

DICIEMBRE 2025

Año 6 | Número 11

ISSN: 2718-8221



CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Voces colectivas

ante el individualismo y las desprotecciones



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
CABA

www.trabajo-social.org.ar





Con-Textos. Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA.


Año 6, Nro 11. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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

Argentina. 2025.

ISSN: 2718-8221

84pags. 20 x 28cm.





CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Voces colectivas

ante el individualismo y las desprotecciones

COMISIÓN DIRECTIVA

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

Vocales Titulares

Lic. María Candelaria Rodríguez
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. Fernanda Layño
Lic. Jorgelina Matusevicius

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Titulares

Lic. Adriana Blach
Lic. Liliana Nélida 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 : Mónica Baggio

EQUIPO EDITORIAL

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

COMITÉ EXPERTO

Yael Barrera	Nicolás Rivas
Juan Pablo Burriel	Nadia Rizzo
Alfredo Carballeda	Claudio Robles
Liliana Carrasco	Natalia Samter
Raquel Castronovo	Myriam Selman
Adriana Clemente	Miguel Sorbello
Gisela Clivaggio	Virginia Tatoian
Beatriz Cuello	Marcela Torres
Alicia Chaves	Graciela Touzé
Patricia Digilio	Bibiana Travi
Andrea Echevarría	Patricia Trinidad Diarte
María José Espagnol	Washington Uranga
Angeles Esquivel	Ana Vallejos
Alejandra Facciuto	Mariana Vazquez
Sonia Edit Ferreyra	Sofía Virasoro
Maitena Fidalgo	
Alicia Gardel	
Elena Garós	
Lorena Guzzetti	
Florencia Hiquis	
Gabriela Liguori	
Sandra Madeira	
Mariana Maldonado	
Romina Manes	
Esteban Martín	
María Cristina Melano	
Martín Moreno	
Liliana Murdocca	
Jorge Paola	
Julieta Primavera	
Marianela Ressa	
Nicolás Rivas	
Nadia Rizzo	

La revista no se hace responsable por los comentarios y opiniones expresados por los 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



EDITORIAL

Laura Di Bella.....4

CONDICIONES LABORALES DEL COLECTIVO PROFESIONAL Y POLÍTICAS SOCIALES NACIONALES.

Laura Di Bella y Candelaria Rodríguez.....6

TRABAJO SOCIAL SITUADO16

Escenas de la vida cotidiana de un Servicio Social hospitalario

Mariela Colmenero

Desafíos en la formación del Trabajo Social en Salud. Experiencia en una sede de residencia de la Provincia de Buenos Aires

Maria Sol Jasuti y Maria Belén Sosa

Salud mental y territorio: la potencia de lo comunitario en tiempos de retroceso de derechos

Delfina De Luca

Redes que sostienen, una apuesta contra la fragmentación. El rol del trabajo social en la construcción de la Red de neurodesarrollo en el Municipio de Quilmes

Agostina D. Spadea

Feminización del cuidado y expectativas institucionales: una mirada feminista desde Trabajo Social

Ailén Moreno y Micaela R. Gonzalez Fuhrop

Trabajo Social y migración: claves para pensar la intervención profesional desde el campo de la salud

Dulce María Coloca, Camila Hojman y María Agustina Trebucq

Experiencia de enfermedad en población adolescente y adultxs jóvenes: Abordaje y estrategias del Trabajo Social.

Valeria Cecilia Fernández

ENTREVISTA a A SOFÍA LAMPROPULOS:

"Tenemos la capacidad de traducir y contextualizar a la inteligencia artificial. Hacerla más humana"
por Florencia Cavallaro.....71

DIÁLOGOS EN CIENCIAS SOCIALES, SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS. PROBLEMÁTICAS, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES TRANSECCIONALES. Coordinado por Silvia Faraone y compilado por Flavia Torricelli, Ana Silvia Valero, Eugenia Bianchi y Milagros Oberti.

Editado por Teseopress en 2024.....80

ILUSTRACIÓN DE TAPA.83

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.84



EDITORIAL

VOCES COLECTIVAS ANTE EL INDIVIDUALISMO Y LAS DESPROTECCIONES

Iniciamos este número con un artículo de **Laura Di Bella** y **Candelaria Rodríguez** que analiza las condiciones laborales de nuestro colectivo profesional. Desde diciembre de 2023, las políticas sociales y las condiciones de trabajo en la Administración Pública Nacional atraviesan un profundo retroceso, caracterizado por el desmantelamiento del Estado y la eliminación de programas. Nuestra profesión en particular, enfrenta despidos, un marcado aumento del desempleo y un deterioro sostenido de los ingresos, especialmente en áreas clave de protección social. Frente a este escenario, el Consejo Profesional y la FAAPSS desarrollaron relevamientos y múltiples acciones de acompañamiento orientadas a visibilizar esta situación, defender las condiciones laborales y sostener un ejercicio profesional comprometido con la justicia social. Estas acciones, recuperadas en el artículo de referencia, se presentan con el objetivo de darlas a conocer y de habilitar la reflexión colectiva sobre nuevas estrategias posibles desde nuestro Consejo Profesional..

Los siete artículos que integran la sección **Trabajo Social Situado**, nos posibilita conocer el trabajo que realizan nuestras colegas en distintos ámbitos profesionales. Conocer y compartir ese cotidiano hace que esta sección resulte relevante para nuestra revista.

En esta oportunidad los artículos abordan diversas temáticas, todas ellas complejas y que muestran la realidad de instituciones de salud tanto de la Ciudad Autónoma como de la Provincia de Buenos Aires. Situaciones de enfermedad en población adolescente y adultxs jóvenes, experiencias en Servicios Sociales hospitalarios y también de formación en Trabajo Social en Salud.

Dentro de la misma sección encontramos experiencias de un dispositivo con abordaje interdisciplinario de violencia de género, la feminización del cuidado a partir de una mirada feminista desde Trabajo Social y la forma de intervención del Trabajo Social en dispositivos psico-socio-educativos de varones que ejercen violencia, finalizando la sección con una experiencia de Trabajo Social y migración.

Bajo el título **Tenemos la capacidad de traducir y contextualizar a la inteligencia artificial. Hacerla más humana**, **Florencia Cavallaro** entrevista a **Sofía Lampropulos**, Trabajadora Social especializada en Ciencias de Datos e Inteligencia Artificial. Encontramos aquí un diálogo entre las colegas sobre un tema de actualidad y de interés para nuestro colectivo profesional.

En este número **Paula Cantor**, Lic. en Trabajo Social y **Ana Valero**, Lic. en Antropología, presentan una reseña del libro **Diálogos en Ciencias Sociales, Salud Mental y Derechos Humanos**. Problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales. Resulta especial esta reseña ya que el libro fue Coordinado por nuestra querida colega **Silvia**

Faraone fallecida el 10 de diciembre del 2024. Silvia fue una destacada colega, generosa con toda su experiencia en el campo de la Salud Mental y los Derechos Humanos, siempre dispuesta a colaborar con nuestro Consejo. Desde Con-Textos queremos recordarla por su calidez, compromiso y solidaridad.

Como en cada número de **Con-Textos**, destacadas colegas ilustran los artículos y las notas con sus obras artísticas, a quienes agradecemos su participación.

El número 11 de **Con-Textos** se publica en un momento particularmente significativo, ya que acompaña el cierre de una etapa de gestión de este Consejo Profesional y se inscribe en un contexto político y social profundamente adverso. A dos años del inicio de las actuales gestiones de gobierno a nivel nacional, las políticas implementadas han profundizado el ajuste, el desfinanciamiento de las políticas públicas y el debilitamiento del Estado, con un impacto directo en las condiciones de vida de nuestro pueblo y en el ejercicio profesional del Trabajo Social. Los artículos que conforman esta edición expresan esa complejidad y, al mismo tiempo, se constituyen en un registro de resistencias, debates y acciones colectivas que se despliegan desde nuestra profesión.

LAURA DI BELLA

Presidenta

Consejo Profesional
Graduados de Trabajo Social CABA





CONDICIONES LABORALES DEL COLECTIVO PROFESIONAL Y POLÍTICAS SOCIALES NACIONALES

**Di Bella, Laura; Rodríguez, Candelaria.*

Desde la asunción del gobierno nacional en diciembre de 2023, el campo de las políticas sociales y las condiciones de trabajo en la Administración Pública Nacional (en adelante, APN) han atravesado un proceso de profundo retroceso. La desinversión en políticas públicas, la ofensiva contra derechos conquistados y el avance de discursos individualistas que responsabilizan a las personas por la exclusión que padecen, configuraron un escenario crítico para la ciudadanía y para el colectivo profesional del Trabajo Social.

* **Laura Di Bella**- Lic en Trabajo Social (UBA). Presidenta del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA

* **Candelaria Rodríguez**- Lic. en Trabajo Social (UBA). Forma parte de la Secretaría de Trabajo y Ejercicio Profesional y es vocal de la Comisión Directiva del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA.

La reestructuración del Estado Nacional impulsada desde diciembre de 2023 supuso la fusión, modificación o directamente supresión de ministerios, organismos y programas, dejando en evidencia la magnitud del deterioro institucional. La eliminación de áreas estratégicas y la ausencia de traspaso financiero o acompañamiento técnico implicaron la pérdida de capacidades estatales acumuladas durante décadas. Esta ofensiva no sólo afectó las condiciones materiales de las y los trabajadores, sino que también buscó desarticular identidades profesionales construidas con compromiso, formación y vocación pública. Se consolida así un discurso que instala la idea de un Estado inútil, que desacredita la tarea diaria de quienes sostienen el funcionamiento de las políticas públicas y la presencia estatal en los territorios.

El impacto sobre el Trabajo Social ha sido particularmente profundo. El retiro del Estado para actuar sobre problemáticas sociales históricas dejó sin sostén institucional muchas de las áreas donde la profesión se inserta cotidianamente. Como consecuencia, los sectores más vulnerados quedaron librados a su suerte mientras se dismantelaron espacios de intervención y acompañamiento profesional.

Esta situación, de acelerados y drásticos cambios, provocó también, y para aquellos fines, el despido de miles de trabajadoras/es estatales, cientos de ellas/os Trabajadoras/es Sociales, y la pauperización de quienes siguen trabajando en la APN.

En este contexto, el Consejo Profesional de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.) desarrolló múltiples acciones para acompañar a las/os colegas y reclamar por sus condiciones laborales. Entre ellas, y conforme a la responsabilidad conferida por el artículo 9 de nuestra Ley, que establece la protección de los derechos, la dignidad y las garantías para el ejercicio profesional, entendimos indispensable trazar y analizar los impactos que el actual ciclo político tiene sobre la profesión y sobre las políticas sociales.

Por ello, documentamos la repercusión de este nuevo ciclo de la derecha en la Argentina con información cuantitativa y cualitativa. A continuación, presentamos los datos relevados sobre la situación laboral del colectivo profesional, tanto a partir de la información correspondiente a las/os matriculada/os de la Ciudad de Buenos Aires como del panorama de otros Colegios Profesionales que integran la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social (FAAPSS) Compartimos los resultados obtenidos a través de las distintas fuentes de información utilizadas.



“...Esta ofensiva no sólo afectó las condiciones materiales de las y los trabajadores, sino que también buscó desarticular identidades profesionales construidas con compromiso, formación y vocación pública...”

RELEVAMIENTO EN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (C.A.B.A.).

Desde diciembre de 2023 cientos de colegas fueron despedidas/os, puestas/os en disponibilidad o no se les renovaron sus contratos en la APN.

El relevamiento realizado por el Consejo, en articulación con gremios como ATE y UPCN, y con el aporte de especialistas y colegas, identificó **240 Trabajadoras/es Sociales matriculadas/os en C.A.B.A. despedidas/os, que se encontraban bajo diversas modalidades contractuales:** 129 de planta permanente, 31 de planta temporaria y 80 sin información precisa. El organismo con mayor cantidad de despidos y pases a disponibilidad fue el Ministerio de Capital Humano, con 175 colegas despedidas/os, especialmente en los Centros de Referencia (CDR), la ex Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (ex SENAF) y la Coordinación Técnica de Asistencia Social Directa / Dirección de Emergencias. También se registraron despidos en el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), de la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR), en la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), el ex Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad, el Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat, el Ministerio de Justicia y los hospitales Nacionales Lic. Laura Bonaparte y Prof. Alejandro Posadas, entre otros organismos.

En este punto es importante mencionar que gran parte de las/os colegas en disponibilidad contaban con una antigüedad laboral de más de 10, 15 o 20 años, pero el periodo en disponibilidad y la indemnización fue calculada por los años de antigüedad en la modalidad en la planta permanente (un año en la mayoría de las situaciones, dada la tardía apertura de concursos laborales en el Estado Nacional), desconociendo los derechos de la etapa previa. Estas desvinculaciones se profundizaron a partir de los cambios introducidos por la Ley de Bases (2024).

En el caso de las/os matriculadas/os de este Consejo Profesional, al corte de septiembre de 2025 se registran **4.465 matrículas activas**. El análisis de su evolución muestra cambios significativos en las condiciones laborales del colectivo profesional.

La categoría de **“Trabajadoras/es con ingresos por debajo de la Canasta Básica Total (CBT)”** pasó de 64 matriculados en 2024 a 144 en septiembre de 2025, evidenciando un incremento sostenido de colegas cuyos ingresos se encuentran por debajo del umbral mínimo establecido para evitar la pobreza.

Asimismo, la categoría **“desocupades”** registró un crecimiento notable: de **18 matriculada/os durante 2024 a 72 en septiembre de 2025**, reflejando el impacto del deterioro del empleo en el sector.

Finalmente, el Consejo Profesional habilitó la **“devolución del pago de matrícula”** para colegas despedidas/os en este último período. Esta devolución no implica la baja de la matrícula; por el contrario, al igual que las categorías mencionadas previamente, reconoce la situación particular que atraviesan la/os matriculada/os en función de su condición laboral, permitiéndoles **mantener su matrícula vigente**.

Frente a este escenario, el Consejo implementó también distintas acciones de acompañamiento: articulación para apoyo psicológico, asesoramiento legal, presentación como Amicus Curiae en el amparo colectivo de ATE, encuentros con colegas despedidas/os o disponibles, articulación con sindicatos, denuncias públicas, visibilización de la situación, espacios de supervisión y co-visión, exenciones en el pago de matrícula e instancias de formación y actualización vinculadas a las diversas inserciones laborales.

ARTICULACIÓN Y RELEVAMIENTO DE DATOS A TRAVÉS DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE ASOCIACIONES PROFESIONALES DE SERVICIO SOCIAL (FAAPSS).

A nivel nacional, la FAAPSS realizó un relevamiento que contó con aportes de Susana Cazzaniga y Adriana Clemente, entre otra/os colegas del país, y se instrumentó con información aportada por los propios Colegios y Consejos Profesionales. Allí se registraron **120 colegas despedidas/os en 10 jurisdicciones**, con mayor impacto en las provincias de La Rioja, Córdoba, Misiones y Catamarca, cada una con alrededor de 20 casos. La mayoría pertenecía a planta transitoria y se desempeñaba en áreas del Ministerio de Capital Humano, especialmente en CDR y ex SENAF - además de una importante cantidad de despidos en la ANDIS.

Los Colegios Provinciales desarrollaron acciones similares a las de C.A.B.A.: asesoramiento legal, encuentros con colegas, articulación gremial, exención o reducción de matrícula, gestión ante organismos provinciales y municipales, validación de CV y espacios de supervisión y co-visión.

RESPUESTA DE LA JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS.

Desde nuestro Consejo Profesional hemos solicitado información al Estado Nacional acerca de los despidos y el registro de disponibilidad y las áreas y/o programas modificados. Las respuestas fueron enviadas a través de la Subsecretaría de Desarrollo y Modernización del Empleo Público del Ministerio de Desregularización y Transformación del Estado y de la Dirección de Información Ciudadana y Datos Públicos del Ministerio de Economía.



*“...Cuidar a las y los
profesionales se
vuelve un acto político
imprescindible:
una forma de resistir,
de disputar sentidos
y de defender el
derecho a un ejercicio
profesional digno
y comprometido
con la justicia social...”*

En las respuestas que enviaron el día 23/09/2025, brindaron los siguientes datos:

- Integran el Registro de Disponibilidad MIL CIENTO SETENTA Y CINCO (1175) trabajadores.
- Detalle de rama de profesión: Ciencias aplicadas 90, Ciencias Básicas 2, Ciencias de la Salud 21, Ciencias Humanas 102, Ciencias Sociales 422, No APLICA 538, Total general 1175.
- En cuanto a la cantidad de Trabajadores Sociales que integran el Registro de Disponibilidad la misma arroja el total de CIENTO NOVENTA (190).
- Cantidad de solicitudes de perfiles que fueron iniciados para la reubicación de personal: Total TREINTA Y DOS (32) perfiles.
- Cantidad de perfiles de Trabajadores Sociales solicitados: Total TRES (3) perfiles.
- De un total de VEINTISIETE (27) reubicaciones, se registran TRES (3) casos con título de Trabajadora Social.

Respecto a la situación contractual del Personal vinculado a la APN para el período diciembre-2023 a agosto-2025, brindaron información discriminada por organismo, de la cual destacamos los organismos que ejecutan políticas sociales con despidos significativos de colegas.

La comparación, según datos proporcionados por el Poder Ejecutivo, de la dotación de la APN muestra el despido de 31.309 empleadas entre diciembre de 2023 y agosto de 2025. Esto implica una disminución del 15.23% del personal.

Sin embargo, hay organismos que han duplicado el porcentaje de despidos, entre ellos el Ministerio de Capital Humano, donde despidieron 4521 empleadas/os, lo que representa un 33,62% de disminución de sus recursos humanos.

La Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) con 468 despidos, muestra una disminución de su planta del 33.43%; el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS) con 139 despidos, el 50.55% de su personal; y el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte (ANES) con 275 despidos, el 41.04% de su planta; también muestran porcentajes de despidos muy por encima del promedio de la APN.

Diciembre de 2023

ORGANISMO	PLANTA PERMANENTE Y TRANSITORIA	PERSONAL CONTRATADO	LOCACIONES DE SERVICIO	TOTAL A DICIEMBRE 2023
Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS)	338	961	101	1.400
Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS)	85	134	56	275
Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte (ANES)	57	613	0	670
Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES)	174	483	89	746
Ministerio de Capital Humano	5.054	7.987	405	13.446
Ministerio de Salud	3.870	3.492	861	8.223
Secretaría de Cultura de la Presidencia de la Nación	818	2.573	199	3.770
Ministerio de Desregulación y Transformación del Estado	0	0	0	0
TOTAL APN	128.760	69.980	6.810	205.550

Cuadro con síntesis propia, destacando los organismos que ejecutan políticas sociales con despidos significativos de colegas.

Estos datos muestran el brutal ajuste sufrido en los recursos humanos que trabajan en políticas públicas y como fue particularmente desmesurado en aquellas áreas donde las políticas sociales implican asistencia, acompañamiento y cuidados a la población más vulnerable.

En contraposición, el Ministerio de Desregulación y Transformación del Estado creado para destruir las capacidades estatales, contó con 420 incorporaciones a sus áreas.

La reducción presupuestaria, también muestra el desmantelamiento de áreas de políticas sociales. De los 85 programas disminuidos desde el Presupuesto 2024 al Proyecto de 2026, 55 son de áreas de políticas sociales, como se muestra en el cuadro



Personal en diciembre de 2023 y en agosto de 2025

ORGANISMO	TOTAL A DICIEMBRE 2023	TOTAL A AGOSTO 2025	DESPIDOS	PORCENTAJE
Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS)	1400	932	-468	-33.43 %
Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS)	275	136	-139	-50.55 %
Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte (ANES)	670	395	-275	-41.04 %
Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES)	746	430	-316	-42.36 %
Ministerio de Capital Humano	13446	8925	-4521	-33.62 %
Ministerio de Salud	8223	6904	-1319	-16,04 %
Secretaría de Cultura de la Presidencia de la Nación	3770	2826	-944	-25.04 %
Ministerio de Desregulación y Transformación del Estado	0	420	+420	
TOTAL APN	205550	174241	31309	-15.23%

Cuadro con síntesis propia, destacando los organismos que ejecutan políticas sociales con despidos significativos de colegas.

La reducción presupuestaria, también muestra el desmantelamiento de áreas de políticas sociales. De los 85 programas disminuidos desde el Presupuesto 2024 al Proyecto de 2026, 55 son de áreas de políticas sociales, como se muestra en el cuadro que se detalla más abajo, lo que representa un 65% de las categorías disminuidas.

La Dirección de Información Ciudadana y Datos Públicos del Ministerio de Economía, nos informa:

“Asimismo, en lo referido al esquema institucional, la Oficina Nacional de Presupuesto indicó que, a partir de la reducción de Ministerios y organismos estatales, el Presupuesto 2024 contabilizó

121 Servicios Administrativos Financieros (SAF), mientras que el Proyecto de Ley de Presupuesto 2026 proyecta 110 SAF, lo que implica una disminución de 11 organismos.

En relación con la estructura programática, la cantidad de programas pasó de 467 en el ejercicio 2024 a 382 en el Proyecto de Ley de Presupuesto 2026, lo que implica una disminución neta de 85 categorías.”

En el cuadro que sigue, se identifica la cantidad de programas presupuestarios por Servicio Administrativo Financiero vigentes en 2024 y los proyectados para 2026 (según el Proyecto de Ley de Presupuesto). Estos datos permiten dimensionar el impacto presupuestario de las adecuaciones realizadas en el período de referencia.

PRESUPUESTO NACIONAL. APERTURAS PROGRAMÁTICAS AÑOS 2024 Y 2026 (CANTIDAD DE PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS).

SERVICIO ADMINISTRATIVO FINANCIERO	AÑO 2024	ANTEPROYECTO 2026	DIFERENCIA
Instituto Nacional de Asuntos Indígenas	1	0	-1
Instituto Nacional contra la Discriminación, La Xenofobia y el Racismo	1	0	-1
Ministerio de Salud	28	21	-7
Secretaría nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.	17	8	-9
Ambiente	6	0	-6
Turismo y Deporte	10	12	-2
Secretaría de Educación	14	11	-3
Secretaría de Innovación, Ciencia y Tecnología	11	6	-5
Políticas Familiares	6	0	-6
Ministerio de Capital Humano	17	2	-15
TOTAL PROGRAMAS	467	382	-85

Cuadro con síntesis propia, destacando los organismos que ejecutan políticas sociales con despidos significativos de colegas.

"El recorte impactó principalmente en fondos destinados a: vivienda, programas sociales de trabajo y alimentario. Una característica transversal en estos programas es la organización social, la participación comunitaria y de organizaciones, lo cual señala al ajuste con énfasis en el cambio de mirada sobre la intervención social territorial.."

CONDICIONES LABORALES DEL COLECTIVO PROFESIONAL



PERSPECTIVA ACTUAL Y DESAFÍOS PROFESIONALES

Nuestra profesión atraviesa dinámicas de precarización acelerada que impactan con especial crudeza en un campo profundamente feminizado, acentuando la sobrecarga emocional, la invisibilidad y la desigualdad laboral. En este escenario, cuidar a las y los profesionales se vuelve un acto político imprescindible: una forma de resistir, de disputar sentidos y de defender el derecho a un ejercicio profesional digno y comprometido con la justicia social.

Ante esta realidad, el Consejo Profesional de C.A.B.A., en sintonía con otras provincias, fortaleció diversas estrategias de cuidado institucional —como la adecuación de las categorías de matrícula, la elaboración de notas a instituciones, espacios de supervisión y capacitación, la producción de Con-Textos la Revista del Consejo y la creación del espacio APBA como dispositivo de acompañamiento psicológico— junto con acciones colectivas desarrolladas en articulación con gremios, reuniones con colegas desempleadas/os y la participación como Amicus Curiae en instancias judiciales que buscan frenar la vulneración de derechos laborales.

Esta tarea se ha complementado con la articulación permanente con otros Colegios y Consejos Profesionales del país, a través de la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social (FAAPSS), que permitió construir relevamientos federales, compartir estrategias de acompañamiento y consolidar una voz colectiva frente al avance del desmantelamiento estatal. Gracias a este trabajo conjunto, pudimos dimensionar la afectación generalizada que atraviesa la profesión, con cientos de colegas despedidas/os en todo el territorio nacional, especialmente en áreas claves del sistema de protección social, como los CDR, la ex SENAF y organismos orientados a la inclusión, la discapacidad y la salud.

Este escenario confirma que ninguna jurisdicción quedó al margen del impacto y que la defensa de las condiciones laborales, las políticas públicas y el ejercicio profesional requiere una acción colectiva y sostenida. La articulación interinstitucional -entre Consejos, Colegios, organizaciones gremiales y comunidades profesionales- se vuelve indispensable para enfrentar el retroceso de derechos, reconstruir capacidades estatales y sostener la presencia del Trabajo Social allí donde la sociedad más lo necesita.



Nota aclaratoria:

Los datos mencionados para el apartado Relevamiento de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fueron obtenidos de registros propios del Consejo Profesional de Graduados en Trabajo Social de CABA y de la información brindada por gremios y colegas matriculadas que fueron despedidas de distintos Organismos Gubernamentales.

Los datos detallados en el apartado Articulación y relevamiento de datos a través de la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social (FAAPSS), fueron obtenidos del relevamiento contestado por Colegios Profesionales que conforman la Federación mencionada.

Por último, los datos analizados en el apartado Respuesta de la Jefatura de Gabinete de Ministros, corresponden a la contestación del organismo del día 5/10/2025, a través de la Subsecretaría de Desarrollo y Modernización del Empleo Público del Ministerio de Desregulación y Transformación del Estado y de la Dirección de Información Ciudadana y Datos Públicos del Ministerio de Economía, a la solicitud de información pública realizada por nuestro Consejo Profesional.

Asimismo, la síntesis de datos que figuran en los cuadros elaborados por este Consejo Profesional, fueron obtenidos de la misma fuente.

TRABAJO SOCIAL SITUADO



ESCENAS DE LA VIDA COTIDIANA DE UN SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO (O: “DE CÓMO NO NOS GUSTA LA DEMANDA ESPONTÁNEA”)

* Colmenero, Mariela

RESUMEN

El presente trabajo propone coordenadas para analizar la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud.

Con este horizonte, tiene como intención generar una reflexión sobre los desafíos de la intervención profesional, desde el espacio de demanda espontánea, ante la crisis de las políticas sociales vigentes.

El mismo no apunta a la generalización, dado que se sitúa en el contexto particular de la práctica en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; no obstante se considera que podría generar inquietudes e interrogantes sobre los espacios de atención del Trabajo Social en distintos contextos actuales. En este documento no se buscan certezas, sino algunas líneas para pensar y repensar la práctica profesional en contextos sociales complejos.



* **Mariela Colmenero** - Lic en Trabajo Social (UBA). Egresada de la Residencia PRIM Lanús. Integrante del Servicio Social Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Integrante del Equipo de Coordinación de Trabajo Social en la Obra Social del Personal de la Construcción.
Mail: colmeneromariela@gmail.com

PALABRAS CLAVES

- *Demanda espontánea*
- *Intervención profesional en el sistema de salud*
- *Políticas sociales*

KEY WORDS:

- *Walk-in appointment*
- *Professional intervention in the health care system*
- *Social policies*

LUZ, CÁMARA, ACCIÓN

Termina la pre-tarea matinal y comienzan las idas y venidas de la mañana en el Servicio Social del Hospital.

Interconsultas, grupos de trabajo, reuniones de equipo, acompañamiento a residentes... Hasta que alguien dice: *“¡Uy, me tocó la demanda”*. (en alusión al espacio de atención de demanda espontánea).

El resto del equipo mira, como compadeciéndose. Como mirando al soldado que va a una guerra con derrota asegurada ...o tal vez como quien está en la antesala de una batalla incierta a enfrentar a lo largo de ese día.

Se suele escuchar, como un secreto a voces en las instituciones de salud, que *“no nos gusta la demanda espontánea”*.

Pero...¿Por qué *“no nos gusta”* la demanda? O en verdad.....¿es que no nos gustao que nos incomoda, porque nos interpela y nos expone a nuestros propios límites de resolución?.

DEMANDAR: ¿QUÉ? ¿ANTE QUIÉN?

De Robertis (2003) plantea que hacer una demanda al trabajador social implica una movilización de la persona (o grupo) con el fin de encontrar una solución al problema que quiere resolver.

En la práctica, la demanda puede definirse, exponerse y/o presentarse desde un pedido, un ruego, una larga plegaria de desgracias cotidianas en pos de sentirse *“merecedor”* de aquello que se está solicitando. También puede plantearse desde un imperativo que nos posiciona en un rol *“dador”* hacia un otro que nos *“exige”*. Y de vez en cuando, en el despliegue de las demandas, puede llegar a aparecer algún discurso que nos recuerda que aquello que se pretende no es nada más ni nada menos que la efectivización de un derecho. Es en este sentido que podría pensarse.. ¿qué desafíos afronta nuestra ética profesional ante estas diferentes maneras de presentación de la demanda?.

Bernater define el concepto de demanda espontánea en términos similares a los expuestos previamente desde la lectura de De Robertis, aunque incorpora en su conceptualización la noción de iniciativa por parte de la persona que se acerca a solicitar intervención profesional (Bernater y otros, 2013). En esta iniciativa familiar de exponer ante el Servicio Social cierta problemática subyace una expectativa de cuál sería la resolución que se espera obtener, incluso cuando la misma no sea presentada en la institución adecuada y/o ante el interlocutor pertinente. Cabe preguntarse ¿cómo es decodificada y/o recepcionada en los espacios de demanda espontánea hospitalaria?

En diferentes ámbitos de inserción del Trabajo Social por fuera del campo de la salud existen espacios de demanda espontánea, con distintas modalidades de abordaje y hasta de nominación. Si bien la atención de las diferentes disciplinas del campo de la salud pública (principalmente en segundo y tercer nivel de atención, es decir hospitales) suele organizarse mayormente en espacios de atención programada-planificada, los Servicios Sociales hospitalarios a menudo ofrecen dispositivos de atención de la demanda espontánea. ¿Será que subyace que **“lo social”** no puede ser programado, y que no sólo se tiene que favorecer el acceso sino también la accesibilidad distinta?

La lógica de ingreso de la intervención del Servicio Social a través del dispositivo de demanda espontánea dentro de las instituciones hospitalarias se contrapone a la que se da con mayor frecuencia, que tiene que ver con el acercamiento hacia las familias, sin requerimiento y/o voluntad de estas de ser destinatarias de la acción profesional.

En la **“espontaneidad”** de las consultas se entrecruza lo urgente, lo inmediato, lo incierto...¿Qué es lo urgente en el campo de lo social? ¿Es el Servicio Social hospitalario quien debe atender la urgencia social, o habría otras instituciones más adecuadas para hacerlo? ¿Cómo definir aquello que requiere atención inmediata en contraste con aquello que podría **“programarse”**?

LA DEMANDA ESPONTÁNEA EN TIEMPOS DE ESCASEZ GENERALIZADA

Las intervenciones del Trabajo Social requieren ineludiblemente una lectura del escenario en las cuales se emplazan, así como también del contexto micro y macrosocial donde las mismas se desarrollan.

Siguiendo a Acevedo (2005) existen tres aspectos constitutivos del ejercicio profesional, siendo estos:

- 1.Los discursos vigentes en torno a los sujetos con los que se interviene.
- 2.Discursos vigentes sobre sus condiciones de vida.
- 3.Autonomía y heteronomía en el proceso de toma de decisiones de Trabajo Social.

Si bien la embestida del neoliberalismo en el campo de las políticas sociales tiene comienzo hace ya algunas décadas, no sólo a nivel local sino a nivel regional, el contexto nacional actual requiere ser mencionado.

A partir de la gestión presidencial iniciada en 2023 se plantea una reconfiguración del rol del Estado ante las problemáticas de la comunidad, lo cual se traduce en la profundización de reducción de la inversión en políticas sociales, así como también el desmantelamiento de diferentes áreas y programas destinados a la atención de población vulnerable. La lógica del mercado y del **“sálvese quien pueda”** arremete frente en un contexto de creciente exclusión social.

Tal como plantea Romero el recorte presupuestario a nivel nacional impactó principalmente en fondos destinados a: vivienda, programas sociales de trabajo y alimentario (Romero, 2025, p. 8), incidiendo directamente en las condiciones de vida de quienes ya se encontraban transitando situaciones de vulnerabilidad.

En el mismo sentido, cobran fuerza discursos que cuestionan y ponen en jaque diferentes derechos sociales adquiridos, debilitando la protección social ante la precariedad económica imperante.

En este escenario, la práctica profesional se ve interpelada, a veces amenazada y/o cuestionada, tanto a nivel institucional como a través de la deslegitimación de su pertinencia en un contexto más amplio.

Sin embargo, cabe preguntarse: ¿Es la política social la que da legitimidad e identidad al colectivo profesional? ¿Cómo generar nuevos sentidos (o recrear los previos) entre incertidumbres y certezas poco esperanzadoras?

“VÍ LUZ Y ENTRÉ” (O....¿ QUIÉNES VIENEN A LA DEMANDA?)

Azarosamente (o no) muchos Servicios Sociales hospitalarios se encuentran ubicados cerca de la entrada principal de la institución. Por casualidad (o no) es así como muchas veces el espacio de demanda espontánea es la primera instancia de alojamiento ante el desconcierto que genera la inmensidad institucional. Y de repente, Trabajo Social es quien indica donde queda tal o cual servicio, recepciona la angustia de quien no consigue un turno, y hasta puede llegar a calentar alguna mamadera y convidar galletitas. También se presentan aquellas familias que son derivadas por integrantes del equipo de salud los cuales también han sido invadidos por el desconcierto, en este caso por la inmensidad de la realidad social.

En el campo de lo incierto de la/s demanda/s emergen sujetos de intervención **“inesperados”**. Tal como plantea Carballada (2017) estos sujetos no coinciden con los mandatos fundacionales de las instituciones, generando sensación de extrañeza,

azoramiento y sospecha, lo cual se traduce en temor por parte de los profesionales.

Profundizando en este eje, históricamente el hospital se encargaba de curar, así como la escuela de enseñar y la familia de cuidar. ¿Pero qué sucede cuando estos anclajes se debilitan y aparecen nuevas demandas a las instituciones sanitarias?

Carballeda expone que *“la brecha que se genera entre lo que la institución espera y la consulta que realmente aparece produce una sensación de paralización, desconcierto, pero también de rechazo. Así, las instituciones, frente a ese sujeto inesperado, dejan de contener, de escuchar, de socializar y fundamentalmente de cuidar. Paradojalmente, se invierte el sentido; quien debe ser cuidado, alojado, produce muchas veces una acción inversa que se puede sintetizar en cuidarse de quienes deben cuidarlo.”* (Carballeda, 2017, p. 50). ¿Será eso lo que se esconde detrás de la incomodidad ante la demanda espontánea?

Si bien puede entenderse el concepto de salud desde una mirada que supera ampliamente la esfera de lo biológico, la realidad es que las instituciones sanitarias no suelen contar con recursos y/o respuestas para las problemáticas que exceden al tratamiento de la enfermedad. En este sentido, los recursos y alcances de la institución puedan ser diferentes a los esperados por los consultantes.

INTERVENCIONES EN EL PLANO DE LO POSIBLE

Se suele escribir, reflexionar, teorizar sobre la intervención profesional en diferentes ámbitos y dispositivos. Sin embargo poco se dedica a la intervención en demanda espontánea. De hecho (se cuela una infidencia en este relato), uno de los puntapiés para iniciar este escrito fue la escasez de bibliografía que abordara específicamente la temática de demanda espontánea en general, y en salud en particular ¿Acaso la tomamos como un espacio de menor jerarquía y/o que no vale la pena ser contado? ¿Es una intervención que no requiere ser interpelada y/o conceptualizada teóricamente?

En términos de Carballeda, *la intervención no es un episodio natural sino que se halla construida y atravesada por discursos que se van construyendo a través del tiempo.* (Carballeda, 2007).

En el escenario de la demanda espontánea hospitalaria, se despliegan una multiplicidad de solicitudes para las cuales el hospital no tiene respuesta. (políticas de vivienda, de educación, de desarrollo social, etc.). Sin embargo se aloja, se escucha, se contiene. Se sostiene ese eslabón muchas veces ineludible en el camino a la accesibilidad y/o efectivización de derechos.

Y ahí reside el campo de oportunidad que se despliega en ese espacio. ¿Cómo construimos nuestra especificidad profesional ante la demanda?, ¿Cómo significamos o resignificamos la intencionalidad de este espacio? ¿La tenemos o nos la imponen?

En nuestro campo de acción, ¿Qué lugar le damos a quien consulta?

En este sentido ¿nuestro rol en el espacio de demanda es gerenciar la escasez? ¿apelar a marcos normativos que son sólo letra muerta? ¿o hay otras alternativas para reivindicar nuestra posición dentro de este campo tan complejo?.

La apertura que suponen estos espacios, abiertos, amigables, desburocratizados generan una confianza y una posibilidad de escucha que teje un vínculo muy diferente al que se puede dar en otro tipo de instituciones. ¿Podríamos pensar que el alojar es de por sí una resolución en sí misma? ¿O nos queda la frustración de todo aquello que escapa a nuestra posibilidad de resolución?. ¿Ese encuentro, que quizás sea una primera y única vez, nos deja con “sabor a poco”?.

ENTONCES...¿QUÉ NOS PASA CON LA DEMANDA?

Podría esbozar que la demanda nos inquieta, nos puede sacar de nuestro terreno de intervención más conocido.

Pero, lo que nos interpela de la demanda es...¿su inmediatez? ¿su impredecibilidad? ¿nuestras limitaciones -o las del contexto?.

En 1999, Ignacio Lewkowicz y Elena de la Aldea desarrollan el concepto de subjetividad heroica, caracterizando una forma de pensar y actuar de los profesionales (en ese caso de la salud mental comunitaria) ante el vaciamiento de las instituciones estatales. Estos autores mencionaban que ante un Estado en retroceso la comunidad se encontraba en peligro, y eran los trabajadores de la salud mental comunitaria quienes debían salvarla de esa “catástrofe”. En esa línea el profesional/héroe intenta reparar, sostener, emparchar un anclaje institucional que es irrescatable (Lewkowicz y otros, 1999).

Asistimos cotidianamente a expectativas que muchas veces no pueden ser satisfechas desde nuestro rol profesional y desde las políticas públicas disponibles. En las que subyace el atravesamiento de nuestra propia precariedad. Y ante las cuales de todos modos nos sentimos interpelados.

Pretender solucionar una demanda en un espacio de quince minutos es un poco más que ambicioso. Pero lo que pueden representar esos quince minutos en la vida del consultante es un efecto que rara vez analizamos. Es un puente a la escucha, a la problematización, a la desnaturalización, al reconocimiento de un derecho.

CONCLUSIONES (O APERTURAS?)

Probablemente al final de esta lectura queden más preguntas que certezas. Si eso sucede, objetivo cumplido, esa era la idea.

Si bien estos debates pueden no resultar nuevos para el colectivo profesional, requieren ser pensados y repensados en el contexto actual.

La complejidad de los escenarios de intervención actual implica un desafío para la posición del Trabajo Social en instituciones públicas. Cómo cobijar, cómo acompañar en tiempos de desamparo, pero también cómo mantener una visión crítica, una intervención que apunte a la reivindicación de derechos. Desnaturalizando y generando ciudadanía. Pensarnos no sólo como agentes de reproducción de políticas públicas sino como actores que pueden generarlas, impulsarlas, incidirlas.

Volviendo al interrogante inicial, deberíamos pensar si “no nos gusta la demanda” o si debemos repensar nuestra subjetividad heroica en tiempos de escasez generalizada.



ESCENAS DE LA VIDA COTIDIANA DE UN SERVICIO...

BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO, P (2005): *La intervención profesional en la actual relación estado-sociedad: el caso del Trabajo Social. Avances e interpretaciones provisionales desde un trabajo en curso.* En: Cazzaniga y otros : *Intervención profesional: Legitimidades en debate.* Espacio Editorial, Buenos Aires.

BERNATER, G Y OTROS (2013): *Reflexionando sobre la intervención profesional en Consultorios Externos de Servicio Social.* Revista Margen N°68, Buenos Aires.

CARBALLEDA (2007): *Lo social de la intervención. El proceso de análisis en Trabajo Social.* Reedición artículo publicado en la Revista Escenarios n° 1ESTS, Universidad Nacional de la Plata.

CARBALLEDA (2017): *La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones.* Revista Voces en el Fénix N° 62, Buenos Aires.

DE LA ALDEA, E. Y OTROS (2004): *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud.* Recuperado de: https://lobosuelto.com/wp-content/uploads/2019/09/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf, consultado 01-09-25.

DE ROBERTIS, C. (2003): *Fundamentos del Trabajo Social: ética y metodología.* España Publicaciones Digitales, Sevilla.

ROMERO, D (2025): *Ajustes y Derechos en tensión: transformaciones de las políticas sociales del ex Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.* Revista Con-Textos N° 10, Consejo Profesional de Trabajo Social CABA, Agosto 2025.

DESAFÍOS EN LA FORMACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD. EXPERIENCIA EN UNA SEDE DE RESIDENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

**Jasuti, María Sol; Sosa, María Belén*

RESUMEN

La siguiente producción es un relato de la experiencia vinculada al acompañamiento en la formación de profesionales de Trabajo Social en Salud, que surge de las constantes interpelaciones del equipo de coordinación docente y la jefatura de residentes, en el marco del sistema de residencias de la provincia de Buenos Aires.

En primera instancia, se historiza el surgimiento de la sede de residencia, se da cuenta del armado y organización de la misma, explicitando los diferentes espacios y escenarios propuestos para la formación continua. En este sentido, se pone en tensión nuestra intervención profesional con el modelo médico hegemónico, que prima en el ámbito hospitalario, así como también con las respuestas y los tiempos instituidos, a partir del detalle de los principales motivos de interconsulta.

Por último, se expresan los desafíos que se nos presentan a quienes acompañamos los procesos formativos, a la hora de

*** María Sol Jasuti**- Lic. en Trabajo Social (UBA). Coordinadora Docente de la Residencia de Trabajo Social en Salud del HIGA presidente Perón ciclo 2022-2025. Trabajadora del Servicio Social del HIGA presidente Perón.
Mail: mariasoljasuti@gmail.com

*** María Belén Sosa**- Lic. en Trabajo Social (UNLa). Jefa de Residentes de la Residencia de Trabajo Social en Salud del HIGA presidente Perón ciclo 2024-2025.
Mail: sosa.m.belen9@gmail.com

planificar y llevar adelante espacios de intercambio y construcción de conocimiento con otras disciplinas.

Es menester que estas situaciones se agudizan en un contexto de ajuste y vaciamiento, y las dificultades en el armado y sostenimiento de estrategias de intervención, en términos de articulaciones institucionales como así también la falta de políticas públicas que atiendan a fortalecer al sistema de salud en general, y a la comunidad en particular.

PALABRAS CLAVE:

- Formación
- Residencia
- Trabajo Social en Salud.

KEYWORDS:

- Training
- Residence
- Social Work in Health.

INTRODUCCIÓN

La siguiente producción surge como una síntesis del trabajo cotidiano en el acompañamiento en la formación en salud de las¹ residentes de Trabajo Social en Salud, con sede en un hospital general de la provincia de Buenos Aires.

CONTEXTO

La residencia de Trabajo Social en Salud se inscribe en el Reglamento Básico General para el Sistema Provincial de Residencias para Profesionales de la Salud (2022) de la provincia de Buenos Aires, que regula todas las disciplinas que se desempeñan en el campo de la salud. Cuenta con un programa de formación disciplinar que data del año 1998, en vistas de una actualización durante el corriente, que se elaboró luego de permanentes encuentros de diálogo y trabajo arduo de coordinaciones docentes, jefaturas y coordinación provincial de Trabajo Social. Dicho programa reúne los criterios de evaluación, los objetivos de formación para cada año, los respectivos escenarios de formación y las competencias para cada año de formación.

La residencia de Trabajo Social en Salud de nuestra sede surge en el año 2022 por iniciativa de la jefa de Servicio Social en ese momento, y la dirección ejecutiva de dicho hospital. En el mes de agosto del corriente se egresó la primera compañera formada en esta unidad de residencia y, al momento, cuenta con estructura de residencia completa que se compone por 6 residentes, 1 coordinadora docente y 1 jefa de residentes.

Según el Reglamento Básico General para el Sistema Provincial de Residencias para Profesionales de la Salud (2022), las residencias son un *“un sistema de formación de posgrado intensivo en servicio, que articula sinérgicamente estudio y trabajo”*, es por ello

que, para la aprehensión de conocimientos específicos en salud se planifican distintos escenarios de formación que incorporen aspectos teóricos-prácticos.

Es así, que la Propuesta Docente-Asistencial (2022) vigente para nuestra sede de residencia, establece como escenarios de formación los servicios de: Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Clínica Médica, Neurología, Neumonología, Cardiocirugía, Ortopedia, Traumatología, Nefrología, Infectología; y en áreas como: salud mental, primer nivel de atención, gestión en salud y adolescencias.

Asimismo, establece escenarios de formación teórica-académica como los espacios de formación continua, destinados a la lectura de material bibliográfico disciplinar y de temáticas de interés donde se propone y espera fortalecer y acompañar los conocimientos y las posibles intervenciones que conciernen a las incumbencias profesionales del Trabajo Social en general, y en el ámbito de la salud en particular, en sus diferentes dimensiones: asistenciales, teórico-metodológicas e instrumental-operativa a partir del proyecto ético-político del Servicio Social del cual depende la residencia. También se cuenta con espacios de reflexión de la práctica, destinados a la presentación de situaciones de la práctica asistencial en articulación a aportes teóricos; planificación de actividades de promoción y prevención de la salud, entre otros.

Considerando que la residencia es una formación de posgrado en servicio, está atravesada por instancias de evaluación permanente durante la práctica asistencial, así como también en los espacios de formación y producción teórica. Para ello, las residentes realizan producciones escritas en formatos de ateneos, presentación de situaciones, artículos para jornadas e informes de rotación de los distintos servicios y áreas que transitan.

TENSIONES

Durante el desarrollo de esta propuesta formativa nos encontramos con algunas tensiones, tanto al interior de nuestro servicio como en otros equipos de salud, que nos interesa recuperar con el objetivo de repensar nuestras incumbencias profesionales, los desafíos con los que nos encontramos hoy y repensar cómo acompañamos la formación de otros en ese contexto, en el que defender las residencias, como espacio privilegiado para la formación en salud, nos resulta un desafío permanente a la luz del cierre de sedes de residencias que dependen del gobierno nacional actual, la precarización de los contratos de trabajo que no garantizan derechos laborales conquistados históricamente como licencias, aportes jubilatorios, seguros, etc.

Es así que, consideramos que repensar las residencias, los espacios de formación y los acompañamientos que realizamos es urgente para defender esta política pública y avanzar en su transformación para interpelar los dispositivos de salud vigentes y aportar a la construcción de un sistema de salud público justo, con accesibilidad y participación de la comunidad.

LA INSERCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

En este ámbito, nos encontramos con un sistema permeado por la primacía del modelo médico hegemónico, entendido como un conjunto de prácticas que, como señala Menendez (2019) posee rasgos distintivos en cuanto a la atención en salud, estos son:

“biologismo; concepción teórica mecanicista/evolucionista/positivista; ahistoricidad; asocialidad; individualismo; eficacia pragmática; la salud/enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); orientación básicamente curativa; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; relación médico/paciente asimétrica; relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión; concepción del paciente como ignorante (...) tendencia a la medicalización de los problemas; tendencia inductora al consumismo médico; prevalencia de la cantidad y lo productivo sobre la calidad” (p.56/57).

En este contexto, tanto la inserción de la residencia de Trabajo Social en Salud en el hospital, como el trabajo cotidiano del Servicio de Trabajo Social, se encuentran con el desafío permanente de construir, sostener y socializar otras formas de atención en salud que se construyan desde los saberes e incumbencias propias de nuestra disciplina. Tal como señalan las compañeras Aldana Lescano y Veronica Roncoli (2025) las residencias han ido *“identificando desafíos en torno a los procesos de intervención que realiza en diálogo con las demandas de otros profesionales, particularmente lo que identificamos en demandas a la profesión para la atención de la población usuaria basado en supuestos que se corresponden al paradigma del modelo médico hegemónico”* (p.8). Sin embargo, la estructura hospitalaria continúa fomentando la fragmentación en servicios, motivo por el cual observamos que al Servicio de Trabajo Social, y por ende a la residencia, las situaciones les continúan llegando por medio de interconsultas realizadas por profesionales médicos, construidas en formatos de **“derivación”** desde un criterio médico que, en pocas ocasiones, especifica el motivo de consulta o la demanda.

Algunos de los motivos que se presentan en nuestro cotidiano pueden ser: situación de calle, consumo de sustancias -y específicamente durante el embarazo-, gestión de recursos necesarios para la continuidad de un tratamiento, reconstrucción de redes socio afectivas, asesoramiento en políticas públicas, externación de pacientes, entre otros.

Dichas interconsultas se realizan con la expectativa de que el Servicio de Trabajo Social pueda brindar una respuesta frente a esa problemática que atraviesa la situación de salud de los usuarios. Ahora bien, si repensamos la dimensión temporal podríamos preguntarnos ¿en qué momento de la intervención del equipo médico se piensa la participación de Trabajo Social?, ¿en qué tiempos se espera dicha **“respuesta”**? ¿Qué sucede cuando la respuesta de Trabajo Social no condice con lo esperado por el equipo médico?. Las instituciones de salud no son ajenas a la organización de la vida cotidiana bajo un régimen capitalista-productivo. Constantemente se nos va a exigir que resolvamos más en poco

tiempo, entonces, ¿qué estrategias colectivas podemos elaborar para no quedar subsumidas en la inmediatez?.

Desde un posicionamiento crítico del Trabajo Social, y en permanente diálogo con los equipos médicos que elaboran estas lecturas reduccionistas, entendemos que nuestras intervenciones no se dan en términos de respuesta, sino de estrategias de intervención elaboradas en diálogo con los usuarios y en sintonía con la singularidad de cada situación. Es decir, que nuestras intervenciones no se encuentran protocolizadas debido a que entendemos que los **“problemas de salud”** como necesidades sociales en salud, tal como lo formula Silva Paim (2011) entendiendo que *“las necesidades de salud no se agotan en la demanda, en las necesidades sentidas, en las necesidades médicas, en las necesidades de los servicios de salud (...) las necesidades pueden ser entendidas no sólo como carencias o problemas de salud (enfermedades, daños y riesgos), sino como proyecto que expresen una necesidad radical: aquello que un ser necesita para continuar siendo un ser”* (p.92-93), están situadas en un contexto particular para cada persona y lo que quizás es válido para una, no lo es para otras. Es por ello que nuestro quehacer se encuentra vinculado a un hacer en salud artesanal.

En este sentido, consideramos la intervención de Trabajo Social en Salud en términos de acompañar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados que implican tiempos concretos de diálogo con otros equipos profesionales de salud, con otras instituciones-organizaciones, con los referentes socio afectivos y usuarios del sistema público de salud, como así también con otros organismos y/o instancias municipales o provinciales. Es allí donde se tensionan los tiempos y resultados esperados por la lógica de producción hospitalaria que requieren de respuestas cuasi inmediatas.

Yolanda Guerra (2015) destaca que *“en este período se está formando un nuevo perfil de trabajador; se está gestando en la sociedad un trabajador dominado por el capital financiero, cada vez más individualista, pensando en el “sálvese quien pueda”, trabajando con la inmediatez, y que tiene la idea de que los fines justifican los medios; que sólo vale el presente porque el futuro es tan incierto que no vale la pena proyectarse en él”* (p.20), sin embargo las estrategias que intentamos construir desde la formación de Trabajo Social, específicamente en el campo de la salud, tienen por objetivo acompañar trayectorias de salud complejas, lo complejo según Morin (1999) refiere a *“lo que está tejido junto; en efecto, hay complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo (como el económico, el político, el sociológico, el psicológico, el afectivo, el mitológico) y que existe un tejido interdependiente, interactivo e inter retroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas”* (p.17), es decir que las necesidades en salud que se nos presentan no se reducen a lecturas unicasales de la producción de enfermedad, sino que se encuentra atravesada por los determinantes sociales.

Retomando los aportes de Yolanda Guerra (2015), nos dirá que *“hay un crecimiento de esas prácticas, una tendencia a solucionar problemas individualmente resultando en*

definitiva en soluciones burocráticas” y en ese contexto lo que se le solicita al Trabajo Social es “que sea el encargado de constatar la situación de pobreza de los usuarios. Con el avance de las políticas y prácticas neoliberales se produce también una supresión de la noción de derechos y al considerar las prestaciones como favores o beneficios, se promueve el carácter asistencialista y focalizado” (p.22). La autora expresa la preocupación por la exigencia de formar profesionales que respondan a esa lógica focalizada y que deja a los trabajadores sociales como empleados de un estado capitalista asistencialista. En este sentido, nos interrogamos acerca de si ¿es solo en la tarea asistencial que se acompañan procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado?, ¿que otras formas de acompañar estos procesos se pueden construir en el marco de la residencia?, ¿es posible, en el ámbito hospitalario, repensar los dispositivos de atención desde la inserción de la residencia de Trabajo Social en Salud?

Estos interrogantes adquieren doble relevancia para nosotras en tanto trabajadoras de una institución hospitalaria y, a su vez, formadoras de la residencia de Trabajo Social en Salud, comprometidas con planificar y llevar adelante espacios de formación de calidad, de apertura a la reflexión de nuestra práctica, de nuestra inserción en el ámbito de la salud, de los espacios laborales que ocupamos. Y sobre todo de formar profesionales con empatía en el trabajo con estas realidades.

Dichos interrogantes aparecen en la práctica junto a otros actores como referentes de la práctica, otras residencias y profesionales de distintos servicios. Es por esto que consideramos a la formación estrictamente disciplinar como otra dimensión en tensión en la inserción de la residencia. Si bien nuestra residencia se caracteriza por ser disciplinar -existen sedes de residencia del sistema provincial que son interdisciplinarias, como las PRIn- en la tarea asistencial se encuentran con profesionales residentes de distintas disciplinas con quienes intentan construir un entramado interdisciplinar con el objetivo de incorporarse a los equipos desde el principio de las situaciones, elaborar lecturas y estrategias de intervención en conjunto.

DESAFÍOS

Estas tensiones se presentan en el cotidiano de forma caótica, desordenada, de manera tal que en la vorágine asistencial es complejo frenar, re pensar o planificar espacios de encuentros colectivos para la reflexión crítica de los atravesamientos que tiene la residencia, preguntándonos constantemente ¿cómo acompañamos los procesos de formación sumergidos en estas tensiones?

Durante este ciclo de residencia hemos ido ensayando algunas formas en la construcción de espacios que se han ido gestando al interior de la residencia de Trabajo Social que consideramos, casi un imperativo compartir, con la intención de contar la experiencia para seguir pensando con otros en tiempos hostiles, donde la soledad abrumba en el cotidiano y recuperar los espacios colectivos son un refugio frente a tanta crueldad instalada hacia el sistema de salud público en general y las residencias en salud en particular.

Además, creemos necesario compartir la experiencia que se gesta en el interior de la residencia como forma de resistencia a las formas mercantiles de pensar el trabajo y la salud, donde la residencia se expresa como sujeto colectivo².

Durante el transcurso de este ciclo de residencia han surgido interrogantes respecto a la formación estrictamente disciplinar. En el hacer cotidiano, nuestras estrategias de intervención se dan en permanente intercambio, diálogo, demandas, con los profesionales de equipos médicos. Es así que ubicamos que la construcción de espacios de discusión interdisciplinaria para residentes y profesionales de planta es necesario para favorecer tiempos de pausa, encuentro, diálogo y debate con estos otros actores que se encuentran en el campo de la salud.

Asimismo, consideramos que el modelo de atención en salud fragmentado en servicios disciplinares se encuentra colapsado, brindando respuestas automatizadas y alejadas de la realidad que produce las necesidades sociales en salud de la población. En este sentido, desde la formación en salud apostamos por la elaboración de dispositivos de atención interdisciplinaria para acompañar situaciones de salud complejas. Además, frente al agotamiento del sistema tradicional de salud, apostamos a la construcción de espacios otros vinculados a la salud por fuera de la lógica hospitalaria de consultorio, por una salud comunitaria desde otros escenarios y vinculados a otros actores como el primer nivel de atención, organizaciones sociales, agrupaciones, etc.

Por otra parte, identificamos la necesidad de que los equipos médicos y toda la comunidad hospitalaria en general, tengan conocimiento del vaciamiento y recorte de las políticas públicas en salud en el contexto actual, dado que estas decisiones políticas tienen un impacto directo en la vida cotidiana de los usuarios que transitan por el hospital (quita y reevaluación de pensiones no contributivas, desfinanciamiento de medicación de alto costo del gobierno nacional, vaciamiento de programas de género y discapacidad, despidos masivos en áreas estratégicas del Ministerio de Salud de la Nación, entre otros).

En esa línea, creemos que es imperioso recuperar las instancias de encuentro para recuperar y revalorizar a la salud como un bien público (y no un bien de mercado) y elaborar estrategias colectivas de acción, tanto en los servicios de salud con profesionales de planta permanente, como en las residencias, con el objetivo de defender los derechos laborales de todos los trabajadores que integran el subsistema de salud público para poder garantizar el efectivo acceso a la salud de toda la población.

Por último, pero no menos importante, en nuestra propuesta de formación en acto intentamos planificar espacios de formación que, conecten a las residentes con experiencias vitales y vinculadas al disfrute, brindando distintas dimensiones que puede adquirir el Trabajo Social en Salud (asistencial, educativo, promoción y prevención, gestión) para que cada una experimente y moldee su proyecto profesional³. Apostamos a la construcción de las residencias en salud desde la participación activa de residentes, referentes de la práctica, responsables de servicios y equipo pedagógico de la residencia (Jefatura y Coordinación).

“Lo posible se consigue tensionando las fronteras de lo imposible. Forzándolas, en un esfuerzo consciente y deliberado. Esfuerzo que para tener sentido debe ser agenciado por un grupo, por un colectivo de humanos. Un esfuerzo que puede, y debe, también, ser producido”

Rosana Onocko Campos (2004:3)



DESAFÍOS EN LA FORMACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD.

NOTAS

1. Durante el escrito utilizaremos pronombres femeninos para referirnos a las compañeras residentes ya que, actualmente, todas ellas se identifican como mujeres cis, sin por ello dejar de utilizar el lenguaje neutro a fin de garantizar la visibilidad de todas las identidades.
2. Mamblona (2019) se refiere a los sujetos colectivos como "aquellos grupos que tienen la capacidad de introducir sus reivindicaciones en el espacio social de lucha entre clases y fracciones de clases con el Estado. Se trata de una organización colectiva con grados de perdurabilidad, que enfrenta la vida cotidiana siendo esta un espacio de reproducción del sentido común dominante que insta -invisiblemente- a no poder ser modificada (p. 157).
3. Guerra (2015) señala que pensar un proyecto profesional implica: un conjunto de valores, "que vayan a contramano de la competitividad, del sálvese quien pueda, de lógicas utilitaristas y pragmáticas que nos fragmenten"; formación teórica crítica y orientación respecto a nuestras competencias y atribuciones disciplinares.

BIBLIOGRAFÍA

GUERRA, Y. (2015). *La intervención como proyecto ético-político y su vinculación con las reales condiciones de trabajo*. En: Trabajo social y mundo del trabajo : reivindicaciones laborales y condiciones de la intervención / María Virginia Siede ... [et.al.] ; compilado por María Virginia Siede. - 1a ed. -La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

JASUTI, MARIA SOL (2022). *Propuesta Docente Asistencial 2023-2025*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

MAMBLONA, C. (2019). *Sujetos colectivos, procesos organizativos: implicancias y particularidades para el Trabajo Social*. En: Luchas sociales, sujetos colectivos y Trabajo Social en América Latina compilado por Carolina Mamblona ; Jorgelina Matusevicius ; editado por Mario Eduardo Gambandé.- 1a edición para el profesor - Tandil : Mario Eduardo Gambandé.

MENENDEZ, E. (2019). *Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible*. En: Salud y Trabajo Social : procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud / Asa Cristina Laurell [et al.] ; compilado por Redondi Valeria ; Laura Paradela.-1a ed. 1a reimp.- La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires (Debates en Trabajo Social ; 8)

MORÍN, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*.

ONOCKO CAMPOS, ROSANA. (2004). *Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria*. Publicado en: Salud Colectiva, Spinelli (org) Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2004; pp.103-120

SILVA PAIM, JAIRNILSON (2011). *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

REGLAMENTO BÁSICO GENERAL PARA EL SISTEMA PROVINCIAL DE RESIDENCIAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD (2022). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

SALUD MENTAL Y TERRITORIO: LA POTENCIA DE LO COMUNITARIO EN TIEMPOS DE RETROCESO DE DERECHOS

**De Luca, Delfina*

RESUMEN

El presente escrito se enmarca en el último año de la Residencia de Trabajo Social, desarrollada en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). El objetivo de este trabajo pretende problematizar y analizar las sensaciones e interrogantes que surgieron a partir de tomar contacto con varones en situación de consumo problemático de sustancias y situación de calle, desde una perspectiva de salud mental comunitaria y su vinculación con el territorio. El análisis aquí expuesto busca poner en evidencia la relevancia de los espacios comunitarios como alternativas de intervención y tratamiento, los cuales, en el contexto político actual, se encuentran gravemente amenazados. A partir de la pregunta “¿Qué ocurre cuando los caminos se cierran?”, se abordan diversos cuestionamientos que

*** Delfina De Luca** - Licenciada en Trabajo Social (UNSA). Residencia de Trabajo Social en Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Hospital D.F. Santojanni.
Mail: delfinadeluca96@gmail.com

emergieron durante los meses de rotación por dichos dispositivos. Asimismo, se recuperan aprendizajes significativos adquiridos a lo largo de esta experiencia, particularmente en lo que respecta a la intervención social en el marco del sistema de salud público, con especial énfasis en el abordaje de la salud mental.

PALABRAS CLAVE:

- Consumo problemático de sustancias
- Salud Mental Comunitaria
- Territorio

KEYWORDS:

- Problematic Substance Use
- Community Mental Health
- Territory

INTRODUCCIÓN.

El objetivo del escrito es poder dar cuenta de los aprendizajes y reflexiones que surgieron a partir de lo vivenciado dentro del tercer y último año de la Residencia de Trabajo Social en salud, específicamente desde las rotaciones realizadas en espacios comunitarios. Asimismo, es de interés retomar ciertas reflexiones que sucedieron en torno a la intervención social dentro del sistema de salud público en relación a la salud mental, tomando la inserción en la guardia de salud mental del hospital de base.

Dentro del programa general de la residencia se plantean como temáticas transversales al tercer año: Salud mental, discapacidad y/o rehabilitación. De las temáticas transversales mencionadas, mis rotaciones electivas correspondientes al tercer nivel estuvieron centradas en la temática de Salud Mental, específicamente en consumo problemático. Ambas fueron realizadas en Casas de Atención y Abordaje Comunitario (de aquí en adelante CAAC) de la CABA, dependientes de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Estos dispositivos funcionan a través de distintas organizaciones sociales, las cuales tienen como población objetivo en su mayoría a varones¹ en situación de consumo de distintos tipos de sustancias y/o situación de calle.

Este escrito pretende brindar un análisis y elaborar reflexiones tomando como punto de partida el abordaje desde la salud mental comunitaria y la importancia del territorio en los procesos de enfermedad, salud, atención y cuidado (PSEAC). Asimismo se retoma la importancia de cuidar y defender estos espacios, que se encuentran altamente amenazados en la actualidad.

TRAYECTORIAS MARCADAS POR LA EXCLUSIÓN: MASCULINIDADES, CALLE Y CONSUMO

Es de importancia antes de continuar retomar explícitamente lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sobre los consumos, la cual menciona en su artículo N° 4 que:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

Pero, ¿qué entendemos por Salud Mental? dicha ley define a la misma como un proceso que está determinado por diversos componentes, no sólo lo biológico y/o psicológico, sino también comprende variables históricas, socio-económicas y culturales. La preservación y el mejoramiento de la salud mental está ampliamente vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas, y esto está amparado por la legislación vigente.

Ahora bien, es difícil pensar en la preservación de la salud mental de una persona cuando sus derechos básicos se encuentran vulnerados. La mayoría de los asistentes de las CAAC se encontraban al momento de la rotación en situación de calle y manteniendo un consumo constante durante varios años². A su vez, dentro de sus relatos respecto a sus trayectorias vitales se vislumbraban infinidad de vulneraciones a derechos básicos: derecho a la salud, vivienda, a la integridad física y a vivir una vida digna.

Muchos de los jóvenes mantenían vínculos socio-afectivos-comunitarios sumamente lábiles; algunos llevaban años desvinculados de sus familias nucleares y extensas, mientras que otros habían visto deterioradas en gran parte sus relaciones a raíz del consumo. Relaciones amorosas, laborales, de amistad que ya no formaban parte de su vida, desde que ésta se vio afectada por la dependencia a las sustancias.

A su vez, la confluencia entre estar en situación de calle y bajo un consumo problemático de sustancias puede representar un obstáculo significativo para la sostenibilidad de los tratamientos. La población en situación de calle en ocasiones se constituye como una población con históricas dificultades y/o barreras en el acceso a instituciones de salud. Estas limitaciones pueden deberse a diversos factores, como la dificultad de asistir a turnos en horarios establecidos, la falta de medios para trasladarse a instituciones lejanas y el estar en situación de consumo que, en ocasiones, dificulta aún más éstas condiciones de acceso.

Es aquí que resulta fundamental contar con espacios de cuidado y acompañamiento sostenido en estos escenarios. Considero valioso preguntarse entonces, ¿Cómo sacar un turno en el sistema de salud si no tengo teléfono? ¿Cómo buscar trabajo si no tengo donde imprimir un Currículum? ¿Cómo me presento a una entrevista laboral si no tengo ropa limpia, ni donde asearme? ¿A quién pedirle un consejo? ¿Con quién compartir una comida? ¿Con quién problematizar que a la noche durante un operativo³ tiraron violentamente mis únicas pertenencias?

Uno de los principales objetivos de estos dispositivos de acompañamiento y atención comunitaria se basa en brindar, dentro del territorio, un espacio abierto y alojador para el acompañamiento integral e inclusión social de los usuarios. Concretamente, funcionan en una vivienda particular y distribuyen tareas como en una organización hogareña: entre

quienes asisten se dividen las tareas de limpieza, de cocina, se organizan las duchas por turnos, se realizan compras de elementos diarios, entre otras actividades.

Estas CAAC se estructuran fluctuando entre lo asistencial (como tener garantizado un almuerzo o una ducha) y la oferta específica de un tratamiento ambulatorio del consumo con diferentes profesionales del equipo de trabajo interdisciplinario de cada sede (trabajadoras sociales, psicólogos/as, sociólogos/as, etc).

Pero, desde estas casas no sólo se aborda el consumo, sino que también se orientan los abordajes hacia la promoción y restitución de derechos teniendo en cuenta diferentes variables: salud, educación, restitución de lazos familiares, derecho a la identidad, y también fomentando las redes vinculares y sociales de cada persona. También cuentan con espacios lúdicos/recreativos como talleres de cocina, arte, entre otros, los cuales tomaban en cuenta otras dimensiones, como por ejemplo, brindar herramientas corporales mediante técnicas de teatro para asistir a una entrevista de trabajo, o el armado de currículums.

- **Tejiendo redes de cuidado**

Como trabajadoras sociales podemos afirmar que los padecimientos de las personas no están separados de la comunidad donde se vive. Esto no significa que se pierda de vista la singularidad del malestar en cada situación, sino que es importante tomar en cuenta su dimensión colectiva: reconocer a la comunidad como parte del proceso de determinación de la salud mental y, al mismo tiempo, como ámbito de abordaje de los padecimientos⁴.

Los espacios mencionados con anterioridad están estratégicamente emplazados en determinados barrios, lo cual da cuenta de un abordaje cien por ciento territorial. Espacios inmersos en la cotidianidad de quienes asisten y en el campo donde transitan su vida cotidiana⁵ espacios que se enmarcan dentro de lo que conocemos como **“Salud Mental Comunitaria”**.

Según la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental de nuestro país, el modelo de atención comunitario se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarios con base territorial; con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social.

Al hablar de territorio me refiero al mismo como *“espacio social e históricamente producido en el que distintos flujos de relaciones articulan y tensionan recursos o servicios en un espacio particular donde las distancias físicas se ven relativizadas”* (Chiara, 2019). De esta manera podemos entender que el territorio se configura como una trama viva donde las prácticas, relaciones y sentidos compartidos habilitan nuevas formas de acción colectiva.

El territorio es producto de sus actores y es pensado como lazo, en él se multiplican las interrelaciones, constituyendo una “red de relaciones” que es

central a la hora de construir estrategias de intervención. El territorio es entendido como potencia para que las intervenciones confluyan como atención en comunidad. (Tenchera, 2024)

Al hablar de lazo social me refiero a los vínculos o conexiones que pueden establecerse entre individuos dentro de una comunidad o sociedad. Considero que el objetivo central de estos espacios converge en construir y fomentar redes de cuidados ancladas en la realidad de cada usuario y el territorio que habita, en las historias personales y de la comunidad; historias que debemos en principio alojar para pensar en una posible restitución y fortalecimiento del lazo social.

La ley de Salud Mental de la CABA, en su artículo N° 9, también pondera la importancia de los lazos sociales, mencionando que la promoción de la salud mental de la población se fomentará a través de la ejecución de políticas orientadas al reforzamiento y restitución de **“lazos sociales solidarios”** y, que la implementación de un modelo de atención que en consonancia con lo dispuesto por la Ley Básica de Salud N° 153/99 garantice la participación a través de prácticas comunitarias.

En este sentido, el fortalecimiento de los vínculos y lazos sociales se constituye como un componente central en esta problemática, en tanto posibilita no solo la problematización y tratamiento del consumo, sino también la posibilidad de pensar a los usuarios como potenciales sujetos de derechos inmersos en un territorio y contexto particular, y no sólo como una persona en tratamiento por consumo problemático, aislada del contexto en el cual se desenvuelve.

- **¿Qué ocurre cuando los caminos se cierran?**

En este apartado me interesa detenerme a reflexionar respecto al cierre intempestivo de una sede CAAC por falta de un nuevo espacio de alquiler, la misma contaba con un promedio de 20 asistentes diarios, lo cual dejó al descubierto la importancia de contar con espacios como los mencionados.

Cabe destacar que durante el mes de septiembre de 2025 se llevó adelante un reclamo desde estos espacios debido al reajuste presupuestario de la SEDRONAR, el cual impacta directamente en el cierre de más de 40 dispositivos en todo el país, según fue difundido en redes sociales y movilizaciones realizadas por las propias CAACs.

¿Cómo se puede pensar un abordaje de la salud mental **lejos** del individuo? ¿Qué dispositivo podría reemplazar un espacio territorial donde las personas desarrollan su cotidianeidad?. Recordando que sus asistentes se encuentran mayormente en situación de calle, donde el territorio que habitan es aquel donde se encuentran. Las personas que asistían a la CAAC tenían un proceso personal en su haber, su tratamiento, su red, sus profesionales tratantes y un resguardo frente a la hostilidad del afuera ¿Qué sucede entonces cuando los caminos se cierran?

Como explicito en la introducción, luego de las rotaciones programáticas y electivas, los residentes rotamos un día por semana en la guardia de Salud Mental. Es en ese contexto donde ingresa un joven con una descompensación por consumo de sustancias. Al realizar el pase con la guardia previa me pareció reconocer su nombre y apellido, y, efectivamente, al ir a entrevistarlo me encontré con él, uno de los usuarios de aquella CAAC que había cerrado sus puertas. Allí, cuatro meses después, se encontraba descompensado en una guardia, refiriendo que su último intento de tratamiento fue en dicha institución.

En relación a los programas de políticas públicas asociados específicamente a la problemática de situación de calle, la ley nacional N° 27.654⁶ plantea en su artículo N° 12 que las personas en situación de calle tendrán acceso prioritario a los programas y tratamientos para los consumos problemáticos, la salud mental y las discapacidades. De nuevo me pregunto: ¿Qué ocurre cuando los caminos se cierran? ¿Dónde estarán las más de 20 personas que contaban con ese espacio? ¿Qué sucederá si continúan cerrando las CAACs de nuestro país?

Considero, de esta manera, que debemos bregar siempre por la apertura, difusión y reproducción de estos espacios comunitarios, los cuales no solo entendemos como efectivos desde nuestro rol profesional para el tratamiento del consumo y en este caso de la situación de calle, sino que también forman parte de la legislación vigente de nuestro país en relación a la Salud Mental.

REFLEXIONES FINALES

La complejidad del abordaje de la salud mental desde el modelo comunitario requiere de una permanente reflexión sobre la propia práctica, a partir de contextos particulares, siempre dinámicos y permanentemente desafiantes (no solo para nosotros/as como profesionales, sino para los sujetos de intervención).

En relación al consumo de sustancias y la situación de calle, resulta fundamental visualizar un abordaje que permita dejar a un lado la estigmatización y prejuicios, promoviendo una reflexión crítica sobre la situación y la importancia que revisten los espacios comunitarios en el proceso de salud, enfermedad, atención, y cuidado de los/as usuarios/as.

Asimismo, el Estado, como responsable de la creación de marcos normativos y sociales, debería garantizar y facilitar el acceso efectivo a esos derechos, promoviendo un vínculo estrecho con el entorno y el tejido social comunitario, donde la persona en situación de consumo sea vista como protagonista activa de su proceso y se garantice la atención necesaria.

De todas maneras, creo firmemente que el objetivo de este tipo de espacios comunitarios trascienden la mera búsqueda de un tratamiento al consumo problemático de sustancias, y se orientan hacia la promoción de otros tantos derechos, buscando favorecer el lazo social. Por ello, considero fundamental diseñar estrategias de intervención que no solo se

enfoquen en la reducción del mismo, sino que también promuevan la participación social y el fortalecimiento de redes colectivas.

En suma, bregar por un modelo de abordaje de salud mental comunitaria y sus respectivos espacios resulta imprescindible para pensar un abordaje integral de la salud y un proyecto de vida digno.



NOTAS

1. De las tres CAAC, una estaba destinada exclusivamente a varones, mientras que las otras dos adoptan una modalidad mixta, con una fluctuación aproximada de 15 varones y 2 mujeres.
2. Gran parte de los usuarios mantenían consumo activo de pasta base cocaína (PBC) desde su adolescencia, la cual es una sustancia de bajo costo y con potencial adictivo mayor que la cocaína.
3. El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ha realizado en los últimos meses operativos de "Orden y limpieza" según publicaron en sus redes sociales, de los cuales participa el área de "Ordenamiento del Espacio Público", la Policía de la Ciudad, miembros del programa Buenos Aires Presente y la cuadrilla de limpieza intensiva. Los mismos generaron repudio en gran parte de la sociedad por resultar estigmatizantes y violentos.
4. Kit para talleres con adolescentes y jóvenes: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Juventudes. 2023. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/kit_talleres_salud_mental.pdf
5. En referencia al campo desde la perspectiva de Bourdieu y Wacquant (1995), el cual se define como una estructura o red de relaciones objetivas entre diferentes posiciones, las cuales se definen por los recursos o capitales que poseen, por las posibilidades que estas otorgan y por las relaciones de fuerza que mantienen con otras posiciones dentro del mismo espacio social.
6. Ley 27.654. Situación de calle y familias sin techo. Argentina, 24 de diciembre de 2021.



BIBLIOGRAFÍA

BOURDIEU, P., & WACQUANT, L. J. D. (1995). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Editores.
https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/bourdieu-y-wacquant.pdf?utm_source=chatgpt.com

CHIARA, M. (2019). *¿Es el territorio un "accidente" para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social*. Dossier. (p.19-35) En: Revista digital Ciudadánías. Revista de Políticas Sociales Urbanas. Número 4: "Políticas sociales y territorios. Fronteras e intersticios entre actores, políticas e instituciones", EDUNTREF.
<https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/PDF>

TENCHERA, N. (2024). *El final es en donde partí: Coordenadas para pensar la salud mental comunitaria*. Revista Escenarios. Revista de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP, (30). Universidad Nacional de La Plata.
<https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/16509/18519>

SALUD MENTAL ES COSA DE TODOS Y TODAS, KIT PARA ADOLESCENTES.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/kit_talleres_salud_mental.pdf

KIT PARA TALLERES CON ADOLESCENTES Y JÓVENES:
 Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Juventudes. 2023.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/kit_talleres_salud_mental.pdf

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657. (2010). Promulgada en 2010 y reglamentada mediante el Decreto 603/2013. Boletín Oficial de la República Argentina.

LEY NACIONAL N° 27.654 DE SITUACIÓN DE CALLE Y FAMILIAS SIN TECHO. (2021). Boletín Oficial de la República Argentina.

LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES N° 448. (2000). Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

REDES QUE SOSTIENEN, UNA APUESTA CONTRA LA FRAGMENTACIÓN. EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA RED DE NEURODESARROLLO EN EL MUNICIPIO DE QUILMES

**Spadea , Agostina D.*

RESUMEN

En el municipio de Quilmes funcionan actualmente seis dispositivos que brindan atención integral a niñeces y adolescencias con desafíos en el desarrollo. En 2024, desde el área de Planificación Sanitaria se impulsó la conformación de la Red de Neurodesarrollo, con el objetivo de articular a estos equipos, unificar criterios de abordaje y consolidar una estrategia de trabajo interdisciplinaria e intersectorial.

En este escrito analizamos la experiencia a partir de aportes de Rovere (2016) sobre redes en salud, pensando cómo esta articulación se puede realizar sin perder la propia identidad institucional, fortaleciendo la construcción de una visión compartida y multiplicando vínculos y sinergias. Entre los principales logros iniciales se destacan la creación

*** Agostina D. Spadea** - Maestranda en Política Social (UBA). Lic. en Trabajo Social (UBA). Docente Universitaria (UNAJ). Diplomada en Atención Primaria y Salud Comunitaria (UNPAZ) . Directora General de Planificación Sanitaria, Municipalidad de Quilmes.
Mail: spadeaagostina@gmail.com

de un recursero municipal, la homogeneización de vías de derivación, la articulación con escuelas a través de un dispositivo de enlace específico, la realización de jornadas comunitarias y la producción de materiales de trabajo para equipos de salud.

El Trabajo Social ocupa un rol clave en este proceso, aportando tanto desde la teoría como desde la práctica: la promoción del trabajo en red, la participación y la horizontalidad. En un contexto marcado por la fragmentación y el avasallamiento de derechos, esta red se constituye como un espacio de resistencia y como una estrategia transformadora de gestión en el sistema de salud local.

PALABRAS CLAVE:

- Redes en Salud
- Salud Comunitaria e Interdisciplina.

KEYWORDS:

- Networks in Health
- Community Health and Interdisciplinarity

INTRODUCCIÓN.

En el municipio de Quilmes actualmente funcionan 6 dispositivos que hace varios años trabajan brindando atención integral e interdisciplinaria a niñeces y adolescencias con desafíos en el neurodesarrollo, además brindan acompañamiento y orientación a sus familias. Estos equipos funcionan en: CAM Don Bosco, CAPS La Florida, CIC María Eva, Centro de rehabilitación y tratamiento infantil municipal, Hospital Dr. Eduardo Oller y Cet **“Néstor vive”** en el CIC La Paz.

Estos seis dispositivos cuentan con trayectorias distintas pero se han consolidado como efectores de referencia en la temática para el sistema de salud local, sin embargo aunque solían **“derivarse”** distintas situaciones entre ellos, no tenían un espacio de encuentro que propiciara el trabajo articulado.

Entendiendo que los desafíos en el desarrollo de Niños, Niñas y Adolescentes (en adelante NNyA) se han incrementado a lo largo de los últimos años, a finales del año 2024 desde el área de Planificación Sanitaria hemos impulsado la conformación de la **“red de neurodesarrollo”** con el fin de poder articular los dispositivos, compartir criterios y consolidar una estrategia de abordaje homogénea.

Tomando los aportes de Mario Rovere (2016), entendemos que hay una relación directa entre las redes y la **“desterritorialización”**. Como sabemos, los territorios pueden ser físicos o simbólicos, en este sentido comprendemos a cada dispositivo como un territorio particular; el trabajo en la red de cada uno de ellos supone un proceso de **“desterritorialización”**. Sin embargo, el autor sostiene que *“esta relación deviene en una operación política que aparece como amenazante en un primer momento pero que se logra concretar y validar en cuanto se entiende que muchas veces se puede*

desterritorializar sin pérdida de identidad para lograr resultados que nunca podrían alcanzarse por dentro de la determinación territorial.” (p. 245)

En tal sentido desde la red se impulsa el trabajo en conjunto realizando una valoración de las prioridades a abordar. Cada equipo mantiene su identidad y comparte en la red su impronta particular. Rovere (2016) sostiene que para poder conformar una red, se debe tener una fuerte visión compartida lo que genera un efecto de cohesión “que aligera la tarea y multiplica los vínculos, las asociaciones y las sinergias posibles” (p.262)

SOBRE EL ABORDAJE DE LOS DESAFÍOS EN EL DESARROLLO

El abordaje integral de los desafíos del desarrollo implica un enfoque de trabajo en conjunto entre profesionales, familias y comunidades, que considera al individuo en su totalidad (biológica, social, emocional, relacional y educativa) para diseñar estrategias personalizadas que mejoren su calidad de vida y promuevan su autonomía. Este enfoque se centra en la evaluación temprana, el desarrollo de redes de apoyo, el acompañamiento y trabajo interdisciplinario *(con disciplinas como terapia ocupacional, psicológica, pediatría, fonoaudiología, trabajo social, psicopedagogía, etc) y la articulación entre diversos sectores (salud, educación, desarrollo social, etc)* para garantizar respuestas efectivas e integrales a las necesidades de cada persona.

En el año 2024, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires presentó una guía destinada a equipos de salud donde propone problematizar la corriente biologicista que tiende a ubicar en el centro del abordaje a los desafíos neurológicos. La guía propone trabajar desde una perspectiva integral del desarrollo, *“esta perspectiva resalta la importancia que presentan también otras dimensiones y la necesidad de trabajar desde la interdisciplina, intersaberes e intersectorialidad. Esta perspectiva requiere continuidad en el acompañamiento por parte del equipo de salud para evitar prácticas estáticas y sistematizadas.”* (MSAL, 2024. p. 13). Comprender desde este enfoque el desarrollo de las niñeces nos ubica a pensar distintas dimensiones que atraviesan y condicionan sus formas de habitar el mundo:

La dimensión subjetiva que tiene que ver con su personalidad, deseos y preferencias;

La dimensión biológica-genética que comprende los sistemas y funciones corporales, estado nutricional, antecedentes perinatólogicos, entre otros.

La dimensión vincular entendida como su vínculo con sus cuidadores primarios y la forma de relacionarse con su red afectiva;

La dimensión cultural-social que comprende el atravesamiento de la perspectiva de género, trabajo, tiempo libre, tipo de vivienda, entornos/espacios en los que el niño/a transita, entre otros.

La dimensión ambiental,

Y la dimensión histórica que comprende el marco legal/normativo y la concepción que se tiene sobre las niñeces y adolescencias.

Teniendo en cuenta la perspectiva integral descrita, se preguntarán entonces ¿por qué la red municipal se llama **“red de neurodesarrollo”**?; en este sentido nos parece interesante reflexionar cómo conviven paradigmas biologicistas con miradas integrales en nuestros propios equipos.

Aunque cada uno de los equipos que conforman la red promueven y trabajan desde una visión del desarrollo integral de las niñeces, a la hora de conformarnos como red nos nombramos distinto. Y es que la mirada biologicista para el abordaje de las niñeces es una práctica muy instituida en nuestro sistema de salud. El nombre de la red ha dejado al descubierto nuestros propios atravesamientos y cómo la perspectiva integral es una construcción cotidiana y una forma de **“miramiento”**¹ -en términos de Fernando Ulloa (1995)- a las niñeces que acompañamos.

Y, aunque no es el tema central de este artículo la convivencia de paradigmas, nos parecía importante mencionar esta contradicción que aún seguimos trabajando a la interna de la red. En la actualidad la red se encuentra discutiendo un nuevo nombre, que refleje mejor la perspectiva técnico-política con la que se acompaña a las niñeces en nuestros espacios de trabajo.

SOBRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO DE LA RED

La red inició en noviembre del año 2024, donde se realizó un primer encuentro presencial en la secretaría de salud. Allí se realizó un análisis de la situación actual de cada dispositivo y se definió que la mesa tendría reuniones presenciales de manera mensual. El espacio de encuentro es rotativo, esto permite que todxs lxs integrantes conozcamos los espacios de trabajo de cada integrante de la red. Así mismo, en todas las reuniones se realiza un temario en conjunto, se establecen prioridades a trabajar y se realizan acuerdos con responsables específicos que llevan adelante las acciones priorizadas. La red está abierta a que participen distintos actorxs, a algunxs se los convoca específicamente según el tema a tratar; otrxs se han sumado en distintos momentos como ser la coordinadora del área de Salud Mental del distrito, el equipo del CIC María Eva y referentes de cada equipo que conforma la red. Todas las reuniones se sistematizan en una minuta que se comparte vía whatsapp, allí se deja por escrito los acuerdos y el temario de la próxima reunión; esto facilita la comunicación entre todas las integrantes de la red.

Hasta el momento la red ha impulsado las siguientes acciones:

Creación de un recursero municipal donde todos los equipos compartieron: especialidades/servicios con las que cuentan y horarios de atención actualizados.

Creación de un grupo de whatsapp para facilitar la comunicación entre los integrantes de la red.

Se acordó homogeneizar las vías de ingreso/derivación a los dispositivos: actualmente todas se realizan vía formulario de Salud Mental. Cabe mencionar que antes de la conformación de la red, algunos dispositivos tenían una forma de derivación distinta (vía formulario de redes en salud)

Se creó un dispositivo de enlace entre los efectores que participan en la red y las escuelas; para articular el seguimiento educativo de lxs patientxs. Este dispositivo cuenta con 3 Trabajadoras Sociales, que llevan el registro de las situaciones y se contactan con las escuelas para abordar cada situación en particular. Es interesante mencionar que el dispositivo se conformó a raíz del diagnóstico compartido entre los efectores de la red que sostenían que era una vinculación importante que no se estaba llevando a realizar de manera adecuada.

Se realizó una jornada de **“inclusión y diversión”** en el polideportivo municipal para conmemorar el día mundial de concientización sobre el autismo; donde cada equipo armó una posta de juegos para compartir con las familias una jornada de juegos. Esto nos permitió encontrarnos en un espacio de ocio y disfrute, para compartir con las niñeces y sus familias desde otro ámbito por fuera de las terapias habituales.

Se realizó un documento destinado a equipos de salud de atención primaria para que puedan trabajar en sala de espera actividades por el día mundial de concientización sobre el autismo. Este documento fue realizado especialmente por la red para difundir herramientas de trabajo concretas que los equipos de APS pudieron replicar.

Se coordinó una reunión con el inspector general de las escuelas de educación especial con el objetivo de afianzar lazos y articular de forma más fluida entre ambos sectores.

Se está planificando una jornada de formación sobre desafíos en el desarrollo integral de las niñeces destinada a profesionales, con el objetivo de compartir herramientas con todos los equipos de salud.

TEJIENDO LAZOS, SOBRE EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL

Muchas veces nos preguntamos cuál es el rol de nuestra profesión en distintos espacios de trabajo, pero sobre todo muchas veces son otros profesionales quienes nos **“asignan tareas”** que poco tienen que ver con nuestras incumbencias profesionales. En este sentido, resulta fundamental volver a nuestro marco normativo² que establece con claridad los alcances de nuestra disciplina. Al mismo tiempo, considero valioso recuperar nuestras

propias experiencias laborales para visibilizar los múltiples y significativos aportes que el Trabajo Social realizan en el campo de lo social.

A partir de la revisión bibliográfica de la literatura disponible, se puede evidenciar la escasez de textos que aborden experiencias del Trabajo Social en el campo de la gestión institucional. Teniendo en cuenta esta premisa al comenzar a sistematizar esta experiencia de trabajo me surgió el interrogante ¿Qué aportes específicos le brindó nuestra disciplina al armado de esta red?

Para responderlo, propongo dos líneas de análisis. La primera, de carácter más teórico, se vincula con los objetivos centrales de la profesión. Recordemos lo que enuncia nuestra ley: la **“defensa y reivindicación de los derechos humanos”**, la **“construcción de ciudadanía”** y la **“democratización de las relaciones sociales”**. Estas tres grandes premisas constituyen las banderas que orientan nuestro trabajo en las instituciones, pero también son los principios que debemos impulsar cuando asumimos responsabilidades de gestión. En este sentido, la construcción de la red de neurodesarrollo en Quilmes no tuvo como único propósito fortalecer el sistema de salud local, sino que también buscó consolidar un espacio de participación desde la horizontalidad, distribuyendo el poder y promoviendo dinámicas de trabajo colectivo.

La segunda dimensión refiere a un aporte sustancial de nuestra profesión: la capacidad de promover el trabajo en equipo. Nuestra formación académica se sostiene en la comprensión de la complejidad de los problemas sociales, lo que nos enseña que ningún abordaje es posible de manera aislada. Sabemos la incompletud de nuestras disciplinas, y por ello impulsamos el trabajo interdisciplinario. El arte de **“tejer lazos”** y **“armar red”** es una práctica habitual para el Trabajo Social; el desafío consiste en trasladar esta lógica a los diversos espacios en los que intervenimos, ya sea en organizaciones comunitarias, encuentros barriales o instituciones gubernamentales. En el ámbito de la gestión, nuestra disciplina tiene la posibilidad de imprimir esta perspectiva interdisciplinaria e intersectorial en cada línea de trabajo que nos toca impulsar.

En un contexto marcado por la fragmentación y las tendencias individualistas, impulsar y sostener el trabajo en red se convierte en una forma de resistencia, pero también en una estrategia transformadora que afirma el sentido de nuestra profesión.

CONCLUSIONES

La conformación de la red de neurodesarrollo no sólo nos permitió unificar criterios, optimizar recursos y motorizar nuevas líneas de trabajo colectivas; sino que principalmente se consolidó como un espacio de encuentro, reflexión y contención. La red además de ser una óptima estrategia de trabajo, es un espacio de escucha donde colectivamente se alojan las dificultades, preocupaciones y temores que vivencia cada equipo. En este contexto en donde el gobierno nacional se propone fragmentar, desarticular y demonizar al Estado; tener un lugar de encuentro y contención colectiva se ha consolidado como un espacio crucial para mejorar nuestras prácticas.

Así mismo, el colectivo de personas con discapacidad es un colectivo que encuentra cada vez más sus derechos vulnerados. Están viviendo un momento sumamente crítico de avasallamiento de derechos, por lo que el trabajo cotidiano de los equipos de salud se encuentra atravesado cada vez más por contextos extremadamente complejos que vive cada una de estas familias. Ante la crueldad del gobierno nacional, apostamos al trabajo en red, al trabajo colectivo que sostiene y construye buenas prácticas. Es que como refiere Rovere (2016), la fragmentación como estrategia del poder dominante se constituye como un mecanismo de **“desorientación social”**, el verdadero **“acto de resistencia”** para enfrentarla es apostar a la **“pedagogía del encuentro”**, para reconstruir **“la idea primaria, pero central, de que la vida es impensable e inviable como un acto aislado e individual”** (p.286). Frente a las estrategias de fragmentación podemos confrontar a la pedagogía del encuentro, como un acto de **“resistencia-rescate”** de la política, que se nutre de una cultura del encuentro y la tolerancia (p.287). Continuar apostando a esta red, es para nosotras nuestra verdadera **“resistencia- rescate”**.

Un aspecto central que emerge de esta experiencia, es que la red no sólo optimiza recursos y articula servicios, sino que habilita planificar prácticas institucionales más inclusivas y horizontales. En este sentido, el Trabajo Social al promover la interdisciplina y el trabajo colectivo, contribuye a cuestionar lógicas jerárquicas y fragmentadas que suelen prevalecer en el sistema de salud. El trabajo en red entonces se convierte en un dispositivo que democratiza las relaciones sociales al interior de las instituciones, generando dinámicas más horizontales, participativas y centradas en los derechos. Esta impronta permite que las prácticas de gestión no se limiten a la resolución técnica de problemas, sino que adquieran un carácter político y transformador, orientado a la construcción de ciudadanía y a la ampliación de derechos.



BIBLIOGRAFÍA

AHMED, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. Programa Universitario de Estudios de Género.

LEY FEDERAL DE TRABAJO SOCIAL N° 27072. Trabajo Social. <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

LEY 26.061. LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>

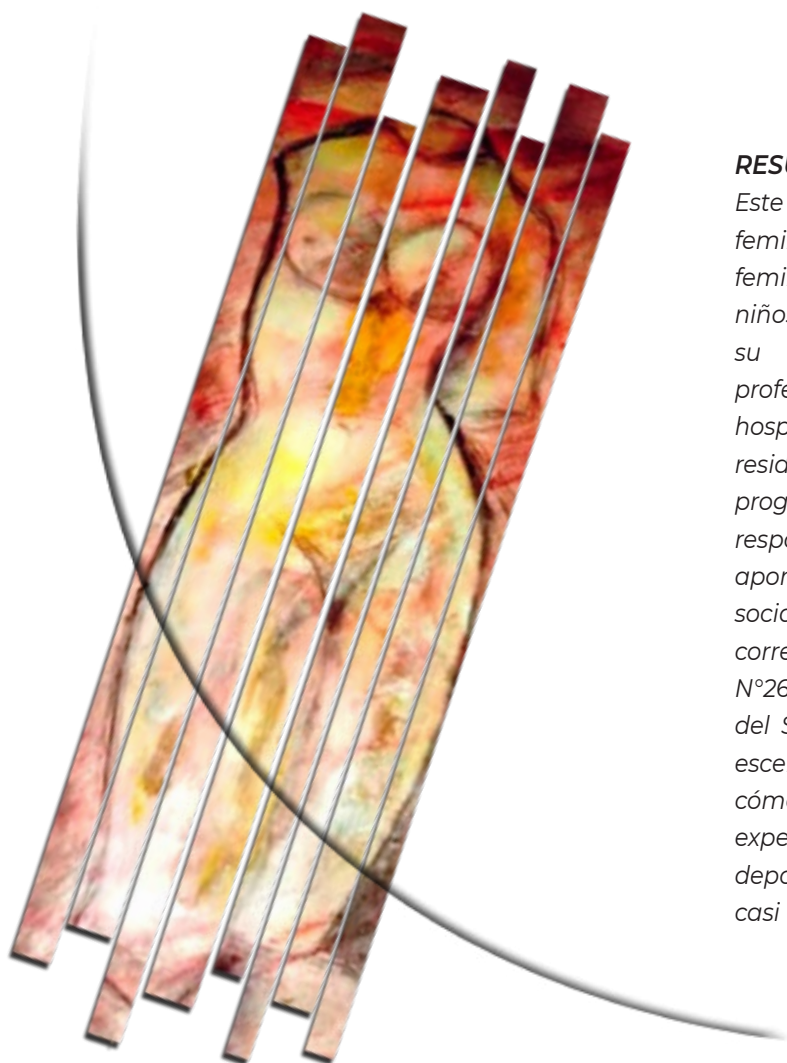
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2024). *Desarrollo integral en las niñeces. Propuestas orientadoras para equipos de salud del Primer Nivel de Atención bonaerense*.

ROVERE, M. & JUAN CARLOS PARADISO. (2016). *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad* (Verónica González, Ed.; p. 293) [Book; Print]. El Ágora. https://sistemas.ms.gba.gov.ar/moodle/pluginfile.php/126192/mod_resource/content/1/Redes%20en%20salud%20juntas.pdf.

ULLOA, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una Práctica*. Paidós.

FEMINIZACIÓN DEL CUIDADO Y EXPECTATIVAS INSTITUCIONALES: UNA MIRADA FEMINISTA DESDE TRABAJO SOCIAL

* *Moreno, Ailén; González Fuhrop, Micaela R.*



RESUMEN

Este trabajo propone una reflexión crítica y feminista desde el Trabajo Social sobre la feminización de los cuidados de niñas, niños y adolescentes (en adelante, NNA) y su impacto en las intervenciones profesionales. A partir de experiencias hospitalarias durante la formación como residentes, se advierte la sobrecarga a las progenitoras como principales responsables del cuidado. Se retoman aportes teóricos sobre la organización social del cuidado y el principio de corresponsabilidad establecido en la Ley N°26.061, problematizando las limitaciones del Sistema de Protección Integral en un escenario de desfinanciamiento. Se analiza cómo las instituciones presentan diferentes expectativas sobre los cuidados, depositando la responsabilidad del mismo casi exclusivamente en las mujeres,

* **Ailén Moreno**- Lic. en Trabajo Social (UNLP). Egresada de la Residencia de Trabajo Social en Salud en HIGA presidente Perón (Avellaneda, PBA). Instructora de Residentes en Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (CABA).

* **Micaela R. Gonzalez Fuhrop**- Lic. en Servicio Social (UMSA). Enfermera Profesional (Instituto Madre Deus). Egresada de la Residencia de Trabajo Social en Salud y actual Jefa de Residentes en Hospital Prof. Dr. Ramón Exeni (Ex Htal. de niños de San Justo, La Matanza, PBA).

generando altos niveles de desgaste y sufrimiento subjetivo. Finalmente, se propone politizar el cuidado, evitando su privatización y promoviendo el fortalecimiento de prácticas intersectoriales que reconozcan el cuidado como un derecho colectivo.

PALABRAS CLAVES

- *Niñeces y adolescencias*
- *Cuidados*
- *Género*
- *Corresponsabilidad*
- *Hospital.*

KEY WORDS:

- *Children and adolescents*
- *Care*
- *Gender;*
- *Co-responsibility*
- *Hospital.*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca realizar una reflexión desde el Trabajo Social, con una perspectiva crítica y feminista, sobre la feminización de los cuidados de NNA y sus implicancias en las intervenciones institucionales.

El mismo se motiva a partir de experiencias de intervención en hospitales y dispositivos especializados en violencia durante nuestra formación como residentes, donde se observa una tendencia recurrente: la sobrecarga de las progenitoras como principales responsables de los cuidados, incluso en contextos de graves vulneraciones de derechos. Dichas experiencias nos permiten pensar cómo las expectativas institucionales se organizan en torno a la figura materna y qué tensiones emergen al intentar incluir a otros actores familiares o comunitarios.

Se retoman aportes teóricos sobre la organización social del cuidado, su feminización y su anclaje en el principio de corresponsabilidad establecido en la Ley Nacional N°26.061, así como los límites del Sistema de Protección Integral en el actual escenario de desfinanciamiento de las políticas públicas de niñez y género.

Finalmente, se reflexiona sobre cómo las instituciones construyen las expectativas y responsabilidades en torno a los cuidados, con el objetivo de aportar a su politización y a una práctica profesional que promueva estrategias colectivas e intersectoriales.

APORTES CONCEPTUALES PARA PENSAR LOS CUIDADOS

El cuidado, en términos de Ceminari y Stolkiner (2018), comprende a las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de existencia y reproducción de las personas, garantizando los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad. Como señalan Esquivel et al (2012), el mismo involucra también una conexión personal y emocional entre cuidadores y personas cuidadas: un mínimo de vínculos sociales y

afectivos vinculados a la educación y la compañía. Todos somos dependientes de otras personas y el sentimiento de **“ser cuidado”** es parte del cuidado mismo. De la Aldea (2019) propone entender a los cuidados como derecho, en una triple acción: contar con la posibilidad de recibir cuidados según las necesidades de cada uno; elegir cuándo y cómo ser cuidado; y cuidar a otros en las condiciones apropiadas para cada circunstancia.

Desde 2025, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoce al cuidado como un derecho humano autónomo fundamental. Según el organismo, el cuidado constituye *“una necesidad básica, ineludible y universal, de la cual depende tanto la existencia de la vida humana como el funcionamiento de la vida en sociedad”* (Corte IDH, 2025).

Se retoma el concepto de organización social del cuidado, ya que permite ubicar al cuidado como dimensión central del bienestar y profundizar la crítica sobre el rol del Estado en el acceso al cuidado. Es *“la forma en que de manera interrelacionada la familia, el Estado, el Mercado y las organizaciones comunitarias producen y distribuyen cuidados”* (Ceminari y Stolkiner, 2018, p.40). En ese marco, la familia aparece como la principal institución social a cargo del cuidado de las personas dependientes, prevaleciendo la idea de que los vínculos familiares dan como resultado relaciones de cuidado de calidad (Esquivel et al, 2012).

Resulta fundamental reflexionar respecto a que este tipo de organización del cuidado es injusta y profundiza la desigualdad y la vulneración de derechos, siendo las familias y particularmente las mujeres quienes se encargan de la provisión de cuidado. Como postula Senatore (2023), la organización social del trabajo de cuidado opera desde una doble desigualdad: *“el Estado relega, moralización mediante, una altísima proporción de las tareas de cuidado a las familias [...] y, dentro de éstas, son las mujeres quienes asumen la responsabilidad de su ejercicio”* (p.86). De esta manera, entender al cuidado como parte de una organización social permite pensar el rol de las políticas sociales en la provisión y regulación de las actividades, relaciones y responsabilidades de cuidado que se asignan a distintas instituciones y sujetos (Esquivel et al, 2012).

De este modo, el análisis del cuidado como fenómeno social y político permite visibilizar no solo las relaciones desiguales de género que lo atraviesan, sino también la responsabilidad del Estado en regular, garantizar y redistribuir estas tareas. La ausencia de políticas sostenidas de cuidado consolida la feminización del mismo y genera escenarios donde la sobrecarga de las mujeres se naturaliza como parte del orden social.

En nuestro país contamos con la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de NNA, la cual dispone por un lado, que el cuidado de los hijos es una responsabilidad de las madres y padres; por otro lado, que la crianza de los hijos es un derecho de los mismos y, finalmente, que se presume que éstos cuentan con capacidad para asumir tal tarea (Ierullo, 2024). En dicha ley también se establece el principio de corresponsabilidad, el cual refiere que el Estado, en todas sus jurisdicciones, y sus poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como la sociedad civil, asumen y comparten la tarea de transformar las condiciones que dan origen, reproducen y perpetúan las violencias y otras

vulneraciones de derechos hacia niñeces y adolescencias, desde sus obligaciones y alcances, suponiendo un trabajo articulado y coordinado entre instituciones, organismos y redes territoriales involucradas con la problemática.

Este principio interpela de manera directa a las instituciones de salud, educación y organismos de protección, que deben asumir un rol activo y coordinado para garantizar los cuidados, evitando así la carga a las familias y, en particular, a las mujeres. Pensar el cuidado desde una perspectiva de derechos y corresponsabilidad abre la posibilidad de construir intervenciones colectivas, articuladas e intersectoriales, que reconozcan a los cuidados como un derecho y no como una obligación individual relegada al ámbito privado.

EXPERIENCIAS SITUADAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

En tanto profesionales en formación, nos hemos insertado en servicios y dispositivos hospitalarios que acompañan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC) de NNA. En los mismos, se abordan situaciones de vulneración de derechos tanto de manera ambulatoria como durante la internación. En función de cada institución, Trabajo Social se inserta en equipos interdisciplinarios conformados para tal fin o interviene en articulación con otros servicios (Pediatría, Salud Mental, Guardia de Salud Mental, entre otros) a partir de interconsultas. También se toma conocimiento de estas situaciones a partir de la demanda espontánea en los Servicios Sociales hospitalarios.

En ese marco, observamos que desde algunos equipos y profesionales emergen ciertas tendencias y expectativas institucionales en relación a la distribución de las responsabilidades en los cuidados. Una de las más frecuentes es la sobrecarga de la figura materna como principal garante de cuidados y resguardos, aun en contextos de violencia intrafamiliar y/o de extrema vulnerabilidad. Se observa que, en dichas situaciones, el equipo de salud tiende a centrar sus intervenciones en la progenitora o cuidadora principal, bajo la expectativa de que ella será quien sostenga los tratamientos y brinde las condiciones necesarias para la continuidad de los cuidados al momento del egreso hospitalario. En cambio, la figura paterna aparece muchas veces desdibujada, con una participación secundaria, esporádica o meramente formal.

Al mismo tiempo, las trayectorias institucionales previas de las familias suelen estar atravesadas por recorridos fragmentados y discontinuos: intervenciones estatales que se limitan a ofrecer orientaciones generales pero que no garantizan un seguimiento integral ni sostenido en el tiempo. Esta ausencia de acompañamiento estructural profundiza la vulnerabilidad de las familias y expone a NNA a la repetición de situaciones de riesgo, al no existir un respaldo real en la implementación de medidas de resguardo.

La recuperación de estas experiencias permite advertir que las intervenciones hospitalarias, aunque imprescindibles, no alcanzan por sí solas para modificar escenarios complejos si no se articulan con una red intersectorial que asuma la corresponsabilidad en el cuidado y la protección de derechos.

ALGUNAS REFLEXIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Resulta fundamental reflexionar cómo las instituciones y equipos construimos diferentes expectativas y umbrales de tolerancia para hombres y mujeres en relación a la crianza de los hijos y la tolerancia respecto a conductas negligentes (Ierullo, 2024). Mientras que las progenitoras se presentan como -y en los hechos son- la principal figura de cuidado, los progenitores, aunque acompañen las intervenciones, toman en general una actitud pasiva, delegando las responsabilidades tanto de lo acontecido como de lo próximo a actuar en las progenitoras de sus hijos. Se coincide con Senatore (2024) quien sostiene que en las instituciones se presentan dificultades en poner la mirada hacia los progenitores u otros de familiares y allegados, naturalizando cierta priorización de los vínculos sexoafectivos por parte de éstos, por sobre las necesidades de cuidado de sus hijos.

Aquí pueden pensarse dos aspectos centrales. El primero es cierta *“institucionalización de la feminización del cuidado”*: no se trata solo de una lógica del ámbito privado, sino que las propias instituciones de salud y protección la reproducen al depositar expectativas exclusivamente en las mujeres y no así en otros actores familiares o estatales. Así, los equipos terminan reproduciendo la misma desigualdad que, consideramos, deberían interpelar.

El segundo aspecto es el **“costo subjetivo”** de esta situación. Muchas mujeres cuidadoras llegan a la intervención agotadas, sobreexigidas y con altos niveles de sufrimiento psíquico, lo que transforma estas situaciones en un factor de riesgo para su propia salud mental, en la medida en que solo parecieran existir para la institución en función de su rol de cuidadoras (Chimelaro et al., 2015). En línea con Polanco (2019), se observa que los equipos suelen actuar desde un mandato moralizador, posicionando a la mujer como única responsable de las tareas de reproducción y cuidados y quien, además, debe hacerlo bajo parámetros impuestos. Así, se observa que el trabajo de cuidado aparece prácticamente invisible, excepto cuando algo falta o falla, a los ojos de la institución. Reconocer este impacto abre otro campo de reflexión y acción: el cuidado debe pensarse no sólo vinculado a los derechos de NNA, sino también como un derecho de las mujeres a cuidar sin enfermar en el proceso.

Como equipo de salud, es necesario habilitarnos a reflexionar colectivamente sobre nuestras intervenciones y acompañamientos a las progenitoras. Es clave recuperar y realizar un análisis crítico y situacional de los recorridos institucionales de estas familias, evitando caer en discursos y lógicas que culpabilizantes.

Esto exige revisar las limitaciones estructurales que presenta y arrastra el Sistema de Protección como en tanto red interinstitucional. Al reconstruir las trayectorias institucionales de estas familias, se evidencian recorridos fallidos e ineficaces, marcados por la falta de seguimiento y una escasa articulación intersectorial. Esto complejiza necesariamente el PSEAC, obstaculizando la construcción de estrategias de cuidado sostenidas en el tiempo, interrumpiendo vínculos comunitarios y terapéuticos a partir de múltiples derivaciones, e incluso dando lugar a la sobreintervención desde paradigmas antagónicos (Michalewicz, 2022).

Cabe subrayar que estas dificultades no responden a la voluntad o posicionamiento ético-político individual de profesionales y equipos, sino a consecuencia de un desfinanciamiento sostenido de las políticas públicas de niñez y género, profundizado en la actualidad por discursos que atacan el paradigma de Protección Integral y promueven retrocesos en materia de derechos. En este contexto, es central recuperar una lectura institucional y política que visibilice cómo el debilitamiento del Sistema de Protección y el vaciamiento de las políticas configuran escenarios de mayor vulnerabilidad para las familias y limitan la capacidad de los equipos para desplegar estrategias integrales y corresponsables.

Así, cobra fuerza la noción de **“corresponsabilidad vacía”**. Aunque la Ley N° 26.061 establece este principio, su falta de implementación en prácticas concretas la convierte en un mandato normativo sin aplicación efectiva. Esta brecha entre lo legal y lo real constituye uno de los principales desafíos para los equipos en el ámbito hospitalario.

A MODO DE CIERRE

Las experiencias analizadas muestran que la feminización del cuidado no es solo un mandato social impuesto en el ámbito privado, sino también una lógica que las instituciones reproducen al centrar las expectativas en las progenitoras y no así en otros actores familiares y estatales. Este proceso puede pensarse como una **“institucionalización de la feminización del cuidado”**, que refuerza desigualdades de género y limita las posibilidades de construir intervenciones más justas y equitativas.

Al mismo tiempo, se torna urgente reconocer el costo subjetivo que implica esta sobrecarga en la vida cotidiana y en la salud mental de las mujeres cuidadoras. Pensar el cuidado como derecho supone también garantizar que no se transforme en un factor de riesgo o enfermedad para quienes lo sostienen en soledad.

En ese marco, la distancia entre el principio de corresponsabilidad consagrado en la Ley Nacional n°26.061 y su aplicación real genera lo que aquí denominamos una **“corresponsabilidad vacía”**: un mandato legal que queda desprovisto de operatividad práctica, dejando a las familias, y principalmente a las mujeres, en soledad frente a situaciones sumamente complejas.

Se desprende de estas reflexiones, la necesidad de realizar una lectura situada de las condiciones materiales, territoriales e institucionales en las que se ejercen los cuidados y crianza de NNA. Consideramos que la recuperación e interpelación de la noción de corresponsabilidad invita a repensar las intervenciones más allá del acompañamiento individual, impulsando articulaciones intersectoriales y acciones colectivas, a fin de evitar la culpabilización de las mujeres que ejercen los cuidados, y aunar estrategias de intervención que busquen construir sistemas de sostén y apoyo.

Para ello, debemos tener en cuenta de manera permanente las determinaciones patriarcales y de género presentes en las situaciones que acompañamos como un eje central que atraviesa nuestras intervenciones y las políticas sociales. Esto permitiría politizar el cuidado: no naturalizarlo como una tarea solo ejercida en el ámbito privado por las mujeres, sino como una dimensión que debe abordarse desde las políticas sociales y las instituciones, en el marco de la corresponsabilidad en la protección y promoción de los derechos de NNA.

Politizar el cuidado implica reconocerlo como dimensión social y derecho colectivo. Solo desde este posicionamiento crítico será posible avanzar hacia una organización del cuidado que no recaiga exclusivamente en las mujeres, sino que viabilice el derecho a ser cuidado y a cuidar en condiciones dignas, adecuadas y justas para tal fin.





BIBLIOGRAFÍA

CEMINARI, Y. Y STOLKINER, A. (2018) *El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. En: <https://www.aacademica.org/000-122/142.pdf>

CHIMELARO, C. (2016) *Problematización de la construcción mujer-madre en el ámbito hospitalario: reflexiones desde el trabajo social*. Documentos para el ejercicio profesional del Trabajo Social, Intercambios III. CATSPBA. La Plata, Buenos Aires. En: <https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2019/06/3.-Problematizaci%C3%B3n-de-la-construcci%C3%B3n-Mujer-Madre.pdf>

CORTE IDH (7 DE AGOSTO DE 2025) *La Corte Interamericana reconoce la existencia de un derecho humano autónomo al cuidado* [Comunicado de prensa]. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_55_2025.pdf

DE LA ALDEA, E. (2019) *Los cuidados en tiempos de descuido*. Santiago de Chile. LOM Ediciones.

ESQUIVEL, V., FAUR, E. Y JELIN, E. (2012) *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires. IDES. En: <https://static.ides.org.ar/archivo/Las-l%C3%B3gicas-del-cuidado-infantil-Entre-las-familias-el-Estado-y-el-mercado.1.pdf>

IERULLO, M. (2024) *Comprensión de los cuidados y la crianza desde los territorios. Aportes para la construcción de modelos de evaluación de las condiciones para la parentalidad desde una perspectiva social*. TS. Territorios - Revista de Trabajo Social. Año VIII, N°8, septiembre de 2024. En: <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/ts/issue/view/97/Ts-8>

MICHALEWICZ, A. (2022) *Abordajes del sufrimiento psicosocial en las infancias y adolescencias: Integralidad, cuidado y subjetivación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

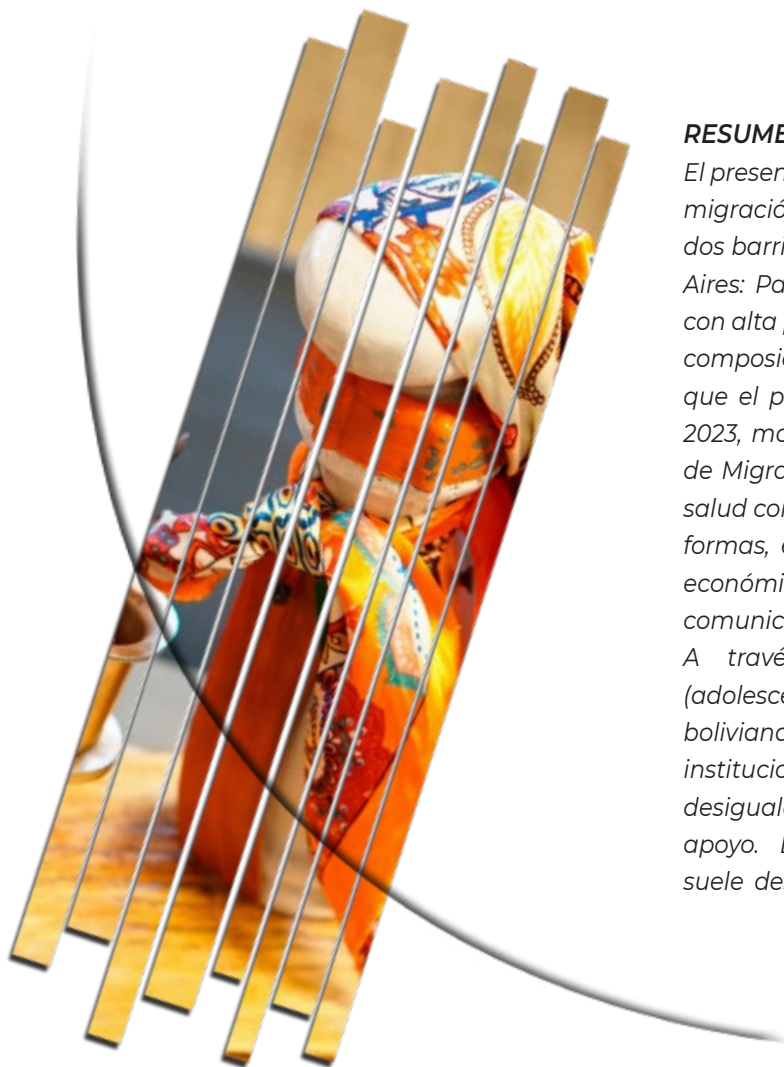
POLANCO, N. (2019) *El feminismo como lente privilegiada para el análisis crítico del ejercicio profesional, de las políticas públicas y de las prácticas cotidianas*. Trabajo Social y Feminismos: perspectivas y estrategias en debate. CATSPBA. La Plata, Buenos Aires. En: <https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/01/FEMINISMO-Web.pdf>

SENATORE, A. (2024) *Territorios de cuidados y crisis de reproducción social: reflexiones desde el Trabajo Social*. Tandil, Buenos Aires. Puka Editora.

LEY NACIONAL N°26.061 DE PROMOCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

TRABAJO SOCIAL Y MIGRACIÓN: CLAVES PARA PENSAR LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DESDE EL CAMPO DE LA SALUD

* Coloca, Dulce María; Hojman, Camila y Trebucq, María Agustina



RESUMEN

El presente trabajo analiza la relación entre migración, salud y acceso a derechos en dos barrios del sur de la Ciudad de Buenos Aires: Papa Francisco y Padre Ricciardelli, con alta presencia de población migrante y composición intercultural. Cabe destacar que el presente trabajo fue elaborado en 2023, momento en donde la Ley Nacional de Migraciones N° 25.871 aún reconocía la salud como un derecho universal. De todas formas, en la práctica persistían barreras económicas, estructurales, lingüísticas y comunicativas que dificultaban el acceso. A través de los casos de Leonela (adolescente paraguaya) y Ana (mujer boliviana), se muestra cómo las instituciones pueden reproducir desigualdades o actuar como redes de apoyo. El modelo médico hegemónico suele desconocer trayectorias culturales y

* **María Dulce Coloca**- Lic. en Trabajo Social (UBA). Residente de Trabajo Social en un Hospital de Agudos de CABA y en Centros de Salud

* **Camila Hojman**- Lic. en Trabajo Social (UBA). Residente de Trabajo Social en un Hospital de Agudos de CABA y en Centros de Salud

* **María Agustina Trebucq**- Lic. en Trabajo Social (UNLP)). Residente de Trabajo Social en un Hospital de Agudos de CABA y en Centros de Salud

saberes populares, mientras que las intervenciones sociales permiten visibilizar obstáculos, promover articulaciones interinstitucionales y ampliar la autonomía de las personas. En este marco, el trabajo social se configura como mediador crítico entre las instituciones y la vida cotidiana, contribuyendo a garantizar el derecho a la salud desde una perspectiva intercultural e interseccional.

PALABRAS CLAVES

- Salud,
- Migración
- Accesibilidad

KEY WORDS:

- Health
- Migration
- Accessibility

INTRODUCCIÓN

El presente escrito se desprende de las rotaciones realizadas durante el primer año de la residencia de trabajo social en salud en un hospital general de agudos y centros de salud de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, en el periodo 2023-2024. Se propone analizar la relación entre migración, salud y acceso a derechos a partir del análisis de dos situaciones relevadas en los barrios Papa Francisco (Villa 20) y Padre Ricciardelli (Villa 1-11-14). De acuerdo a los censos realizados por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC), dichos barrios presentan una marcada composición intercultural con un alto porcentaje de población migrante, principalmente de países limítrofes como Bolivia, Paraguay y Perú.

Si bien la sanción de la Ley Nacional de Migraciones N.º 25.871 en el año 2003 significó un avance al reconocer la migración como un derecho humano y establecer la obligación estatal de garantizar el acceso a la salud sin restricciones por situación migratoria, las experiencias cotidianas en el sistema sanitario y en las instituciones de protección social evidenciaban en aquel momento tensiones entre lo consagrado normativamente y las prácticas efectivas, donde persistían barreras económicas, estructurales, comunicativas y lingüísticas

A partir de un enfoque crítico y en diálogo con los aportes de la medicina social latinoamericana y de los estudios sobre el modelo médico hegemónico, este trabajo presenta dos situaciones -Leonela y Ana- que condensan problemáticas recurrentes vinculadas a la intersección entre migración, género, pobreza y acceso a derechos durante los años 2022 y 2023. El análisis de dichos casos permite visibilizar cómo las instituciones pueden reproducir lógicas de exclusión y control, pero también habilitar redes de sostén y acompañamiento.

Desde esta perspectiva, se busca destacar las incumbencias del trabajo social como mediador entre las instituciones y la vida cotidiana, capaz de motorizar intervenciones interinstitucionales y aportar a la construcción de una perspectiva intercultural e

interseccional en el acceso al derecho a la salud. Tal construcción implica la desnaturalización de nuestras propias prácticas en un marco de hospitalidad (Arias y Sierra, 2019) habilitando la escucha y el diálogo con ese otro que nos hace preguntas y demandas

APROXIMACIÓN AL TERRITORIO Y AL MARCO NORMATIVO

De acuerdo a los censos realizados por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC), durante los años 2016 y 2018, Villa 20 contaba con una población total de 27.990 habitantes mientras que en el Barrio Padre Ricciardelli, vivían 40.059 personas. En relación a la población migrante, tomando los datos relevados de los jefes y jefas de hogar, en Villa 20 el 65,8% eran de origen migrante mientras que en el Barrio Ricciardelli el 80,8%. Principalmente de Bolivia, Paraguay y Perú. Estos datos permiten dar cuenta que en ambos barrios gran parte de los grupos familiares cuentan con algún miembro migrante, configurando así territorios con composición intercultural.

Respecto a la normativa vigente, es necesario destacar que hasta el año 2025 en nuestro país contamos con la Ley Nacional de Migraciones N°25.871 sancionada en 2003, siendo la primera legislación a nivel mundial en enunciar a la migración como un derecho. Asimismo, reconocía y establecía responsabilidades que el Estado debe adoptar en pos de garantizar el acceso a distintos derechos. El artículo 8 de la norma establecía que no podrá negarse ni restringir el acceso a la salud a personas extranjeras, independientemente de su situación migratoria¹.

Si bien, tal como establecía la normativa, la atención era brindada por igual a las personas sin discriminar por su lugar de procedencia, durante nuestro recorrido hemos observado que existen ciertos atravesamientos en torno a la migración que se ponen en juego a la hora de acceder a dicha atención. Al respecto, Berenguerra (en De Ortuzar, 2021) sostiene que si bien el acceso a la salud de las personas migrantes se garantiza formalmente, el Estado no permite su participación horizontal ni el diálogo intercultural en el sistema de salud desconociendo los saberes tradicionales complementarios.

Tal desconocimiento se relaciona con una mirada médico hegemónica (Menendez, 2020) que atraviesa al sistema sanitario considerando a la salud desde una mirada biologicista con funciones de normalización, control y legitimación, lo que genera que aquello que esté por fuera de **“las normas”** se encuentre en desventaja. La práctica médica moderna en Argentina está basada necesariamente en **“un modelo hegemónico que codifica y homogeneiza las historias y los cuerpos”** (Vazquez y Páramo citado en Snellman, 2013, p. 9). Esto se expresa diariamente en el trato a les usuaries como si todes tuvieran las mismas necesidades, percepciones y expectativas en relación a su salud, dejándose por fuera abordajes que contemplan el componente cultural.

Asimismo, algunas de las personas migrantes cuentan con lenguas principales tales como el quechua, el aymara o el guaraní, siendo el español la lengua secundaria. Esto se presenta como una barrera lingüística que está presente en los centros de salud en los que nos

desempeñamos ya que en algunas situaciones supone una dificultad para la comunicación entre el equipo y los usuarios. Siguiendo esta línea, Crenshaw (1991) sostiene que las barreras lingüísticas representan un problema estructural que a menudo limita las oportunidades para acceder a los recursos existentes.

En contraposición, desde una perspectiva crítica, la medicina social latinoamericana (Laurell, 1986) propone superar la mirada reduccionista de la enfermedad y comprender a los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado (en adelante, PSEAC) de forma inherente a procesos sociales, políticos, económicos que atraviesan la vida cotidiana de las personas.

MIGRACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL: EXPERIENCIAS DE LEONELA Y ANA

Mallardi (2012) refiere que el concepto de situación problemática permite visibilizar las dificultades y necesidades que interpelan la reproducción de las personas, expresadas de manera fragmentada y tendiendo a ocultar los elementos de la estructura social en donde ésta se inserta. Para profundizar este análisis, se desarrollan a continuación dos situaciones que, lejos de constituirse como aisladas, condensan problemáticas que se presentan como recurrentes en los territorios que transitamos. Esto permite observar como la determinación social, es decir las formas de vivir, enfermar y morir (PSEAC) en salud, tienen correspondencia con las maneras en cómo se distribuye la riqueza social, el acceso a los servicios y el derecho a la salud

Leonela

Es una adolescente de catorce años, de nacionalidad paraguaya cursando un embarazo de 35 semanas. El equipo a cargo de la sala de obstetricia del servicio social del hospital se enteró de la situación a través del seguimiento que se encontraba realizando dicha sala. Se presenta acompañada por su madre María, quien asegura que llegó recientemente al país junto con su marido y sus tres hijos debido a que Leonela atravesó una situación de abuso, por la que realizó una denuncia. Por lo vivenciado, decidieron mudarse a Argentina, ingresando al país de manera irregular por distintos motivos.

A partir de lo relatado, el servicio social del hospital trabajó en pos de orientar a la familia con la situación de manera integral, brindando contención y acompañamiento. A su vez, se articuló con la Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes (en adelante, CAREF) a los fines de solicitar asesoramiento en la situación migratoria y judicial de la familia. Además, se articuló con el centro de salud de referencia en el territorio con el fin de realizar un seguimiento y que Leonela sostenga un tratamiento de salud mental.

Posterior a estos encuentros, nació el hijo de Leonela. En este momento, se presentó un obstáculo institucional y de derecho a la identidad a partir de la imposibilidad de

tramitar el documento de identidad del niño ya que su madre es menor de edad y no cuenta con ningún trámite de residencia en el país.

Ana

Ana nació en Bolivia, actualmente vive en Villa 20 de la Ciudad Buenos Aires, se desempeña en el mercado informal y posee escasa capacidad de lecto escritura del español ya que el quechua es su idioma principal. Asimismo, no cuenta con redes sociofamiliares debido a que emigró hace varios años viéndose interrumpido el contacto con su familia de origen.

Ana se acerca a la demanda de trabajo social en el año 2020, pleno contexto de aislamiento por Covid-19, en el centro de salud de referencia a su domicilio, debido a que desconocía información de sus hijos, quienes estaban alojados en dos hogares pertenecientes al Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes (en adelante CNNA) tras dictarse una medida excepcional. A partir de este acompañamiento, Ana relata que sufrió violencia machista por parte de su ex-pareja durante varios años, quien se encuentra privado de su libertad. Su hija mayor fue abusada por la ex-pareja de Ana, teniendo que realizar un aborto tiempo después. Por esta situación es que intervienen los organismos competentes que toman medidas excepcionales hacia ella y sus hijos (Juzgado, Defensorías, CeSAC).

Cabe mencionar que debido al contexto de Covid-19, los organismos de la justicia se desenvolvían a través de reuniones virtuales, instancias que no contemplaban las condiciones de vida de Ana, quien solo podía conectarse si acudía al CeSAC. Durante ese tiempo, intervienen equipos de revinculación para poder fortalecer y generar el vínculo madre-hije con el objetivo de realizar en términos judiciales una **“evaluación de maternaje”**.

Luego de muchos años luchando contra un sistema judicial que consideraba que no estaba **“apta para matenar”**, Ana actualmente vive con sus hijos.

INSTITUCIONES, REDES E INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Nos parece importante retomar las distintas líneas de acción y abordajes que se llevaron adelante, desde las múltiples instituciones intervinientes en las situaciones desarrolladas para analizar cómo las intervenciones pueden ser obstaculizadoras o facilitadoras para la accesibilidad.

Tanto desde el servicio social del hospital como desde el CeSAC, se implementaron distintas estrategias. Por un lado se generaron espacios de escucha y contención a los fines de alojar ambas situaciones. Introducimos aquí el concepto de hospitalidad como referencia teórica a esa escucha que implica alojar al otro comprendiendo como un otro distinto, haciendo lugar, brindándole ese espacio desde su singularidad (Arias y Sierra, 2019).

Por otro lado, es parte de las incumbencias profesionales hacer visibles las barreras y desigualdades que atraviesan a las personas migrantes. En este sentido Crenshaw (1991) sostiene que “la subordinación interseccional es necesariamente intencional; de hecho, frecuentemente es consecuencia de la imposición de una carga que interactúa con otras vulnerabilidades preexistentes, para crear más desempoderamiento” (p.95). Visibilizar la manifestación de las desigualdades, permite elaborar intervenciones acordes a la singularidad de cada situación.

Por último, se llevaron a cabo articulaciones con otros organismos e instituciones, con el fin de abordar las múltiples aristas que presentan ambas situaciones. Como plantea Pantanalli (2015) “el trabajo interinstitucional/organizacional es el único modo posible de abordaje de las graves y complejas situaciones problemáticas que afectan a los usuarios, en contextos institucionales signados por la precarización de las prestaciones y de los recursos de funcionamiento” (p.12). Este tipo de articulaciones, según la autora, favorecen un trabajo en red que evita sobreintervenciones y efectos iatrogénicos en les usuaries. En ambas situaciones se observa que algunos equipos funcionan como redes de sostén, articulando y compartiendo estrategias, mientras que otros reproducen lógicas de control y culpabilización, profundizando vulneraciones.

Las experiencias ejemplifican cómo el trabajo social por un lado se despliega en la intersección entre las instituciones y la vida cotidiana, promoviendo redes, escucha y acompañamiento y cómo al mismo tiempo tensiona las lógicas de control que muchas veces las instituciones reproducen. En este marco, la intervención profesional del trabajo social intenta incidir en esas prácticas, ampliando márgenes de autonomía. Como señala Pantanalli (2015), la actividad profesional *“requiere indagar sobre las posibilidades y límites puestos por la realidad a partir de las situaciones concretas, en pos de imprimir a los procesos de intervención la direccionalidad socio-política buscada por el profesional”* (p.2).

CONCLUSIONES

El escrito analiza la relación entre migración, salud y acceso a derechos en los territorios del sur de la Ciudad de Buenos Aires. Si bien la Ley Nacional de Migraciones N.º 25.871 constituyó un avance histórico al reconocer la migración como un derecho humano y garantizar formalmente el acceso universal a la salud, en la práctica persistieron barreras estructurales, económicas, comunicacionales y culturales que limitaron dicho acceso. Cabe destacar que en la actualidad, y a partir del decreto de necesidad y urgencia (DNU) 366, el Estado se desligó de la responsabilidad de garantizar derechos básicos para las personas migrantes.

Los casos de Leonela y Ana muestran cómo las trayectorias migratorias presentan atravesamientos de género, clase y étnico raciales de forma interseccional dando lugar a situaciones de vulnerabilidad en las que las instituciones pueden tanto reproducir lógicas de exclusión y control como habilitar redes de sostén y acompañamiento.

Tomamos distintos aportes del trabajo social a los fines de reflexionar sobre estrategias posibles en este contexto particular: la perspectiva de hospitalidad, teniendo como eje alojar a un otre distinto a sí mismo. La posibilidad de hacer visibles las barreras y desigualdades que atraviesan a los sujetos de intervención. Y la creación de articulaciones y redes entre las instituciones y la vida cotidiana.

De esta forma, la práctica, anclada en una perspectiva intercultural e interseccional, contribuye a disputar sentidos en el campo de la salud, fortaleciendo el acceso a derechos y promoviendo procesos de cuidado que reconozcan la pluralidad de trayectorias y experiencias



NOTAS

1. En mayo de 2025 se modificaron aspectos esenciales de la Ley 25.871, entre ellos el acceso a la salud de personas migrantes, quedando garantizado en igualdad de condiciones con los nacionales únicamente para quienes hayan accedido a una radicación permanente.



BIBLIOGRAFÍA

ARIAS, A., & SIERRA, N. (2019). *La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones.* Revista Margen, 92.

CRENSHAW, K. (2012). *Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, 87-122.

DE ORTUZAR, M. (2021) "¿Migrantes "vulnerables"? Políticas de migración y derecho a la salud en Argentina". Cuadernos de Campo (30), 209-237. En Memoria Académica UNLP-FaHCE.

MADRID, L. (2019). *Concepciones en torno al proceso salud-enfermedad-atención. Malnutrición e intervención profesional.* Paradela L. y Redondi V, Salud y Trabajo Social. Procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud. Ed. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

MALLARDI, M. W. (2012). *Cuestión social y situaciones problemáticas: aportes a los procesos de intervención en Trabajo Social.*

MENÉNDEZ, E. L. (2020). *Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias.* Salud colectiva, 16, e2615.

PANTANALI, S. (2015). *Estrategias profesionales: vías de construcción del proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina.* Debates actuales en Trabajo Social-Cátedra Libre Marxismo y Trabajo Social, 1-33.

SNELLMAN, L. (2019). *La Comunicación Intercultural entre Pacientes Bolivianos y Trabajadores de Salud en Buenos Aires, Argentina/Intercultural Communication between Bolivian Patients and Health-Care Workers in Buenos Aires, Argentina.*

LEGISLACIÓN

LEY 25.871 (2003) "Política Migratoria Argentina. Derechos y obligaciones de los extranjeros". Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/92016/texact.htm>

LEY 26.061 (2005) "Ley de Protección integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes" Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/horma.htm>

EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y ADULTXS JÓVENES: ABORDAJE Y ESTRATEGIAS DEL TRABAJO SOCIAL.

* *Fernández, Valeria Cecilia*



RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo presentar y analizar estrategias e implicancias del Trabajo Social en el acompañamiento y abordaje de la población adolescente y adultxs jóvenes en el proceso de diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles. Se encuentra enmarcado en el 1º año de residencia de Trabajo Social en salud y, específicamente, en la rotación por el Servicio de Hemato-Onco Pediatría del Hospital de Clínicas “José de San Martín”.

Se parte de considerar aquellos aspectos que caracterizan al ciclo vital que atraviesan quienes son pacientes, sus padecimientos y necesidades subjetivas, sociales y psicológicas para intentar brindar una aproximación de sus vivencias durante el proceso y la experiencia de

* **Valeria Cecilia Fernández**- Lic. en Trabajo Social, residente, Hospital de Clínicas “José de San Martín”, Universidad de Buenos Aires (Argentina)
mail: valeriafernandez.lic@gmail.com Salud

enfermedad. Lo mencionado se encuentra inscripto en redes socioafectivas fragmentadas y condiciones materiales de vida concretas que inciden tanto en las posibilidades personales y familiares de afrontamiento. El fortalecimiento de vínculos, el acompañamiento humanizado y el desarrollo de una comunicación efectiva fomentado por lxs profesionales favorecen a tener un mejor manejo del estrés.

Por otro lado, busca aportar al conocimiento en la temática desde el relato de experiencia como residente y, desde el análisis, revalidar el rol de la disciplina dentro de las instituciones y los equipos de salud interdisciplinarios.

PALABRAS CLAVES

- Trabajo Social
- Experiencia de enfermedad
- Adolescentes y adultos jóvenes

KEY WORDS:

- Social work
- Disease experience
- Adolescent and young adult

INTRODUCCIÓN

El presente artículo surge a partir de la reflexión teórico-práctica desarrollada durante el 1º año de residencia de Trabajo Social en salud en el Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Temporalmente se enmarca temporalmente entre los meses de octubre del 2024 y febrero del 2025, correspondiente a la rotación por el Servicio de Hemato-Onco Pediatría¹. En el período mencionado fue posible la inserción por el equipo de salud interdisciplinario compuesto por médicos² pediatras hemato-oncólogos, trabajadoras sociales, psicooncólogos, psicopedagoga, enfermeras y residentes.

La población objetivo se encuentra delimitada por adolescentes y adultos jóvenes (AYA³) que recibieron el diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) entre los 15 y 39 años de edad. (Bori y Miranda, 2022) El Trabajo Social está presente desde los estudios preliminares, en la comunicación del diagnóstico, al inicio y transcurso del tratamiento y posteriormente, brindando herramientas y colaboración en función de la unión y la reorganización familiar e individual.

“¿QUÉ ME PASA?”

“¿Por qué a mí?-¿Qué tengo?” son algunos de los interrogantes que surgen frente al estrés producto de la nueva realidad rodeada de miedos e incertidumbre; el cual refiere a la relación entre la persona y el ambiente que la rodea, la cual es percibida como **“una situación amenazante o que excede sus recursos, poniendo en riesgo su bienestar personal”**. (Juárez Jiménez et al., 2017, p.68) El proceso de la enfermedad no se encierra dentro del Hospital sino que impacta en múltiples esferas de la vida y su temporalidad:

“irrumpe en el presente, altera la visión del futuro y replantea el modo de significar la historia personal y familiar” (Massera y Farberman, 2022, p.42)

Las experiencias de enfermedad se presentan como procesos caracterizados por grandes cambios subjetivos, emocionales, sociales y vinculares que se perciben como alteraciones en *“la integración de la imagen que el sujeto tiene de sí, y en la que habitualmente se reconoce”* (Cortés, 1997, p.89) Cabe destacar que varían de persona a persona, por lo que no es posible realizar intervenciones predeterminadas ni generalizaciones respecto de las vivencias e impactos. (Beltrán Salazar, 2008) Por lo tanto, lxs profesionales deben trabajar flexiblemente, en constante cambio y movimiento, orientando la actuación y el diseño de las estrategias en función de cada circunstancia, persona y lo emergente.

Atravesar un proceso de ECNT para las personas pertenecientes a la población AYA representa no solamente habitar espacios hospitalarios diariamente sino también un aumento de la crisis personal. Las condiciones de vida, los hábitos, las costumbres, sus redes vinculares y sociales hasta su alimentación se encuentran repentinamente limitados y transformados; por lo que la detección de la enfermedad da la sensación de opacar su vida cotidiana tal como la conocían y posicionarlxs en una nueva y ajena realidad. Además de los diversos tipos de cambios físicos experimentados en la adolescencia, el inicio del tratamiento puede traer aparejada la pérdida de cabello, el aumento o la disminución de peso, largos períodos de sueño o la dificultad para mantenerse despiertxs, la falta de energía y/o fuerza física.

Desde los relatos de lxs pacientes se han podido identificar sentimientos de tristeza debido a la pérdida de contacto con grupos de pares y otrxs familiares a causa del encierro, el ausentismo escolar/facultativo y la restricción de actividades sociales por indicación médica, lo que repercute negativamente en su aparato psíquico y emocional. Ante los múltiples cambios de imagen es posible que ya no deseen realizar videollamadas ni recibir visitas de familiares y amigxs, aumentando la angustia y aislamiento social.

Desde otra perspectiva, experimentan un notable pudor y falta de intimidad al deber exponer su cuerpo constantemente a pinchazos, diversos tipos de medicación y a la vista de profesionales de especialidades médicas, no médicas y frente a sus familiares; lo que incrementa la vulnerabilidad sentida y la sensación de disminución de control sobre el propio cuerpo. A su vez, la autonomía gradual y relativa reciente y propia del ciclo vital se encuentra repentinamente en retroceso por la dependencia hacia sus referentes adultxs. Lo disruptivo que resulta la detección, diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad se traduce en sensaciones de pérdida de futuro presente en sus expresiones, en una etapa en la cual cobran mayor sentido y relevancia la independencia, la proyección y los deseos personales.

Desde la especificidad y el rol profesional se interviene realizando un acompañamiento humanizado (Sierra, 2021) ofreciendo una atención integral que considera las distintas subjetividades y particularidades propiciando la participación durante todo el tratamiento e involucrándolxs en la toma de decisiones; buscando recuperar la individualidad, dar lugar

a sus voces en cada etapa del proceso y promover la apropiación y el respeto por sus cuerpos. Esto favorece el acercamiento y la construcción de confianza con el equipo de salud.

EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS

A partir de lo presentado hasta el momento, se podría inferir que a partir del diagnóstico se desestabiliza la vida, no solamente de quien padece la enfermedad, sino también de sus principales referentes afectivos. La familia se enfrenta a una nueva situación que quiebra sus dinámicas, roles y rutinas exigiéndoles transformaciones personales y vinculares *“en las que se pondrán en juego sus estructuras y modalidades previas”*. (D’Urbano,2016) Es de gran utilidad durante el tratamiento poder historizar y conocer cómo era su cotidianidad hasta entonces, cómo fue el desarrollo de la familia y sus integrantes en relación a procesos de enfermedad previos, de qué manera interactúan y cómo participan en función de los cuidados.

A su vez, resulta de relevancia indagar respecto de sus condiciones materiales de vida para poder formar una idea respecto de qué posibilidades de afrontamiento pueden desarrollar y el impacto del inicio del tratamiento en el orden y la organización familiar. Se registró que a partir de los cambios, disminución o suspensión de jornadas laborales (ausencias) muchas familias sufrieron grandes pérdidas de dinero, llamados de atención y despidos de sus puestos de trabajo. Desde este plano material, frente al contexto económico y político actual de nuestro país, pueden verse posicionadas en situaciones de alta vulnerabilidad social en donde ven afectadas sus capacidades y posibilidades para enfrentar la situación, multiplicando su preocupación y estrés. La incorporación del Trabajo Social a los equipos de salud representa una oportunidad para aportar una mirada crítica e integral desde donde poder *“para investigar, analizar e interpretar las problemáticas sociales”* (Barbero,2022,p.65) en relación con el PSEAC-M⁴ de cada unx. Esto permite correr el foco biologicista/curativo de la atención de la salud para poder comprender los diversos modos y expresiones objetivas y subjetivas de vida y pensar otros tipos de abordajes; sobre todo, en situaciones donde puede no haber pronóstico curativo.

Desde otra perspectiva, a partir del intercambio con familiares y otrxs referentes afectivos se han identificado dificultades materiales desde lo económico y también padecimientos de violencias de tipo psicológica, física, simbólica y de género intrafamiliares. Muchas de esas situaciones y problemas que se visibilizan en los diferentes espacios hospitalarios tienen incidencia en el estado de salud y puede verse afectada la adherencia al tratamiento y la permanencia en el Hospital. (Nucci et al., 2018) Tomar conocimiento permitió ofrecer espacios terapéuticos intrahospitalarios, proponer estrategias específicas para su abordaje y diversas orientaciones (asesoría legal, espacios terapéuticos, etc.).

El trabajo y la vinculación con las familias representa un desafío permanente para lxs profesionales ya que realizar un acompañamiento humanizado Sierra(2021) es una práctica intersubjetiva delimitada por la presencia pero también por los límites; por lo que debe ser revisada permanentemente en función del **hasta dónde**. Tener en cuenta los altos niveles

de ansiedad y de desgaste emocional que vivencian desde la **empatía** (Cuartero,2018) permite poder alojar las distintas experiencias y personalidades que marcan “cuáles son los límites de ese caminar juntxs” (p.170) en momentos de tanta delicadeza e intimidad.

ACOMPañAR DESDE LOS VÍNCULOS

Desde los primeros encuentros entre paciente, familia y profesionales se empieza a conformar y delimitar el acompañamiento. Tomando los aportes de Sierra (2021), acompañar es “inherente a la intervención”(p.167), implica una práctica en relación y especialmente en este tipo de situaciones, debe ser humanizado. Se trata de ofrecer un amparo subjetivo frente al padecimiento con la condición de que quien padece, esté dispuesto a recibir ese acompañamiento y que ese vínculo pueda brindarle seguridad y confianza. En esa suerte de consentimiento mutuo a dar y recibir, lo que hace tan especial al tipo de acompañamiento que se brinda desde la profesión es la calidad, producto de la cercanía y la cotidianidad que se tiene con cada unx de ellos y el posicionamiento ético y profesional que lo fundamenta.

La construcción de vínculos multidireccionales (entre paciente-equipo de salud-familia) es posible gracias al encuentro y la comunicación cara a cara, el estar presente(Sierra,2021), disponible y dispuestx desde una forma, lugar y respeto particular. En muchas ocasiones, pacientes y familiares manifestaron haber recibido tratos expulsivos, discriminatorios y violentos en su paso por otras instituciones de salud; por lo que en esos casos la apuesta es reconstruir la confianza y subsanar esos episodios en pos del tratamiento y el bienestar. Por lo tanto, el trabajo desde lo **“vincular/afectivo”** dentro de las prácticas en salud es una dimensión más del cuidado para *“sostener la vida y la calidad de vida de las personas, caracterizado por la construcción de un lazo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de ‘alojar’ al otro en acto”* (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014, p.222)

Desde el equipo de salud interdisciplinario no solamente se fomenta el acompañamiento intrahospitalario, sino también por fuera de la institución. Por ejemplo, a través de la invitación y participación en las diversas actividades propuestas por la Fundación Flexer⁵ (talleres y espacios lúdico-educativos) es posible generar nuevos vínculos con otrxs de su misma edad que atraviesan o han atravesado situaciones similares en diversas instituciones de salud del país. Tejer redes con otras organizaciones construye puentes entre el sistema de salud y otros recursos sociales y comunitarios. Además, dentro del Hospital profesionales de Trabajo Social y Salud Mental llevan a cabo encuentros semanales de pacientes que permiten el intercambio de experiencias y la posibilidad de abordarlos en conjunto con otrxs.

El paso de una atención individual a una dinámica grupal tiene fuertes y positivos impactos emocionales y psicológicos reflejado en el estado de ánimo de lxs pacientes. Establecer nuevos nexos y promover la conformación de una red que funciona como soporte entre pares ayuda a disminuir la sensación de aislamiento previamente detallada y contribuye a *“mejorar la calidad de vida de las personas, su entorno y la comunidad”*. (D'Urbano, 2016, p.20) Poder brindar un acompañamiento dentro y fuera del espacio

hospitalario que valide sus emociones, favorece la adaptación de la nueva realidad disminuyendo la depresión y el estrés. La intervención del Trabajo Social se da en conjunto con todas las disciplinas que conforman el equipo de salud interviniente creando nuevas alternativas de abordaje que colaboran en que el afrontamiento de la situación sea de formas más saludables y en compañía.

Por lo tanto, acompañamiento y vínculos son dos conceptos que se retroalimentan y protagonizan las intervenciones profesionales, pero también existe otro que los atraviesa: la comunicación. Desde las entrevistas, el Trabajo Social brinda asesoramientos respecto de trámites y gestión (afiliación de cobertura social, acceso a prestaciones/recursos, etc.); sin embargo, el rol profesional no se limita allí. Dichos encuentros, además de significar actos comunicativos y una herramienta esencial de la disciplina, son también momentos y espacios generadores de confianza que funcionan como punto de partida para la conformación de vínculos. (Nucci et al., 2018) Partiendo desde allí, es posible propiciar una mejor comunicación entre los actores para conocer y aclarar otros aspectos vinculados a la enfermedad como dudas en relación al tratamiento, qué entendieron de lo que les dijeron los médicos, cuáles pueden ser las posibles secuelas y brindar pautas de (auto)cuidado y acción frente a **“pautas de alarma”**.

Por otra parte, la sobrecarga familiar, los desencuentros y fragmentaciones (sobre todo en casos de migración asistencial⁶) pueden tener como consecuencia fallas en la comunicación entre sus integrantes sobre la cual es menester trabajar. No solamente con objetivos de fomentar el bienestar, sino para re-unión y llegar mejor preparados para los momentos de toma de decisiones y de comunicación de malas noticias. Crear espacios seguros en los que cada uno pueda sentirse cómodo y habilitado a hacer preguntas, expresar temores, pensamientos y voluntades colabora a tener un mejor manejo del estrés. Desde las entrevistas con los pacientes se pudieron detectar necesidades relacionadas a la información que estaban recibiendo y la que precisaban recibir para poder tener una comprensión más clara respecto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento y de su estado de salud en general. La propuesta del abordaje profesional tiene como norte la creación de vínculos desde una comunicación efectiva, lo que resulta de gran importancia dentro del proceso de enfermedad y en la adaptación a etapas posteriores.

REFLEXIONES FINALES

A partir del análisis realizado en este artículo, se infiere que la intervención y la presencia del Trabajo Social en salud representa un alivio frente a la sobrecarga emocional y el estrés. Debido a su formación, aporta a los equipos de salud una mirada empática e integral de cada situación actuando desde la defensa, promoción y protección de derechos. El trabajo basado en una comunicación sólida, el respeto y el reconocimiento del otro, facilita la construcción de nuevos caminos para la atención de la salud. Debido a la incidencia que estos aspectos tienen en el tratamiento y en el bienestar emocional y psicológico, acortar las distancias y fortalecer vínculos se convierte en una estrategia que acompaña al tratamiento clínico y, en estos espacios de trabajo, podría considerarse un objetivo más para la profesión y hacer referencia a los vínculos, es hablar de las capacidades y tareas constitutivas del rol.

Finalmente, este artículo responde a un contexto de época que nos convoca a revalidar nuestra presencia en las instituciones y equipos de salud en un contexto sociopolítico que, en muchos casos, tiende a su desarme. Se han detallado aquí algunas de las intervenciones realizadas que significan una oportunidad para mejorar y transformar la calidad de la atención brindada y orientarla a abordajes más integrales. Durante el desarrollo de la experiencia presentada, la residencia de Trabajo Social se encontraba padeciendo la implementación de las lógicas políticas actuales de desplazamiento. Los casos del Hospital “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” y el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” así como otras instituciones de salud, reflejan esa intención desde el cierre y la disminución de la cantidad de cupos disponibles para ingresar a la formación en servicio de nuestra disciplina.



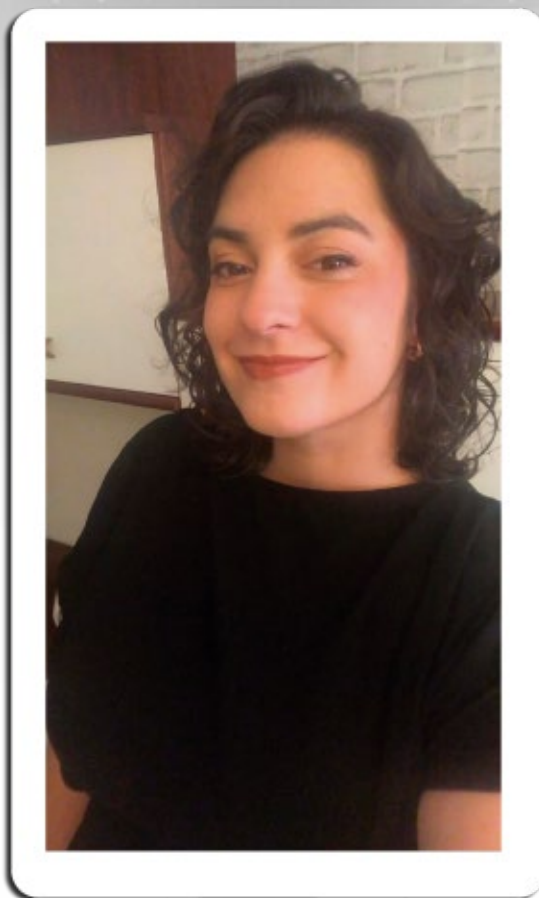
NOTAS

1. Cabe destacar que si bien el grupo etéreo abordado en este trabajo no corresponde a población pediátrica en su totalidad, el espacio y lxs profesionales intervinientes se ubican en las Salas de Internación Pediátrica y el Hospital de Día del Depto. de Pediatría de dicho nosocomio.
2. Se utilizará “-x” en las ocasiones que corresponda a fin de abarcar diversas identidades.
3. La sigla en inglés “AYA” -adolescent and young adult- es la utilizada por el equipo profesional interviniente.
4. Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado-Muerte. Al momento del presente escrito, el concepto “muerte” no se encuentra instalado en la sigla “PSEAC”, sin embargo, el mismo se explicita para integrarlo y visibilizarlo como un final posible dentro de dichos procesos en relación a la población abordada.
5. La Fundación Natalí Dafne Flexer de ayuda a niñxs y jóvenes con cáncer, es una organización creada sin fines de lucro, con funcionamiento activo desde el año 1994. Tiene entre sus objetivos, brindar soporte, acompañamiento y cuidados a lo largo del tratamiento y posteriormente
6. Concepto utilizado para hacer referencia a situaciones en las que lxs pacientes deben trasladarse de la provincia de origen a otra provincia y aquellos que deban movilizarse más de 300km dentro de PBA y CABA, ya sea para una parte o la totalidad de la duración del tratamiento. (Moreno,2022)



BIBLIOGRAFÍA

- BELTRÁN SALAZAR, Ó. (2008).** *La enfermedad grave, una oportunidad. Investigación y educación en enfermería*, 26(1), 68-77.
- BARBERO, J. (2022).** *Trabajo Social en Salud: Repensando las intervenciones*. Cátedra Paralela, (20), 53-81.
- BORI, C. Y MIRANDA, C. (2022)** *Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer (AYA). Consideraciones psicosociales*. En: F. Moreno y D. Farberman (Eds.), *Manual de psicooncología pediátrica* (1ª ed., pp. 107-122). Instituto Nacional del Cáncer. Libro digital.
- CORTÉS, B. (1997).** *Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura*. Nueva antropología, 16(53), 89-115.
- CUARTERO, M. E. (2018).** *Desgaste por empatía: cómo ser un profesional del Trabajo Social y no desfallecer en el intento*.
- D'URBANO, E. (2016).** *Trabajo social y cuidados paliativos. Un aporte para los equipos de salud*. Espacio Editorial.
- JUÁREZ JIMÉNEZ, M., DE LA CRUZ V., Y BAENA BRAVO A. (2017)** *El estrés y las enfermedades crónicas*. Med Fam Andal, 2, 198-203.
- MASSERA, G. Y FARBERMAN, D. (2022).** *Desafíos emocionales del paciente pediátrico con enfermedad oncológica. Trauma, afrontamiento y resiliencia*. Manual de Psicooncología Pediátrica, 41-58.
- MICHALEWICZ, A., PIERRI, C., Y ARDILA-GÓMEZ (2014).** *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización*. Anuario de investigaciones, 21(1), 217-224.
- MORENO, F. (2022).** *El cáncer infantil en la Argentina*. En: F. Moreno y D. Farberman (Eds.), *Manual de psicooncología pediátrica* (1ª ed., pp. 10-20). Instituto Nacional del Cáncer. Libro digital.
- NUCCI, N., CROSETTO, R., BILAVCIK, C., Y MIANI, A. (2018).** *La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública*. ConCienciaSocial, 1(2), 10-28.
- SIERRA, N. (2021).** *El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas*. Debate Público, 11(21), 13.



ENTREVISTA A SOFIA LAMPROPULOS

Lic. en Trabajo Social, Magíster en Ciencia de Datos aplicada a Ciencias Sociales

*Por: *Cavallaro, Florencia*

"TENEMOS LA CAPACIDAD DE TRADUCIR Y CONTEXTUALIZAR
A LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL. HACERLA MÁS HUMANA"

* Florencia Cavallaro - : Lic. en Trabajo Social (UBA), con experiencia en docencia y gestión pública, con formación diversa en IA.

*La emergencia y avances de la ciencia de datos y la inteligencia artificial, nos confronta con la tarea inquietante y a la vez necesaria, de repensar nuestra cotidianeidad profesional. Para dar lugar a la reflexión en torno a la vinculación de estos mundos y contagiarnos de la curiosidad que la caracteriza, entrevistamos a **Sofía Lampropulos**, colega, Magíster en Ciencia de Datos aplicada a Ciencias Sociales por la Universidad de Salamanca (España), con experiencia en docencia, investigación y gestión pública. Se especializó en análisis y visualización de datos con impacto social, y desarrolló proyectos académicos en salud, migración y género. Conversar con ella, llevó a sumergirnos a una infinidad de interrogantes que esperamos sean una motivación para quien desee seguir indagando.*

Florencia: Si bien se habla de inteligencia artificial desde 1950, claramente el 2022, con la IA generativa, modificó la escena. Hay autores que hablan de la “cuarta revolución industrial”. Oszlak habla de una “era exponencial”. Martin Gurri establece la “quinta ola”, se compara la IA con el descubrimiento del fuego y muchas expresiones más así de revolucionarias. ¿Crees que esto es así de impactante o hay mucho hype alrededor?

Sofía: Hay diferentes vías para responder. Por un lado, sí, hay un hype con el uso de la inteligencia artificial, por su accesibilidad. Cualquier persona que tenga la oportunidad a través de un navegador web, sepa o no de programación, accede a un programa que tiene IA. En otro momento, para acceder a ese nivel de tecnología debías tener un desarrollo académico o

profesional en ese campo. Hoy, el acceso libre permite una dinámica diferente y estamos aprendiendo. En segundo lugar, el gran nombre, la idea de que hay una inteligencia que es artificial y otra que no, pareciera que tienen desarrollos separados. Sin embargo, hay un cambio. El concepto de “era exponencial” me parece súper interesante. Se inicia todo con las redes neuronales hace muchos años, pero realmente en los últimos años es donde hubo avances que rompen con barreras que había entre las disciplinas. Desde el Trabajo Social, y desde las Ciencias Sociales en general, hablamos del trabajo transdisciplinario y la importancia de poder encontrarnos y de intercambiar entre saberes. Hoy es una necesidad para poder interpretar cómo los avances en la programación, en las ingenierías, en los sistemas, se entrelaza con la vida cotidiana e impacta en ella.

F: Pensando en este impacto, muchos autores mencionan que estas transformaciones no responden solamente a un cambio tecnológico, sino que claramente lo superan, y pasa a ser un cambio cultural, ¿coincidis?

S: Exacto. Se puede pensar esto en varios niveles: a nivel individual, desde las cotidianidades de cada una/o, sobre cómo lo fue incorporando con sus grupos de colegas, amistades, familia, las expresiones **“chequeado por chat GPT”**, desde buscar información, a pedirle recetas de cocina. A nivel de instituciones, se incorpora la inteligencia artificial para fortalecer procesos o para reemplazar algunas tareas, lo que es un debate abierto. A nivel de Estados, hay fuertes debates dentro de los organismos regionales e internacionales respecto a cómo regular la inteligencia artificial y qué sucede con eso.

Considero que fue una especie de gran marea en el cómo nos fueron llegando las diferentes plataformas o los diferentes programas que implementan la inteligencia artificial. Eso hace que hoy estemos desde todos los niveles, viendo cómo vamos ajustando e implementando. Estamos simultáneamente, entendiendo, analizando y evaluando los impactos al mismo tiempo que la inteligencia artificial.

F: ¿Cuál es la relevancia de la ciencia de datos para una profesión como el trabajo social? y ¿cómo nos vinculamos con esos datos que son esenciales?

S: Nosotra/os generamos datos todo el tiempo. Lo que tenemos que empezar a debatirnos es cómo sistematizamos esos datos sensibles, siendo que contamos con una ética fuerte en el uso. Creo que eso es una de nuestras grandes fortalezas en los debates actuales sobre inteligencia artificial: la perspectiva que tenemos de la ética y la intervención. El uso de los datos es sumamente significativa y necesaria en este contexto. Contamos con herramientas teóricas para poder pensar los buenos usos o las buenas prácticas de esos datos. Lo que tenemos que fortalecer es la sistematización de estos datos para darle un sentido a nuestras intervenciones.

Si nos empezamos a hacer preguntas, por ejemplo, dentro del hospital, ¿cuántas personas vienen por semana? ¿cuántas mujeres? ¿cuántos hombres? ¿se ve reflejado en las demandas espontáneas en los servicios sociales la feminización de los cuidados?. ¿se puede analizar un conjunto de historias sociales y ver qué patrones en común tienen? ¿hay algún momento del año donde se registren más demandas? ¿Hay una relación del tiempo con los temas? ¿Qué discursos aparecen?. Estas preguntas son válidas para hacernos en nuestra profesión. Puede ser que hoy no tengamos



“...Nosotra/os generamos datos todo el tiempo. Lo que tenemos que empezar a debatir es cómo sistematizamos esos datos sensibles, siendo que contamos con una ética fuerte en el uso...”

“..No es la
herramienta
en sí como un
fin. Es la
identificación
de problemas y
pensar qué
nuevas
estrategias
implementar....”

construido el dato. Pero podemos pensar estrategias. Son propuestas y desafíos de pequeños cambios o de enfoques sobre para qué estamos usando estos datos.

Te doy otro ejemplo donde nos puede servir mucho la inteligencia artificial: el procesamiento del lenguaje natural. Esto permite procesar muchísimos textos para, por ejemplo, detectar temas latentes, que son aquellos temas que quizás a ojos humanos no nos dimos cuenta de que se están hablando, pero que aparecen. En mi trabajo final de máster, hice un análisis bibliométrico, donde analicé alrededor de 10.000 artículos académicos sobre violencia de género. Le pedí al programa que me procesara los resúmenes para que detecte de forma automática qué temas estaban latentes. Podía ir y ver los resúmenes de forma manual, pero esto me permitió, en muy poco tiempo, procesarlos e identificar cuatro temas latentes. Esto permite pensar qué estrategias podemos utilizar y qué herramientas. No es la herramienta en sí como un fin. Es la identificación de problemas y pensar qué nuevas estrategias implementar.

F: *En todo lo que tiene que ver con la investigación y diagnóstico, esto que decís de la sistematización, nos ayuda a poner en valor ese dato que queda en el cuaderno de campo, y de alguna manera también su visibilización. Ahora podemos hacer un montón de cosas que antes eran artesanales y algunas directamente no se podían.*

S: Estas dos palabras que sintetizás son claves: visibilizar y sistematizar. Entendiendo las limitaciones, por eso también recalaba la importancia de la ética que nosotro/os tenemos siempre muy presente, y que la realidad es que tenemos muchísimo desarrollado al respecto. Me parece que tenemos lo ético político muy presente y que podemos aprovecharlo ante una necesidad que está emergiendo en el debate sobre la inteligencia artificial y la ciencia de datos.

F: *Retomando a Alfredo Carballada, en esto que plantea de que la intervención no se reduce a la mera aplicación de técnicas y procedimientos, sino que se constituye en un proceso complejo, situado y relacional, ¿cómo crees que la IA viene a modificar esa Intervención?*

S: Hay un debate sobre si los datos terminan ganando a la teoría. A veces lo vemos cuando escuchamos, por ejemplo, la cantidad de personas que son titulares de algún tipo de política social como si eso fuese explicativo de toda una realidad mucho más compleja. Se empieza a valorizar más los datos sin contextos, por el dato en sí mismo, por lo importante que es y por lo rápido que circula. En ese marco, se pierde su situado, como dice Carballada. El riesgo que corremos si nos posicionamos completamente en la propuesta

de la inteligencia artificial, de pensar como lo inmediato, lo masivo, lo extenso, pero sin ningún tipo de contexto, es que perderíamos esa gran posibilidad de traerlo hacia lo situado.

Tenemos la capacidad como profesionales de pensar desde las teorías, pero siempre situado en una realidad que podemos sostener con esta sistematización. Cuando se piensa una política pública para llegar a consensos, los indicadores son un aliado al discurso. Hay en los datos una posibilidad de nutrir nuestros discursos, de fortalecer nuestras teorías y de dar esos debates hacia afuera, hacia la sociedad, siempre con esta perspectiva de lo situado.

La posible amenaza que nos trae la inteligencia artificial es si la pensamos fuera del contexto y la pensamos como esta cuestión medio divina que está ahí circulando. No sabemos fácilmente dónde se encuentran los datos o quiénes son los responsables atrás. La información pareciera que nos llega en función de nuestros deseos y existe por eso. Bueno, tomémoslo al revés. Toda la información que queramos utilizar situémosla. Y siempre pensando que son herramientas. No sistemas inteligentes que nos puedan superar al humano ni mucho menos, sino herramientas que tenemos que buscar cómo utilizarlas y comprenderlas.

Y te agrego: también están los modelos, que responden a cómo piensa la personas que los crearon. A mí me gusta mucho **“Instrucciones para subir una escalera”**, de Cortázar, que nos dice, "Primero levantamos el pie, avanza..." Todo ese tipo de razonamiento, responde a una forma de subir las escaleras, pero en otros países quizás suben de otra manera la escalera. Lo mismo pasa con estos modelos. Eso se nota mucho cuando, por ejemplo, dicen "Le pregunté a Chat GPT cómo hacer un proyecto de investigación y me dio un proyecto de investigación buenísimo." Si, pero no te dio el contexto de qué organización investiga, ni con qué presupuesto, ni pensó un territorio realmente definido, ni tus capacidades. Todo eso de lo situado cobra mucho sentido ahí.

F: *Mencionaste varias veces la palabra herramienta. Algunas personas proponen concebir la IA como una infraestructura, ¿Qué te parece eso?*

S: Muchas veces lo nombro como herramienta, pero para sacarle esa idea como divina o de entidad a la inteligencia artificial. Cuando pensamos en inteligencia artificial en todos los niveles, estamos hablando de grandes infraestructuras donde se combinan diferentes tipos de empresas y de organizaciones. Están quienes gestionan los datos, quienes desarrollan los modelos para utilizarlo, quienes el servicio, y podríamos continuar. Hay un intercambio y una economía atrás. Hay mucho juego de poder, entender



“...Toda la información que queramos utilizar situémosla. Y siempre pensando que son herramientas. No sistemas inteligentes que nos puedan superar al humano ni mucho menos, sino herramientas que tenemos que buscar cómo utilizarlas y comprenderlas...”

“...hasta que no tengamos un marco que nos permita regular para toda/os lo mismo, un mismo tipo de información y el tratamiento de la inteligencia artificial, vamos a tener limitaciones para que esa igualdad se genere y podamos aprovechar a la inteligencia artificial para eso..”



que los datos tienen poder. Es realmente muy complejo para poder pensarlo en términos palpables, es decir, hay muchas empresas y espacios conectados que la palabra infraestructura es perfecta para poder imaginarse eso.

F: *Uno de los temas que siempre nos ocupó como trabajadores sociales es la cuestión de la desigualdad, que la IA parece profundizar por sus sesgos y opacidad. ¿Crees que hay alguna posibilidad de que la IA también pueda ayudar a achicar brechas y facilitar el acceso a derechos?*

S: A nivel individual, podría ser una potencialidad. Por ejemplo, el uso de plataformas que permiten pasar los textos a audio, podrían ser herramientas que contribuyan a los procesos educativos, por ejemplo.

En términos de políticas públicas, para la toma de decisiones es fundamental. Se puede hacer desde la detección por imágenes satelitales para el seguimiento de cuestiones productivas o para abordar cuestiones climáticas. También para la detección temprana de violencia de género. En educación, se puede trabajar sobre modelos predictivos para poder identificar de forma preventiva la deserción escolar.

Quizás lo que me hace decirte que no del todo, es que como país tenemos dificultades en la regulación de la inteligencia artificial a nivel jurídico. Si no me equivoco, nuestra ley de protección de datos es del año 2000. En 25 años pasaron muchísimas cosas como para no estar debatiendo nuevamente sobre qué implica los datos. Recientemente, la Comisión de Ciencia, Educación e Innovación del Congreso dio el debate por una ley sobre la regulación de la inteligencia artificial: cómo establecer organismos específicos para poder pensar el uso de la inteligencia artificial, establecer derechos en torno al uso, la intervención humana frente a la IA, poder saber qué instituciones utilizan programas con inteligencia artificial y para qué, entre otras cosas.

Entonces, a nivel individual y a nivel pequeños pasos se pueden ir pensando posibles aplicaciones que hacen a la igualdad, pero hasta que no tengamos un marco que nos permita regular para toda/os lo mismo, un mismo tipo de información y el tratamiento de la inteligencia artificial, vamos a tener limitaciones para que esa igualdad se genere y podamos aprovechar a la inteligencia artificial para eso.

F: *A nivel internacional se está dando el debate en torno a la búsqueda del equilibrio entre regular y proteger derechos, y no ahogar la innovación o desincentivar la inversión*

S: Es un debate no resuelto, que se está dando ahora mismo. Involucra cuestiones que son del orden personal, como la aceptación de términos y condiciones o de cookies, como de acuerdos internacionales. Y es un debate no resuelto de antes, entre la idea de si regular desincentiva la inversión, o no.

F: Definitivamente la IA nos trajo grandes beneficios, como por ejemplo el caso de AlfaFold que permitió predecir 200 millones de estructuras de proteínas y con eso desarrollar fármacos, vacunas, etcétera. Pero también nos mostró ejemplos escalofriantes como Cambridge Analytica, que para mí es un antes y un después en cómo creemos que tomamos decisiones. ¿Cómo ves esto del microtargeting político, el desarrollo de la llamada tecnología persuasiva, las agencias de modificación de comportamiento, todas basadas en ciencias de datos?

S: Cambridge Analytica fue un poco mi motor para estudiar ciencia de datos, voy a confesar. Me hizo pensar que hay un montón de gente que esto ya lo está haciendo y nosotros ¿cómo no lo estamos debatiendo? ¿Cómo es que nosotros no lo hacemos para el bien? Recomendando buscar información y el documental **“Nada es personal”** sobre el caso, por muchos motivos. Pone el eje en la regulación para el bienestar social y el uso de los datos. Como estos grises, terminan beneficiando a quienes tienen la posibilidad de pagar por grandes tecnologías. También es el ejemplo de la transdisciplina o lo interdisciplinario. Tomaron elementos de la psicología, de la ciencia política, de la programación y de la comunicación para generar un servicio. Nos lleva también a discutir sobre las redes sociales y otros ámbitos que se van un poco de la de la inteligencia artificial, estrictamente hablando, pero que están atravesados hoy por hoy también por eso.

La cantidad de información que se está procesando, requiere esfuerzos que superan lo nacional. Es interesante que, en este marco, algunas plataformas de redes sociales ya tengan regulación respecto al uso de la IA con sus usuarios. Cambridge fue mucho antes de poder pensar plataformas como ChatGPT. Lo que refuerza es que para debatir la regulación de la IA tenemos que debatir la utilización de los datos.

F: En relación a la cuestión del empleo y a las modificaciones que puede haber en el empleo, ¿Estás de acuerdo con la idea de que nuestro empleador nos remplace por alguien que sepa manejar inteligencia artificial?

S: Creo que depende del ámbito. Por poner un ejemplo, en algunas empresas de programación se promueve el uso de la inteligencia artificial para que optimice los códigos y el trabajo de las personas empleadas. En



“...para debatir la regulación de la IA tenemos que debatir la utilización de los datos...”

“...Creo que es un buen momento para sentarnos con disciplinas que considerábamos lejanas como la programación o las ciencias más exactas. Necesitamos entender como construyen modelos y nosotros explicar los nuestros...”

medicina, se está avanzando en varios campos, por ejemplo, en la detección de imágenes.

A nivel personal, creo que es necesario que conozcamos cómo se utiliza, conocer al menos la teoría de lo que hay atrás de la inteligencia artificial. En algún momento era necesario conocer de los programas de Microsoft Office, como Excel. Luego algunas herramientas de Google, como el Google Drive. Quizás en un futuro, dentro de nuestras habilidades, se incluye que sabemos generar buenos prompts en IA conversacionales.

F: Los autores que hablan de la cuarta revolución industrial marcan que lo distintivo es que ninguna de las revoluciones anteriores interpelaba a los humanos en cuanto a su esencia, como ahora, que parecen interpelar nuestra capacidad de pensar. Todas las personas que tengamos ganas de pensar en qué es ser inteligente, qué es decidir, qué es la conciencia, qué es pensar, qué es ser humano, las emociones, los vínculos, etcétera, parece que tenemos más auditorio, ¿Coincidís en eso?

S: Si, completamente. Se vincula a la ética. Las ciencias sociales comienzan a tener un protagonismo. Se comienza a discutir desde lo situado a la inteligencia artificial, no solo si utiliza una determinada tecnología o cómo procesa los datos. Y discutir todo lo que lo rodea, hasta el nombre. Si esto nos lleva a pensar y rediscutir estos conceptos, bienvenido sea el debate.

La visión de la IA humanística, es un posicionamiento para pensar este campo desde la ética y lo social. Hay movimientos feministas, como así también desde el anticolonialismo, que debaten sobre lo que sucede con la discriminación en la IA. No sé si hoy es el principal campo de debate la IA humanista. Pero si cobra cada vez más sentido, frente a miradas sobre el desarrollo económico.

Hay propuestas muy interesantes desde las Universidades donde se promueven espacios de diálogo y de formación. Creo que es un buen momento para sentarnos con disciplinas que en otros momentos considerábamos lejanas como la programación o las ciencias más exactas. Nosotros necesitamos entender como construyen modelos y nosotros explicar los nuestros.

F: Si pudiéramos hacer como una especie de checklist de las cosas que tenemos como trabajadora/es sociales que resultan favorables a la hora de tener que incorporar inteligencia artificial, o ciencia de datos a nuestro quehacer, ¿qué pondríamos?

S: Creo que nuestra capacidad de ver lo general y lo específico. Estamos acostumbrados a hacer ese juego constante, de foco en una situación, pero entenderla en un contexto. Creo que eso falta mucho en la ciencia de datos.

Lo otro, es que somos generadora/es de información. Podemos hacer grandes análisis cualitativos y cuantitativos con eso. También, nuestra modalidad de trabajo. Estamos acostumbrada/os al trabajo en equipo y junto a otras disciplinas. Por último, la capacidad de entender las demandas en su contexto y cómo codificarlas.

Hoy hay mucha demanda de gente que quiere entender, demanda de gente que quiere aprender, de generar cosas. Nos queda pensar ¿qué rol podemos cumplir? Tenemos la capacidad de traducir y contextualizar a la inteligencia artificial. Hacerla más humana, incorporar la perspectiva de los derechos sociales en toda esta infraestructura.



“...Tenemos la capacidad de traducir y contextualizar a la inteligencia artificial. Hacerla más humana, incorporar la perspectiva de los derechos sociales en toda esta infraestructura...”



DIÁLOGOS EN CIENCIAS SOCIALES, SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS. PROBLEMÁTICAS, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES TRANSECCIONALES

(Ed Teseopress, 2024)

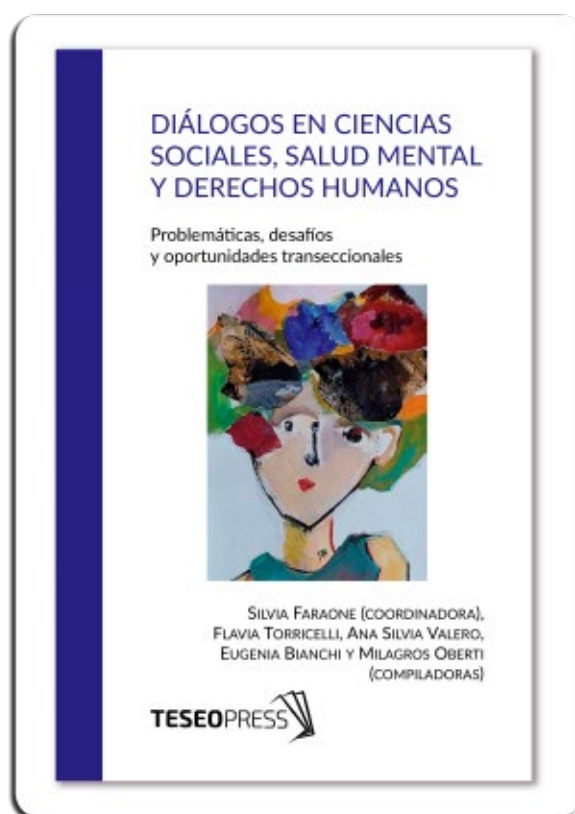
Silvia Faraone

(coordinadora)

Flavia Torricelli, Ana Silvia Valero, Eugenia Bianchi y Milagros Oberti

(compiladoras)

Reseña: Paula Cantor y Ana Valero*



* **Paula Cantor** - (Lic. en Trabajo Social) y **Ana Valero** (Lic. en Antropología) de la cátedra Problemática de la Salud Mental en Argentina, de la carrera de trabajo social (FSOC-UBA)

CONTEXTO DEL CUAL SURGE EL LIBRO

El presente libro reúne los principales aportes, discusiones e intercambios desplegados en las mesas centrales de las Jornadas de Ciencias Sociales, salud mental y derechos humanos, realizadas en junio de 2023 en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Fueron organizadas por el Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos -GESMYDH- (IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA), cuya coordinación se encontraba a cargo de Silvia Faraone. Si bien tanto las jornadas como el presente libro son producto del trabajo colectivo del equipo, Silvia ha sostenido un compromiso indeclinable acorde con su compromiso con el campo de las ciencias sociales y la salud mental, bajo el encuadre de Derechos Humanos.

TRAYECTORIA DE SILVIA FARAONE

El recorrido formativo de Silvia Faraone, primero como Trabajadora Social (UBA), luego como Magíster en Salud Pública (UBA) y como doctora en Ciencias Sociales (UBA) se entrelazó con un modo de construcción de la salud mental y los derechos humanos: una misma apuesta militante y ético – política, desde la cual generó propuestas, formuló, impulsó y condujo proyectos, promovió y acompañó desde la docencia y la investigación la

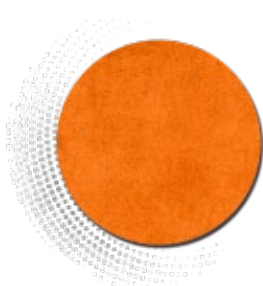
formación de estudiantes de grado, de posgrado y de equipos de investigación.

Su participación como asesora en la Cámara de Diputados la ubicó como una de las gestoras del proyecto que dio origen a la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 que abrió paso a una bisagra epistemológica, teórica y también sociocultural, y brindó un marco normativo que establece la atención en salud mental bajo perspectiva interdisciplinaria, intersectorial, comunitaria y desde la protección de los derechos humanos. Sus aportes esperanzados, aun en los tiempos más difíciles, contribuyeron a consolidar la producción académica del trabajo social en Argentina.

Silvia nos dejó físicamente el 10 de diciembre de 2024, el día del trabajo social y de los Derechos Humanos, pero nos legó aprendizajes inmensos para seguir construyendo, debatiendo y militando en el campo de la salud mental teniendo como horizonte un país más justo.

ORGANIZACIÓN DEL LIBRO

En diálogo estrecho con sus autores expositores, se buscó reformular la narrativa producida por la oralidad a una narrativa escrita destinada a ser leída, que conservara el carácter dinámico y problematizador que tenían las versiones originales.



El libro se organiza en torno a cuatro ejes temáticos:

- 1) Diálogos y prácticas en salud mental y derechos humanos, teniendo como eje la construcción de políticas de identidad.
 - 2) Procesos de des/institucionalización en salud mental en el sur de américa latina.
 - 3) Saberes y praxis comunitaria en salud mental y derechos humanos, desde la perspectiva de la producción del cuidado.
 - 4) Procesos de medicalización y farmacologización en la región.
- Relevancia actual

En un tiempo de graves amenazas y retrocesos histórico políticos en las políticas públicas y de derechos humanos a nivel nacional, este libro constituye un estandarte para disputar los sentidos y prácticas de cuidado, para respaldar la relevancia del aporte de la Ley Nacional de Salud Mental y para pensar la salud mental desde la complejidad. Donde sea posible concebir la salud mental en sintonía con la producción de la vida en comunidad. En concordancia con la importancia de la universidad pública, libre y gratuita, este libro es de acceso abierto y gratuito. Invitamos a su lectura, discusión y difusión.



ILUSTRACION DE TAPA

“Hay futuro”



Mónica Baggio

Cuando juntas marchamos, cuando caminamos y recorremos las calles, con otros al lado; cuando comprendemos que nadie se salva solo, cuando marchamos y nos reímos y abrazamos aun cuando estamos reclamando, siempre sentimos que es en las calles y que es donde hay que estar.

Pero cuando marchás y ves un niño que orgulloso muestra su cartel, ahí entiendes que hay futuro, que no nos han robado todo, que seguimos firmes, juntos y a veces invencibles.

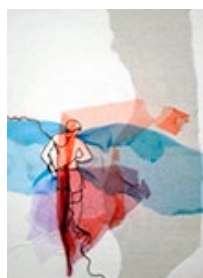
INDICE DE ILUSTRACIONES



Página: 4
"Invierno país"
 Camila Roma



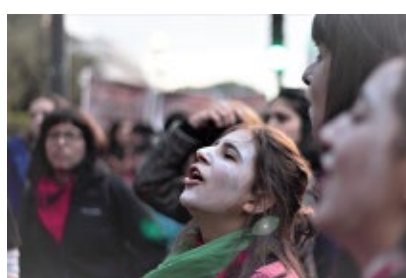
Página: 6/15
"Amoroso camino"
 Viviana Desiata



Página: 17/23
"Fundidos"
 Graciela Nicolini



Página: 24/31
"Nochecita de terraza"
 Patricia Cuesta



Página: 32/38/39
"Ni una menos"
 Alejandra Juárez



Página: 40/46
"Pies que esperan"
 Camila Roma



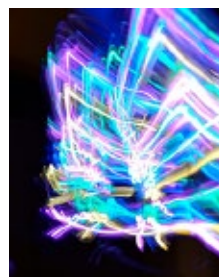
Página: 47/53/54
"Obra IV"
 Marta Haick



Página: 55/61/62
"Cocinera"
 Paulina Frau



Página: 63/69/70
"Demorados en el juego"
 Graciela Nicolini



Página: 79
"Brillo de luces"
 Mónica Baggio

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, Analía Alicia
AUED AUED, Néida Mabel
BUSANICHE, Graciela María
CARBONELL de PEREZ WEISS, Beatriz
CARMEIRA, Ana María
CASELLO, Mirta Susana
CHUBURU HURTADO, Alicia Silvia
CRAVERO BONETTI, Edi 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 Néida
FRÜM, Luis María
FUNES LOREA, 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 Aída
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, Liliana 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
TERESZCHUK 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