

DICIEMBRE 2024

Año 5 - Número 9

ISSN: 2718-8221



CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Presencia y trazos colectivos
ante los derechos arrinconados



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
CABA

www.trabajo-social.org.ar





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

Año 5. Nro 9. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

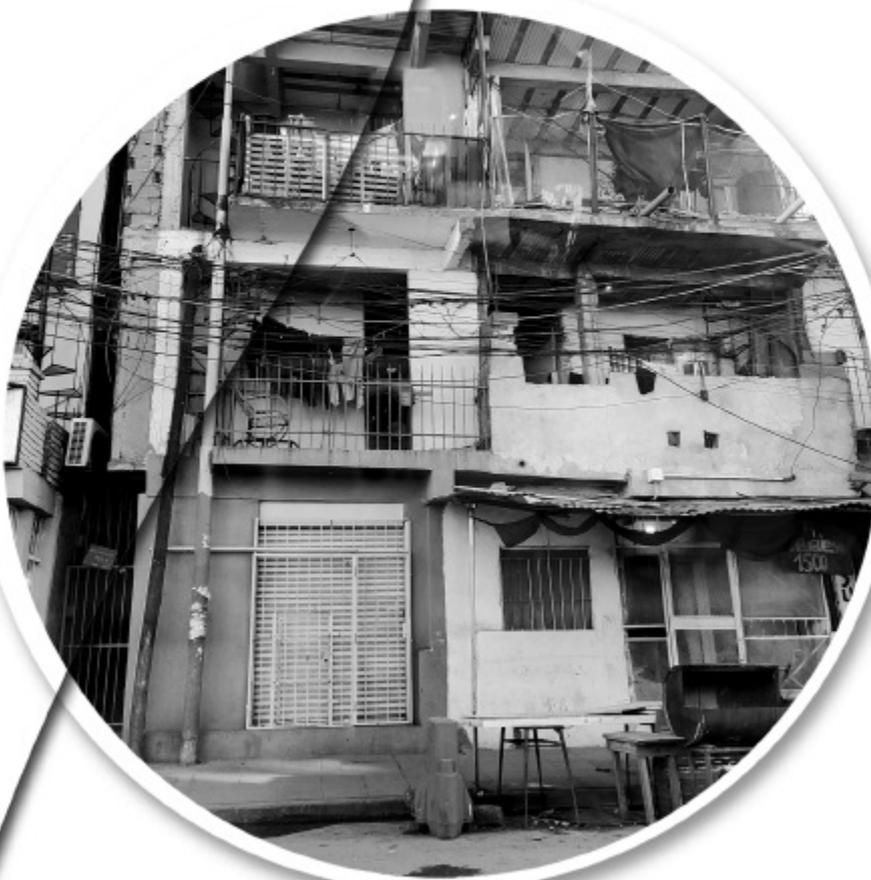
Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social CABA.

Argentina. 2024.

ISSN: 2718-8221

74pags. 20 x 28cm.





CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Presencia y trazos colectivos
ante los derechos arrinconados

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. Clara Santander
Lic. Carmen Frías
Lic. Lorena Vera
Lic. Jorgelina Matusевичius
Lic. Nadia Polanco

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Titulares

LLic. Adriana Blach
Lic. Liliana Nélica 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 : Cecilia Dalla Cía

EQUIPO EDITORIAL

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

COMITÉ EXPERTO

Yael Barrera
Alfredo Carballeda
Liliana Carrasco
Raquel Castronovo
Adriana Clemente
Gisela Clivaggio
Beatriz Cuello
Alicia Chaves
Patricia Digilio
Andrea Echevarría
María José Espagnol
Angeles Esquivel
Alejandra Facciuto
Silvia Faraone
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
Claudio Robles
Natalia Samter
Myriam Selman
Miguel Sorbello
Virginia Tatoian
Marcela Torres
Graciela Touzé
Bibiana Travi
Patricia Trinidad Diarte
Washington Uranga
Ana Vallejos
Sofía Virasoro

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	4
LA BAJA DE LA EDAD DE PUNIBILIDAD EN ARGENTINA, LA FALACIA DEL POPULISMO PUNITIVO Marcela Velurtas	6
TRABAJO SOCIAL SITUADO	15
<i>Necesidades de Cuidado en Personas Mayores: La Gestión del Egreso Hospitalario desde el Servicio Social de PAMI</i> Denise Couselo	
<i>Problematizando la formación en Salud en el marco del Sistema de Residencias del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires</i> Jesica Cristal Justiniano Rodríguez	
<i>Violencia de género y maltrato infanto-juvenil: éticas en juego en el campo de la salud</i> Micala Hermida y Manuela Sotto	
<i>La intervención profesional entre el deseo y la institución. Reflexiones a partir de la situación de una usuaria internada en un hospital de salud mental</i> Ailén Moreno	
<i>Pensar en salud mental. Movimientos en torno al lenguaje</i> J. Sabrina Marcovecchio	
<i>Sistemas de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en la Comarca ¿Cómo romper el cerco de la encerrona?</i> Eliana Olivera, Ayelén Markiewicz, Clara Goyenechea y Nahuel Acosta	
ENTREVISTA a LAS TRABAJADORAS DE HOSPITALES NACIONALES. LA SALUD EN DISPUTA María Clara Santander y María Gabriela Tozoroni.....	60
GESTIÓN COMUNITARIA DEL RIESGO. INTERVENCIONES SITUADAS, DIÁLOGOS DISCIPLINARES Y PRODUCCIONES DE SABERES. Coordinado por Vanesa Arrúa y Augustín Cleve. Colección Libros de Cátedra, Ed. EDULP Myriam Selman	69
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	73



EDITORIAL

PRESENCIA Y TRAZOS COLECTIVOS ANTE LOS DERECHOS ARRINCONADOS

Este número de **Con-Textos** se inicia con el artículo *La baja de la edad de punibilidad en Argentina*, la falacia del populismo punitivo, en el que de Marcela Velurtas nos invita a reflexionar sobre el debate que se viene dando en los últimos años sobre un tema relevante como es el de la edad de punibilidad y plantea la necesidad de *“construir lazos entre distintos actores, fortalecer los existentes, constituyendo redes de sostén y resistencia...”*.

A continuación se inicia la sección **Trabajo Social Situado**, espacio donde nuestras colegas comparten y nos dan a conocer su intervención en distintas instituciones. Presentamos, dentro de Trabajo Social Situado, seis artículos que abordan temáticas relacionadas con la Salud y la Salud Mental, violencia de género y maltrato infantil, el Sistema de Protección de Derecho y el cuidado en Personas Mayores. Cada uno de ellos nos permite conocer en las palabras de las colegas las situaciones y realidades que se dan y en las que intervienen cotidianamente.

Las entrevistas que se presentan en este número tienen como centro la situación de la salud en general y los casos del Hospital Garrahan y del Hospital Bonaparte en particular. **Leticia Storino, Yamila Pereira, Marcela Vásquez** e **Inés Tsakoumagkos**, Trabajadoras Sociales de estos Hospitales, comparten sus reflexiones y aportes por demás interesantes.

Cerrando esta edición Myriam Selman hace una reseña del libro **Gestión comunitaria del riesgo. Intervenciones situadas, diálogos disciplinares y producciones de saberes**, coordinado por Vanesa Arrúa y Agustín Cleve.

Como en los números anteriores de **Con-Textos**, todos los artículos están ilustrados con obras artísticas de colegas a quienes agradecemos su aporte.

Este número 9 de **Con-Textos** se presenta a casi un año del inicio de la actual gestión del gobierno nacional y local. Gestiones que como venimos denunciando, profundizan el

nuestro pueblo. Los diversos aportes que se incluyen en este número reflejan esta realidad compleja, conformándose a su vez como testimonio de las luchas y esfuerzos que, desde nuestra práctica profesional, realizamos para defender lo conquistado y ampliar los derechos de quienes más lo necesitan.

Celebramos la posibilidad de encontrarnos en este espacio y en las diversas opciones que ofrece el Consejo Profesional para fortalecer nuestros esfuerzos, consolidarnos como colectivo profesional y potenciar nuestra lucha colectiva.

LAURA DI BELLA

Presidenta
Consejo Profesional
Graduados de Trabajo Social CABA





LA BAJA DE LA EDAD DE PUNIBILIDAD EN ARGENTINA. LA FALACIA DEL POPULISMO PUNITIVO

**Velurtas, Marcela*

En Argentina asistimos a un recurrente debate que impulsado por distintos gobiernos, en la última década, con el apoyo de los medios masivos de comunicación, conducen a la presentación de proyectos presentados en el Congreso de la Nación, los cuales se han difundido como *“a la baja de la edad de punibilidad en Argentina”*.

En el gobierno de Mauricio Macri en 2017 y en 2024 el gobierno de Javier Milei, se incorpora esta estrategia considerada parte del llamado populismo punitivo *“como concepto que denota las medidas represivas alimentadas por la demagogia de la inseguridad y el miedo”* (Rekers, 2012, p.1). Esta autora define el populismo punitivo *“como un conjunto de medidas legislativas*

* **Marcela Velurtas**, Doctora en Trabajo Social FTS-UNLP y Lic. en Trabajo Social UBA. Integrante de los equipos interdisciplinarios en la Justicia Nacional del Fuero Penal de *menores* con sede en CABA. Vicepresidenta del CEDIM

de corte penal que privilegian las demandas mayoritarias expresadas por la opinión pública, las víctimas y los sectores sociales que se identifican como potenciales víctimas, por sobre los límites normativos consagrados en las constituciones liberales. Se distingue de otras formas de uso del poder punitivo por adoptar como meta el apoyo electoral... en detrimento de las garantías de quienes resultan destinatarios de la aplicación de las penas.” (op. cit. p. 8)



Entendemos que se trata de propuestas que corren el foco de la atención y desconocen la dimensión y composición de los fenómenos asociados con “el delito”¹ que pretenden abordar y por tanto no logran enhebrar estrategias de atención a los problemas que pretenden afectar. Seguidamente intentaremos fundamentar estas afirmaciones.

Los datos registran que, desde la reapertura democrática, la pobreza se consolidó como un problema estructural que ningún gobierno logró resolver, aunque en ciertos periodo este fenómeno fue mitigado, tal como se expresa en el siguiente gráfico que organiza los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares². En este gráfico es posible observar dos puntos más altos que se corresponden con las crisis desarrolladas en 1989 y en 2001 y una línea nuevamente ascendente sobre el final del período observado.



Para este último período, es posible considerar especialmente los datos que publica el Observatorio de la Deuda Social –UCA 2024 (Tuñón, I, 2024) que permite observar específicamente la situación de Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA), desagregada por regiones:

Tabla A

Estimación de la tasa de pobreza e indigencia

III trimestre de 2019-2020-2021-2022 y 2023

En porcentaje de NNyA entre 0 y 17 años.

	Pobreza					Indigencia				
	III T 2019	III T 2020	III T 2021	III T 2022	III T 2023	III T 2019	III T 2020	III T 2021	III T 2022	III T 2023
0 a 17 años	49,8%	53,4%	52,2%	52,7%	55,0%	13,3%	16,3%	12,6%	10,1%	15,7%
Gran Buenos Aires	49,7%	55,0%	51,7%	51,7%	54,9%	15,8%	21,3%	12,9%	10,3%	15,9%
Ciudad de Buenos Aires	25,8%	25,5%	26,7%	24,2%	33,7%	1,8%	10,7%	2,9%	3,8%	8,3%
Partidos del Gran Buenos Aires	53,9%	60,8%	56,5%	57,4%	58,8%	18,3%	23,4%	14,8%	11,5%	17,4%
NOA	53,8%	51,7%	54,7%	54,0%	54,4%	8,6%	6,8%	10,8%	9,9%	14,9%
NEA	55,3%	55,8%	54,0%	57,1%	60,5%	13,5%	11,5%	16,5%	11,5%	18,8%
Cuyo	51,3%	53,9%	55,1%	54,3%	60,1%	11,6%	7,6%	7,6%	6,5%	13,2%
Pampeana	48,5%	50,9%	52,6%	53,4%	54,6%	10,9%	11,5%	14,4%	10,7%	17,0%
Patagonia	39,3%	42,8%	45,3%	45,2%	44,9%	7,2%	11,8%	7,3%	7,4%	7,3%

Fuente: Elaboración propia con base en los microdatos de la EPH-INDEC.



El comportamiento de estos indicadores de pobreza traduce, entre otras cuestiones, la incertidumbre de una porción muy significativa de la población respecto de los procesos de acceso a la canasta básica y la cobertura de necesidades, situaciones que, tradicionalmente, han presentado un correlato con el desarrollo de conflictividad social que suele ser frecuentemente asociado con la ocurrencia de delitos, especialmente, contra la propiedad privada.

Esta asociación entre el aumento de la pobreza y los datos que traducen la conflictividad social no debe soslayar que el tratamiento judicial está signado por la selectividad, una marca distintiva de estos procesos que tienden a atrapar a quienes son más dependientes, como es el caso de las personas menores de edad que, tal como exponemos, integran sectores cuyos derechos y accesos presentan mayor vulnerabilidad.

Ello nos permite evidenciar como se conecta el repliegue de los componentes sociales y económicos del Estado con *“un proceso de criminalización del otro (pobre / peligroso)”*, al decir de Wacquant (2010, 12), que legitima *“las políticas de Estado orientadas al abandono urbano y a la contención punitiva”* y nos permite ver cómo se opera el *“traslado desde la desigualdad estructural hacia el comportamiento individual”* (Wacquant,

2010, 14). Ello constituye un punto de mira para observar cómo se renuevan las formas de control social y los mecanismos de selectividad penal.” (Velurtas, 2021, P.45)

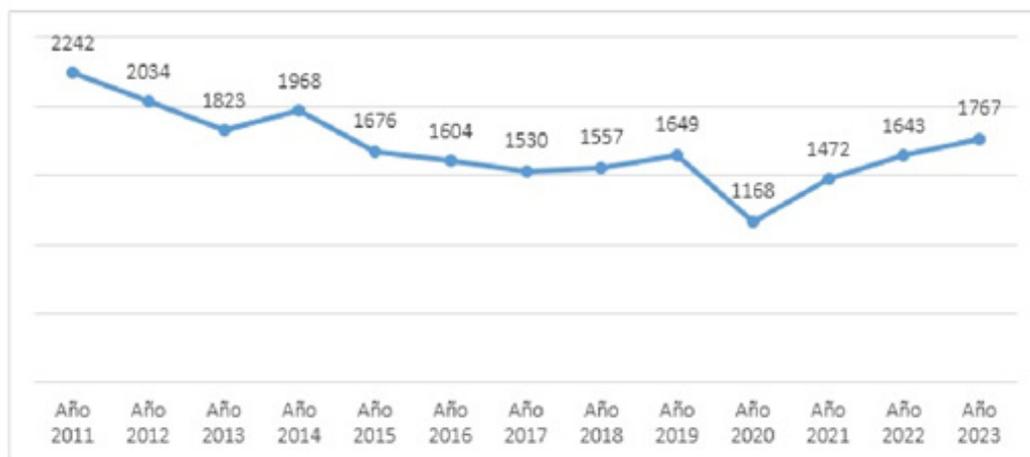
En este escenario se sitúan fenómenos y datos que consideran especialmente a la población de NNyA de hasta 18 años, quienes son parte de este proceso de empobrecimiento que ha sido denominado como infantilización de la pobreza para señalar que se trata de un conjunto de personas dependientes, tal como informan organismos público estatales como el INDEC y también otras instituciones privadas nacionales como el citado Observatorio de la deuda social de la UCA y organismos internacionales con sede local como UNICEF que alertó recientemente sobre que, más de un millón de estos NNyA, se van a dormir sin cenar en este trágico 2024.

Sin embargo, los datos de la justicia penal juvenil donde transitan esta población de niñas, niños y adolescentes, no han acompañado esta tradicional asociación que podría ser considerada parte de un conjunto de pre-juicios. En tal sentido afirmamos que no existe justificación empírica que sustente la reducción de la edad mínima de responsabilidad penal. La información utilizada en el proyecto oficial para justificar la baja corresponde a un recorte sesgado, ya que se toman los datos a partir de 2020, con cifras muy bajas dadas las restricciones impuestas en año marcado por la pandemia, por lo cual se describe una curva ascendente sin considerar los valores previos. Las cifras en los últimos 10 años no se elevaron ni en la ciudad autónoma de Buenos Aires ni en la provincia del mismo nombre.

Los registros de la Base General de Datos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (BGD), que corresponden a los registros ocurridos en la ciudad de Buenos Aires, muestra que desde 2011 a la fecha existe, por el contrario, una clara estabilidad en las intervenciones de la Justicia Nacional de Menores. Esta Base, asimismo, señala que durante 2023, el 82,7%, corresponde exclusivamente a delitos contra la propiedad, de los cuales un 39% fueron en grado de tentativa. Esto pone en evidencia que el nivel de incidencia de los delitos más graves imputados a adolescentes en esta jurisdicción, es muy reducido.



Evolución de la cantidad de NNyA con intervenciones en la Justicia Nacional de menores. Años 2011 a 2023



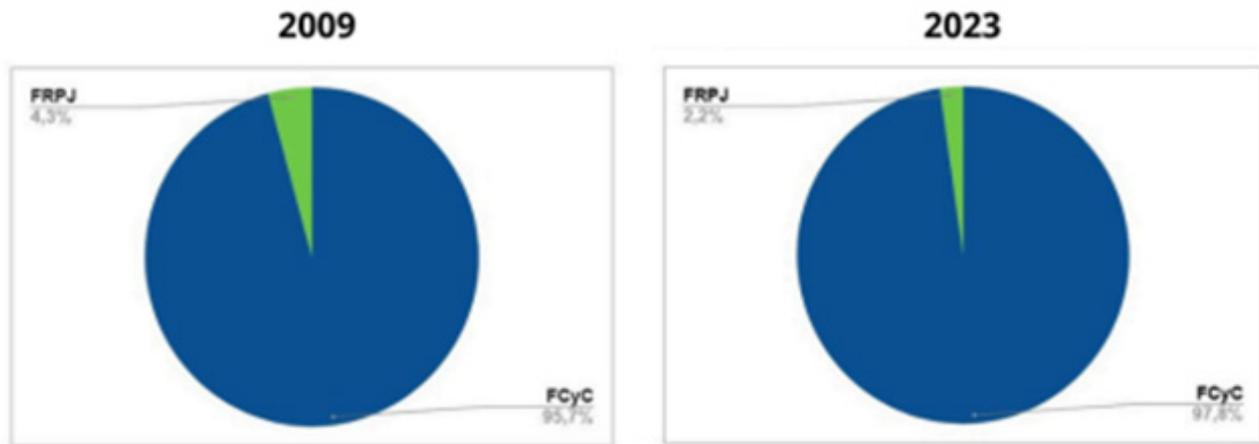
Fuente: Informes anuales BGD. NNyA en la Justicia Nacional de Menores.

Por otro lado, el informe elaborado por el Observatorio de Políticas de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata señala que: *“La serie histórica del Ministerio Público de la provincia de Buenos Aires de los últimos 14 años muestra el descenso del total de causas en que se investigan los delitos imputados a personas menores de 18 años* (correspondientes al Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil).

Se trata de una reducción de 11 % en términos absolutos y 21 % al considerar las tasas cada 100.000 habitantes. Tras un pronunciado descenso en 2020, los delitos de los últimos años continúan en valores inferiores a los registrados antes de la pandemia. Como contraste, esto no ocurre con las causas en que se investigan los delitos cometidos por personas mayores de edad que aumentaron 53 % en términos nominales y 31 % si consideramos las tasas poblacionales en el mismo período (correspondientes al Fuero Criminal y Correccional).

De este modo, se refuta la afirmación sobre el incesante aumento del delito juvenil y se comprueba, además, que en el caso de la provincia de Buenos Aires se redujo a la mitad la participación de los delitos de las personas menores de 18 años en el total de los delitos denunciados que representaban 4,2 % en 2009 y en 2023, el 2,2 %.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES



Fuente: Observatorio de Políticas de Seguridad (OPS-FAHCE/UNLP) con base en datos de la Procuración de Justicia de la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires.

¿ Por qué entonces pensar en bajar la edad de punibilidad, ampliar la base de personas que puedan ingresar en el sistema judicial ?

Encontramos un conglomerado de ideas:

- En el fuero penal juvenil no transitan jóvenes, que para la ley argentina son personas mayores de 18 años, sino que es un espacio judicial donde se gestionan conflictos en que participan o se ven involucrados niños, niñas, adolescentes (NNyA), punibles entre los 16 y 17 años.
- En este campo, al decir de Bourdieu, se tramitan conflictos como en los otros fueros judiciales (civil, comercial, laboral, etc.) que no lograron un tratamiento en los espacios de cercanía, familia, escuela, comunidad, instituciones locales dispositivos territoriales, etc., y que presentan la originalidad de que las personas que se ven involucradas pueden recibir sanciones, inclusive ser privadas de la libertad antes de que se tome una resolución judicial respecto del hecho por lo que han sido denunciadas. Algunos autores como O. Marcon proponen que se nombre simplemente como justicia juvenil, de modo de repensar las estrategias que se proponen en clave socioeducativa y desplazar la idea de la penalidad como designación dominante. Entendiendo que no se





trata de un sistema que se construye en espejo a las intervenciones que se desarrollan con jóvenes y adultos sino que la especialidad y la finalidad es la clave socioeducativa y, más recientemente, con un énfasis en la perspectiva restaurativa.

- Se trata de sujetos que, por su edad, requieren de apoyos para conocer los alcances de la ley, sus derechos, etc. Desde hace menos de cincuenta años, se instituyó, en este campo y para esta población el derecho a la defensa y la presunción de inocencia, que hasta entonces el fuero llamado de menores carecía, una institucionalidad que suele ser denostada con el peyorativo de garantismo.

- Que el campo de la justicia, resulta un espacio de opacidad para personas consideradas como legos, se trata de un espacio que se destaca por el uso de un lenguaje específico por lo que para las y los NNyA este espacio puede comportar violencias adicionales en esta acumulación histórica de desventajas, dada la distancia y los obstáculos en la comprensión del proceso del que son parte. Que se caracteriza por el predominio de un enfoque individualizado centrado en el desarrollo de determinadas conductas con una alusión acotada al marco situado y estructural de violencia en que se inscriben.

- Asimismo, pese a las normas vigentes y el imperativo de la protección a las niñeces y adolescencias que declama la Convención de los Derechos del Niño y las leyes nacionales derivadas de su suscripción desde finales del siglo pasado, se observa una clara disputa respecto de qué prevalece cuando se debate la seguridad y la protección, si el cuidado y reaseguro de un bien material³ o de las personas niñas, niños y adolescentes; una merma en el interés sobre cuántos recursos, instituciones, dispositivos, profesionales y agentes están asignados a desplegar mecanismos de atención a esta población o si el mayor énfasis y preocupación pública privilegia la “seguridad” frente a estos NNyA concebidos como peligrosos infractores a la ley y por tanto “no merecedores” de apoyo social (Castel, 2004). Por el contrario entendemos que si el propósito es la prevención en materia de ocurrencia de conductas disvaliosas, que en su mayoría (más del 80%) se refiere a delitos contra la propiedad privada, no se requiere de la coacción penal sino principalmente de política pública.

- La ampliación del ciclo de estudios obligatorios, el acceso a la Asignación Universal por Hijo han sido algunas iniciativas distinguidas en las últimas décadas aunque simultáneamente estuvieron anudadas con la precarización del sistema de protección integral, agravado en el contexto recientes con las

afirmaciones del actual presidente que reitera como un mantra: “no hay plata” y “El Estado no es la solución, es el problema”

Estas pinceladas son parte del marco donde emerge la propuesta gubernamental a la baja de la edad de punibilidad, que privilegia la privación de la libertad por sobre todas otras alternativas, la extensión de los plazos que puede adoptar esta medida, entre otras aristas que señalan la regresión que implica esta propuesta presentada al Congreso de la Nación, que discute hoy con el auxilio de numeroso/as expositores invitado/as.

¿Qué preguntas y desafíos se presentan en la escena y el espacio de inserción socioocupacional para quienes, como trabajadora/es sociales nos desempeñamos en este campo?

El compromiso de asumir con cierta autonomía, y a veces algunas dosis de rebeldía, ese destino históricamente adjudicado, a partir de nuestra formación permanente, la capacidad de reflexión sistemática y nuestro conocimiento cercano, directo, de esas personas: su historia y trayectorias que dan cuenta, muchas veces, de ese descampado que encontramos los llamados trabajadores considerados parte de las “burocracias a nivel de calle” (Lipsky, 2010), cuya intervención “retoma las dinámicas y los procesos que se despliegan en el marco de políticas sociales y formas de control social que combinan lógicas de acceso a derechos y mandatos de control social ... Consideramos que, reconocer estas lógicas resulta fundamental para problematizar los procesos de intervención en las tramas coercitivas y burocráticas(Velurtas y otras, 2024).

En el caso de la justicia nacional, la integración de los equipos interdisciplinarios resulta un espacio de activación que acota el desamparo propio de cada profesional y habilita la proximidad y el reconocimiento como potencia. En ese marco es posible avanzar en la construcción de estrategias profesionales comunes, de construir intervención con las/os otros actores del sistema juvenil y desarrollar disputas de sentido sino también aportar a procesos de justicia, novedosos, que amplíen las fronteras de los tradicionales procedimientos instituidos y, por último, la relevancia de visibilizar estas iniciativas que cuentan con un amplio respaldo en la diversidad de actores que componen la justicia juvenil en las distintas jurisdicciones.

La perspectiva de la Convención constituye un mandato orientador sobre el abanico de discursos y prácticas posibles, especialmente en contextos en que los derechos parecen estar arrinconados.





NOTAS

1. No nos referimos a la inseguridad, ya que consideramos que ese concepto es polisémico y resulta confuso para describir el tipo de situaciones sobre las cuales nos interesa reflexionar
2. A partir del 2004 se registran resultados del 1er y 2do semestre de cada año
3. Nos referimos a este tipo de "delitos" dado que comportan más del 80% de las causas que se tramitan en este fuero, como ya fuera señalado en este mismo artículo

BIBLIOGRAFÍA

CASTEL, R. (2004) *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires. Manantial

LIPSKY, M (1980). *Street-Level Bureaucracy: The Dilemmas of Individuals in Public Service.* New York: Russell Sage Foundation.

REKERS, F. R. (2012). *Populismo y castigo penal.* Revista Pensamiento Penal. Disponible en:
<https://www.pensamientopenal.com.ar/index.php/system/files/2012/10/doctrina34815.pdf>.

TUÑÓN, IANINA (2024) (CON LA COLABORACIÓN DE MATÍAS MALJAR). *Trazando el Camino: Privaciones estructurales, avances y desafíos en los derechos de la infancia y adolescencia. Argentina 2010-2023.* Documento estadístico. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie Agenda para la Equidad (2017- 2023). 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2024. Disponible en:
<https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Prensa/Documentos/2024-Prensa-ODSA-Documento-Estadístico-Infancia.pdf>

VELURTAS M. (2020): *Procesos de regulación selectiva, los adolescentes en tránsito en el sistema penal. En: Entre precariedades y derechos. Anudando debates del Trabajo Social, las políticas sociales y la intervención.* EDULP. Disponible en:
https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/120938/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

VELURTAS, M. FAVERO AVICO, A.Y SCHROHN R. (2024): *Apuntes en torno a las intervenciones profesionales con adolescencias y juventudes: Estrategias, exigencias y arreglos coercitivo-afectivos.* Ponencia presentada en la JIDEEP, sept. FTS- UNLP. Mimeo.

WACQUANT L. (2010) *Las dos caras de un gueto. Ensayos sobre marginalización y penalización.* Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores

TRABAJO SOCIAL SITUADO



NECESIDADES DE CUIDADO EN PERSONAS MAYORES: LA GESTIÓN DEL EGRESO HOSPITALARIO DESDE EL SERVICIO SOCIAL DE PAMI

**Couselo, Denise S.*

RESUMEN

Este trabajo explora los desafíos y procesos asociados con la internación prolongada de personas mayores, centrando su análisis en la necesidad de cuidados y el rol ejercido por el Servicio Social de PAMI en el egreso hospitalario. Para su desarrollo, se han revisado fuentes bibliográficas relevantes, se han analizado datos recogidos de cuadernos de campo sobre la práctica profesional y revisado informes sociales relacionados con la derivación a residencias. Este abordaje proporciona una visión detallada de las prácticas actuales y los desafíos en la coordinación de cuidados post-hospitalarios.

PALABRAS CLAVES

- *Personas mayores*
- *Egreso hospitalario*
- *Cuidados*



*** Denise S. Couselo** - Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires. Trabaja en el Área de Centros Coordinadores del INSSJP PAMI.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del presente artículo parte de la experiencia profesional en el área de Centros Coordinadores del INSSJP-PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados). Los Centros Coordinadores son oficinas del Instituto ubicadas al interior de diversos efectores de salud de CABA, tanto públicos como privados, teniendo, entre una de sus finalidades, facilitar el acceso a las prestaciones de la obra social a las personas internadas. Aunque las consultas e intervenciones que se realizan en estos centros son múltiples y abarcan un amplio abanico de cuestiones, la mayoría de las interconsultas dirigidas al equipo de trabajo social están relacionadas con un problema central: la necesidad de cuidados una vez otorgada el alta hospitalaria. Una vez identificada esta necesidad, se diagrama con el paciente y su red de apoyo qué estrategia es la más conveniente para su egreso hospitalario, teniendo como principal recurso las prestaciones de la obra social.

La hospitalización es el resultado de una descompensación orgánica. Especialmente en las personas mayores, este proceso puede conllevar diversos cambios en lo relativo a su autonomía e independencia. Este cambio puede ser abrupto, y tanto el sujeto como sus redes de apoyo no siempre están preparadas para responder de inmediato a las nuevas necesidades. Al encontrarse la persona en una condición de salud distinta a la que ingresó se abren interrogantes de cómo continuar con un cotidiano en su medio habitual: *“no tengo quien le/me cuide”, “así no me lo puedo llevar”* son frases que resuenan en las salas de internación.

Este contexto convierte al hospital en un espacio donde las situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, social, vincular y/o funcional se manifiestan con mayor intensidad, requiriendo la intervención de equipos interdisciplinarios de salud y, a menudo, prolongando la estancia hospitalaria por razones no estrictamente clínicas.

Siguiendo al trabajador social Joan Casa Martí (2022) el alta hospitalaria adquiere un gran poder simbólico al representar el retorno del paciente a su entorno habitual, aunque este no siempre cuente con la capacidad para brindar el cuidado necesario. Durante la hospitalización, la persona no solo enfrenta la enfermedad, sino también la necesidad de tomar decisiones rápidamente acerca de su futuro: cómo adaptar su hogar, si se trasladará a una residencia o contratará personal de cuidado. Sin embargo, los procesos de adaptación a la nueva situación de dependencia y la falta de apoyo no siempre coinciden en tiempo con la duración de la hospitalización, generando una brecha entre las necesidades del paciente y las presiones del sistema de salud.

Esta discrepancia se agrava debido a la creciente presión sobre los profesionales para gestionar las altas y optimizar los recursos del sistema de salud. En este contexto, las personas que carecen de una red de apoyo familiar o social suficiente para atender sus necesidades de cuidado se convierten en una cuestión crucial que debe ser abordada tanto por los servicios de salud como por las políticas públicas. La falta de un soporte adecuado puede complicar la transición del paciente del hospital a su hogar, subrayando la necesidad de desarrollar estrategias y recursos para asegurar una atención integral y continua tras el alta médica.

RECURSOS Y ESTRATEGIAS EN POLÍTICAS DE CUIDADO: APORTES DESDE EL SERVICIO SOCIAL DE PAMI EN EL CONTEXTO DEL EGRESO HOSPITALARIO

Si bien no es el objeto central de este trabajo realizar un extenso recuento teórico respecto al concepto de cuidados, resulta clave caracterizar la complejidad que revierte esta categoría.

En primer lugar es fundamental reconocer su papel central en la reproducción social y la profunda carga que implica, especialmente para las mujeres. Existe una fuerte percepción de que el cuidado es una responsabilidad inherentemente femenina, una creencia profundamente arraigada en el imaginario social. Esta visión no solo subestima el valor de estas tareas, sino que también perpetúa una distribución desigual de la carga de cuidado, reforzando estereotipos de género que afectan tanto la equidad como la calidad del apoyo brindado (Silva, Vera, Sepúlveda, D'Alessandre, Buschmann, & Mattioli, 2022).

La necesidad de cuidados forma parte de nuestra experiencia humana desde el momento que nacemos, ya que requerimos atención de un otro para poder desarrollarnos. Basándome en la definición dada por la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe [CEPAL] (2022) los cuidados comprenden todas las actividades que aseguran la reproducción humana y el sostenimiento de la vida en un entorno adecuado. La CEPAL enfatiza que los cuidados no sólo se refieren a las tareas materiales (como alimentar, asear o vestir), sino también a relaciones interpersonales que generan vínculos afectivos y de apoyo. La definición de la CEPAL subraya la importancia de reconocer los cuidados como una necesidad social que requiere ser cubierta de forma adecuada y equitativa a través de políticas públicas y de la redistribución de responsabilidades entre el Estado, la comunidad, el mercado y las familias.

La socióloga española Rocío Fernández et.al. (2012) describe el cuidado como una actividad cuyo resultado se consume a medida que se realiza, destacando la importancia del proceso y la relación interpersonal que se establece. Podemos afirmar que, aunque el trabajo de cuidados es fundamental para el sostenimiento de la vida y de la economía, en nuestra sociedad contemporánea, las tareas asociadas a este trabajo a menudo son subvaloradas, altamente feminizadas y, en muchos casos, no remuneradas. Este tipo de trabajo conlleva una importante carga emocional y de tiempo, así como también una gran responsabilidad.

En el caso de algunas personas mayores, el egreso hospitalario puede acarrear desafíos significativos, particularmente cuando su autonomía ha cambiado respecto a su estado anterior o se ha profundizado un proceso de fragilidad previo. Abordar estos cuidados requiere no solo de recursos materiales, sino también de un conocimiento especializado para la atención de sus nuevas necesidades, así como una considerable disponibilidad de tiempo, apoyo emocional y afectivo. Por tanto, el proceso de egreso hospitalario debe ser integral, abarcando no sólo la dimensión física del cuidado, sino también los aspectos sociales que son esenciales para una adaptación efectiva a su nueva situación.

En este contexto, resulta necesario destacar la importancia que cobra en este campo el abanico prestacional prestado por el INSSJP-PAMI. Este es un organismo público no estatal que tiene como objetivo otorgar a las personas jubiladas y pensionadas prestaciones

sanitarias y sociales, siendo la obra social más grande de Latinoamérica. Es interesante resaltar la relevancia que cobra el hecho de que la obra social incluya en su abanico prestacional las prestaciones sociales, dando cuenta de que la concepción de salud es una cuestión integral que abarca ambos factores: el social y el sanitario.

Por ende, cabe dar cuenta de aquellos recursos disponibles para abordar los cuidados de personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia.

Basándome en las prestaciones del INSSJP, existen dos escenarios principales para abordar el alta hospitalaria y brindar soporte para la continuidad de cuidados: en el primero de ellos, puede gestionarse una prestación de carácter médico como la Internación Domiciliaria Integral, que cubre las necesidades médicas de asistencia o rehabilitación en el domicilio. La dificultad que se suele enfrentar en estos casos es que normalmente para recibir la atención médica es indispensable que exista un acompañante en el hogar, siendo una barrera para acceder a esta posibilidad. Aunque esta prestación garantiza la atención médica necesaria, deja vacante la gestión del cuidado, recayendo esta responsabilidad en el entorno social de la persona. Complementariamente, en aquellos casos donde se presenta una situación de vulnerabilidad económica, la obra social ofrece un subsidio económico destinado a contribuir en la cobertura de las tareas de cuidado. Si bien este subsidio constituye un recurso valioso para aliviar la carga económica de las familias, su asignación varía de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria, lo que en ciertos casos puede resultar insuficiente para solventar en su totalidad el costo de un cuidador a tiempo completo.

Actualmente en Argentina contamos con 5,7 millones de jubilados y pensionados, de los cuales 49% de ellos percibe una jubilación mínima (Giménez, 2023). El monto de la jubilación mínima en el mes de Septiembre 2024 es de \$234.540 (Ministerio de Capital Humano, 2024), siendo el de la canasta básica \$304.170 (Indec, 2024) Asimismo, acorde a las tarifas indicadas en la escala de salarios para el personal con retiro y sin retiro desde agosto 2024 establecida por la Resolución 1/2024 del Ministerio de Trabajo de la República Argentina (Ministerio de Trabajo, 2024), el monto establecido por hora de cuidado de personas es de \$2.826 (Monto hora con retiro), lo que arroja un sueldo mensual de \$357.350.

Estas cifras permiten visualizar la brecha existente entre los ingresos de las personas jubiladas que perciben la jubilación mínima y los costos asociados a la contratación de cuidadores a tiempo completo. Si bien el subsidio económico ofrecido por la obra social representa un apoyo significativo para las personas, en muchos casos no logra cubrir la totalidad de los gastos derivados de los cuidados continuos que requiere una situación de dependencia funcional.

Ello da lugar, al segundo escenario de intervención, el cual contempla la derivación a Residencias de Larga Estadía con cobertura de la obra social. Estas, ofrecen servicios integrales que combinan atención social y sanitaria. Los servicios incluyen alojamiento, alimentación, cuidados generales, enfermería, apoyo psicosocial, terapia ocupacional, actividades recreativas y servicios de salud de baja complejidad.

Para acceder a esta prestación es requerimiento obligatorio pasar por la evaluación social del equipo de trabajo social del Instituto, la cual va acompañada obligatoriamente de una serie de informes médicos y estudios complementarios. Esta gestión implica ciertos tiempos de evaluación y producción, sumados al tiempo de espera¹ en la asignación efectiva de la plaza, sujeta a la disponibilidad del recurso, lo cual impacta directamente en el tiempo de hospitalización de la persona.

La prestación de residencia es un recurso sumamente valioso e indispensable para dar respuesta a la necesidad de cuidados de las personas mayores. No sólo porque es una respuesta integral ante esta necesidad sino también por el costo elevado que tiene la contratación del servicio de forma privada, que acorde a los presupuestos presentados por familiares durante los últimos meses supera el millón de pesos, siendo fundamental contar con esta posibilidad prestacional para aquellas personas que no cuentan con un ingreso económico de este calibre.

La vacancia que se observa es que, si bien la derivación a residencias debería actuar como el último eslabón en la cadena de cuidados progresivos, en ocasiones la derivación es elegida debido al apoyo parcial otorgado para el retorno a domicilio. Esta situación no solo refleja un apuntalamiento insuficiente en dispositivos intermedios y/o comunitarios² que contemplen las situaciones de dependencia moderada y/o severa, sino también una respuesta a la creciente crisis de los cuidados en una sociedad donde el tiempo resulta un recurso escaso. El envejecimiento poblacional, acompañado de un aumento en la soledad entre los mayores, ha llevado a que la derivación a residencias se convierta en la respuesta común para quienes no cuentan con redes de apoyo. La falta de alternativas adecuadas para mitigar la soledad, así como la falta de recursos y políticas que fomenten la integración y el apoyo comunitario, empuja a muchos mayores a residencias de larga estadía, aun cuando este no debería ser el único camino para enfrentar la soledad. La complejidad de organizar y proporcionar cuidados adecuados a menudo se ve intensificada por las demandas económicas y sociales actuales, lo que hace que la disposición para cuidar a alguien se convierta en una problemática necesaria de dar respuesta.

CONCLUSIÓN

El análisis realizado en este trabajo revela la compleja interacción entre los procesos de internación prolongada de personas mayores y las políticas de cuidado existentes, destacando la importancia en la presencia de los Centros Coordinadores de PAMI a fin de trabajar en conjunto, tanto con el Servicio Social de los hospitales, así como el equipo de salud. Esta articulación resulta indispensable, habilitando respuestas más eficaces y abarcativas en la complejidad.

Los datos recopilados y la revisión de la práctica profesional subrayan cómo el sistema actual enfrenta desafíos significativos en la gestión de altas hospitalarias y la continuidad del cuidado.

En primer lugar, se evidencia que el alta hospitalaria, que simboliza el regreso del paciente a su entorno habitual, a menudo no coincide con la capacidad real de ese entorno para proporcionar el cuidado necesario. Esta descoordinación entre la necesidad de cuidados y la capacidad de adaptación del hogar o la red de apoyo contribuye a la prolongación -muchas veces- innecesaria de la estancia hospitalaria y aumenta la presión sobre los recursos del sistema de salud.

Además, las políticas actuales de cuidado dentro de la obra social PAMI, aunque esenciales, presentan limitaciones para dar respuesta a las situaciones que se nos presentan cotidianamente, teniendo en ocasiones el sujeto el deber de aggiornarse al recurso, y no contrariamente. La ausencia de dispositivos intermedios adecuados en la comunidad que atiendan las situaciones de dependencia también contribuyen a un requerimiento excesivo de las residencias de larga estadía como dispositivo primordial para dar respuesta a la necesidad de cuidados.

Por lo tanto, es imperativo avanzar hacia una política de cuidados más integral y equitativa. Esto incluye la necesidad de una mejor redistribución de responsabilidades entre el Estado, la comunidad y las familias, así como el fortalecimiento de los recursos destinados a la atención domiciliar y el desarrollo de dispositivos comunitarios que puedan ofrecer soluciones intermedias efectivas. La atención a la problemática del cuidado debe ser una prioridad, considerando no solo las necesidades inmediatas de las personas mayores sino también las implicaciones a largo plazo para la calidad de vida y la sostenibilidad del sistema de salud. En última instancia, reconocer y valorar adecuadamente el trabajo de cuidados, y asegurar una coordinación eficiente entre las distintas instancias del sistema de salud, es crucial para abordar la crisis de los cuidados y mejorar el bienestar de las personas mayores.





NOTAS

1. El tiempo de espera en la asignación de vacante es fluctuante y varía en función de la demanda y la oferta disponible de plazas en residencias prestadoras del servicio.
2. Si bien el INSSJP cuenta con la prestación de Centro de Día, estos proporcionan atención social y terapéutica diurna para las personas afiliadas, pero el nivel de dependencia funcional y/o cognitiva para su inclusión debe ser leve.

BIBLIOGRAFÍA

ARGENTINA. (2020, JULIO). *Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros.* Argentina.gov.ar
<https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado2.pdf>

ARGENTINA. (N.D.). *Sueldo de trabajadores de casas particulares.* Argentina.gov.ar
<https://www.argentina.gov.ar/trabajo/casasparticulares/trabajador/sueldo>

CASA MARTI, J. (2023). *Soledades y conflictos en los hospitales: Una mirada desde el trabajo social, la ética del cuidado y la planificación del alta con personas mayores en situación de dependencia.* Cuadernos de Trabajo Social, 36(1), 103-112.

GIMÉNEZ, J. (2023, 3 DE OCTUBRE). *Las jubilaciones de la Argentina en números: Cómo funciona el sistema, quién lo financia y por qué tiene déficit.* Chequeado
<https://chequeado.com/el-explicador/las-jubilaciones-de-la-argentina-en-numeros-como-funciona-el-sistema-quien-lo-financia-y-por-que-tiene-deficit/>

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). (2022). *La sociedad del cuidado: Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género (LC/CRM.15/3).* Santiago: CEPAL.

FERNÁNDEZ, R. L., SANTILLÁN, C., LÓPEZ GIL, S., & PÉREZ OROSCO, A. (2012). *Cuadernos de Debate Feminista: II Cuidados.* Diputación Foral de Gipuzkoa, Órgano para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). (2024). *Informe de prensa: Canasta Básica Alimentaria y Canasta Básica Total – Septiembre 2024*
https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/canasta_09_244225C31761.pdf

MINISTERIO DE CAPITAL HUMANO. (2024, SEPTIEMBRE). *Indicadores monetarios de la seguridad social.* Argentina.gov.ar
<https://www.argentina.gov.ar/trabajo/seguridadsocial/imss>

MINISTERIO DE TRABAJO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. (2024). *Resolución 1/2024. Escala de salarios para personal con retiro y sin retiro.* Buenos Aires: Ministerio de Trabajo.
<https://www.argentina.gov.ar/hormativa/nacional/resolución-1-2024-375415>

SILVA, A. M., VERA, F., SEPÚLVEDA, C., D'ALESSANDRE, V., BUSCHMANN, J., & MATTIOLI, M. (2022). *Dinámicas familiares de cuidado en los barrios populares de Argentina.* Banco Interamericano de Desarrollo.

PROBLEMATIZANDO LA FORMACIÓN EN SALUD EN EL MARCO DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

UNA MIRADA DESDE LA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD.

**Justiniano Rodríguez, Jesica Cristal*



RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo repensar y problematizar la formación de los y las profesionales del sistema de residencias de salud del GCBA. Para ello, se expondrán en el primer apartado algunos paradigmas que tensionan las concepciones de salud existentes en América Latina, que impactan en cómo se piensa la formación de nuestros/as profesionales. En el segundo apartado se presentarán algunas críticas al modelo de residencias actual, y las potencialidades que nos brinda la estrategia de Educación Permanente en Salud. En el último apartado, se propondrán algunos puntos de reflexión para seguir debatiendo desde el colectivo profesional.

PALABRAS CLAVES

- Educación permanente en salud
- Sistema de residencias
- Formación en salud

*** Jesica Cristal Justiniano Rodríguez**- Licenciada en trabajo social UBA, estudiante de abogacía, del profesorado de trabajo social y residente de Educación Permanente en Salud del GCBA. Con experiencia en trabajo con población en situación de calle y auxiliar docente en la carrera de Relaciones del Trabajo UBA.
jesicajustinianorodriguez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Para problematizar la formación de futuros/as especialistas dentro del sistema de residencias de salud desde una perspectiva de derechos debemos repensar la formación preguntándonos qué profesionales son los que van a garantizar el derecho a la salud de nuestra ciudadanía. Es decir, que el corazón del análisis lo constituyen los sujetos usuarios de los procesos de salud-atención-cuidado, y, con mayor énfasis, las poblaciones vulnerables.

Con este objetivo se expondrán algunos paradigmas que tensionan las concepciones de salud existentes en América Latina. Luego, se presentarán algunas críticas al modelo de residencias actual, y las potencialidades que nos brinda la estrategia de Educación Permanente en Salud. Para finalizar, se propondrán algunas líneas de reflexión para seguir debatiendo desde el colectivo profesional.

LO BIOLÓGICO Y LO SOCIAL EN LA FORMACIÓN EN SALUD

Siguiendo a Luciani Conde, L. (2019) podemos afirmar que toda ciencia supone la formalización de un proyecto de poder. La ciencia positiva moderna se encuentra enraizada en un proyecto político de dominación, que comenzó como un proceso de conquista de los territorios americanos, y luego desembocó en un proceso de colonialismo cultural. El positivismo instala una matriz de sentido que determina qué es ciencia y qué no, que desplaza todo saber no hegemónico, y que cristaliza *“una particular cosmovisión de la cultura, la historia, la economía y la política.”* (Luciani Conde, L., 2019; 33).

Las tensiones entre los paradigmas positivista e interpretativo de la ciencia tienen una expresión singular en el campo de la salud, constituyendo la base del paradigma flexneriano y el paradigma de la medicina social. En el siglo XX la influencia del paradigma flexneriano implicó la imposición de un modelo de medicina norteamericana al resto del mundo, a partir de la premisa de que *“la calidad de la formación en medicina es igual a la capacidad de dominar y aplicar correctamente los principios de las disciplinas biológicas y de la clínica médica”* (Pasos Nogueira, R.; 1997, 94).

A partir de los años 70' comienza un avance crítico de las ciencias sociales en el campo de la salud, que generó distintas corrientes de la medicina social latinoamericana. Estos movimientos buscaron que la medicina penetre en la comunidad urbana y rural, y deje de tener su epicentro en el hospital. En la década de los 80' y 90' se empieza a producir un debate sobre la visión biologicista del egresado/a de medicina, y su incapacidad para pensar los procesos de salud de forma colectiva, de identificar las necesidades de salud de la población, el desconocimiento sobre la promoción y prevención en salud, la concentración del poder en la figura del médico y la formación centrada en el hospital. Sin embargo, afirma Rodríguez, M. I. (1994), *“el panorama general mostró el escaso impacto del conocimiento de lo social en la formación del personal de salud”* (Rodríguez, M. I.; 1994, 8).

El **carácter social** del proceso de salud implica pensar no solo en sus determinantes sociales, sino ir un paso más allá, es decir, a la construcción misma del **objeto de conocimiento** disciplinar. Rodríguez, M. I. (1994) afirma que existen dos posiciones al considerar los determinantes sociales en los procesos de salud. La primera considera que determinados grupos sociales tienen factores de riesgo específicos, es decir, se piensa **a lo social como externo a los procesos biológicos**, que serían naturales y ahistóricos.

La segunda postura jerarquiza las determinaciones sociales en los procesos de salud al considerarlas imprescindibles para explicar cómo se constituyen estos procesos, ya que asumen formas históricas específicas: implica considerarlos como un **proceso histórico social en sí mismo**. Por ejemplo, podemos pensar en el proceso de **envejecimiento** y cómo distintos aspectos biológicos, ecológicos, comunitarios, históricos y culturales intervienen en el cómo envejecen las personas y las comunidades, es decir, que no se piensa en prescindir de las ciencias biológicas sino partir de una **mirada compleja** que permita que estas se encuentren con las ciencias sociales. Enfermedades como la tuberculosis, el cólera, el chagas o la fiebre tifoidea, conocidas como **“enfermedades de la pobreza”**, se encuentran presentes en poblaciones vulnerables, es decir, tienen un carácter social por excelencia.

Estos grandes paradigmas se reflejan e inciden de forma concreta en el sistema de formación de los y las profesionales de la salud. A nivel macro, podemos pensar en las relaciones de poder entre los colectivos profesionales, y cómo estas concepciones de qué es ciencia, qué es medicina, qué es salud, qué es enfermedad, y cómo es un/a profesional competente de cada disciplina se ponen en juego. Cuánto presupuesto se le asigna a residencias que se vinculan con atención primaria de la salud, la prevención y el trabajo comunitario (como Medicina General o Epidemiología), y cuánto a especialidades de niveles de alta complejidad, permite entrever las prioridades y concepciones del momento. La asignación de cupos por especialidad no siempre responde a las necesidades de cada población, sino que entran en juego distintos actores en una puja de poder, como por ejemplo las corporaciones médicas.

Además, estos paradigmas se traslucen en los micro espacios de formación: cómo y qué se evalúa, el currículum oculto, qué relevancia se le da a la prevención y promoción de la salud, qué rotaciones se consideran como prioritarias (en nivel primario de atención o en niveles de alta complejidad), qué competencias profesionales se valoran, qué relaciones de poder se dan al interior de los equipos profesionales (más verticalistas o más horizontales), cómo circula la palabra en los equipos, qué relaciones de poder se dan entre distintas especialidades, si existe un real trabajo interdisciplinario o se trabaja por medio de derivaciones o interconsultas, entre otros.

FORMACIÓN EN SALUD Y ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PERMANENTE

La influencia de la concepción europea en la organización del sistema de salud en la Argentina se traduce en nuestros modelos arquitectónicos y formas de organización

hospitalaria, es decir, que el trabajo de nuestros/as profesionales y la formación de que fueron pensados para otras realidades. Por ejemplo, Borrell Bentz, M. R. (2005) identifica que en una primera etapa se construyeron hospitales pabellonados tomando un modelo arquitectónico Francés, que buscaba separar y aislar por patologías, como por ejemplo el Hospital Muñiz y el Moyano. En una segunda etapa, se construyeron grandes hospitales en bloques verticales, como el Hospital de Clínicas, pensando la organización en servicios de diagnóstico y servicios centrales como quirófanos que debían articularse por medio de interconsultas.

Las primeras residencias fueron impulsadas en los años 40 y 50 por grandes figuras de la medicina argentina que habían realizado residencias en el exterior y que remarcaban el carácter innovador, riguroso y sistemático de este tipo de formación. Por lo cual, el sistema de residencias no fue producto de una política nacional que tuviera un lineamiento claro en cuanto la formación de los/las profesionales, sino como resultado del afianzamiento de distintas experiencias que se fueron dando por el impulso de estas figuras que promovían las “*bondades*” del modelo.

Taboada, E. (1998), citado por Borrell Bentz, R. M., (2005) identifica algunas debilidades del sistema de residencias de nuestro país, entre las que resaltan:

- Modelo vertical y jerárquico.
- Fuerte carga de trabajo en detrimento de las horas dedicadas a la enseñanza y al estudio.
- Utilización de éstos programas para ampliar la cobertura asistencial a bajo costo.
- Teorías pedagógicas de transmisión y adiestramiento con escasa incorporación de procesos reflexivos y fundamentados en metodologías problematizadoras.
- Modelo de enseñanza centrado en lo curativo y en la perspectiva del ámbito hospitalario.
- Disociación entre lo biológico y lo psicosocial.
- Poco reconocimiento e incorporación de la investigación como medio formativo.
(...)”

Este modelo formativo tiene como base epistemológica el paradigma flexneriano, y tiene un impacto directo en la atención que se le brinda a la población. Un/a especialista que se forma en un contexto de trabajo verticalista y jerarquizado, que en algunos espacios funciona como un sistema “*de castas*” entre roles “*inferiores y superiores*”, con escaso espacio para la reflexión conjunta, para el trabajo interdisciplinario, centrado en la práctica hospitalaria clínica, sin una perspectiva social de promoción y prevención en salud, tiende a reproducir estas relaciones en su trabajo cotidiano con la la población.

Actualmente, los cambios tecnológicos y de los nuevos modelos de administración en lógica de adaptación a las demandas del mercado. El riesgo de esta excesiva especialización es la pérdida del sentido de la integralidad de la salud: especialistas que hablan de “*panzas*”, y “*apéndices*” (como coloquialmente llaman a una mujer embarazada o a una persona que se realizará una apendicectomía), están pensando en ***cuerpos rotos, fragmentados y enfermos***, y no en sujetos de derechos. No es inocente esta jerga tan común en algunas especialidades, que se naturaliza desde los primeros años de formación, sino que manifiesta una perspectiva clara.

El enfoque de Educación Permanente surge en los años 70, difundido por la UNESCO, a partir de considerar al adulto como sujeto de la educación, que tradicionalmente se pensó para niños y niñas, y de proponer el aprendizaje más allá de la escuela. Plantea la educación a lo largo de toda la vida, incorporando las especificidades de los contextos comunitarios y de trabajo. Rovere M. (1994) la define como “*una propuesta educativa realizada en los ámbitos laborales, destinada a reflexionar e intervenir sobre el proceso de trabajo.*” (Rovere M.; 1994, 2). La particularidad intrínseca de la formación de las residencias de salud es que se trata de una formación en contexto de trabajo, por lo cual, es especialmente pertinente esta propuesta.

Siguiendo a Davini, M. C. (s./f.) este enfoque plantea un giro en la concepción de la formación de los profesionales en salud: incorpora el enseñar y aprender en el contexto real de trabajo, considera la práctica como fuente de conocimientos, piensa a los sujetos como actores reflexivos sobre sus propias prácticas y constructores de conocimientos, y amplía el espacio educativo a la comunidad. Esta estrategia implica “*reconocer el potencial educativo de la situación de trabajo (...) como “palanca” de aprendizaje, analizando reflexivamente los problemas de la práctica*” (Davini, M. C. (s./f.), 7). Estos procesos deben estar enmarcados en una ***estrategia de cambio institucional*** que, como plantea Davini, M. C. (s./f.) debe estar direccionada hacia la transformación de las prácticas colectivas.

Un aspecto a destacar, es que los/las formadores/as de residentes (médicos de planta, jefes de residentes, instructores) no tienen necesariamente competencias o experiencia docente. Las estrategias didácticas y de evaluación son reproducidas según la lógica de aprendizaje que tenga cada especialidad, por ejemplo, la supervisión capacitante, y no necesariamente se da lugar a espacios de reflexión sobre la práctica. ***La formación de formadores*** es una herramienta que desde la estrategia de Educación Permanente se puede trabajar para desarrollar la capacidad formativa de cada sede.

Este enfoque presenta muchas potencialidades para problematizar la formación en contexto de trabajo, desde una perspectiva no fragmentada, direccionada hacia la transformación de las prácticas enraizadas en viejos paradigmas. Los viejos modelos educativos de transmisión escolares no son traspolables a estos contextos, por lo cual, la formación de formadores/as se impone como una herramienta valiosa para promover el desarrollo de competencias docentes.

La Residencia en Educación Permanente en Salud (REPS) del GCBA, creada en 2019, se presenta como una oportunidad para la implementación de nuevos enfoques formativos. Originariamente planteada para Licenciados/as en Educación, amplió su convocatoria para la incorporación de profesionales de otras disciplinas, incluyendo Trabajo Social. Esto abre una ventana de posibilidades aún por explorar, que nos permite interrogarnos por las competencias, herramientas y perspectivas que un/a profesional del trabajo social puede llevar a este nuevo espacio para enriquecerlo. Más allá de este ámbito en particular, es un enfoque que puede desarrollarse desde las distintas residencias en donde se encuentran nuestros/as profesionales, como la de Epidemiología, Educación y Promoción en Salud, Salud Mental, Trabajo Social, y la posbásica de Investigación en Salud.

REFLEXIONES FINALES

La tensión entre el paradigma médico hegemónico y las perspectivas críticas sigue más presente que nunca, impregnando los modelos de formación de nuestros/as futuros especialistas. En esta línea, se plantean algunos puntos de reflexión:

*En primer lugar, considero que es esencial seguir **problematizando desde el colectivo profesional argentino** la formación de profesionales en salud desde las particularidades históricas, políticas y económicas de nuestros territorios, poniendo énfasis en el actor social que constituye el corazón del sistema de salud, es decir, **la ciudadanía**.

*La **estrategia de Educación Permanente en Salud** aparece como una herramienta sumamente valiosa que nos permite despegarnos de acciones de cambio fragmentadas, pensando una estrategia global de cambio institucional, planteándonos de forma intencional qué perfiles profesionales queremos formar, con qué competencias y desde qué paradigmas. La REPS se presenta como un nuevo espacio de incumbencia profesional con potencialidades aún por explorar.

*El desafío es poder formar **profesionales reflexivos** que puedan pensar el cuidado de la salud desde la singularidad y desde la integralidad de los sujetos, familias y comunidades. Considero que la **reflexión en acción**, en contexto de trabajo, es una herramienta por excelencia que debe ser apropiada por las sedes formativas. Para que esto sea viable, se debe impulsar la **formación de los formadores** de residentes con competencias docentes.

*Un **enfoque interdisciplinario real** en los contextos de trabajo se plantea como desafío que debe trabajarse desde la formación, tanto desde los niveles de atención primaria como los de alta complejidad. Y considero que esto incluye de forma primordial la **investigación en salud desde equipos interdisciplinarios**, que propicie la reflexión y creación conjunta.

*Por último, quiero proponer que la formación en salud debe impulsar como (2016) *“El poder de la escucha (...) puede proveer más instrumentos para comprender, explicar y hacer, entendiendo a ese otro como sujeto de derechos y de transformación social, y recuperando la noción de relato como constructor de sentido.”* (Carballeda; 2016, 103). La *relación de cuidado* que se establece entre profesionales y usuarios/as es en sí misma parte del proceso de salud: los y las profesionales deben tener como competencia fundamental el poder escuchar y reconocer al otro como sujeto de derechos. Esto es innegociable.



PROBLEMATIZANDO LA FORMACIÓN EN SALUD

BIBLIOGRAFÍA

CARBALLEDA, A. *“La escucha como proceso.”* Año 3. Número 3. 2016. Revista de Política Sociales.

LUCIANI CONDE, L. (2019). *“Análisis decolonial de las ciencias modernas. En Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental.”* Editorial Fedun.

BORRELL BENTZ, M. R. (2005) *“La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa”.* Organización Panamericana de Salud.

DAVINI, M. C. (S./F.): *“Enfoques, Problemas y Perspectivas en la Educación Permanente de los Recursos Humanos de Salud.”*

PASSOS NOGUEIRA, R. (1997) *“Perspectiva de la gestión de calidad total en los servicios de salud.”* Washington: OPS/OMS. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000 No.4; p. 94.

RODRÍGUEZ, M. I. (1994). *“Lo Biológico y lo Social en la Formación del Personal de Salud. El Contexto de la Reflexión”.* Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101, OPS.

ROVERE, M. (2012) *“Atención primaria de la Salud en Debate.”* Revista Saúde Debate. 2018; 42 (1): 315-327. Disponible en: Saúde em Debate Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012.

TABOADA E. (1998) *“Análisis de los modelos instrumentales para la evaluación de las Residencias Médicas.”* Rosario: Instituto Lazarte, mimeo.

VIOLENCIA DE GÉNERO Y MALTRATO INFANTO-JUVENIL: ÉTICAS EN JUEGO EN EL CAMPO DE LA SALUD.

**Hermida, Micaela y Sotto, Manuela,*

RESUMEN

Este escrito presenta hallazgos derivados de un estudio sobre la intersección entre violencia de género y maltrato infanto-juvenil en un hospital pediátrico, llevado a cabo durante la primera mitad de 2024. El estudio se basa en una combinación de tres enfoques metodológicos: una revisión documental del concepto de violencia de género, el análisis de estadísticas y la comparación de datos primarios obtenidos mediante encuestas a profesionales de la salud. Se destacan resultados estadísticos que revelan la prevalencia de estas problemáticas y las dificultades en su categorización. Asimismo, se propone una clasificación de éticas profesionales que describe los distintos enfoques que guían las prácticas de intervención en el campo.

PALABRAS CLAVES

- *Violencia de género*
- *Maltrato infanto-juvenil*
- *Éticas profesionales*



* **Micaela Hermida** - Licenciada en Trabajo Social, UBA. Trabajadora Social en salud, CABA. Formación de posgrado en el abordaje de las violencias por la Facultad de Filosofía y Letras (UBA) y la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Residencia de Trabajo Social en salud, CABA (2021-2024). micaela.hermida.1987@gmail.com

* **Manuela Sotto** - Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires. Trabaja en el Área de Centros Coordinadores del INSSJP PAMI. manusottos@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge de la inquietud profesional de las autoras frente a las experiencias de intervención en situaciones de violencia de género dentro del ámbito de un efector pediátrico, en el marco de la Residencia de Trabajo Social (CABA).

Consideramos que, aunque se han logrado avances en el abordaje de la violencia de género, especialmente en materia legislativa, esta evolución no ha sido igualmente significativa en lo que respecta al reconocimiento del impacto en las niñeces y adolescencias.

El enfoque teórico-político que sustenta los análisis presentados en este trabajo parte de la premisa de que la exposición de niños y adolescentes¹ (NyA) a la violencia de género debe ser entendida como una modalidad específica de maltrato infanto-juvenil con una nosología particular. Dicha concepción es compartida por los profesionales del Servicio Social. Sin embargo, coexisten en el hospital otros posicionamientos frente a la problemática que se tensionan a la hora de definir estrategias de intervención.

Los resultados presentados en este trabajo se centran en explorar las diferentes perspectivas históricas, éticas y políticas que orientan las prácticas de intervención de los profesionales, así como los desafíos que estas perspectivas imponen en términos de unificación de criterios. Se propone una clasificación de éticas profesionales que, sin pretender abarcar todas las realidades, tiene como objetivo visibilizar las diversas respuestas en tensión dentro del campo a partir de las propiedades determinantes que las caracterizan.

DE LO PRIVADO A LO PÚBLICO: UNA REVISIÓN DEL CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Escapa a los objetivos de este trabajo realizar un análisis exhaustivo del concepto de violencia de género y el rol que fueron ocupando los NyA. No obstante, resulta necesario recuperar ciertas visiones predominantes a lo largo de la historia con el fin de identificar elementos de ruptura y continuidad presentes en las tramas discursivas que fundamentan las prácticas profesionales en la actualidad.

En este recorrido se observa que, hasta la década de 1970, la problemática de la violencia de género se interpreta principalmente como un conflicto privado entre parejas adultas, abordado de manera individual. En consecuencia, no se contemplaba la intervención estatal, ni se registraba la exposición de las niñeces y adolescencias a estas situaciones de violencia. Fue a finales de esa década, con los desarrollos del feminismo radical (segunda ola del feminismo) que se comenzó a sistematizar, analizar y conceptualizar lo que anteriormente se consideraban casos aislados. Este enfoque visibiliza las raíces estructurales de la violencia de género, evidenciando el sistema patriarcal y las jerarquías de género que lo sustentan, superando la visión reduccionista de *“violencia contra la mujer”*.

El documento titulado "*La mujer maltratada y la violencia en la familia*", elaborado por la Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1985), constituye una de las primeras propuestas dirigidas a abordar esta problemática. Aunque se identifican los efectos de la violencia en el contexto familiar, les NyA son hasta ese momento considerados como víctimas secundarias o "*testigos de violencia*". La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) introduce el reconocimiento de derechos fundamentales y establece que los Estados Partes deben adoptar medidas para proteger a les NyA de cualquier forma de violencia, abuso y negligencia (art. 19). A pesar de estos avances, persiste la falta de consenso internacional sobre la definición de estas problemáticas, lo que dificulta la aplicación efectiva de normas y la formulación de políticas adecuadas. Por ello, no es sino hasta la siguiente década que se implementan políticas locales específicas.

Durante la década de 1990, se destacan diversos documentos internacionales que reconocen los derechos de las mujeres y la violencia contra la mujer como una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales. Entre estos se destacan la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en Viena (1993) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (CEDAW) (1994). En Argentina, se promulgan la Ley de Protección contra la Violencia Familiar (1994) y la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (1998) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que posteriormente se equiparan a nivel nacional con la Ley N° 26.061 (2005) y la Ley N° 26.485 (2009).

La Ley Nacional N° 26.485 define la violencia de género como "*toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, se basa en una relación desigual de poder y afecta diversos aspectos de la vida personal*" (art. 4). Adherimos a esta definición, en tanto, abarca integralmente las múltiples dimensiones y contextos de ocurrencia de la problemática. Sin embargo, coincidimos con Nieves Rico (1996:23) en que la clasificación de la violencia doméstica en categorías como física, psicológica y sexual, aunque descriptiva, presenta problemas conceptuales que dificultan el manejo de información empírica y crean fronteras artificiales. Esta fragmentación afecta negativamente la asistencia y el diseño de políticas integrales.

CATEGORIZACIÓN DE LA VIOLENCIA: TENDENCIAS Y DIFICULTADES EN LA INTERVENCIÓN.

De acuerdo con los datos del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Oficina de Violencia Doméstica y el Observatorio de Femicidios, la intervención con este grupo por motivos de violencia ha mostrado una tendencia creciente desde 2018, siendo la violencia en el ámbito doméstico la más prevalente. En el 80% de los casos, los agresores mantienen un vínculo filial con las víctimas. En este contexto, en 2023 se registraron 191 NyA afectadas por el femicidio de sus madres o cuidadoras.

Esta situación se corresponde con un aumento en la demanda de intervención de situaciones de violencia de género en los efectores de salud pediátricos, así como una dificultad para unificar criterios de categorización en las historias clínicas digitales.

Para abordar este fenómeno se recabaron datos en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS)² correspondientes al efector durante 2023. Se registraron 255 evoluciones realizadas por profesionales de diversos servicios, todas relacionadas con la atención de situaciones de violencia³. El análisis de estos datos revela una multiplicidad de etiquetas y problemas utilizados para su categorización. De este análisis se identifican dos grupos principales, diferenciados según el sujeto de referencia considerado fuente de victimización. El primer grupo incluye las categorías de violencia de género, violencia familiar y doméstica (71,3%), mientras que el segundo grupo abarca las categorías de maltrato infanto-juvenil (MIJ) y abuso sexual infanto-juvenil (ASIJ). Considerando que, como se planteó al inicio de este escrito, las problemáticas del primer grupo se comprenden como modalidades particulares de maltrato infanto-juvenil, es posible determinar que la problemática se encuentra significativamente subrepresentada. Esto se debe a que se continúa percibiendo a la violencia de género como una problemática diferente, “esta perspectiva tiende a sostener prejuicios que ubican a las situaciones de violencia de género en el ámbito de lo privado y el universo adulto, reduciendo la problemática a una cuestión personal y vincular, considerando a les niñas como víctimas secundarias” (Hermida y Spinelli, 2023: 45). Esta representación restringe considerablemente las posibilidades de intervención, fundamentalmente cuando se piensa en el marco de un efector pediátrico y las incumbencias profesionales asociadas a esa delimitación.

De manera similar, dentro de la categoría MIJ y ASIJ, se clasifica como un problema distinto, lo que da lugar a una jerarquización de las formas de violencia. En este esquema, ciertas modalidades reciben una mayor preeminencia en comparación con otras, lo que puede conducir a la minimización o invisibilización de otras formas de violencia que afectan a les NyA.

Con respecto a las características de les usuaries, no se registran diferencias significativas en relación con el género y la edad. Aunque se observa que la violencia contra los varones tiende a comenzar a una edad más temprana, mientras que en las mujeres suele coincidir con el comienzo de la preadolescencia y adolescencia.

ÉTICAS EN JUEGO: ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA A PROFESIONALES.

Para analizar la percepción de les profesionales sobre las características de las problemáticas de violencia en el efector y las modalidades de intervención implementadas, se distribuyó una encuesta digital anónima durante un mes. La encuesta, realizada a treinta profesionales, constaba de dieciocho preguntas: diecisiete de opción múltiple y una abierta. En cuanto a las características sociodemográficas, el 93,3% se identifica como mujeres y el 73,3% tiene entre 25 y 40 años. Las disciplinas predominantes fueron medicina (43,3%) y trabajo social (33,3%). Más de la mitad de les participantes (56,7%) trabaja en el hospital desde hace menos de seis años, y el 77,8% estaba cursando la residencia.

Respecto a las características de la problemática, el 96,7% de les encuestades informó haber abordado situaciones de violencia de género durante su labor en el hospital pediátrico. De estos casos, identificaban que en el 50% presentaba denuncias previas y el 70% había recibido alguna intervención por parte de organismos de protección de derechos. No

obstante, en el momento de la intervención, la situación de violencia persistía. Estos elementos sugieren una alta frecuencia de relatos de situaciones de violencia de género, incluso en casos crónicos, a partir de la sintomatología observada en les NyA.

En cuanto a las estrategias de intervención, se presentó una viñeta que describía una situación en la que una madre, en contexto de violencia de género y con una denuncia vigente, informaba durante la consulta que su hijo continuaba en contacto con el padre agresor. El 90% de los profesionales indicó haber intervenido en situaciones similares. Ante esta situación, se propusieron una serie de intervenciones posibles que debían seleccionar. Las respuestas más destacadas fueron: informaría al organismo de protección correspondiente (60%) y; asesoraría a la madre para extender la denuncia y prohibir el contacto con el niño (23,3%). Sin embargo, al considerar la necesidad de entrevistar al agresor, en el marco de esta situación, se observaron ciertas disonancias las fundamentaciones de esa decisión y las intervenciones seleccionadas.

El análisis de las respuestas reveló tres líneas de justificación que reflejan distintas posiciones teóricas, éticas y políticas con las siguientes características:

1. Ética positivista: Quienes respondieron que sí entrevistarían al padre-agresor (26,7%), fundamentan su posición en una ética profesional basada en una perspectiva positivista y familiarista. Según esta visión, las evaluaciones deben reconstruir “*objetivamente*” los hechos, asegurando que todas las voces sean escuchadas por igual y priorizando la preservación de los vínculos familiares. La concepción subyacente en estos discursos se relaciona con la idea de los profesionales como agentes éticamente neutros, que observan y describen las relaciones entre hechos sociales, explicando su funcionamiento desde una posición de “*saber*”. Además, se observa una representación tradicional de la familia en la que, tal como refieren Esquivel, Faur y Jelin (2012), se consideran los vínculos familiares como generadores de relaciones de cuidado de calidad, fundamentadas en la afectividad y un fuerte sentido de responsabilidad.

2. Ética del cuidado: Quienes respondieron que no entrevistarían al padre-agresor (30%) también se fundamentan en una ética profesional pero, a diferencia de las anteriores, está orientada por un conjunto de valores y deberes deontológicos centrados en los derechos humanos. La ética del cuidado, tal como la definiría Gilligan (1982), conceptualiza el mundo como una red de relaciones interdependientes enfatizando una fuerte responsabilidad colectiva y un enfoque feminista, en contraste con enfoques éticos que priorizan la justicia y los principios abstractos. Desde esta perspectiva, se da prioridad a las experiencias de las víctimas por encima de los lazos familiares, y se considera a la institución como un espacio de cuidado y protección, en concordancia con el principio de corresponsabilidad establecido en la Ley Nacional N° 26.061.

3. Ética mediada: Entre los participantes que respondieron “*depende*” (43,3%), se identifican dos subgrupos: En primer lugar, se destaca a la justicia como el único

legitimador válido del relato de la mujer vinculado a la existencia de denuncias y/o medidas de restricción, las cuales actúan como ejes estructuradores de sus intervenciones. En segundo lugar, se observa una jerarquización de la violencia física y sexual, en detrimento de otras formas de violencia, donde se considera la posibilidad de "*trabajar*" con el agresor. En esta línea, ciertas formas de violencia se comprenden como conductas individuales susceptibles de ser "reformadas" aún en el marco de un hospital pediátrico. Este enfoque no reconoce las características sistémicas de la violencia de género y cuestiona las experiencias de las víctimas. En tanto, exigen la validación de terceros, como organismos judiciales, o adoptan un rol de autoridad al ofrecer "*soluciones profesionales*" que invalidan el sufrimiento de quienes padecen la violencia.

A partir de lo analizado, se identifica que ciertos enfoques sostienen una subjetividad heroica (De la Aldea, 2014) que intenta responder a todo, superando los objetivos institucionales y profesionales mediante una autoridad incuestionable. Estas posiciones obturan toda posibilidad de reflexión y trabajo en equipo, elementos determinantes en el abordaje de problemáticas complejas como las violencias, pudiendo generar como consecuencia intervenciones revictimizantes que faciliten la cronificación de la violencia.

Reflexiones finales

De acuerdo con lo desarrollado a lo largo del trabajo se evidencia un aumento en la demanda de intervención con NyA expuestos a violencia de género que se corresponde con los datos estadísticos relevados a nivel nacional. Asimismo, se identifica cómo diversos aspectos asociados a las distintas concepciones históricas mencionadas se entrelazan y coexisten en la práctica cotidiana. Como consecuencia, se observaron dificultades para establecer criterios de categorización uniformes en las historias clínicas digitales, impactando en el diagnóstico y abordaje adecuado de la problemática. Se destaca, sin embargo, una tendencia predominante a ubicar a les NyA en un rol secundario en el contexto de la violencia de género. Esta perspectiva genera una jerarquización en las formas de violencia y contribuye a mantener una representación deficitaria de la problemática de maltrato infanto-juvenil.

Del mismo modo, se reconoce la influencia de estas perspectivas en las estrategias de intervención, las cuales están basadas en diversas éticas profesionales que responden a matrices teórico-políticas divergentes. Los modelos éticos planteados no representan una posición absoluta, sino que existen diversos niveles de apropiación entre les profesionales, los cuales pueden variar en función de la implicación con la situación abordada, la receptividad y flexibilidad para el trabajo interdisciplinario, entre otras.

El análisis de las tensiones y distancias entre estas posturas diversas contribuye a comprender las relaciones de disputa que emergen entre los modelos a través de las prácticas y representaciones de les profesionales. Consideramos que adoptar prácticas guiadas por los valores de la ética del cuidado es fundamental para garantizar los derechos de les niñas.



NOTAS

1. En lo sucesivo NyA.
2. El SIGEHOS es el sistema de gestión centralizado del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que permite la creación de historias de salud integral. Los profesionales de la salud debemos registrar las intervenciones realizadas asignando un problema que describa las estrategias de intervención. Estas acciones se denominan evolución. Cada evolución puede incluir múltiples etiquetas.
3. Se registraron evoluciones de diversas disciplinas, tanto médicas como no médicas, en consultorios externos y en el servicio de guardia.

BIBLIOGRAFÍA

DE LA ALDEA, E (2014) *La Subjetividad heroica. Talleres: Cuidar al que cuida*. Cuaderno N° 1, Año 1. Grupo Red-Salud Mental. Centro de Formación en Psicología Social. Editorial Los talleres, Buenos Aires.

ESQUIVEL, V; FAUR, E; JELIN, E (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES, UNFPA, Unicef, Argentina.

GILLIGAN, C (2013) *La ética del cuidado*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas N° 30 (2013). Fundació Víctor Grifols i Lucas. Disponible en:
https://www.revistaseden.org/boletin/files/6964_etica_del_cuidado_2013.pdf.
Fecha de consulta 12/09/2024.

HERMIDA, M; SPINELLI, L (2023). Una aproximación al concepto de violencia vicaria desde un efector pediátrico de salud: resistencias e implicancias en el abordaje de la violencia de género como forma de maltrato infantil. En: CON-TEXTOS. Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA, Año 4, N° 7, pp. 42-47.

RICO, N (1996) VIOLENCIA DE GÉNERO: un problema de derechos humanos. Serie Mujer y Desarrollo, CEPAL, Naciones Unidas. Disponible en:
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ad499997-25ec-4e34-9d48-60b60f5f4180/content>.
Fecha de consulta 10/09/2024.

PÁGINAS CONSULTADAS

OFICINA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN: <https://www.ovd.gov.ar/ovd/estadisticas>.
Fecha de consulta 10/09/2024.

CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:
<https://buenosaires.gob.ar/cdnnya/informacion-estadistica-del-consejo/anuarios-estadisticos-del-cdnnya>.
Fecha de consulta 10/09/2024.

OBSERVATORIO DE FEMICIDIOS DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO:
<https://www.dpn.gob.ar/observatorio-femicidios.php>.
Fecha de consulta 10/09/2024.

LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL ENTRE EL DESEO Y LA INSTITUCIÓN. REFLEXIONES A PARTIR DE LA SITUACIÓN DE UNA USUARIA INTERNADA EN UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL

**Moreno, Ailén*

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo repensar y problematizar la formación de los y las profesionales del sistema de residencias de salud del GCBA. Para ello, se expondrán en el primer apartado algunos paradigmas que tensionan las concepciones de salud existentes en América Latina, que impactan en cómo se piensa la formación de nuestros/as profesionales. En el segundo apartado se presentarán algunas críticas al modelo de residencias actual, y las potencialidades que nos brinda la estrategia de Educación Permanente en Salud. En el último apartado, se propondrán algunos puntos de reflexión para seguir debatiendo desde el colectivo profesional.

PALABRAS CLAVES

- Educación permanente en salud
- Sistema de residencias
- Formación en salud

*** Ailén Moreno** - Lic. en Trabajo Social (UNLP). Residente de 3er año del HIGA Presidente Perón, Avellaneda. Diplomada en Abordaje integral de las violencias familiares y por razones de género (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y UNPAZ).

INTRODUCCIÓN

El presente artículo se inscribe en el relato de una experiencia en el marco de la rotación por la sala *“Residencia para la Externación”* del Hospital Interzonal José A. Esteves. En primer lugar, se plantea la situación de una usuaria de la sala y la intervención realizada. En segundo lugar, se desarrolla en torno al escenario en que transcurre su vida cotidiana y se plantean los interrogantes que se desprendieron del mismo. Luego, se delinean aportes teóricos que, desde una perspectiva histórico-crítica y feminista del Trabajo Social, buscan responder a dichos interrogantes. Finalmente, se esbozan algunas reflexiones desde la práctica y el contexto institucional y sociopolítico.

RESEÑA DE LA SITUACIÓN

Al comenzar mi rotación, me incorporo al equipo interdisciplinario de residentes del dispositivo *“Residencia para la Externación”*, compuesto por psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales, que acompaña a la usuaria P. El dispositivo está destinado a mujeres que, luego de internaciones prolongadas, se encuentran en condiciones de externación, pero con dificultades para concretarse debido a problemáticas sociales y al impacto de las condiciones de la internación y las lógicas de funcionamiento manicomiales.

P. es una mujer de 36 años que, según su historia clínica, tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Actualmente, atraviesa su segunda internación en el hospital desde el año 2018, y se incorporó al dispositivo en 2023, al obtener la internación voluntaria. P. es acompañada por un equipo del Programa de Externación Asistida (PREA) y se desempeña laboralmente en el taller textil del hospital. Sobre su red socio-vincular, tiene tres hijas (con quienes no mantiene vínculo), y un hermano con quien refiere tener un vínculo conflictivo. Al conocerla, realizaba salidas a hacer compras, trámites, etcétera.

En una entrevista, P. comenta que deseaba visitar a un amigo de su adolescencia, en la zona Oeste del Conurbano (de donde ella es oriunda), con quien ya había compartido en otras oportunidades. Se planifica una salida durante el fin de semana, a pedido de la usuaria, para la cual saldría el domingo, visitaría a su amigo y regresaría a las 20hs, horario de regreso establecido por la institución.

Al llegar a la sala el día lunes, el equipo de residentes toma conocimiento de que P. no había regresado de su salida y había enviado un mensaje al equipo de Enfermería refiriendo haberse demorado para tomar el tren y que regresaría al hospital en la mañana siguiente. Nos comunicarnos telefónicamente con ella, quien sostiene que se encuentra bien y en camino al hospital.

Al llegar, P. se acerca al equipo de residentes y se mantiene entrevista. Pide disculpas por ausentarse del hospital y sostiene que, aunque se demoró, avisó que no llegaría esa noche y regresaría el lunes. Sobre la medicación, expresa que la tomó de manera desorganizada y se le indica que luego concurra a enfermería por este motivo. Respecto a la salida, refiere haberse divertido: *“me siento bien, me siento feliz”* (sic). Se le pregunta si es su deseo, en otra oportunidad, poder pasar la noche en la casa de su amigo, respondiendo

afirmativamente. Frente a esto, se conversa sobre la importancia de darle un encuadre a sus salidas: poder planificar el momento del regreso al hospital, llevarse la medicación necesaria, la importancia que tiene para el equipo saber que se encuentra bien, y se trabajan las pautas de cuidado pertinentes. P. expresa agradecimiento por la propuesta y ofrece pasarnos el número de teléfono de su amigo, G., para que podamos conocerlo.

A partir de este acuerdo, el equipo mantiene entrevista con G., quien refiere mantener un vínculo con la usuaria y poder acompañarla desde lo afectivo en su proceso de externación. Desde ese momento, se programan con P. estas salidas los fines de semana y, durante el acompañamiento, en varias ocasiones se conversa con ella sobre pautas de cuidado y salud sexual.

APORTES TEÓRICOS Y DESARROLLO

En primer lugar, sobre el hospital psiquiátrico, Goffman (2001) señala que se trata de una institución total: un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de personas en la misma situación y aisladas de la sociedad por un período de tiempo apreciable, comparten una rutina diaria en su encierro, que es administrada formalmente. Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única, y esto sucede en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se trata del mismo modo y de quienes se espera que hagan juntas las mismas tareas.

Actualmente, como promueve la Ley Nacional de Salud Mental, la internación es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. La misma debe ser lo más breve posible, según los criterios terapéuticos interdisciplinarios, y en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda. Además, deben adaptarse los hospitales de internación monovalente a los objetivos de la ley, hasta su sustitución por dispositivos alternativos.

En esa línea es que, en el Hospital Esteves, se crea el dispositivo *“Residencia para la Externación”*, donde se encuentran internadas usuarias en situación de externación, con una historia de internaciones recurrentes y/o prolongadas, que no cuentan con los medios materiales y una red socioafectiva que pueda alojarlas y acompañar su proceso de externación y vida cotidiana.

Al acompañar el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC) de las usuarias en este dispositivo, se observan las consecuencias de los años de encierro: están acostumbradas a ser ubicadas en una posición pasiva, con escasa autonomía para llevar adelante las tareas de la vida cotidiana. Los años de encierro producen un aplastamiento del deseo, generando resultados mortificantes en su subjetividad (Zumarraga, 2020).

Se observa que las lógicas mencionadas, ligadas a un paradigma tutelar, continúan instaladas en estos espacios. En el dispositivo mencionado, se busca que las usuarias puedan sostener las tareas de la vida cotidiana como cocinar, limpiar, higienizarse, realizar

compras y trámites. Se observa que existe un régimen de exigencias que, de no cumplirse, se pierden ciertos accesos que repercuten en restricciones a su autonomía (por ejemplo, se niegan ciertas salidas).

Esto se suma al desfinanciamiento de la salud pública y de las políticas públicas de salud mental, que se ha profundizado en los últimos años, con mayor contundencia desde diciembre del 2023. Lo que se evidencian en: falta de profesionales para acompañar a las usuarias, condiciones habitacionales indignas, hacinamiento, y en la falta de recursos para concretar las externaciones. A esto, se agrega la continuidad de prácticas manicomiales, repercutiendo en la restricción de la autonomía que se propone promover desde este dispositivo.

Luego de una breve caracterización del escenario donde transcurre la vida cotidiana de P. y nuestro acompañamiento, surgen algunos interrogantes: ¿Qué tipo de autonomía apostamos a fortalecer en nuestra intervención junto a la usuaria? ¿Qué puede aportar el Trabajo Social para acompañar a P. dentro del equipo interdisciplinario?

Una primera cuestión a señalar, se vincula al ejercicio de la práctica profesional desde un posicionamiento ético-político claro. Para ello, resulta fundamental, según Pantanali (2015), comprender el carácter contradictorio de las políticas sociales como base de sustentación funcional-laboral de los trabajadores sociales y de la profesión, como el fundamento para concebir de manera estratégicamente la intervención profesional, a fin de fortalecer los intereses de la clase trabajadora y usuaries de las políticas sociales. Sigue la autora

Además de este carácter contradictorio, [...] el Trabajo Social tiene ciertos márgenes de maniobra y libertad para configurar sus modos de actuación, es decir, una **autonomía profesional relativa**, fundada en nuestra calificación profesional, la reglamentación jurídica de nuestra actividad (Código de Ética y Ley de Ejercicio Profesional), las organizaciones de defensa de los intereses profesionales (Colegios), y de nuestros intereses como trabajadores (sindicatos) (Pantanali, 2015, p.5).

Así, el ejercicio de nuestra autonomía relativa nos habilita la posibilidad de redireccionar nuestra intervención para rumbos sociales diferentes de los esperados a partir de la demanda institucional. Para ello, Pantanali (2015) propone concebir la intervención profesional en términos estratégicos, lo que implica indagar sobre las posibilidades y límites que nos impone la realidad, a partir del análisis de las situaciones concretas, a fin de ampliar los márgenes de autonomía para imprimir a los procesos de intervención la direccionalidad socio-política buscada. Pero los efectos objetivos de la intervención profesional no dependerán sólo de nuestra opción política y voluntad, sino de las relaciones de fuerzas presentes en ese proceso, que condicionarán el control de dicha direccionalidad. En consecuencia, se vuelve necesario desplegar estrategias de intervención que, combinadas con las relaciones de fuerza, intenten alcanzar los objetivos puestos a nuestra intervención. (Pantanali, 2015).

En esta línea, Guerra (2011), sostiene que no hay intervención sin proyecto: *“pensar un proyecto profesional es pensar que tenemos una intencionalidad que sólo puede concretarse en la acción”* (p.18), y éste nos coloca en una dirección política y estratégica para nuestras acciones. La autora resalta la necesidad de construir una profesión que sea reconocida y legitimada socialmente, que asuma sus compromisos en la dirección de la defensa de los derechos sociales, e invierta en el proceso de emancipación de los sujetos, lo que significa ubicarse en pos de los intereses de las clases vulneradas que procuran nuestros servicios (Guerra, 2004).

Considero fundamental incorporar en este posicionamiento el concepto de cuidados. Como postulan Michalewicz et al (2014), si entendemos a la salud ligada al ejercicio de derechos de los sujetos y colectivos, el cuidado aparece como un eje central que orienta la atención, en tanto dimensión humana fundamental, siendo las prácticas en Salud uno de los ámbitos donde puede expresarse tal condición. Se comprende al cuidado como un sistema de actividades destinado a promover y sostener la calidad de vida de las personas, caracterizado por la construcción de un lazo social que posibilite alojar al otro en el acto, reconociéndole como semejante.

En esa línea, Terenzi et al (2016) sostienen que para hacer lugar a nuevos procesos, debemos cuestionar los modos establecidos de producir salud. Plantear el encuentro con el Otro como productor de posibilidades, tomando sus necesidades, deseos, expectativas y saberes como eje central para nuestra intervención, ya que, de lo contrario, estaríamos imponiendo un modelo de cuidado, de salud y de vida que podría constituirse como un acto de violencia.

Entonces, me pregunto: ¿Cuánto sufrimiento generamos en nombre del cuidado? ¿Qué tipo de cuidado queremos construir?

Resulta pertinente, entonces, tomar el concepto de riesgo. Paz y Ramirez (2019), sostienen que todo análisis de riesgo incluye un futuro deseable, por lo que implica un proyecto político en disputa: qué sociedad deseamos y qué salud queremos. Hace falta disputar la noción de riesgo a las prácticas dominantes en salud, que disponen de ciertos cuerpos y subjetividades para evitarles ciertos *“riesgos”* y provocarles *“más salud”* y *“más vida”*. Debemos problematizar el concepto de riesgo desde una perspectiva feminista, para incorporar el deseo y la autonomía como elementos centrales de la salud y como derecho de todos, que implica replantearse la posibilidad de que exista producción de salud en la toma de riesgo.

Considero que el hecho de que P. haya *“autogestionado”* su salida ese fin de semana, implicó un cuestionamiento a los límites institucionales que da cuenta de un ejercicio mayor de su autonomía en comparación a situaciones anteriores. Desde el posicionamiento ético-político mencionado, opino que este acto puede leerse en términos de producción de salud, contemplando lo disruptivo como parte del ejercicio del deseo y la autonomía que buscamos construir y fortalecer.

La manera en que P. se comunicó con el equipo de residentes desde un lugar de confianza, distinto a su vínculo con el resto del equipo, habilitó a encuadrar su demanda y acompañarla a partir de su deseo

Cabe preguntarse si esta situación la puso en riesgo. Pero se devela que su cuestionamiento en acto de los límites institucionales permitió profundizar el vínculo con el equipo de residentes y habilitar nuevas estrategias de intervención a fin de avanzar en el fortalecimiento de su autonomía.

En ese marco, estimo que este hecho posibilitó también la ampliación de nuestra autonomía profesional, permitiendo instalar una modalidad de diálogo e intervención con la usuaria que busca y, también, logra diferenciarse de otras prácticas institucionales y que, al ser percibida y valorada por ella, amplía los posibles de nuestra intervención (Cimarosti, 2023).

REFLEXIONES FINALES

En el marco del trabajo interdisciplinario, muchas veces se observa que queda desdibujado que lo que puede aportar Trabajo Social a estos procesos es una lectura de la situación en clave de posibilidad y potencialidad. Estimo que abona a esto, principalmente, la falta de políticas y recursos para concretar las externaciones. Muchas veces, trabajamos con las usuarias su deseo de externarse pero teniendo conocimiento de las dificultades que imprime el contexto sociopolítico nacional a nuestras intervenciones; esto, sumado a la constante reproducción de lógicas tutelares que contradicen los objetivos del dispositivo.

En ese marco, me pregunto: ¿Qué posibilidades podemos construir en este escenario? Opino que la noción de autonomía relativa se constituye en un eje ordenador y sostén de la práctica profesional que, ligado al posicionamiento ético-político desarrollado, permite transitar los límites que impone la cotidianidad institucional y el contexto sociopolítico. Debemos buscar estrategias colectivas para ampliar los márgenes de nuestra autonomía relativa, también junto a las usuarias, como se evidencia en esta situación.

Considero que esto será posible si sostenemos como eje central de nuestra intervención profesional la búsqueda del ejercicio del deseo, la autonomía y el proyecto de vida de las usuarias, sosteniendo, como posicionamiento ético-político, que la vida del otre vale la pena.





BIBLIOGRAFÍA

- **BASAGLIA, F. (2008).** *La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio.* 1a ed. Buenos Aires: Topía Editorial.
- **BASAGLIA, F. (1970).** *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico.* Barral Editores, S.A. Barcelona.
- **CIMAROSTI, M. Y MALLARDI, M. (2023)** *El cotidiano profesional en Trabajo Social: Elementos para su crítica.* EN: Perspectiva histórico-crítica en trabajo social. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- **GUERRA, Y. (2004)** *Algunas reflexiones sobre el Servicio Social en la contemporaneidad.* Texto del Curso "Proyecto profesional y Metodología de Intervención".
- **GUERRA, Y. (2011)** *La intervención como proyecto ético-político y su vinculación con las reales condiciones de trabajo.* VIII Jornadas de Trabajo Social y I Foro de discusión sobre condiciones laborales de los Trabajadores Sociales. CATPSBA. Bahía Blanca, julio de 2011.
- **GOFFMAN, E. (2001).** *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.*- 1a ed. 3a reimp.- Buenos Aires: Amorrortu.
- **LEY NACIONAL N°26.657 DE DERECHO A LA SALUD MENTAL.**
- **MATUSEVICIUS, J. (2014)** *Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con Movimientos Sociales.* EN: Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- **MICHALEWICZ, A; PIERRI, C; ARDILA-GÓMEZ, S. (2014)** *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización.* Anuario de Investigaciones, vol. XXI. Universidad de Buenos Aires.
- **PAZ, A. Y RAMIREZ, C. (2019)** *Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable.* En: *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización* - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Tinta Limón. 89-100.
- **TERENZI SEIXAS, C.; MERHY, E. E.; STAEVIE BADUY, R.; SLOMP JUNIOR, H. (2016)** *La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil.* Salud Colectiva, vol. 12, núm. 1. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.
- **ZUMARRAGA, F. (2020).** *Análisis de los efectos de la cronificación en usuarios internados en una institución psiquiátrica monovalente. Efectos desubjetivantes del manicomio.* Revista de Psicología, 19(2).

PENSAR EN SALUD MENTAL. MOVIMIENTOS EN TORNO AL LENGUAJE

**Marcovecchio, J. Sabrina*

RESUMEN

El presente escrito propone problematizar las intervenciones interdisciplinarias en salud mental, a partir de pensar los usos del lenguaje y los movimientos que se generan a partir de las palabras. De esta manera introducir coordenadas sociales, psicológicas, ideológicas, políticas, culturales a la producción de salud mental en clave emancipatoria.

PALABRAS CLAVES

- Lenguaje
- Salud mental
- Interdisciplina

*** J. Sabrina Marcovecchio** - Lic. en Trabajo Social (Universidad Nacional de Mar del Plata). Residente en el Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte

PRESENTACIÓN

Vivenciamos un nuevo ataque de las condiciones de producción y reproducción de la clase trabajadora, cuestión que se suma al desempleo, la precarización, flexibilidad, y la caída del salario que sigue siendo azotado por la constante inflación. En este contexto trabajamos en espacios que intentan hablar de salud mental, donde la coyuntura empuja cada vez más a “*remarla*” cotidianamente. Nos encontramos en instituciones estatales que precarizan a la clase que vive del trabajo, con condiciones laborales inestables, contratos flexibles y recursos escasos.

Esta embestida no trae aparejadas únicamente consecuencias económicas, sino también políticas, ecológicas, ideológicas, culturales, sociales y psicológicas. Por eso nuestras intervenciones requieren más que nunca aferrarse a la interdisciplina, y estar atentos a los padecimientos en un entrecruzamiento que permita comprender cada caso desde su particularidad, siempre contextualizando a nivel societal y resonando en la cotidianidad.

Este escrito es producto de mi rotación por el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte como residente de primer año, espacio donde he acompañado intervenciones interdisciplinarias (con psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, enfermería, musicoterapia, trabajo social, entre otras), de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental. Por lo expuesto considero que nuestra herramienta es el cuestionamiento, siendo mi intención, compartir algunos movimientos en relación al lenguaje en salud mental, lo que me ha resonado en mi cotidiano socio-ocupacional.

PRIMER MOVIMIENTO: EL LENGUAJE COMO ENUNCIADO

Este escrito gira en torno al lenguaje como forma de expresión, comunicación, transmisión y enunciado; pero además se centra en la significación, por lo cual siempre que mencione la palabra “*lenguaje*” apelo a exponer un movimiento que se genera a partir de la palabra. No solamente verbal, sino también entrecruzando el pensamiento individual y social, porque a partir de las palabras creemos construir “*acuerdos de enunciación*”. Entonces pregunto, ¿qué tan conscientes somos de nuestro lenguaje?; al momento de enunciar una palabra, ¿sabemos si quien escucha ha comprendido la significación que deseamos transmitir?; ¿cuál es la permanencia que tienen nuestros discursos en las personas?

En salud mental se utilizan gran variedad de palabras que han caracterizado, históricamente, las prácticas profesionales; en la actualidad estas prácticas comienzan a convivir con diferentes formas de enunciar, puesto que las intervenciones se producen interdisciplinariamente. Esta forma de comprender la salud mental nos exige problematizar nuestro lenguaje, y revisar la manera en que enunciamos el padecimiento subjetivo, principalmente porque hemos abandonado el binomio salud/enfermedad, para abrirnos camino a pensar la salud de manera integral en un entrecruzamiento social, psicológico, cultural, económico, histórico y político.

Lo interesante de la interdisciplina son los diferentes aportes que cada profesión realiza, la forma en la que “*hablan*” de una misma situación problemática, en sintonía,

retroalimentándose. Aunque algo que me ha resonado, es la terminología que cada disciplina utiliza; palabras que para cada profesión tienen diferente significación, y en base a ello me pregunto si hay una problematización de nuestra terminología. Desde qué perspectiva hablamos con nuestro lenguaje es fundamental en la intervención, y de esta manera no perder de vista que nuestra enunciación refiere a padecimientos subjetivos de personas.

Giribuela (2019) habla de corrección discursiva, y aclara que no hace referencia a un postulado en el *“que no tiene importancia el acto de nominar, sólo permite alertar cómo, en ocasiones y enmarcado en un pseudo cuidado discursivo filo-místico, se utilizan expresiones que esconden representaciones negativas”* (p. 124). Esto permite no caer en el acomodamiento teórico y el de nuestro lenguaje, sino problematizar y repensar en profundidad para saber si refleja la realidad o si lo que hacemos es *“forzarlo a encajar”*, si nuestro enunciado se refiere a la salud mental comprendida como un proceso o cae en un reduccionismo biologicista que oculta un padecimiento subjetivo. También pensar el movimiento que se genera a partir del lenguaje, comprendiendo los usos sociales de las palabras que utilizamos cotidianamente, por ejemplo cuando determinado término es empleado a modo de insulto, despectivamente.

Cabe preguntarnos si cuando escuchamos a otra disciplina hablar lo hacemos queriendo comprender lo que nos enuncia, o si damos por sentado las palabras que utilizan. Si desde nuestra disciplina enunciamos a partir de nuestro lenguaje específico y esto no es comprendido por otras, esas palabras pierden valor y el aporte es inconcluso. Por tanto, debemos pensar en la significación para generar espacios de disputa que posibiliten construir desde la interdisciplina; y saber desde qué lugar se enuncia esa palabra, qué deseamos expresar, porque el lenguaje es una transmisión que modela subjetividades.

SEGUNDO MOVIMIENTO: EL LENGUAJE PROBLEMATIZADO

La forma en que enunciamos impacta en el cotidiano, no sólo social e institucional, sino también en el de las personas con las que trabajamos y desplegamos nuestras intervenciones. Según Giribuela (2019), *“el lenguaje conlleva una dimensión configuradora de realidad: no refleja la sociedad sino que la constituye”* (2019, p. 108) Por lo cual, para producir un movimiento, es necesario pensar en nuestras palabras: si llenan vacíos, si enuncian lo que queremos decir, si están conectadas a la actualidad de la salud mental o si ya deberían quedar en el olvido para que se construyan nuevos enunciados que trascienda el pasado.

Comprendo los discursos como performadores de subjetividad, porque ésta se configura a través de la comunicación, siendo que al momento de enunciar se pueden plasmar afecciones en las personas. En relación a esto, voy a utilizar la categoría *“movimiento epigenético”* de Samaja (2004) como *“constitutivo (y creativo) “desde abajo hacia arriba”, se convierte en regulatorio, de “arriba hacia abajo”* (p.119). Ubicando a los sujetos en el campo semiótico de la salud mental modela a quienes trabajamos en este espacio, pero además a los usuarios; e indefectiblemente a la sociedad.

Siguiendo a Samaja (2004) se puede problematizar la procedencia de las palabras, puesto que se originan desde el relato, la vivencia; así, el lenguaje necesita a los sujetos, pero también tiene una fase performativa de los mismos. Los enunciados hablan de las personas en base a sus relatos, pero esas palabras ¿las contienen o las lesionan?; es en este sentido que el autor ubica al sujeto en el plano regulante y regulado.

La función auto-asignada de nuestro lenguaje en salud mental es en gran parte enunciar padecimientos subjetivos, comprender las coordenadas que presenta una persona para elaborar posibles estrategias interventivas tendientes a producir un acompañamiento. Este sistema simbólico que construimos es reconocido y legitimado por nuestra impronta profesional, siendo aceptado como natural y sin posibilidad de refutación. Se producen discursos cargados de poder que circulan entre pasillos, y muchas veces no somos conscientes de que estamos dentro del orden político-social que disciplina cuerpos.

Continuando, los pensamientos de Agamben (2017) pueden tener coordenadas que permitan un movimiento significativo. Este autor menciona que *“cuando la soberanía produce un cuerpo, es decir, cuando crea un sujeto de derechos, busca que la realidad corpórea sea reducida a pura zoe, puesto que un cuerpo sin determinación aguanta toda la disposición de la ley”* (p. 6) Nuestros enunciados, como profesionales de la salud mental, pueden tender a ser legitimados para que las intervenciones puedan modelar cuerpos mediante procesos que son productores de desubjetivación.

Siguiendo con Agamben¹ (2017), resulta interesante pensar *“zoe”* en término de aquellas palabras que no fueron escuchadas, o que fueron ignoradas al enunciar padecimientos subjetivos descontextualizados, deshistorizados. Esto, principalmente, tiene relación con aquello que valoramos en nuestras escuchas. Este autor expone la forma en la cual la vida es concebida como objeto, y demuestra la manera en la que se politiza la realidad corpórea con finalidades segregatorias, lo cual no puede desconocerse a fin de romper con la impunidad en relación a nuestros discursos. El desafío que se nos interpone es llegar a revertir aquello que se presenta como estructural y estático, y utilizar el poder del cual nos revisten nuestras disciplinas en formas interventivas más centradas en los sujetos con quienes trabajamos.

Otra perspectiva que nos puede acompañar en repensar estas cuestiones la ofrece la teoría queer, como posibilidad de transformar nuestros pensamientos respecto al lenguaje. Así, se puede problematizar en base a los atravesamientos del sistema capitalista, patriarcal y cissexista. Cuestionar el lenguaje, *“supuestamente neutral”*, que esconde fuertes connotaciones morales impuestas desde *“lo científico”*. Pensar los regímenes de verdad como aparatos de verificación contruidos históricamente, y producir otras posibilidades de enunciación capaces de valorar los decires en los padecimientos subjetivos. Poner en tensión esos discursos y sus representaciones para comprender que, en ocasiones, giran en torno a prácticas modeladoras de cuerpos dentro de dicotomías. Este aporte de los movimientos queer ha llegado a demostrar la existencia de una pluralidad de subjetividades para *“modificar nuestras posiciones de enunciación”* (Preciado, 2022, p. 24)

CUARTO MOVIMIENTO: EL LENGUAJE QUE NO ENUNCIA

Discutir el significado y alcance de nuestro lenguaje es una deuda histórica hacia nuestras profesiones, pero también a las personas con las que intervenimos. Esto permea nuestras relaciones sociales, pero principalmente es una forma de hacer política en salud mental. Entonces, ¿a la hora de enunciar marcamos identidades/subjetividades?, con nuestro lenguaje ¿continuamos legitimando prácticas manicomiales?

Considero que las palabras también encierran, pueden llegar a encasillar a una persona entre terminologías que se utilizaban años atrás, sin posibilidad de repensarlas, cuestionarlas o transformarlas. Por tanto, parte de nuestra labor profesional es crear nuevos enunciados, ¿acaso no hace tanto se llamaba a una persona con padecimiento subjetivo “imbécil”?

Hay diferentes formas de expulsión, que no necesariamente son el encierro, y entre ellas el silenciamiento puede ser una de las más cotidianas en nuestra labor. Para ejemplificar este movimiento, considero que el categorizar en un enunciado, que opera como diagnóstico, a personas que han atravesado situaciones de violencia por razones de género, cuyas historias fueron arrasadas por golpes e insultos, con vidas marcadas por la indiferencia, debería ser problematizado. Eso para mí es el TLP (trastorno límite de personalidad o borderline) hasta donde he podido llegar a pensarlo y escucharlo. Durante mis rotaciones he tenido contacto con varias mujeres que ingresaron al hospital cuyo diagnóstico asignado era TLP. Mujeres que han sido deshistorizadas y encerradas en un enunciado que simboliza el corrimiento profesional de la subjetividad que se debería leer a partir de la escucha.

He presenciado varios relatos de estas mujeres, con las cuales se producían entrevistas interdisciplinarias, y a quienes se le asignaba el diagnóstico de TLP, ya sea dentro de la institución o en anteriores intervenciones en salud mental. He escuchado a mujeres que han sido golpeadas por parejas, insultadas (algunas de ellas manifestaron que la procedencia de esos insultos era su diagnóstico, quienes compartían que les han dicho “*enferma mental*” o “*loca*”); muchas han comentado haber sido víctimas de abuso sexual (algunas por parte de familiares), algunas han tenido hijos producto de violaciones. También, al indagar, han surgido relatos de niñas atravesadas por violencia, mayoritariamente, por parte de sus padres; algunas lidiaban con el cuidado de ese agresor, puesto que estaban en edad avanzada y no contaban con otra red. Todas estas mujeres narraban situaciones de violencia por razones de género, y muchas de ellas desde su niñez.

Nuestro enunciado para estas mujeres es TLP, con ello les decimos que tienen un trastorno, una enfermedad mental; que está encerrada en su personalidad, que es su marca individual, constitutiva de su persona, y lo distintivo de su personalidad es que está trastornada, hasta llevarla al límite. Eso es lo que nosotres enunciamos para las mujeres, es el poder que le damos a nuestro lenguaje, a esas palabras que le decimos a una persona, y es lo que considero que deberíamos transformar.

Siguiendo a Samaja (2004), cuando a una persona le decimos que tiene un TLP, ¿la lesionamos?, no lo sé. Pero si enunciamos un mecanismo simbólico que la interpela y modela su subjetividad. Se produce una des-subjetivación, retomando a Agamben (2017), puesto que *“algo”* le es negado, y en el caso particular de TLP, les negamos a esas mujeres su historia cargada de situaciones de violencia por razones de género. Además, hay una vida nuda que es calificada como vida sin logos (sin lenguaje y razón), una vida de exclusión sin considerar el valor político que tiene enunciar un derecho que fue vulnerado. Ahora bien, desde la teoría queer me animo a afirmar que a estas mujeres les estamos imponiendo un juicio moral que reviste sus formas de expresar sus atravesamientos. En esa subjetividad padeciente hay que tener cuidado de la permanencia que pueden tener nuestras palabras.

Foucault (2023) afirma que *“es posible que, de un siglo a otro, no se designen con el mismo nombre las mismas enfermedades; pero es que, fundamentalmente, no se trata de la misma enfermedad”* (p. 333, cursiva del autor), aunque hoy utilizamos términos que fueron acuñados en los siglos XVIII, XIX para hablar de padecimientos subjetivos.

A fin de realizar una breve historización del TLP como discurso que circula en la actualidad de los padecimientos subjetivos, quisiera exponer que el término fue acuñado en 1884 por Hughes, quien hizo uso de la palabra “borderline” para definir lo que se conoce como trastorno límite. Hasta el día de hoy diversos autores, masculinos, han escrito al respecto, los más renombrados son del 1900. En la actualidad existe gran controversia respecto a esta noción, por *“sus solapamientos con otras formas clínicas, las imprecisiones de su contorno sintomatológico y las de sus hipótesis causales y abordajes terapéuticos”* (Vortex 2001, p. 272). Lease que dentro de este debate, en ningún momento se refiere a la subjetividad de esas personas que padecen.

Por lo cual, deberíamos reformular las formas en las que enunciamos, teniendo en consideración la movilidad existente entre la emergencia de esa categoría y el hoy, en este contexto, en esta sociedad. Si continuamos permitiendo que nuestro lenguaje caiga en enunciar desde palabras antiguas, desde la concepción de individuos aislados, abstrayéndoles de su historia y sus conexiones sociales, caemos en un error categorizante que dejará profundas huellas en nuestras intervenciones con esas personas.

CONCLUSIÓN

Durante este escrito no fue mi intención hacer referencia a la posibilidad de *“descubrir un diagnóstico o una situación clínica”*, sino que hago hincapié en poder entrecruzar y reconocer en el relato a la salud mental *“como proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos”* (Ley 26.657); puestos en tensión, entre la persona que tenemos enfrente, nuestras disciplinas en diálogo, la realidad institucional y la coyuntura social.

Este recurso de pensar viene a poner presión en nuestro aprendizaje académico para que choque con la realidad. El cotidiano laboral requiere prácticas profesionales

contextualizadas y planificadas desde los sujetos, es nuestro deber movernos de la rigidez académica y adentrarnos en esta realidad. No me refiero a que nuestra formación no sirve, sino que si la misma no trasciende la academia, queda obsoleta y corre riesgo de caer en desuso; o contrariamente, ser el único discurso que se impone, sin posibilidad de cuestionamiento. Encontrar ese punto entre la teoría y la práctica nos demanda pensar, problematizar y movernos a lugares que a veces generan incomodidad o inseguridad.

Adueñarse de la realidad es un proceso complejo, pero nos necesita con atención, emocionales y profesionales. Principalmente porque las épocas cambian, y también cada persona con la que intervenimos es diferente, por lo cual nuestro trabajo debe estar dirigido por esta impronta. Así, nuestro conocimiento nos posibilitará situarnos en el ámbito de luchas, desplegando estrategias acordes a los usuarios con quienes trabajamos.



PENSAR EN SALUD MENTAL

NOTAS

1. Agamben utiliza el término "zoe" para referirse a la vida como expresión corporal, el simple hecho de vivir. "Zoe se refiere a una vida natural e informe, que es contingente y caótica, identifica a la vida productiva y alimentaria (Baeza Perez, 2017, p. 6)

BIBLIOGRAFÍA

- **BASAGLIA, F. (2008).** *La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio.* 1a ed. Buenos Aires: Topía Editorial.
- BAEZA PEREZ, J. (2017)** *Agamben: el abandono como paradigma de la política.* Disponible en: <https://reflexionesmarginales.com/blog/2017/05/31/agamben-el-abandono-como-paradigma-de-la-politica/>
- FOUCAULT, M. (2023)** *Historia de la locura en la época clásica.* Fondo de cultura económica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- GIRIBUELA, W. (2019)** *Las identidades conformadas a partir de orientaciones sexo-genéricas disidentes.* En Rivero, L (comp.) Trabajo Social y feminismo. Perspectivas y estrategias en debate. Colección Debates. Buenos Aires
- PRECIADO, P. (2022)** *Manifiesto contra sexual.* Ópera Prima. Madrid
- SAMAJA, J. (2004)** *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina.* Lugar. Buenos Aires
- VERTEX REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA. (2001)** *Personalidad límite (XV, 58).* Buenos Aires
- LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL 26.657 (2010)**

SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE LA COMARCA ANDINA, CHUBUT. ¿CÓMO ROMPER EL CERCO DE LA ENCERRONA TRÁGICA?

**Olivera, Eliana; Markiewicz, Ayelén; Goyenechea, Clara; Acosta, Nahuel*



RESUMEN

El artículo aborda el estado de situación actual de los Sistemas de Protección de Derechos de NNYA en la Comarca Andina en base a un relevamiento realizado a los equipos de dichas instituciones en agosto de 2024. A partir de esa información, se presenta una lectura de dicha situación en relación a limitantes del funcionamiento de los SPD y del ejercicio profesional. Asimismo, se vincula la descentralización con el concepto de encerrona trágica planteando aportes reflexivos para modificar la situación de vulnerabilidad e indefensión a partir de acciones de problematización, visibilización y articulación.

PALABRAS CLAVES

- *Sistema de protección integral de derechos de NNYA*
- *Determinantes estructurales*
- *Encerrona trágica*

* **Eliana Olivera** - Lic. en Trabajo Social (FSOC - UBA). Trabajadora en el Servicio de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de El Hoyo, Chubut

* **Ayelén Markiewicz** - Licenciada en Trabajo Social, UNLP. Residente de Trabajo Social en salud, CABA.
manusottos@gmail.com

* **Clara Goyenechea** - Lic. en Trabajo Social. Trabajadora en el Servicio de Asistencia a la Víctima del Delito del Ministerio Público de la Defensa en la Comarca Andina, Chubut

* **Nahuel Acosta** - , Lic. en Trabajo Social. Trabajador en el Servicio de protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de El Maitén, Chubut

INTRODUCCIÓN

A raíz de una Jornada del Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en Chubut acerca de avances y desafíos llevada a cabo en el mes de agosto en Esquel, organizada por el Colegio de Trabajadores Sociales de Chubut, un grupo de trabajadoras sociales realizamos una aproximación diagnóstica del estado de situación de los Servicios de Protección de Derechos (SPD) de NNyA en la Comarca Andina¹. Dicha jornada fue un disparador de un proceso reflexivo y problematizador colectivo que despertó interrogantes sobre la práctica profesional en el escenario de los SPD habilitando la elaboración de esta producción escrita.

En primer lugar, esbozamos brevemente el estado de situación de los SPD de NNyA en base al relevamiento realizado. En segundo lugar, presentamos una lectura de dicha situación en relación a limitantes del funcionamiento de los SPD y del ejercicio profesional a partir de dos determinantes estructurales: la descentralización y la precarización laboral. En tercer lugar, relacionamos la descentralización con el concepto de encerrona trágica. Y por último, compartimos unas reflexiones finales esbozando algunos senderos colectivos que promuevan pensar mejores horizontes posibles.

ALGUNOS ASPECTOS DEL ESTADO DE SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SPD DE NNyA DE LA COMARCA ANDINA

Los Servicios de Protección de Derechos de NNyA según la Ley Nacional N° 26.061 y su Decreto Reglamentario N° 415/06, la Ley Provincial III N° 21 y su Decreto Reglamentario N° 1631/99, y los Convenios Marco, constituyen aquellas instancias de la administración pública que tienen por finalidad la promoción y protección de los derechos de los NNyA, a través de la valoración e implementación de medidas de protección integral y excepcional (MPI y MPE), y de la realización de tareas de promoción y prevención de derechos, involucrando a los distintos sectores corresponsables del Sistema de Protección Integral de Derechos. Su funcionamiento requiere de la constitución de equipos técnicos interdisciplinarios estables que propicien los abordajes integrales desde un enfoque de derechos en cada localidad.

La conformación de los equipos de los SPD se establece en cada Convenio Marco celebrado entre la Provincia de Chubut con cada Municipio. Actualmente, no se está cubriendo la totalidad de integrantes que deberían garantizar desde ambos gobiernos en cuanto a profesionales y operadores. Solo 2 de los 5 SPD cuentan con por lo menos 2 áreas disciplinares.

En tanto a las funciones de prevención y promoción de derechos, se ven suspendidas y/o restringidas en la mayoría de los SPD al ser absorbidos por las situaciones de vulneración de derechos y definición de MPI y MPE.

Todos los SPD refieren contar solo con instancias de capacitación autogestionadas por ellos mismos y ninguno cuenta con instancias de supervisión pese a que según lo establecido en los Convenios Marco el Ministerio de Desarrollo Humano y Familia de la Provincia (MDHyF) de Chubut se compromete a realizarlas.

En relación a las modalidades de empleabilidad y contratación, por un lado, hay 6 trabajadoras en relación de dependencia, de las cuales solo una está en planta

permanente, mientras que las otras 5 están en planta transitoria. Por otro lado, hay 19 trabajadoras con modalidad de contratación bajo locación de servicios como monotributistas.

La mayoría de los salarios de las trabajadoras de los SPD de la Comarca están por debajo de la Canasta Básica Total (CBT) de una persona, lo cual las ubica en situación de pobreza. Según el INDEC, el valor de la CBT en el mes de agosto fue de \$304.170. Sin embargo, en la Comarca el costo de la misma asciende a \$350.377 según el relevamiento realizado por la Asociación Civil Acercar. Ni siquiera las trabajadoras que están en condición de planta permanente y transitoria alcanzan a cubrir la CBT de 5 integrantes.

En lo que respecta a organización gremial, la mayoría está afiliada a la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) pero refieren no contar con el respaldo de la organización para garantizar condiciones laborales dignas ni para el reclamo de las mismas.

En cuanto a recursos económicos, los Convenios Marco definen que debe existir un Fondo Especial de Niñez Provincial y un Fondo Municipal de Niñez, destinado a la implementación de las medidas de protección, medidas socioeducativas, y para financiar proyectos y programas locales. Actualmente, el monto que destina el MDHyF de Chubut a cada municipio es de \$30.000 mensuales, el cual se mantiene fijo desde hace dos años con la entrada en vigencia del último Convenio. En algunos SPD no disponen de ese fondo desconociendo su utilización. A su vez, ningún SPD cuenta con el Fondo Municipal de Niñez, fijado en \$20.000 mensuales.

En tanto a la intersectorialidad, los SPD refirieron como obstáculos que las instituciones no cuentan con perspectiva de derechos en niñez; sobrecarga y precarización de los equipos de otras instituciones locales; y el vaciamiento de áreas municipales fundamentales para realizar abordajes integrales de las situaciones problemáticas. En relación a fortalezas mencionaron una articulación fluida entre instituciones para el trabajo de situaciones en común; la existencia de redes interinstitucionales en algunas localidades que son valoradas como un espacio necesario, afirmando que la vinculación con otras instituciones genera la posibilidad de articular estrategias de intervención, construir criterios comunes para el abordaje y que colabora en la optimización de los recursos disponibles.

Uno de los puntos claves mencionados por los SPD para su mejor funcionamiento, es no aceptar la descentralización debido al escaso presupuesto que destinan los Municipios al área de niñez. A su vez, refieren como importante lograr tener un canal directo con el MDHyF para la gestión de diversas cuestiones, como del Fondo Especial de Niñez de la Provincia. Consideran necesario un mayor acompañamiento por parte de los Municipios y una gestión menos burocrática por parte de los mismos. Otros tres puntos en común son: capacitación del personal, salarios acordes a la responsabilidad de la tarea y contar con instancias de supervisión.

En cuanto a aportes para mejorar el Sistema de Protección Integral de Derechos de los NNyA consideran fundamental que se efectivice el marco legal vigente en políticas de niñez, y que para ello debe existir mayor presupuesto destinado a esta área en todos los niveles de gobierno.

LIMITANTES DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS SPD Y DEL EJERCICIO PROFESIONAL

En base a los datos arrojados por el relevamiento realizado, se puede observar la existencia de factores objetivos tales como equipos reducidos, modalidades precarias de empleabilidad y contratación, escasos recursos económicos, políticas públicas precarias, que actúan como limitantes en el funcionamiento de los SPD y el ejercicio profesional del trabajador social en los mismos. Siguiendo a Gianna (2011) estos aspectos conforman la dimensión socio institucional operando como determinantes de la práctica profesional. Si bien desde el trabajo social se cuenta con cierta autonomía relativa y direcciona su accionar en base a competencias teórico metodológicas y valores éticos parte de un proyecto ético político profesional y societal - que corresponden a lo que Gianna (2011) denomina dimensión ético política - los medios objetivos con los que cuenta para desempeñar su labor son condición intrínseca de las estrategias de intervención que pueda desarrollar, tal como afirma Cademartori (2018).

En este marco, identificamos dos cuestiones que operan como determinantes estructurales dificultando la práctica profesional en el desarrollo de las funciones que les compete ejercer en los SPD: la descentralización y la precarización laboral. Ambos configuran las reglas de juego establecidas que marcan la cancha, las condiciones, y los recursos disponibles para elaborar y llevar a cabo las estrategias de intervención.

DESCENTRALIZACIÓN

Atendiendo a la variable histórica y política, la creación de los organismos de administración del sistema de protección de derechos de NNyA se ubica a fines de los 90 y principios de la década del 2000, en un contexto de consolidación del proyecto neoliberal. La descentralización en tanto rasgo característico de esa época se imprime como un eje transversal de dicho sistema en el marco normativo. De ese modo se estructuran dichos organismos bajo la órbita de los gobiernos provinciales y municipales pretendiendo desburocratizar al Estado otorgándole mayor eficiencia y eficacia. En relación a ello, sin desmerecer el carácter territorial que adquirieron estas instituciones con la importancia de estar insertos en varias localidades de nuestro país, consideramos que la falla estructural está en la escasez de recursos técnicos y financieros de los niveles más chicos de gobierno y la precaria transferencia de ingresos que realiza el gobierno nacional por medio de la coparticipación a las provincias. Tal es así, que la falta de presupuesto adecuado inhabilita el efectivo cumplimiento de las funciones de los servicios históricamente.

Otro aspecto relacionado a la descentralización es la falta de jerarquía de los órganos de aplicación del Sistema de Protección. Según la Ley Nacional N° 26.061, el art. 42, establece que cada provincia definirá la forma y jerarquía de estas instituciones. En la Provincia de Chubut, si bien los SPD se encuentran en el marco de una gestión asociada entre la Provincia y cada Municipio, en el organigrama estatal, los servicios dependen del MDHyF, al cual le competen otras áreas, aparte de niñez y adolescencia, de gran magnitud como ser desarrollo social, géneros y diversidad. El área más específica es la Dirección de Políticas de Protección de Derechos. A diferencia de Chubut, observamos que la provincia de Río Negro, mediante la sanción de la Ley Provincial N° 5238 en el año 2017 le otorgó rango y

jerarquía de Ministerio a la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Consideramos que esa diferencia permite una participación en la mesa de gobierno del funcionario a cargo de la secretaría que otorga una mayor capacidad de presión para incidir en la agenda pública con el diseño e implementación de políticas públicas específicas de niñez y adolescencia, así como contar con mayor presupuesto destinado a esta área en particular.

PRECARIZACIÓN LABORAL

La precarización laboral en el sector público, al igual que la descentralización, también encuentra su razón de ser en el marco del paradigma neoliberal. Tal como afirma Cademartori (2018) las transformaciones en el mercado de trabajo que dieron lugar a la configuración de las relaciones laborales precarias inician durante la última dictadura cívico militar en el 76 y se profundizan en los 90. En este último período se establece el marco legislativo que permite y promueve la incorporación de la figura de planta transitoria y de contratos de locación de servicios en la administración pública, entre otras cuestiones. Estas modificaciones dan cuenta de un fuerte retroceso en términos de conquistas laborales producto de años de lucha.

En este escenario, la conformación de los equipos de los SPD se encuentra atravesada desde un principio, es decir, desde su creación, por la precarización laboral.

¿Qué características tiene la precarización laboral bajo la modalidad de contratos de locación de servicios en los SPD de NNyA de la Comarca?

- **Relación asimétrica que se establece a través del contrato de locación de servicios²**, donde se encubre la relación de dependencia.
- **Limitación en los plazos de contratación (3 meses)**, fuente de inseguridad e incertidumbre.
- **Desprotección**, dado que no se rige bajo la ley de contrato de trabajo y los derechos contemplados
- **Salarios precarios para contratadas**, se encuentran por debajo del valor de la CBT correspondiente a una persona.
- **Estancamiento de los salarios**. La mayoría de los salarios de quienes están contratadas se componen de fondos provinciales y municipales, ya que la Provincia transfiere recursos económicos destinados a la contratación de profesionales y operadores en el caso de no aportar personal de su dependencia. Los montos Municipio. El último convenio se firmó en octubre del 2022 y entró en vigencia en mayo del 2023. Desde ese entonces, aporta \$90.000 por cada profesional y \$30.000 por cada operador³. Los municipios no tienen un valor ni una frecuencia de aumentos pautada en los convenios, con lo cual queda a merced de cada gobierno municipal ambas cuestiones.

- **Desigualdad salarial en todos los SPD a nivel municipal, comarcal y provincial.** Se diferencian los salarios en cada SPD entre el personal en relación de dependencia y las contratadas. También, para el personal contratado, hay desigualdad en cuanto a los 5 SPD de la Comarca ya que si bien perciben los mismos “*aportes*” de provincia, los montos que destina cada municipio es distinto en cada localidad. Asimismo, hay diferencia con el resto de SPD de la Provincia puesto que hacia otros municipios los “aportes” provinciales son mayores.

¿Cómo incide la precarización laboral en el desenvolvimiento de los equipos de los SPD de NNyA en la Comarca?

- Las situaciones de precarización laboral generan malestar, afectando la salud mental de las trabajadoras y socavando su dignidad.
- Inhiben la estabilidad de los equipos. Constantemente cambian los integrantes, principalmente las profesionales quienes renuncian en busca de mejores condiciones laborales.
- Repercuten en la disminución de atención de los SPD. Se reducen las jornadas laborales.
- Sobrecarga de situaciones problemáticas a abordar por la reducción de los equipos y de las jornadas laborales.
- Escaso o nulo tiempo para dedicar a proyectos de promoción y prevención de derechos.
- Baja capacidad de incidencia en generar mejores condiciones laborales y salariales.
- La relación contractual entre cada trabajadora y el municipio individualiza la situación laboral inhibiendo la colectivización del reclamo de mejores condiciones entre varias trabajadoras, e incluso entre varios SPD.
- Pluritabajos. Las trabajadoras buscan otras actividades laborales para generar mayores ingresos.
- El encuadre que requiere la tarea para el desarrollo de sus objetivos se ve alterado bajo los cambios que sufre el equipo técnico en la inestabilidad de sus condiciones.
- Se constituye en un factor condicionante para la toma de decisiones profesionales autónomas, compatibles con las incumbencias profesionales y en concordancia con los derechos emanados de la Constitución.

Estas condiciones laborales precarias se encuentran institucionalizadas bajo el manto de la legalidad que garantizan las normativas vigentes. A su vez, se perpetúan ante la ausencia de un sujeto colectivo que articule las demandas de los trabajadoras de niñez y adolescencia y luche por condiciones laborales y salariales dignas.

¿LA DESCENTRALIZACIÓN ES VISTA POR LOS SPD COMO UNA ENCERRONA TRÁGICA?

La aproximación diagnóstica a la que arribamos nos lleva a preguntarnos si la descentralización es vista por los SPD como una encerrona trágica.

La encerrona trágica según Ulloa consiste en *“toda situación donde alguien para vivir, trabajar, recuperar la salud (...) depende de algo o alguien que lo maltrata o que lo destrata, sin tomar en cuenta su situación de invalidez”* (1995:8). Siguiendo al autor, se trata de una situación que se estructura en dos lugares: dominado y dominador, en la cual no hay fuero mediador a quien apelar, alguien que represente la ley, que garantice la prevalencia del buen trato, lo justo, sobre el imperio de la brutalidad del más fuerte. Prevalece el dolor psíquico y la desesperanza de que cambie la situación de los dos lugares. Para modificar tal situación es necesario el accionar de un tercero que represente lo justo, lo digno, y rompa el cerco (Ulloa, 1995).

Tanto el nexo entre los SPD con cada gobierno municipal y con el gobierno provincial, así como la relación laboral entre cada trabajadora contratada con cada municipio puede leerse desde estos dos lugares que se configuran en la encerrona trágica. La asimetría de poder coloca al sujeto dominado en una situación de vulnerabilidad e indefensión. Siguiendo a Aquín, Custo y Torres (2012), podemos decir que dicha asimetría limita a los equipos técnicos en su capacidad de decisión coartando la autonomía profesional.

Consideramos que el hecho de identificar y problematizar tal situación por parte del sujeto dominado, es decir, el proceso de concientización, es clave. Reconocerse como oprimido pero a la vez como sujeto transformador son condiciones necesarias para impulsar procesos de cambio. Implica una lectura de realidad de que las cosas no son así, están así, por lo tanto, es posible cambiarlas. Dicha postura se opone a la idea fatalista donde se percibe a la realidad como algo estático que no se puede cambiar (Freire, 2014). Siendo consciente de la factibilidad de los procesos de cambio se pueden pensar alternativas posibles; líneas de fuga. Visibilizar su situación problemática ante otro sujeto - un tercero - y que éste legitime tal situación es necesario, en primera instancia, para romper el aislamiento, la encerrona trágica. A posteriori, teniendo en cuenta los determinantes estructurales, es preciso elaborar estrategias en conjunto a otros actores a fin de promover mejoras en las condiciones de los sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad. A modo esquemático, podemos agrupar estas acciones en 3 grupos: de problematización, de visibilización y de articulación; las mismas configuran ejes fundamentales de los procesos de colectivización de la demanda que impulsan acciones reivindicativas (Falcetti y Olivera, 2018).

REFLEXIONES FINALES

Podemos afirmar que la realidad actual de los SPD de NNyA de la Comarca Andina y del Sistema de Protección Integral de Derechos de NNyA es tan solo un emergente de una situación crítica crónica y estructural. Por lo tanto, mientras persistan las condiciones estructurales y los factores objetivos mencionados tal como están actualmente van a continuar las deficiencias del Estado en garantizar los derechos de las niñeces y adolescencias. Al tratarse de determinantes del SPI, consideramos que esta situación crítica se espeja a la realidad de los otros SPD de la Provincia de Chubut, y no nos cabe duda de que también se asemeja a la situación de muchos organismos administrativos de dicho sistema a lo largo y ancho del país.

Ante este escenario, consideramos necesario instancias donde se problematice la implementación de la Ley Nacional N° 26.061, y el resto de instrumentos jurídicos de la materia, en cada localidad que permitan en un principio desnaturalizar las condiciones precarias y limitantes en las que se ejecutan las políticas públicas de promoción, prevención y protección de derechos de las niñeces y adolescencias. En la Comarca Andina, ese proceso de aproximación diagnóstica se vio impulsado por una jornada organizada por el Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la Provincia de Chubut, que creemos se pueden replicar en las distintas localidades. Otras instancias propicias para estas acciones de problematización son las mesas intersectoriales y los consejos locales de niñez y adolescencia existentes en varios municipios del país.

Entendemos que estas acciones de problematización deben ir acompañadas de acciones de visibilización y articulación que busquen romper el cerco de la encerrona trágica. A nivel local, se puede promover en cada territorio acciones concretas que permitan y propicien la participación activa de las instituciones, organizaciones y población en general en pos de realizar acciones conjuntas que intenten mejorar las condiciones del sistema de protección. A su vez, consideramos necesario visibilizar la situación crítica a escala comarcal, provincial y nacional mediante diversos medios de comunicación.

En vistas de construcción de horizontes posibles consideramos que se pueden impulsar cambios legislativos, como sucedió en la Provincia de Río Negro, que otorguen mayor jerarquización a las Áreas de Niñez y Adolescencia, en cada provincia que este en las mismas condiciones que Chubut, y en consecuencia, mayor presupuesto para la ejecución de políticas públicas enmarcadas en el sistema de protección y para el funcionamiento de los organismos de administración. Asimismo, creemos preciso y urgente impulsar los cambios necesarios a fin de garantizar condiciones laborales y salariales dignas a los trabajadores de estos organismos puesto que resulta inaceptable y cínico que los trabajadores de estas instituciones encargadas de proteger los derechos de las niñeces y adolescencias desempeñen sus funciones en condiciones de precariedad, vulnerabilidad y desprotección. Frente a ello, sería propicio promover una articulación entre los trabajadores de estos organismos a nivel comarcal y provincial en pos de impulsar los cambios normativos y presupuestarios correspondientes que establezcan que todos los

trabajadores estén bajo la modalidad de empleabilidad en relación de dependencia, en planta permanente o en su defecto en planta transitoria.

Ante este escenario, que profundiza su crisis en la coyuntura sociopolítica y económica actual tan avasallante y de crueldad, es preciso construir lazos entre distintos actores, fortalecer los existentes, constituyendo redes de sostén y resistencia, y potenciando el accionar colectivo promoviendo acciones de problematización, visibilización y articulación en pos de delinear mejores horizontes posibles hacia un pleno goce de los derechos.



SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE DERECHOS

NOTAS

1. La Comarca Andina en la Provincia de Chubut comprende las localidades de Lago Puelo, El Hoyo, El Maitén, Epuyén, Cholila y Cushamen. Esta última localidad no cuenta con SPD.
2. Los contratos de locación de servicios se rigen bajo la Ley Nacional N° 26.994, art 1251 y siguientes del Código Civil y Comercial sancionada el 1/10/2014.
3. En septiembre entraron en vigencia los nuevos Convenios Marco que establecen que los "aportes" provinciales para profesionales son de \$170.000 y para operadoras de \$90.000.

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN CIVIL ACERCAR. ACCIÓN POR EL CRECIMIENTO ESTRATÉGICO Y RESPONSABLE DE LA CORDILLERA ARGENTINA. (2024) COSTO DE LA CANASTA BÁSICA ALIMENTARIA EN LA COMARCA ANDINA.** Disponible en: <https://drive.google.com/drive/folders/1z2-ZOgxeVgrlmShs139eFuTPQctrmOCE>
- AQUÍN, N; CUSTO, E. Y TORRES E. (2012)** *El problema de la autonomía en el Trabajo social.* En: Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA. N° 8, Tandil.
- CADEMARTORI, F. (2018)** *Precarización laboral en el Estado y degradación de la fuerza de trabajo: análisis en trabajadoras vinculadas a la implementación de políticas sociales.* En: NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet) N° 31, Invierno 2018, Santiago del Estero.
- FALCETTI, S. Y OLIVERA, E. (2018)** *Estrategias habitacionales y procesos de colectivización de la demanda que impulsan acciones reivindicativas en Constitución. Trabajo de Investigación Final. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, CABA.*
- FREIRE, P. (2014)** *Pedagogía de la indignación. Cartas pedagógicas en un mundo revuelto.* Ed. Siglo veintiuno. Bs. As.
- GIANNA, S. (2011)** *Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención.* En: Revista Cátedra Paralela. N° 8, 2011, Santa Fe.
- ULLOA, F. (1995)** *Novela clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica.* Ed. Paidós, Bs. As.



ENTREVISTA A A LAS TRABAJADORAS DE HOSPITALES NACIONALES

*Por: María Clara santander y María Gabriela Tozoroni **

“LA SALUD EN DISPUTA”

* **María Clara Santander**- Lic. en Trabajo Social; Trabajadora en el Hospital Zubizarreta de la CABA

* **María Gabriela Tozoroni** - Lic. en Trabajo Social UBA. Docente. Trabajadora en Jefatura de Asesores de Gobernación PBA.



“NAVEGAMOS EN LA INCERTIDUMBRE”

(Leticia Storino)

*El Hospital Nacional de Salud Mental “**Lic. Laura Bonaparte**” y el Hospital de Pediatría “**Prof. Juan P. Garrahan**” son dos emblemas del Sistema Público de Salud tanto por las especialidades que ofrecen, como también por la calidad y excelencia de los servicios reconocidos a nivel Federal y regional. El primero se especializa en salud mental y consumos problemáticos, mientras que el segundo es referencia regional en materia de asistencia pediátrica de alta complejidad. Miles de profesionales de la salud se forman allí, en la tarea diaria de atención a la salud, sostenida con el compromiso con las personas usuarias, sus familias y la comunidad amplia. En un contexto de ajuste y retroceso de la política pública destinada a promover el bienestar de la población, contamos con el testimonio de cuatro colegas que participan de la defensa y ampliación de estos servicios.*

*Ambas son trabajadoras sociales que se incorporaron y desplegaron sus trayectorias en el Hospital Nacional en Red “**Lic. Laura Bonaparte**” luego de la sanción de la Ley de Salud Mental en 2010. Participaron de los dispositivos creados para su implementación, por lo que fueron protagonistas en la emergencia del nuevo perfil disciplinar demandado. **Leticia Storino** desde el 2020 es Coordinadora del dispositivo de Cuidados en la Urgencia en el Hospital Bonaparte. Ingresó al mencionado hospital en 2013, hace 11 años. **Yamila Pereira** actualmente es coordinadora de la Guardia Interdisciplinaria, dispositivo donde trabaja desde hace 9 años. También es docente universitaria y trabaja con personas en situación de calle. Ellas nos permiten conocer el proceso de resistencia y defensa de la salud pública, luego del anuncio del Ministerio de Salud del “**plan de reestructuración**” del nosocomio y el fallido intento de cierre del servicio de guardia y el de internaciones.*

E: Nos interesa abordar la relación entre Salud Mental y Trabajo Social en el marco de las políticas sanitarias actuales, y sus impactos en el quehacer profesional.

Leticia Storino (LS): Actualmente se trabaja con incertidumbre porque no hay plan: no hay un lineamiento claro sobre cómo se debe pensar la salud mental, no hay encuentros con equipos, ni se sabe cuál es la línea de trabajo. Hay mensajes contradictorios. Desde la expertise de tantos años de laburo, con equipos armados y con la convicción que tenemos del quehacer, seguimos trabajando con los lineamientos anteriores. Ante la “reestructuración” referida, nuestra propuesta es continuar con la interdisciplina y con la intersectorialidad. Hay muchos compañeros que se fueron del hospital y eso hace que la calidad de la atención vaya disminuyendo. Si bien prima la interdisciplina, a veces quedamos haciendo interconsultas sin tener un punto de encuentro para pensar, para definir alguna estrategia terapéutica.

Yamila Pereira (YP): Si bien la gestión de gobierno nacional actual tiene una incidencia clara en los hospitales nacionales, es una realidad que la corriente política de derecha está haciendo mucho más. Al funcionar en territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, convivimos hace muchos años y trabajamos bastante a contramano de su propuesta de achicamiento de la atención en salud pública. El Bonaparte ha dado respuesta a esa ausencia en materias de salud mental, que se agudizó muchísimo post pandemia cuando todos los servicios de salud mental de la Ciudad cerraron agenda y no brindaron más turnos ambulatorios.

Proponemos un modelo de atención integral, interdisciplinario e intersectorial. Con un corrimiento de una práctica medicalizadora y con la disponibilidad de recepción que se tiene con los usuarios, que es un abordaje más inclusivo y más humanizado. Observamos que resulta completamente a contramano de la intencionalidad política de retroceder hacia un modelo de atención centrado en la práctica médica, entendiendo que todo lo que no se encuadre dentro de ese marco teórico está mal. Es un problema de marco teórico: entendemos la atención y la salud desde posiciones completamente distintas.

Desde el trabajo en la guardia, nuestra propuesta de atención siempre ha sido con una tendencia a la problematización de las situaciones, con una



“...Ante la reestructuración referida, nuestra propuesta es continuar con la interdisciplina y con la intersectorialidad...”

Leticia Storino

“... Vemos un retroceso porque se vuelven a pensar en las instituciones mentales como instituciones de encierro...”

Yamila Pereira

mirada respetuosa de los derechos, en diálogo con las organizaciones que acompañan a las personas. Sin embargo, claramente se siente el impacto también con el cierre de otros dispositivos con los cuales articulamos, como los CAJ y Pensiones; o en el giro nuevamente de los juzgados entendiendo y solicitando internaciones compulsivas de personas que cumplen condena. Veníamos por un carril y vemos un retroceso porque se vuelven a pensar en las instituciones mentales como instituciones de encierro.

E: ¿Se volvió a reforzar el modelo médico hegemónico como una política institucional?

LS: Sí. De hecho hay pocos psiquiatras en el hospital y se están yendo. Se buscó un médico varón para las jefaturas de cada dispositivo, en la medida de lo posible, para responder a un modelo de psiquiatría que no estaba ni siquiera en las miras. Nosotros contamos en el hospital con una residencia interdisciplinaria que forma trabajadores (RISAM), y este fue el primer año que se anunció que no se iba a contratar a ningún egresado.

E: ¿Cómo se expresan las políticas de destrucción o achicamiento?

YP: Creo que la primera muestra del achicamiento en nuestro hospital fue el cierre del dispositivo de Isla Maciel: estaban en plena jornada laboral, nadie avisó que iba a suceder. Mandaron a las personas de mantenimiento a levantar el dispositivo. Compañeros contra compañeros. Ese mismo día nos anoticiamos de los despidos. Luego avanzaron con intentar cerrar el Hospital, pero no lo van a poder hacer porque evidentemente hubo una respuesta de la comunidad, inmediata. Pero nuestros compañeros están migrando para otros trabajos, en parte por las condiciones salariales y laborales. A diferencia del Macrismo, no hay miras de nuevos contratos, ahora es por goteo. El impacto en las condiciones de trabajo es evidentemente muy fuerte y afecta los procesos de intervención.

E: ¿Cómo sienten que la población está afectada por estas políticas?

LS: Las personas están cada vez más sueltas, los lazos están totalmente rotos y la población que llega está cada vez más vulnerada. Se agravó la presentación. Vienen con más referentes comunitarios que con familias



porque no podemos hablar de familias hoy en día. Hay personas que vienen sin nada, descompensadas, ni siquiera garantizada una comida diaria. Quizás la situación de internación termina generando un cuidado que hace tiempo que no se tiene, socializar con otras personas en un contexto de cuidado, comer, tener una cama donde dormir, una ducha caliente. No es solamente una compensación en un cuadro de salud mental; es la reparación en otros ámbitos de la vida.

Hay personas que pueden quedar internadas obligatoriamente por cuestiones judiciales que no se terminan de correr, que quedan en una nebulosa y llevan un tiempo resolver. Hubo cambios dentro del hospital con respecto al servicio jurídico asistencial, donde prima una mirada puesta en responder a rajatabla mediante informes. Algunas cuestiones que se manejaban directamente desde el servicio jurídico, ahora recaen sobre los equipos. También la idea del director de que todas las historias clínicas tienen que estar evolucionadas y realizadas diariamente por todos los profesionales hacen que la tarea de los equipos tenga un complemento más administrativo que en otros momentos.

YP: También empezó a asistir más población clase media. Principalmente lo que tienen que ver con la cobertura de medicación, personas que se encontraban en tratamiento que no han podido seguir afrontando el costo de la medicación. La mayoría de las personas que cuentan con obra social, no tiene cobertura al 100. Ya desde la pandemia venías pasando esto.

E: Y en la guardia ¿cómo se dan estas situaciones ?

YP: La guardia es la puerta de entrada, principalmente de todo lo que tiene que ver con internaciones por artículos 34 del Código Penal (Inimputabilidad). O personas que están detenidas por delitos menores, que son traídas de manera permanente o para controles de medicación. Es una realidad que se viene al hospital porque se da respuesta. Por eso, se incrementó muchísimo la demanda. Inclusive también oficios judiciales con pedidos de evaluación de juzgado de familia de la provincia de Buenos Aires. Por la misma razón: encuentra un efector de salud que da respuesta a estas situaciones.

E: Desde la perspectiva de la salud integral ¿Cuál es la situación de la articulación entre las políticas sanitarias con otras políticas públicas?



“...Se incrementó muchísimo la demanda. Inclusive los oficios judiciales con pedidos de evaluación de juzgado de familia de la provincia de Buenos Aires. Por la misma razón: encuentra un efector de salud que da respuesta a estas situaciones...”

Yamila Pereira

-“DETERIORAR SALARIOS Y CONDICIONES LABORALES, AFECTA AL MODELO HOSPITALARIO DE ALTA COMPLEJIDAD QUE TANTO QUEREMOS CUIDAR”

(Marcela Vásquez)

El Hospital de Pediatría “Prof. Juan P. Garrahan” es el centro pediátrico de referencia en salud pública, gratuita y de alta complejidad de la Argentina, y a su vez, modelo a seguir a nivel regional. A lo largo de su historia, centenares de miles de personas –pacientes, familias, trabajadores de la salud– han formado parte de la intensidad de su crecimiento, de los alcances logrados en términos de salud recuperada, y de la formación del talento humano, superando muy probablemente lo que quienes iniciaron el camino imaginaron que podría lograrse. Es un engranaje clave dentro de una red federal de servicios pediátricos, bajo el marco estatal de la Salud Pública orientada por los principios de acceso, equidad y calidad. En el contexto actual de crisis económica, donde más de la mitad de las personas menores de 14 años en la Argentina viven en condiciones de pobreza, con una constante amenaza a su salud integral presente y futura, la defensa de este modelo hospitalario se convierte en urgente.

Marcela Vásquez es jefa de clínicas y junto a Inés Tsakoumagkos, son dos de las diecinueve trabajadoras sociales de planta que conforman el Servicio Social del Hospital Garrahan. Sus responsabilidades son múltiples: son un servicio transversal a todas las áreas del hospital (demanda espontánea, internación, consultorios ambulatorios, en el área de Oncología Pediátrica, trasplante y patologías crónicas complejas), con intervenciones cuando los derechos de niños, niñas y adolescentes están en riesgo. También están a cargo de procesos de formación: de residentes, becarias de iniciación y pos beca, y como centro de prácticas para la carrera de Trabajo Social de la UBA hace más de 20 años. Inés nos cuenta que el Servicio elabora respuestas ante *“diversas problemáticas como trastornos alimentarios, consumos problemáticos, dificultades en la continuidad de tratamientos, comprensión de los diagnósticos, niñeces o familias en situación de calle, violencia intrafamiliar, violencia sexual en las niñeces y adolescencias, problemáticas de suicidio y salud mental. Armamos redes de apoyo y articulaciones a nivel federal con efectores de todo el país, promovemos la gestión de acceso a recursos para egresos hospitalarios y sostenimientos de tratamientos ambulatorios; entre otras tareas”*.

En el contexto sanitario actual, caracterizado por la pérdida de personal calificado por el ajuste en las condiciones de trabajo, desarrollar estas tareas resulta cada vez más titánico. Marcela añadió: *“Hoy vemos con mucha preocupación que los derechos de los niños, niñas y adolescentes están en absoluto riesgo. El acceso a los recursos que necesitan nuestros pacientes se ve limitado por el achicamiento de políticas públicas a nivel regional y nacional dificultando la respuesta que podemos dar como servicio. Por otro lado, la realidad económica de nuestro país no se condice con los salarios y las condiciones laborales”, especialmente de este año. Tenemos una carga laboral de 42 horas semanales, con dedicación exclusiva, en un ámbito de alta complejidad que nos insume mucho desgaste físico, mental, emocional. Sin mejoras en las condiciones laborales, nuestros salarios se precarizan y eso influye directamente en la calidad de la política pública que podemos brindar”*. Es por ello, que la “recomposición salarial (100%)” y *“ningún trabajador o trabajadora por debajo de la Canasta Básica Familiar”* constituyen los principales reclamos laborales. Marcela señaló: *“Las paritarias y aumentos de este año fueron mínimas e insuficientes para lo que implica la carga laboral y la formación que se exige para el ingreso a un hospital de estas características y con el orgullo que sentimos por ser parte de la Comunidad Garrahan. Deteriorar salarios y condiciones laborales, afectan al modelo hospitalario de alta complejidad que tanto queremos cuidar”*. Según se dio a conocer recientemente, cada año el Hospital atiende alrededor de 600.000 consultas, realiza 10.000 cirugías de altísima complejidad, el 50% de los trasplantes pediátricos del país y el 40% de los tratamientos de cáncer en pediatría.

“... Desde la internación, trabajamos las continuidades de cuidado de los pacientes directamente con los sectores donde van a seguir el tratamiento. No nos apartamos hasta que se realice esa derivación; lo que antes tardaba un mes, ahora tarda muchísimo más...”

Leticia Storino



LS: Desde la internación, trabajamos las continuidades de cuidado de los pacientes directamente con los sectores donde van a seguir el tratamiento. No nos apartamos hasta que se realice esa derivación; lo que antes tardaba un mes, ahora tarda muchísimo más. En la Ciudad de Buenos Aires, trabajamos mucho con las organizaciones sociales y con organizaciones que no tienen que ver con el gobierno, dado que allí ni siquiera nos reciben para hablar. De no existir éste armado comunitario, no podríamos pensar una continuidad de cuidados para las personas con las que trabajamos. También recibimos pacientes que están en otros países haciendo tratamientos y llegan al Hospital a través de consulados o a través de organismos internacionales, y a veces se dificultan las externaciones. La estrategia de salida es muy compleja, a veces hay que construir todo. La falta de recursos se está visualizando en todos lados. Los programas de nación que tenían presencia en los municipios ya no están más.

YP: Los programas de financiamiento que hasta diciembre pasado existían por parte del Ministerio de Desarrollo Social, se dieron de baja y eran herramientas de fortalecimiento para las organizaciones sociales que trabajaban principalmente con poblaciones en situación de calle con problemática de consumo. Ahí no tenés una otredad que pueda complementar la estrategia de continuidad de cuidado, de manera ambulatoria. Acceder a una vivienda en la Ciudad de Buenos Aires es un imposible. El GCABA ha realizado modificaciones en lo que refiere al acceso al subsidio habitacional y amplió su propuesta con los centros de inclusión social. No obstante, es tanta la demanda para poder insertarse en un dispositivo de alojamiento, que cada vez se requieren más entrevistas y requerimientos. Todo esto dificulta cada vez más construir condiciones de cuidado por fuera del ámbito de la salud, es como un volver a empezar. Puede generar mayor frustración y mayor exposición a niveles de violencia. Es bastante complejo, pero siempre hay que tener una mirada esperanzadora.

E: *¿Cómo están actualmente en los dos dispositivos de referencia, que fueron los que quisieron cerrar en el Hospital y desde donde desplegaron estrategias de lucha con toda la comunidad?*

LS: Lo que sucedió el mes pasado en nuestro hospital me parece que da cuenta que es a través de la organización y del encuentro con otros, que vamos a poder sobrellevar y resistir a este embate de recortes. Nosotres creemos que es el Estado quien tiene que garantizar ese acceso a la salud y a los derechos sociales básicos de las personas. El 4 de octubre cuando nos dieron esta noticia del cierre de las internaciones, lo primero que pensamos fué ¿qué va a pasar con todos los usuarios? Esa persona tiene un lugar de referencia, un lugar que le brinda cuidados, se lo escucha, tiene una historia. No podemos permitir que se invisibilice a las personas que acompañamos en estos procesos. No podemos dejar que se hunda todo. En algún punto tenemos que sostener. Es obligación ética y un compromiso profesional responder con las internaciones.

E: ¿Cuáles son los desafíos para el Trabajo Social?

YP: No se habita el Estado de cualquier manera. También tiene que haber un compromiso y me parece que la respuesta que tuvo la comunidad respecto del intento de cierre del Bonaparte tiene que ver con una práctica política en términos de transformación de la vida de las personas. Me parece que la profesión de Trabajo Social no puede estar ajena a eso. Sino, rápidamente entramos en modelos asistencialistas no problematizados y funcionales. Creo que habitar el Estado, ser parte de una política pública y tener la suficiente permeabilidad para darnos el espacio de discusión de cuál va a ser nuestro desempeño en una coyuntura como ésta, también es un posicionamiento político respecto del quehacer y el para qué de nuestro de nuestro ejercicio profesional.

LS: Estamos todos muy movilizados trabajando en pos de cuidar a nuestro hospital y a las personas con las que trabajamos, porque creemos que la atención que damos es diferencial. Necesitamos socializar esta construcción y sostenernos entre todos. La respuesta que tuvimos el 4, fue casi inmediata, realmente conmovedora. También cómo se sostuvo todo ese fin de semana, incluido el apoyo de nuestro gremio.

YP: Nuestro aporte desde el Trabajo Social en términos estratégicos y de mirada política de construcción también hace una diferencia. No solo porque somos de disciplinas no médicas. Somos mujeres. Seguimos sosteniendo con el cuerpo lo que creemos.



“...Habitar el Estado, ser parte de una política pública y tener la suficiente permeabilidad para darnos el espacio de discusión de cuál va a ser nuestro desempeño en una coyuntura como ésta, también es un posicionamiento político respecto del quehacer y el para qué de nuestro de nuestro ejercicio profesional...”

Yamila Pereira

CARACTERÍSTICAS CENTRALES DEL MODELO HOSPITALARIO DEL GARRAHAN:

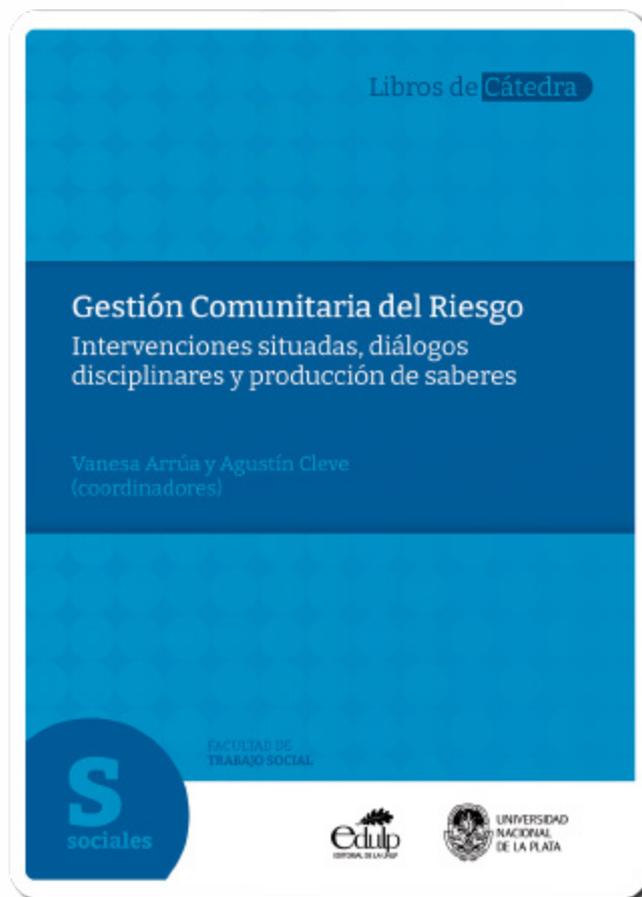
- *Atención centrada en las personas, buscando satisfacer la experiencia del paciente, de su entorno familiar y del equipo de salud.*
- *Organización asistencial basada en cuidados progresivos, que jerarquiza la actividad interdisciplinaria orientada al cuidado integral de la salud.*
- *Prácticas profesionales respetuosas de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, que buscan garantizar la autonomía progresiva, la información y el respeto por las diversidades, promoviendo y facilitando la toma de decisiones como un proceso compartido con las y los pacientes y sus familias.*
- *Pioneros en generación de conocimientos y en aplicación de avances científico-técnicos en las prácticas de diagnósticos, tratamientos e intervenciones.*
- *Colaboración a nivel federal con el acceso a dicho conocimiento a través de redes sanitarias y comunitarias con fuerte desarrollo de la Telesalud (atención del paciente a distancia y con modalidad virtual).*



GESTIÓN COMUNITARIA DEL RIESGO. INTERVENCIONES SITUADAS, DIÁLOGOS DISCIPLINARES Y PRODUCCIONES DE SABERES (2024)

Coordinado por **Vanesa Arrúa** y **Agustín Cleve**,
Facultad de Trabajo Social, colección Libros de Cátedra, de
la Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).

Reseña: Myriam Selman



PRESENTACIÓN

La obra reúne aportes de diferentes cátedras que conforman la Tecnicatura en Gestión Comunitaria del Riesgo de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. El título del libro invita a la reflexión sobre el campo temático de la Gestión del Riesgo desde una perspectiva comunitaria, proponiendo un recorrido de lecturas entramadas a partir de conocimientos y diálogos que rebasan los campos disciplinares para pensar las intervenciones sociales situadas en territorios concretos.

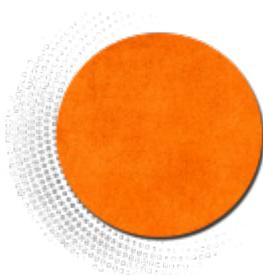
EL TEMA ABORDADO

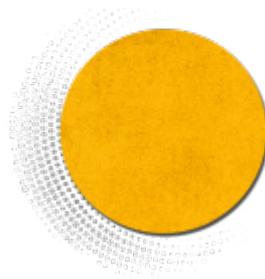
La Gestión del Riesgo de Desastres, como enfoque teórico y como propuesta práctica, se desarrolló paulatinamente en América Latina a partir de la década del '80 y se consolidó durante los 90. Este enfoque, promovido desde las ciencias sociales, pero basado en una lógica transdisciplinaria, superadora de las hegemonías disciplinares; pone en jaque la tradicional visión fiscalista que concibe a los desastres como fenómenos extremos provocados por la naturaleza y que impactan sobre poblaciones humanas víctimas de situaciones inevitables. A diferencia de ello, desde el enfoque instituyente, se sostiene que las amenazas sólo asumen tal característica cuando se interrelacionan con una comunidad que se encuentra expuesta y vulnerable. Así, los desastres comienzan a comprenderse como el resultado de procesos sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales, generados desde

los modelos o estilos de desarrollo que adoptan las sociedades (Lavell, 2002).

A partir de estas ideas instituyentes, se vislumbra la dimensión social del problema de fondo y el eje de análisis se desplaza del estudio de los fenómenos naturales y sus impactos hacia la dimensión de las vulnerabilidades humanas y los procesos sociales de creación e intervención del riesgo. Al respecto, cabe mencionar que la noción de "*riesgo*", remite a la probabilidad de daños a futuro y se comprende como una construcción social, dinámica y cambiante, en tanto resulta indisociable de los comportamientos humanos (Lavell, 2002). En relación a ello, es posible sostener que desde la sociedad vamos construyendo los riesgos y también podemos agravarlos, según sean nuestros modos de vivir, generando así las condiciones propicias para la ocurrencia de los desastres o alternativamente, para lograr formas de vivir más armónicas con la naturaleza y por ende estar menos expuestos.

En síntesis, a partir del viraje conceptual acerca del problema, el desafío consiste en transformar las lógicas y prácticas reactivas, respuestitas y atencionistas ante situaciones puntuales de desastres, hacia lógicas y prácticas que promueven la anticipación, la prevención y la coparticipación de actores a través de procesos de gestión del riesgo centrados en abordajes más holísticos. Justamente sobre estos temas se basa el desarrollo del libro.





SUS CAPÍTULOS

El libro se conforma por seis capítulos de producción colectiva, que aportan un conjunto de aspectos teórico-conceptuales y metodológicos de diversos campos del conocimiento, con el propósito de problematizar las intervenciones sociales desde el enfoque de la Gestión del Riesgo.

En el primer capítulo titulado *“La perspectiva social en la Gestión Comunitaria del Riesgo: abordajes, prácticas territoriales y reflexiones”*, María Laura Viscardi, Fernando Laya, Doralía Azparren, Marianella Pérez Fuentes, Mercedes Utrera y Julia Pera Ocampo, profundizan sobre diferentes aspectos teóricos y metodológicos vinculados a la intervención social en Gestión Comunitaria del Riesgo, con enfoque de derechos y perspectiva de género.

En el segundo capítulo denominado *“La facilitación de procesos de gestión del riesgo de desastres”*, Myriam Selman y Sebastián Claramunt realizan un pantallazo histórico de los distintos enfoques que explican la ocurrencia de desastres. Profundizan sobre la noción del riesgo, su configuración, los procesos de intervención social, desarrollando la perspectiva de la facilitación como una contribución para pensar y actuar en ámbitos concretos.

En el tercer capítulo, denominado *“Pensar los territorios desde la comunicación en la*

Gestión Comunitaria del Riesgo”, Vanesa Arrúa y Gabriela Pesclevi reflexionan desde un pensamiento situado, ahondando sobre los modos en que la comunicación se vincula con las dinámicas de organización de las comunidades.

En un cuarto capítulo, titulado *“Territorios y Comunicación: sentidos, prácticas, procesos y estrategias en la gestión comunitaria del riesgo”*, Melina Picart y Jonathan Pender, proponen una reflexión en torno la comunicación como construcción social y a los territorios como productores de sentidos que permiten dar nombre y enunciar lo vivido.

En el quinto capítulo, titulado *“Aportes de la Epidemiología Sociocultural en Salud para la Gestión Comunitaria del Riesgo”*, Susan López, Mercedes Contreras, Daniela Di Giamberardino y Catalina Stegmayer, abordan las principales categorías del campo de la salud colectiva y reflexionan sobre la relación entre el riesgo, las vulnerabilidades y el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados desde una perspectiva multidimensional.

El sexto y último capítulo del libro se denomina *“La construcción del problema de investigación situado en la intervención comunitaria”*, en el mismo Agustín Cleve, María Cecilia Nogueira y Micaela Solsona, se adentran en aspectos teórico-metodológicos sobre los modos en que se

construyen los problemas de investigación situados desde prácticas territoriales en escenarios comunitarios concretos.

A MODO DE CIERRE

El libro resulta un valioso aporte para reflexionar y problematizar acerca de los modos en los que vamos construyendo el riesgo en los territorios que habitamos, como así también brinda interesantes pistas para pensar y desarrollar propuestas socio-comunitarias orientadas a la gestión del riesgo en ámbitos concretos.

El libro, enteramente producido y editado en la universidad pública, es de acceso libre y gratuito.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LAVELL, A. (2002). *Sobre la gestión de riesgo. Apuntes hacia una definición*. La Red.

ARRÚA, V Y CLEVE, A. (2024) *La gestión comunitaria del riesgo. Intervenciones situadas, diálogos disciplinares y producciones de saberes*, colección Libros de Cátedra, de la Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDUNLP) y Facultad de Trabajo Social UNLP. Disponible en: PORTAL DE LIBROS DE LA UNLP: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/2531>

SEDICI. SERVICIO DE DIFUSIÓN DE LA CREACIÓN INTELECTUAL ES EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/169205> HYPERLINK

INDICE ILUSTRACIONES

Ilustración de Tapa

“La morada irreatable”



Cecilia Dalla Cía

Pienso la fotografía como una forma de intervención en la sociedad, toda vez que contribuye a la construcción de identidades sociales, intereses colectivos y singulares, delinea problemáticas sociales y esboza posibles caminos a recorrer. Es una invitación abierta a los sentidos, interpretaciones, sensaciones, a estallar los prejuicios y habilitar el diálogo con otros. “La morada irreatable” forma parte de una serie documental sobre la forma de habitar la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



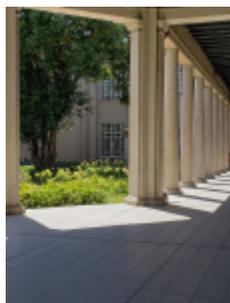
Página: 4
"Testigo"
Alejandra Juárez



Página: 6/14
"Marchando"
Alejandra Juarez



Página: 16/21/22
"Sin encierro"
Silvia Faraone



Página: 23/29
"Luces y sombras"
Silvia Faraone



Página: 31/36
"Sin título"
Cecilia Miño



Página: 37/42/43
"Aún tu mirada..."
Marisa Matteri



Página: 44/50
"Hacia adentro"
Adriana Berra



Página: 51/59
"Planeando aventuras"
Laura Divito



Página: 60/68
"El Estado no se quema"
Karina Mancini

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, Lilita Irma
ROSSI CIRONE, Sonia Mabel
RUSSIN BARTOLOMÉ, Horacio
RUTILA ARTÉS, Graciela Antonia
SAGÜES MUNICOY de PERDIGHE, Graciela
SANTORO DELISIO, Roberto Jorge
SCIANCA POCHETTINO, Teresita María
SEGUEL BETANCURT, Arlene
SERRANO , María del Carmen
SOLDATI, Berta María
SOLIMANO de MENDIZABAL, Susana Haydee
TEJEDOR, Eduardo Adolfo
TERESZECHUK YAGAS, Carlos Enrique
TOMMASI, María Esther
TRONELLI JACOBO, Mirta Felisa
TROTTA de CASTELLI, María Teresa
VALLEJO RECCIA, Cristina Elena
VECCHI GARNERO, Cecilia Lilita
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