de la institución y es centro de prácticas para la carrera de Trabajo Social de la UBA.

La institución debió responder a los múltiples desafíos planteados por los nuevos escenarios emergentes, como la creciente carga de enfermedad y de discapacidad relacionada con la mayor supervivencia de los niños, niñas y adolescentes asistidos por enfermedades complejas, para las cuáles no existían respuestas pocos años atrás.

Los desafíos de estas nuevas necesidades y derechos repercuten sobre las y los pacientes, sus familias, las instituciones sanitarias, la salud pública, la economía y la sociedad toda. También en estos años el Hospital Garrahan debió constituirse muchas veces en el originador de las estrategias para garantizar la ampliación de los nuevos derechos, tanto para las y los pacientes como para sus familias y para las y los trabajadores de la salud. Esta función se ejerce no solo con la diversidad y excelencia en los cuidados de alta complejidad y con la capacitación permanente de los equipos, sino también con la integración de redes federales de servicios pediátricos, con la facilitación en el acceso a la atención, con el compromiso de lograr mayor equidad en salud, y, más recientemente, procurando la transversalidad de género y diversidades en las prácticas de salud. **“Se trata de ayudar a la gente a tomar decisiones bien informadas colocando la mejor evidencia disponible en la base del desarrollo y la implementación de políticas públicas”.** (Davies, 2005)

Un aspecto central en las respuestas a los desafíos del presente es la visión de las nuevas generaciones, hoy mayoritarias en la composición del talento humano. Éstas aportan su potencia laboral y creativa, pero traen también miradas novedosas y críticas sobre el funcionamiento institucional, sobre la carrera hospitalaria, sobre las condiciones laborales y sobre la puesta en valor del equipo de salud, en un contexto actual de crisis económica, en un país donde más de la mitad de las personas menores de 14 años viven en condiciones de pobreza, con una constante amenaza a su salud integral presente y futura.

NUEVOS ESCENARIOS QUE REPRESENTAN DIVERSOS DESAFÍOS

“El vacío de definiciones que genera la incertidumbre se cubre con nuevas definiciones para dar significación a la incertidumbre...” (Marcelo Manucci, 2023).

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud, declaró la epidemia por COVID-19 y con ello, la emergencia de salud pública internacional. Luego, en marzo de 2020 se confirmó el primer caso de infección por SARS-CoV-2 en el país, y el 23 de abril de ese mismo año se diagnosticó en el Hospital Garrahan el primer caso en un paciente pediátrico. **Gestionar en el marco de procesos desconocidos previamente, implica abordar lo desconocido. La gestión de la incertidumbre no es el control de los hechos sino la gestión de los elementos que cubren la ausencia de referencias. Dialogar con los hechos de otro modo, tener lecturas más amplias y profundas, anticipar movimientos y sostener pequeñas innovaciones en las condiciones de vida de la cotidianeidad.**

Desde el gobierno nacional en función de las políticas sanitarias adoptadas por el Ministerio de Salud de la Nación, se impulsaron estrategias de prevención y cuidado de la salud pública ante la pandemia Covid-19; como ser, **"sistema Cuidar"**, Certificado Único Habilitante para la Circulación, acuerdos con empresas de telecomunicaciones y fortalecimiento de la Red de Telesalud Federal. (Secretaría de Innovación Pública de la Jefatura de Gabinete de Ministros). En nuestro hospital cuyas condiciones habituales de funcionamiento incluyen la sobredemanda y el máximo de su capacidad operativa, la dimensión de la pandemia y la implementación ineludible del ASPO (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio) afectaron la organización hospitalaria, requiriendo el desarrollo de estrategias para enfrentarlas rápidamente, ante el riesgo del colapso sanitario.

El Hospital Garrahan es un engranaje clave dentro de una red federal de servicios pediátricos, donde cada uno desempeña su función, bajo el marco estatal de la Salud Pública, que en el actual contexto histórico ha definido como pilares de su accionar el acceso, la equidad y la calidad. Brindamos atención centrada en las personas, buscando satisfacer la experiencia del paciente, de su entorno familiar y del equipo de salud. **Tenemos una organización asistencial basada en cuidados progresivos, que jerarquiza la actividad interdisciplinaria orientada al cuidado integral de la salud. Desde la perspectiva de los derechos de las niñas, niños y adolescentes nuestras prácticas deben garantizar la autonomía progresiva, la información y el respeto por las diversidades, promoviendo y facilitando la toma de decisiones como un proceso compartido con las y los pacientes y sus familias.** Somos pioneros en generación de conocimientos y en aplicación de avances científico-técnicos en las prácticas de diagnósticos, tratamientos e intervenciones; colaboramos a nivel federal con el acceso a dicho conocimiento a través de redes sanitarias y comunitarias con fuerte desarrollo de la Telesalud (atención del paciente a distancia y con modalidad virtual).

En relación al Trabajo Social, nuestro hospital fue pionero a nivel pediátrico en crear durante el año 2023, la primera **"Red Federal en Telesalud de Servicios Sociales Pediátricos."** La misma se lanzó con la participación de equipos de efectores sanitarios y casas de provincia de las 24 jurisdicciones del país y en conexión con 146 sitios hospitalarios aproximadamente.

"...el trabajo social tiene que estar dentro de los consultorios y de las salas de internación, porque brinda una mirada interdisciplinaria que puede derivar en cambios

de estrategias terapéuticas, al tener en cuenta las condiciones sociales en las que se van a efectivizar. Las redes son un medio, en beneficio de las y los pacientes, de las nuevas generaciones, y del derecho a la salud de todos y todas". (Mario Rovere, 2023).

El objetivo de esta red es promover la articulación entre efectores y el intercambio interdisciplinario de saberes, experiencias y estrategias entre equipos y profesionales de trabajo social para la atención integral de niños, niñas y adolescentes. Fortalece y favorece un mejor seguimiento de pacientes y el abordaje conjunto de problemáticas sociales comunes, con la potencia de la lógica de redes y la telesalud. A su vez, tiene el objetivo de impulsar la construcción de redes entre equipos de trabajadores y trabajadoras sociales, comunicación a distancia y telesalud de hospitales de todo el país, con la participación de las Casas de Provincia, para garantizar el acceso a la salud y disminuir las circunstancias que ponen en riesgo la salud de niñas, niños y adolescentes y sus familias.

REFORMULACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO HOSPITALARIO HACIA ESCENARIOS POSPANDÉMICOS Y DE CRISIS SOCIAL

Nuestro programa de trabajo tiene como misión ser un centro de referencia en la formación de recursos humanos para la asistencia de niñas, niños y adolescentes, con **enfoque integral en la atención de la salud** y particularmente con condiciones críticas y/o complejas, **integrando actividades asistenciales, docentes y de investigación en un modelo de atención basado en la supervisión directa por parte de profesionales de planta, a través de la interdisciplina** y una visión humana y ética de las y los pacientes y su familia.

Las actividades docentes y de capacitación se han extendido fuera del hospital a través del campus virtual cuyo funcionamiento se ha fortalecido durante los 2 últimos años en el contexto de la Pandemia por COVID – 19; aspecto desarrollado por la telesalud. Del mismo modo las actividades del Centro de Simulación se adaptaron a la modalidad mixta virtual y presencial, permitiendo el desarrollo de programas de educación, entrenamiento y evaluación integral en competencias clínicas y quirúrgicas del sector público pediátrico en la Argentina. **“...las comunicaciones son siempre una forma de relación, y los sistemas de comunicaciones deben considerarse siempre instituciones sociales. Es necesario, por consiguiente, pensar tanto en términos generales como de forma precisa, en las verdaderas relaciones entre las tecnologías de la comunicación y las instituciones sociales”** (Raymond Williams, Universidad de Cambridge)

En esta línea y centrando acciones de cara a los desafíos de nuevos escenarios pospandémicos, el hospital se ha propuesto:

- *Consolidar Redes Integradas pediátricas para la atención de calidad de los pacientes pediátricos, manteniendo todos los programas asistenciales en sus tres formas: ambulatoria, internación y a distancia (modalidad de telesalud incorporada al perfil de contratación de cada trabajador y trabajadora). Fortalecer la integración de la red de servicios de salud, ampliando la cobertura y el acceso a escala regional,*

provincial y nacional. Aquí cabe resaltar la creación de la red de Telesalud para Servicios Sociales del campo pediátrico a nivel federal con la coordinación de la misma desde el Hospital Garrahan.

- *Sostener la atención centrada en el paciente mediante los cuidados progresivos, la atención de alta complejidad y calidad asistencial dentro del modelo de hospital seguro, sustentado en la ética, la equidad y los derechos de los niños, niño y adolescente. Desarrollar marcos convenio para acciones conjuntas con otros organismos nacionales vinculados al cuidado integral de la salud de niñas, niños y adolescentes (ANSES, RENAPER, ANDIS entre otros).*
- *Promover la gestión inteligente del talento humano. Transversalizar las perspectivas de género y diversidad en las políticas llevadas adelante en el Hospital. Progresar en la mejora de condiciones de lxs trabajadores del hospital. Avanzar hacia un convenio colectivo de trabajo con perspectiva S.A.M.I.C. (Hospital integrado en la comunidad).*
- *Modernizar la gestión administrativa de bienes y recursos físicos para el desarrollo asistencial, de la infraestructura y la modernización tecnológica.*
- *Consolidar el liderazgo tecnológico, la investigación, la innovación científica y la formación continua de los equipos de salud promoviendo la transferencia de conocimientos. Desarrollar planes de formación continua que permiten la adquisición, mejora y sostenimiento de las competencias laborales del personal del hospital, Se trata de actividades educativas con diferentes modalidades, donde no solo se aportan conocimientos, sino que se intenta que estos conocimientos se transfieran a las prácticas laborales, con un abordaje multidisciplinario, enfatizando los componentes del trabajo en equipo y la comunicación efectiva.*

CONCLUSIONES

Finalmente y no menos importante, está el riesgo de la inclusión en la agenda de la innovación pública y un gobierno abierto hacia la participación, la transparencia y el establecimiento de nuevos mecanismos de trabajo centrados en la mejora continua de los servicios de salud para la ciudadanía.

Entendiendo la necesidad desde el Estado de optimizar su nivel de organización desarrollando sus recursos e instrumentos destinados a optimizar los procesos de elaboración e implementación de políticas públicas en el marco de una cultura de integridad y transparencia, en sintonía con los estándares y recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales y, con la firme convicción de avanzar en el fortalecimiento de instituciones públicas que garanticen el bienestar general y la defensa de los intereses colectivos.

Convencidos de que la participación ciudadana favorece a una gestión eficaz, eficiente y abierta; nos trazamos los ejes estratégicos basados en el ACCESO, LA CALIDAD Y LA EQUIDAD fundamentados con cada objetivo y meta de nuestro plan estratégico institucional.

Asimismo, fortaleciendo las estrategias de innovación de cara a los nuevos escenarios pospandémicos y de crisis social se ha avanzado en la confección de nuevas redes de telesalud en el campo pediátrico como ser: la Red de Telesalud de los Servicios Sociales Pediátricos. que fortalece la red de trabajo a nivel federal socializando recursos, reconstruyendo la historia de vida de cada niño, niña o adolescente, fomentando mejoras en las derivaciones y potenciando las intervenciones desde nuestro colectivo profesional.

El modelo hospitalario "Garrahan" se sustenta sobre la base de la asistencia, la docencia y la investigación articulando transversalmente con la telesalud para lograr un mayor y más eficiente alcance federal; innovando desde la ciencia aplicada en nuevas TICS que mejoren la calidad de vida y la atención integral de la salud de niñas, niños y adolescentes.



BIBLIOGRAFÍA

AMDAN, F. 2018. *"Gobierno Abierto e Innovación Pública: entre los slogans y los ciudadanos."*

MANUCCI, M. 2023. *"La toma de decisiones en contextos de incertidumbre"*. Seminario Decisiones.

OLMOS, M. Clase 5. PPT sobre *"Uso de datos en la Administración Pública"*

Página web del Hospital Garrahan: www.garrahan.gov.ar



ENTREVISTA A NORMA MORALES

LIC. EN TRABAJO SOCIAL (UNIVERSIDAD DE MADRES DE PLAZA DE MAYO),
COORDINADORA NACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN BARRIOS DE PIE Y LA SECRETARIA ADJUNTA
DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DE LA ECONOMÍA POPULAR (UTEP)

*Por: María José Burga y Valentina Laura Cavicchia **

“SOY CON MIS COMPAÑERAS Y EN EL COLECTIVO”

(Norma Morales)

* **María José Burga** - Licenciada en Trabajo Social - Instituto Universitario Nacional en Derechos Humanos “Madres de Plaza de Mayo”. Arteterapeuta. Trabajadora de la Línea 144.

Valentina Laura Cavicchia - Lic. en Trabajo Social – UBA. Técnica en Periodismo con Perspectiva de Derechos Humanos-IUNMa. Investigadora Ubacyt del grupo de Vejece y Género de la carrera de Trabajo Social de la UBA. Trabajadora del INAES. Secretaria Adjunta de la Junta Interna de ATE-INAES. Docente.



Parida como militante en 2001, y con una trayectoria de militancia y trabajo de más de 20 años, Norma Morales es una de las referentes del trabajo territorial, comunitario y de poder popular a nivel nacional. Desde que nos contactamos con ella, valorizó la construcción colectiva de la que es parte, por lo que se sumaron en la conversación sus dos compañeras, **Marina Joski y Andrea Flores**, coordinadoras de la rama socio comunitaria de Barrios de Pie, para vislumbrar las aristas de las resistencias organizadas, en un contexto de desmantelamiento de las políticas sociales y profundización de las desigualdades.

MAJO (M): Sin ánimos de encasillarse, pero también sin invisibilizar todas las aristas de tus roles multifacéticos con respecto a tu historia y experiencia militante, la formación y compromiso con lo social y lo comunitario, ¿cómo te presentas a vos misma?

NORMA (N): Soy la coordinadora nacional de la Organización Barrios de Pie y la Secretaria Adjunta de la Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEPE). Desde ahí, englobo todo el resto de las identidades. Ejerczo como trabajadora de la economía popular y cuando soy la dirigente nacional de Barrios de Pie.

Pertenezco a un colectivo, pertenezco a una organización, por eso estoy con las compañeras con las que construimos estrategia todo el tiempo, tanto política focalizadas, como en las tareas socio comunitarias. No soy solo yo. Soy con mis compañeras y en el colectivo. Tenemos la suerte de tener miles en todo el país.

M: ¿Podrías historizar tu proceso de acercamiento a la Universidad de Madres y a la formación profesional?

N: Todo lo que fui aprendiendo de la Universidad de las Madres, me ayudó para entender que tengo un 50% de trabajadora social (risas). Todo surgió a partir de que una de mis hijas terminó el secundario, y le decía que era importante elegir una carrera. Recuerdo

que en el Facebook había visto una publicación que me interesó sobre la carrera de Trabajo Social en el Instituto Universitario Nacional “Madres de Plaza de Mayo”. Habíamos visto la convocatoria y le comenté, pero las carreras que a mi hija le interesaban no estaban en la oferta. Decidí anotarme yo sola. Recuerdo el primer día porque me sentí tan familiarizada con la institución. Uno de los profesores presentó la carrera y yo dije “acá es otra cosa, esto es lo mío”. Me fui encontrando. No buscaba un lugar de militancia porque ya lo tenía, aunque daba discusiones políticas. Sin darme cuenta tenía la necesidad de esa formación profesional en función de todo el recorrido de militancia que venía haciendo.

M: ¿Cómo es el diálogo entre las experiencias de la formación profesional y tu trabajo de militancia comunitaria?

N: Siempre milité en Barrios de Pie. Nosotras parimos la organización al calor de la crisis del 2001. Para poder entender a nuestras juventudes y profundizar en aspectos del territorio, notamos la importancia de incorporar herramientas técnicas, teoría y conceptos, al acompañamiento y la construcción que veníamos realizando. Entender porqué algunas tareas o planificaciones podían llegar a verse obstaculizadas o no realizadas en el territorio y profundizar en ajustar las estrategias de intervención. Creo que en los cuatro años que

realicé la carrera, esas herramientas que fui a buscar las incorporé como profesional y militante, y hoy están presentes para pensar el espacio y la organización.

Hoy estamos hablando de empezar a profesionalizar e institucionalizar, de categorizar, los saberes populares. Fui a buscar algo con lo que yo convivía cotidianamente. Capaz era necesario poder descubrirlo también en esos ámbitos y abrir mi cabeza, tener esa cosmovisión de mi construcción, que no es solamente en el territorio, sino que es mucho más amplia. En los barrios no queremos ser un laboratorio al que nos vengán a investigar sino que el laboratorio somos todos. Me parece que por ahí es, y la universidad me ayudó a entender también estas lógicas de mirar al mundo desde todos los enfoques, no solamente desde mi territorio. Igualmente, desde 2019 tenemos nuestra propia universidad.

ANDI (A): La construcción desde los saberes populares es un posicionamiento político y desde ahí es que pensamos el proyecto político pedagógico de la Universidad Popular, que fue un paso en la institucionalización del laburo de varias áreas de trabajo. Específicamente, desde el área de salud, hace ya más de 12 años venimos produciendo el índice barrial de salud nutricional, que fue detectado en los merenderos luego del 2000-2003, donde se había pasado hambre, y los pibes venían con problemas nutricionales. Toda la experiencia de haberlo detectado y elaborado fue en comunidad, esto tiene que ver con el enfoque, con la manera de mirar el mundo de las promotoras comunitarias de salud.

MARINA (MA): Las acciones sociocomunitarias que hemos logrado construir tienen, por un lado, la traducción de haber diagnosticado la necesidad en el territorio, de haber podido tomar algunas experiencias y marcos teóricos de la academia o del saber formal, a partir de una construcción ideológica de lo que nosotros pensamos qué es la salud, la educación y de lo que se necesita. Y hemos logrado una práctica superadora al sistema de salud y educativo, a la vez que se ha construido una política pública específica. Es un saber que incluso se traslada y disputa dentro de las universidades. Nuestras prácticas están teñidas e inundadas de esos sueños que tenemos y de esas formas en las que, en parte, cuestionamos la institucionalidad y la forma de hacer las cosas del capitalismo.

M: *No hace falta mirar la olla o auditar, para hablar de los efectos de la crisis que atraviesa actualmente el país, o de cómo aumenta el hambre para un sector que cada vez es más grande, vinculado al desfinanciamiento en concreto de los comedores. Frente a la estrategia del hambre y de soledad de Milei, y su proyecto político que viene a arrasarlo con todo ¿cómo se organizan los sectores populares para enfrentar esta miseria planificada?*

“...En los barrios no queremos ser un laboratorio al que nos vengán a investigar sino que el laboratorio somos todos.”



“... Nacimos por la olla en el 2001 y la olla sigue siendo nuestro símbolo. La olla nos abraza, nos contiene, nos escucha. A través de la olla construimos redes y estrategias con y para la comunidad...”



N: La organización tiene su base conformada en el 80% sobre los comedores comunitarios, los merenderos y a partir de esa tarea, fuimos incorporando áreas de trabajo. La primera organización que se puso al frente durante la pandemia, para poder alimentar y cuidar a nuestra comunidad, fue Barrios de Pie. Ante el total desconocimiento del coronavirus, que nos generaba pánico en los barrios populares, nosotros éramos como los Messi y Maradona al fútbol. Los número uno. Profundizamos el desarrollo del área de salud, en articulación con Universidades, y construimos nuestro propio protocolo. El protocolo del gobierno nacional estaba muy alejado de las necesidades y la posibilidades de implementación en los barrios populares; desde el lavado de manos con agua potable, el aislamiento, cuando tenemos situaciones de hacinamiento. Lo fuimos ampliando a otros sectores, como la Iglesia.

Con respecto a la actualidad, dentro de todo lo malo de estos seis meses de gobierno de Milei, hemos logrado nuevamente, visibilizar las tareas del cuidado que venimos sosteniendo hace mucho tiempo las compañeras cuidadoras comunitarias en los barrios populares, como lo hemos logrado también en la pandemia. Resurge el debate en la sociedad sobre las tareas de cuidado como trabajo. En el gobierno anterior quisimos avanzar en las luchas en el marco del reconocimiento económico para todas cuidadoras comunitarias. Hoy damos cuenta del retroceso del reclamo, porque estamos exigiendo comida.

Una de nuestras potencialidades en tiempos de crisis económicas, es avivar una luz de esperanza que siembre solidaridad en la comunidad.

M: ¿Cuál es el punto de vista respecto a la economía popular y la economía social y solidaria que proponen como organización?

N: El trabajo que venimos haciendo a través del economía popular es fundamental, porque desde ahí hemos construido una salida una alternativa para acompañar y ayudar a que el vecino pueda sustentarse a través de la producción de la tierra, de los emprendimientos productivos, como cooperativas textiles o las panaderías comunitarias. Actualmente, se encuentran afrontando un panorama muy delicado por precios. Es allí donde la organización propone acompañar y consolidar esas experiencias, para ser una alternativa masiva y reconocida como política pública.

Ma: La situación de desempleo, la vivimos desde la década del 70, es una cuestión estructural de que el sistema ya no solamente no puede generar más empleo sino que el sistema permanentemente expulsa de la formalidad económica a cientos de miles de personas mensualmente. Lo que generamos desde las organizaciones populares es la posibilidad de transitar colectivamente esos rebusques individuales ante la ausencia de

la economía formal y ante la complejidad que tienen las políticas del Estado para regular esa economía, que fuga permanentemente la capacidad de trabajo y genera nuevas condiciones de vida en los barrios populares. Por el otro lado, a la economía popular le fuimos dando una respuesta gremial para intentar moldear protecciones sociales que no existían desde lo individual, y que se pudieron lograr desde la organización colectiva. Podemos tomar como caso concreto las condiciones deplorables de existencia de los trabajadores de la agricultura familiar campesina indígena; la gremialización de esos trabajadores les otorga potencia al reclamo.

Nosotras estamos convencidas que nos salvamos en comunidad porque es la experiencia de vida que tenemos y nos hemos constituido como trabajadoras sociocomunitarias justamente, no solamente en función de la necesidad, sino en función de la necesidad colectiva de agruparnos para poder subsistir.

A: Creo que no hay distancia entre economía popular y economía social y solidaria, que la distancia tiene que ver con una coyuntura, con diferentes respuestas políticas y de construcción colectiva, que no hacen gran diferencia, porque ambos sectores compartimos el cooperativismo, la idea del bien común. Los proyectos de la economía social y solidaria se constituyen como comunidades económicas que, a veces, los excedentes pueden no ser distribuidos en un entorno barrial y nosotros tenemos una característica, de anclaje territorial. Tenemos la responsabilidad histórica de fundir y amalgamar herramientas, porque somos una respuesta ante la expulsión, y no hay nada más genuino que la recuperación de una fábrica por parte de sus trabajadores y trabajadoras, que viven en un barrio popular. Todo lo que tiene que ver con los cuidados comunitarios, por ejemplo, lo abordamos las organizaciones de la economía popular.

M: ¿Qué desafíos vendrían en esta etapa? ¿Cuáles son los límites que se les presentaron como movimiento para poder fortalecer todas estas estrategias?

N: Es evidente que, ante la crisis que atravesamos y el arrepentimiento o la frustración de quienes inclusive votaron a este gobierno, aparece nuevamente la necesidad de considerar alternativas, que nosotras estamos dispuestos a posibilitar, fundamentalmente las mujeres. Por ejemplo, en Avellaneda nosotros tenemos el Consejo de la Economía Social y Popular ya que somos parte de la gestión del municipio. Estamos dirigiendo ese consejo que nació en la pandemia, donde logramos institucionalizar y construir un registro de todos los trabajadores y trabajadoras de la economía popular, no solamente quienes estén en organizaciones sociales y/o políticas, sino todos los que desarrollan tareas vinculadas. Hay muchos que en pandemia, inventaron su propio trabajo

“...Nosotras estamos convencidas que nos salvamos en comunidad porque es la experiencia de vida que tenemos y nos hemos constituido como trabajadoras sociocomunitarias justamente, no solamente en función de la necesidad, sino en función de la necesidad colectiva de agruparnos para poder subsistir...”





para poder garantizar la comida a su familia. En función de ese registro y sobre la demanda que había, creamos la Dirección de Formación y la Dirección de los Microcréditos, que continuamos trabajando. Confiamos en que no todo está perdido, sino todo lo contrario; entendemos que los desafíos son la unidad, la ampliación y el fortalecimiento.

Ma: Agrego que desde Barrios de Pie, a principios de este año, construimos la Ley de Emergencia y Soberanía Alimentaria. Porque entendimos que no alcanza con el reconocimiento a los comedores populares y cuidados socio comunitarios que desarrollamos, o con la exigencia y reclamo de los alimentos adeudados; sino que planteamos un eje fundamental en este momento de saqueo, que es el ejercicio de la soberanía y el cuidado de nuestra tierra. Es un eje que finalmente nos une, porque las economías popular, social y solidaria, tienen que ver con que nosotros y nosotras tenemos una expectativa de vida, de subsistencia, que abraza a nuestra tierra, a nuestro territorio, a nuestros pares y que no daña. Se trata de una mirada no extractivista que se aplica en todas las tareas que realizamos: en la alimentación, en lo ambiental, en el reciclado comunitario, en la economía de los cuidados, etc. Da cuenta de las disputas que nos damos en nuestra práctica cotidiana y de la capacidad de construir un programa que surge de abajo hacia arriba; como otro de los criterios fundamentales para construir una alternativa popular a esto que se viene y a esto que se vendrá.

M: *¿Vienen trabajando sobre el entrecruzamiento respecto al ataque de la olla popular y al enfoque de género?, ¿son*

conceptualizaciones que les parece que aportan al debate?

Ma: Obviamente que la economía de los cuidados está íntegramente feminizada y tenemos en claro que produce el PBI más alto que cualquier industria. Nosotras, mujeres informalizadas, producimos riqueza mientras que el capital financiero produce fuga y concentración. Y esto se traduce claramente en dos políticas persecutorias y misóginas que tiene este Gobierno Nacional: la reforma previsional y la quita de derechos en relación a nuestra capacidad de jubilación. Por otro lado, todo lo que tiene que ver con la persecución a las organizaciones populares porque quienes cuidamos y damos respuesta, principalmente, somos las mujeres. También, tiene que ver con el desoír, el reconocimiento que implicaba el monotributo social. Todo esto se da en un contexto de desmantelamiento del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidades, y la concepción machista sobre el rol de las mujeres en la sociedad, como cuidadoras de familia. Así que la clave misógina, la clave anti mujeres y disidencias está plagada de sustento en este Gobierno Nacional que nos intenta perseguir.

N: Ya no somos las mismas que en el 2001, estamos más empoderadas. Este Gobierno se siente amenazado por nosotras en particular, porque construimos estrategias colectivas para seguir cuidando nuestra comunidad y cuidar de nuestro país. No nos da lo mismo que nuestras niñeces se vayan a dormir con la panza vacía, o que nuestros adultos mayores no puedan ni siquiera pagar el alquiler o comprar los remedios. Estamos impulsando las Rondas de las Ollas Vacías. Tiene que ver con el empoderamiento y con esas interpelaciones

“...Este Gobierno se siente amenazado por nosotras en particular, porque construimos estrategias colectivas para seguir cuidando nuestra comunidad y cuidar de nuestro país. ...”



que damos cada vez que alzamos la voz. También hemos aprendido y logrado transformar en conjunto con los compañeros varones, que las mujeres no estamos solamente para revolver la olla y para atender las tareas en nuestras casas, sino también tenemos esa capacidad y potencialidad de ir a ocupar lugares de poder. Demostramos todo el tiempo la capacidad de resolver cosas cotidianas en el territorio, que es un montón, como también tenemos capacidad para ocupar lugares de poder. Un claro ejemplo de nuestra compañera Nati Saracho, nuestra diputada, eso también nos da una esperanza.

M: ¿Cómo pensás al ejercicio profesional? ¿Alguna crítica constructiva?

N: Vamos transformando la disciplina, porque no es el mismo trabajo social de hace 20 años atrás. Falta construir más acercamiento entre la comunidad y la universidad. Por otro lado, incorporar más sobre las experiencias y sus saberes, en articulación con el territorio, en la currícula. Esto implica, revisar algunos marcos teóricos. Resalto algunas experiencias cercanas como la articulación entre la Universidad Barrios de Pie y la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, sobre la conformación de la Diplomatura sobre los cuidados.



NOTAS

1. <https://informevip.com.ar/barrios-de-pie-lanza-campana-nacional-por-la-ley-de-emergencia-alimentaria/>

2. Desde la interrupción de las partidas de comida para comedores en octubre de 2023, la Organización Barrios de Pie impulsó las Rondas de las Ollas Vacías, como estrategia para visibilizar y denunciar el hambre. Bajo la consigna “Por una Argentina sin hambre”, se desarrollaron en diferentes puntos estratégicos, uno de ellos junto a las Madres de Plaza de Mayo, de quienes aprendieron a luchar.

RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES
DE TRABAJO SOCIAL QUE SE DESEMPEÑEN
EN LA JUSTICIA

**Recomendaciones
para profesionales
de Trabajo Social
que se desempeñen
en la Justicia**

COMITÉ DE ÉTICA / TRIBUNAL DISCIPLINA

Desde el Tribunal de Disciplina del Consejo Profesional de Graduados en Trabajo Social de CABA, y en uso de las facultades emanadas de la Ley 23377 de Ejercicio Profesional, el Código de Ética, así como de la Ley Federal de Trabajo Social Nro. 27702, consideramos necesario, destacar nuestra preocupación en torno a situaciones de vulneración de derechos judicializadas, que son de público conocimiento a través de medios de comunicación tradicionales y redes, donde se observan resoluciones judiciales que deja a las personas en estado de mayor indefensión.

En tal sentido es importante tener en cuenta que, en muchos de esos procesos judiciales, se da la intervención de profesionales de Trabajo Social, por lo que se hace necesario recordar que, según la normativa profesional vigente, se considera ejercicio profesional de Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento, y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad, con prácticas equitativas y que contribuyan al bien de las personas involucradas.

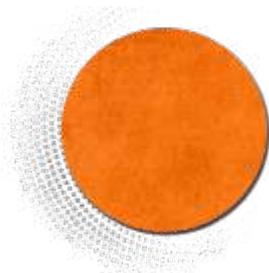
Encontramos hoy situaciones públicas como el Caso Arcoíris, Alerta por Martín. Destitución del juez Rodolfo Mingarini, que dan cuenta, de la revictimización a la que están expuestos/as niños, niñas y

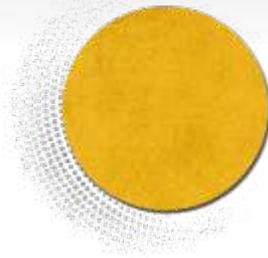
adolescentes, así como sus familias. También, encontramos fallos judiciales y Organizaciones que defienden el ejercicio de los derechos, como: Salas de juego y fallos con poesía: la Justicia para niñas y niños; el llamado de atención judicial a un cura por su machismo; la absolución de **"Higui"**.

La coexistencia de una justicia patriarcal, con un histórico sometimiento del cuerpo de las mujeres y disidencias, con otra, que toma en cuenta la perspectiva de derechos, a partir de la incorporación de sus nuevos marcos reguladores y el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, con sus paradigmas; también se observa dentro de nuestro colectivo profesional.

Creemos imprescindible problematizar la intervención profesional con una mirada crítica hacia la jerarquización histórica de una población sobre otra, población masculina en detrimento de las mujeres, niños, niñas, adolescentes, diversidades, cuerpos disidentes y/o identidades no binarias.

Desde este espacio institucional, nos posicionamos con una mirada centrada en la deconstrucción del patriarcado, en los derechos humanos, con un profundo respeto por las infancias y su voz, con un reconocimiento a las diversidades y a la necesidad de restaurar derechos a los colectivos postergados históricamente, y la vigencia de un Estado que garantice ciudadanía para todes, a través de la





implementación de políticas públicas, adecuadas y suficientes.

Ante las dificultades observadas en el cumplimiento de las incumbencias profesionales, por las tensiones que genera la coexistencia de paradigmas en el campo de la justicia, realizamos las siguientes recomendaciones a les profesionales y especialmente a aquellos que se desempeñen en el ámbito de la justicia como perites de lista ya que -a nuestro criterio- dicha práctica se realiza desde cierta soledad, sin un marco institucional continente, contando solo con sus propios recursos metodológicos, instrumentales y de capacitación para el abordaje territorial.

Estas recomendaciones no buscan ser solo un marco escrito para la intervención, sino que también, se asumen como compromiso de acompañar de manera sistemática a quienes crean necesario contar con el apoyo institucional de este Consejo Profesional, a través de consultas, supervisiones y co-visiones.

POR TODO LO ANTES REFERIDO, RECOMENDAMOS:

- Contar en toda intervención con la mayor información posible a través de una exhaustiva evaluación de las circunstancias, sobre las que se va intervenir. Posibilitando de este modo la elección adecuada de las estrategias de intervención las que deberán estar centradas, tal como lo especifican las

leyes que regulan nuestra profesión, en el respeto por los Derechos Humanos.

- Considerar, en toda práctica profesional el atravesamiento que el patriarcado tiene en nuestra sociedad, entendido como lo define Gamba y Diz:

... “un concepto central ya que define al sistema que organiza la subordinación de las mujeres y su desigualdad con relación a los varones por el simple hecho de ser mujeres, así como las instituciones básicas de su opresión, entre ellas la familia, la maternidad, la heterosexualidad obligatoria, la prostitución y la explotación reproductiva”. Así mismo Gerda Lerner (1990) lo ha definido en sentido amplio como **“la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general”.** (Gamba S. y Diz T., 2021, pág. 457)

- Incorporar en los procesos de intervención profesional la perspectiva de género, implica, según lo referido por Gamba y Diz (2021)

- Reconocer que las relaciones de poder entre géneros son en general favorables a los varones cis y discriminatorias para las mujeres, infancias y cuerpos disidentes.

- Dichas relaciones son constitutivas de las personas y transmitidas a través de la cultura y el entorno social en el que se desarrollan.

- Estas relaciones atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales jerárquicas, como las de clase, etnia, edad, religión y tienen sus efectos en la producción y reproducción de la discriminación, que se dan en la cotidianeidad.

El posicionamiento profesional que incluye la perspectiva de género, no solo debe estar incorporado a la intervención, sino también a la práctica escritural.

• Priorizar en la intervención, la autonomía profesional, que, si bien es de titularidad individual, es de construcción colectiva. Se trata de evaluar en cada actuación el grado de autonomía posible y de qué forma ampliarla, a partir de aspectos éticos, políticos, formación, y participación colectiva. Todo en diálogo con las leyes que regulan nuestra profesión, y las legislaciones vigentes de ampliación de derechos. El mantener la autonomía e independencia profesional, ante las solicitudes de los juzgados, implica reconocer que, los procesos de intervención deben ser coherentes con los principios del colectivo profesional y los derechos de las personas con las que se trabaja, adoptando una actitud crítica sobre los encargos en demanda. A fin de abordar al patriarcado y

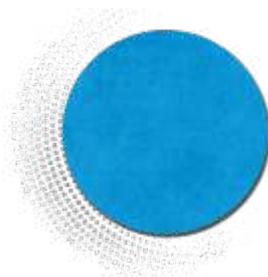
sus manifestaciones de resistencias al cambio, de proteger los derechos de les usuaries y evitar la exposición de les profesionales, que pueden ser pasibles de denuncias sociales y/o penales.

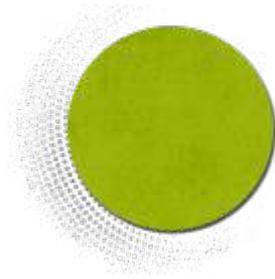
• Priorizar el interés superior de niños, niñas y adolescentes, dejando de lado intervenciones adulto céntricas y, respetando sus tiempos para procesar las situaciones que judicializaron su vida y la de su núcleo de referencia.

• Realizar informes sociales, que den cuenta de la intervención, del marco conceptual centrado en la perspectiva de derechos y por supuesto, de la valoración profesional. Incluyendo recomendaciones, con estrategias innovadoras y creativas sustentadas en la experiencia, la formación y la actualización permanente.

• Aportar desde nuestra disciplina, a la desestigmatización de los padecimientos mentales y de la condición de discapacidad, priorizando la potencialidad y no la limitación, para el pleno ejercicio de sus derechos, es decir realizando prácticas periciales respetuosas, tal como lo refiere el CELS¹.

• Aprender y aprehender a través de capacitaciones constantes nuevos marcos teóricos y herramientas para realizar abordajes territoriales inclusivos y centrados en el pleno ejercicio de los derechos humanos. En esta línea, se destaca que tode





profesional que se desempeñe en el ámbito público, debe haber aprobado la capacitación obligatoria de la Ley Micaela. Se puede encontrar información al respecto en la plataforma gratuita de Nación².

- Por otra parte, es decisión de este Consejo Profesional, aportar de manera sistemática en la capacitación de sus matriculados por lo que existe un importante volumen de propuestas de cursos teóricos y prácticos.

- Repensar los históricos regímenes comunicacionales, a la luz del Nuevo Código Civil y Comercial, dado que impresionan como resabios de un sistema patriarcal. Su abordaje implica estrategias integrales de intervención, y evaluaciones de las situaciones a la luz de la Ley de Protección Integral, la Ley de Violencia de Género y del análisis de las propias y ajenas resistencias de prácticas patriarcales, centradas en una actitud adulto céntrica que poco tiene que ver con prácticas respetuosas con los derechos de los niños/as y adolescentes involucrados.

- Rechazar la existencia del Síndrome de Alienación Parental, la Co-Construcción y/o Lavado de cerebros, memorias implantadas; por carecer de validez científica y jurídica. En tal sentido recordamos lo expresado por la Defensoría del Pueblo en **“Declaración de la Defensoría sobre el falso Síndrome de Alienación Parental”** publicado el 24

setiembre 2020: **“su utilización se extendió en los estrados judiciales contactando con la ideología conservadora de numerosos integrantes y equipos del Poder Judicial”.**

Se hace necesario escuchar y validar las denuncias de las progenitoras, descartando argumentaciones que no se encuentran validadas en teorías científicas.

Para finalizar, si bien las presentes recomendaciones van dirigidas al colectivo profesional, esperamos puedan ser tomadas por los Organismos Judiciales a fin de incorporar los nuevos paradigmas y marcos conceptuales superadores que contribuyan a la ampliación de derechos y con un abordaje de las problemáticas sociales, desde un cuerpo interdisciplinario que aporte diversas miradas a una realidad compleja.

COMITÉ DE ÉTICA / TRIBUNAL DISCIPLINA

Consejo Profesional de Graduados en Trabajo Social de CABA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, octubre de 2022

NOTAS

1. <https://www.cels.org.ar/web/category/saludmental/>

2. <https://www.argentina.gob.ar/generos/formulario-de-inscripcion-curso-virtual-micaela-para-la-ciudadania>

INDICE ILUSTRACIONES

Ilustración de Tapa

"Mi barrio"



Graciela Nicolini

*"Como artista visual busco trascender lo obvio, lo sobreentendido, acaso lo sin sentido. Desde esa propuesta, en la serie "Demorados en el juego", a la cual pertenece la obra **"Mi barrio"**, invito a reflexionar sobre la naturaleza del juego y su relación con la vida. Cada juego es una exploración de la existencia. Detrás de la diversión y despreocupación, se oculta la complejidad de las relaciones humanas, las normas sociales y la lucha por encontrar nuestro lugar en el mundo."*



Página: 4
"Refugio"
Cecilia Miño



Página: 6/17
"Escultura"
Alejandra Juarez



Página: 18/26
"Paisaje en colores"
Salomé Chayo



Página: 28/32
"El reposo"
Alejandra Juarez



Página: 33/39
"Gilda"
Viviana Desiata



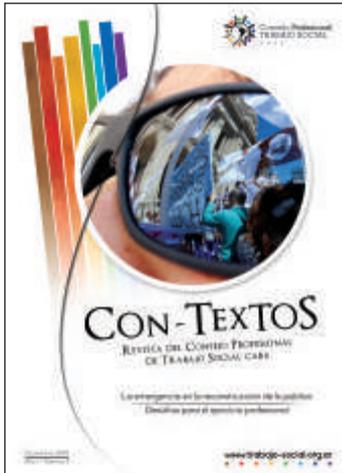
Página: 40/44/45
"Él, sin nombre"
Marisa Matteri



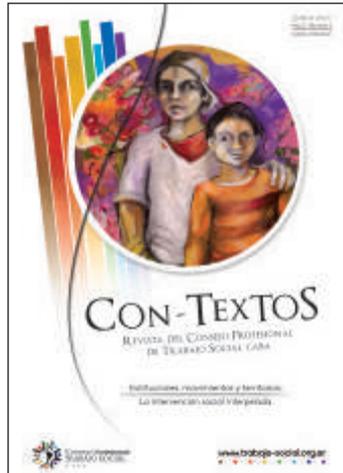
Página: 46/53
"Detrás del cristal"
Laura Divito



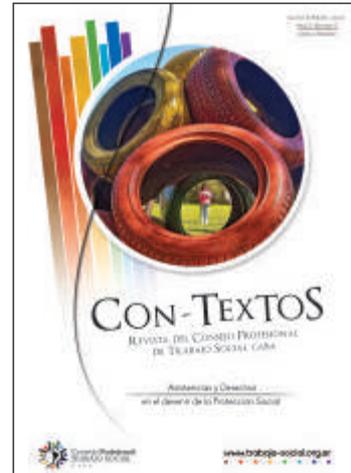
Página: 54/59
"Libertad entre rejas"
Marcelo Madroñal



<https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Revista-CPTS-12dic2020-FINAL.pdf>



<https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Con-texos-2-Consejo-Profesional-de-Trabajo-Social.pdf>



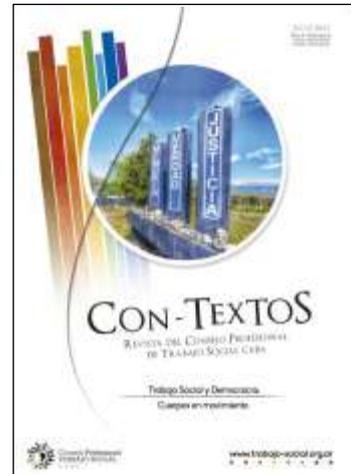
<https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Con-Textos-Nro.-3-Noviembre-2021.pdf>



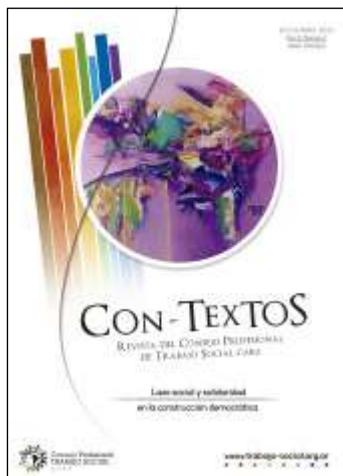
<https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Revista-CPTS-Julio-2022.pdf>



<https://www.trabajo-social.org.ar/con-textos-5/>



<https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Interior-Revista-6CPTS-6sept.pdf>



<https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Revista7-CPTS-18dic.pdf>

Por nuestrxs compañerxs detenidxs desaparecidxs
y víctimas del terrorismo de Estado

MEMORIA, VERDAD Y JUSTICIA **¡No olvidamos, no perdonamos!**

ABUTTI AMADO, María Guillermina
ALES DILLON de ESPINDOLA, Rita
AMAYA LLORENTE, Alicia Cristina
AMERI SALICE, Raúl Héctor
ARRIOLA FEVERSANI, Analia Alicia
AUED AUED, Néliida Mabel
BUSANICHE, Graciela María
CARBONELL de PEREZ WEISS, Beatriz
CARMEIRA, Ana María
CASELLO, Mirta Susana
CHUBURU HURTADO, Alicia Silvia
CRAVERO BONETTI, Edl Ana
CRUZ, Rosa Esther
CUBAS DE PÉREZ, María Georgina
CULLEN de NELL, Lucía María
DE GOUVEIA de MICHELENA, Graciela
DE JONGE, Alicia Adelina
DEL RIO, Jorge Eleodoro
DEMARCHI, Mabel Teresita
DEMARCHI de AGUILAR, María Cristina
DÍAZ, María Beatriz
DOCAL de TORINI, Perla Nelly
FARIAS GALVAN, Hilda Margarita
FERNÁNDEZ ALVAREZ, María Josefa
FLEITAS de ARGÜELLO, María de las Mercedes
FONSECA, Gloria Néliida
FRÚM, Luls María
FUNES LÓREA, María de las Mercedes
GALLEGOS, Evangelina Marta
GAROFALO de PLACCI, Alba Noemí
GENTILE, Laura Diana
GHIGLIAZZA, Ricardo Mario
GODOY de CRUSPEIRE, Rosa Cristina
GOYOCHEA ESCUDERO, Adela Noemí
GRUSZKA de LEWINGER, Eva
HARRIAGUE FITZGERALD, Helena María
JUANEDA, Alicia
LÓPEZ de BRIGANTES, Carmen Aida
LÓPEZ FERNANDEZ , Urbano
LÓPEZ MATEOS, Carlos Alberto
LLEBEILI de BARBAGALLO, Celia Elena
MARONI de RINCON, María Beatriz
MARTINEZ SUAREZ, José Mario
MAZZOCCHI, Cristina
MERCURI MONZO, María Leonor

MONASTERIO, Susana María
MONTILLA, Nicolasa del Valle
MONZANI de ANDISCO, María Virginia
MORANDINI HUESPE, Cristina del Valle
MUJICA LEPORI, Susana Edith
MUÑOZ MATTA, Carmen Mabel
NEGRO PAOLETTI de ALVAREZ, Raquel Carolina
OCAMPO SERRA DE OSATINSKY, Rosa Elena
OLIVER ARTERO, Susana
ORTIZ, Vilma Ethel
OVIEDO DELLAGNOLO DE CIUFFO, Catalina
PABLO, Elsa Noemí
PALACIOS ROBERTO, Hilda Flora
PASINI, Susana Paula
PAULONE, Martha Cecilia
PEREZ, María Cristina
PEREZ de ASTORGA, Alicia Isabel
PEREZ LOZADA de AMERI, María Sol
PETERS, Nilda Graciela
PONTI CANEVASIO, Yolanda Rosa
PORPORATO, María Guadalupe
RODRIGUEZ, Daniel Héctor
ROSS de ROSSETTI, Liliána Irma
ROSSI CIRONE, Sonia Mabel
RUSSIN BARTOLOMÉ, Horacio
RUTILA ARTÉS, Graciela Antonia
SAGÜES MUNICOY de PERDIGHE, Graciela
SANTORO DELISIO, Roberto Jorge
SCIANCA POCHETTINO, Teresita María
SEGUEL BETANCURT, Arlene
SERRANO , María del Carmen
SOLDATI, Berta María
SOLIMANO de MENDIZABAL, Susana Haydee
TEJEDOR, Eduardo Adolfo
TERESZECHUK YAGAS, Carlos Enrique
TOMMASI, María Esther
TRONELLI JACOBO, Mirta Felisa
TROTTA de CASTELLI, María Teresa
VALLEJO RECCIA, Cristina Elena
VECCHI GARNERO, Cecilia Lilia
VELASCO GAZQUEZ, Olga Beatriz
VILA BUSTOS, José Salvador
WOLLERT HUBERT, Silvia Haydee
YAÑEZ, Rafael Vitalino



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL

C A B A



(011) 4371-1273



Consejo Profesional Trabajo Social



consejo@trabajo-social.org.ar



Bartolomé Mitre 1741- CABA/ Argentina



@Consejo ProfesionalTSCABA



Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social - CABA