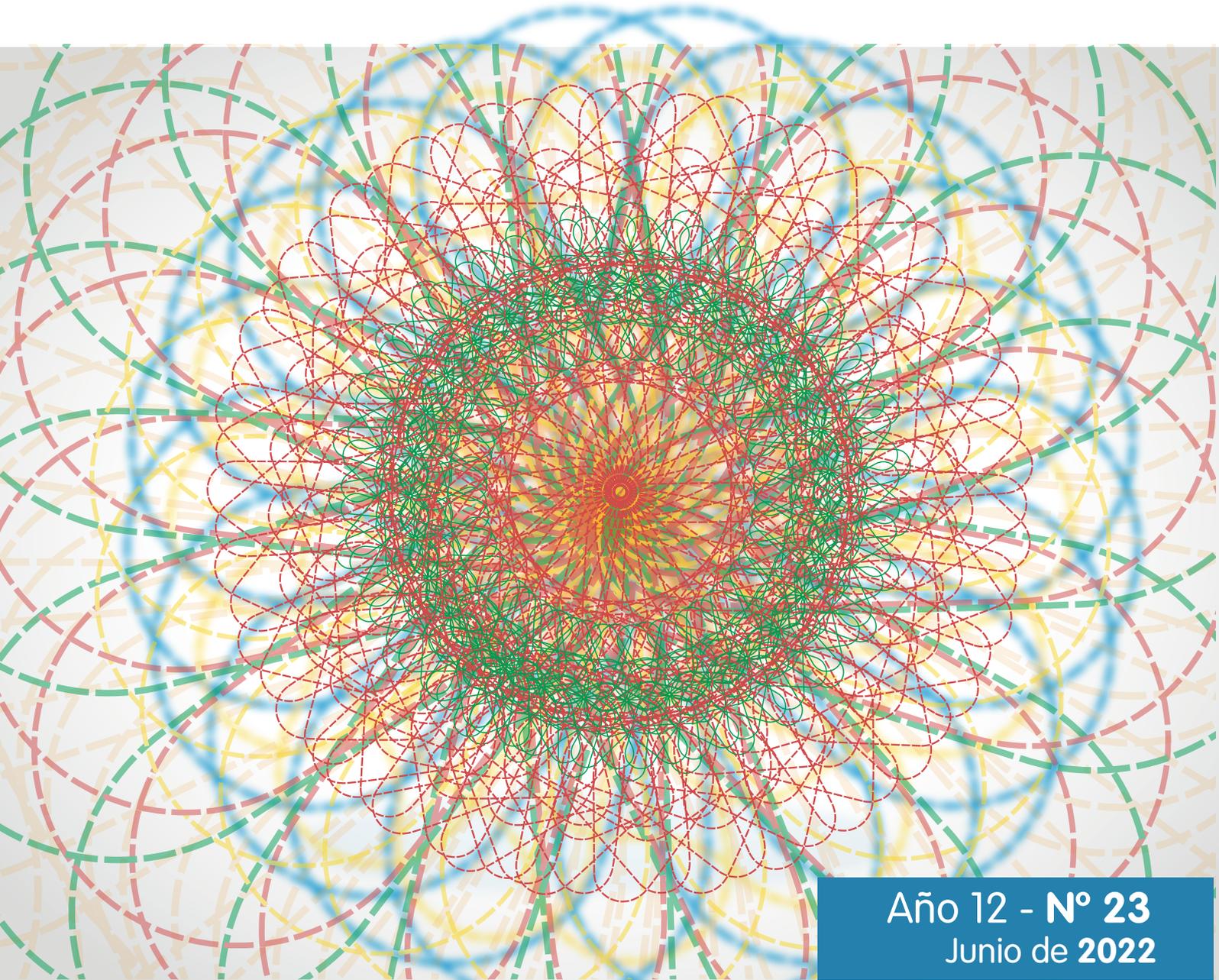


Revista
Debate Público
Reflexión de Trabajo Social

ISSN 1853-6654



Año 12 - N° 23
Junio de 2022

Tema
**La pospandemia y la intervención.
Tiempos de desafíos, presencias y propuestas**

Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social

ISSN 1853-6654

Año 12 - N° 23
Junio de 2022



Presentación

Publicación de Ciencias Sociales que lleva adelante la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, con el objetivo de generar un espacio de debate y difusión de conocimiento social.

Esta publicación se propone divulgar aportes sobre *lo público* que realizan el colectivo profesional del Trabajo Social en particular, y las ciencias sociales en general, con la pretensión de aportar a su fortalecimiento, a partir de re-visitar las disputas que construyen como tal. La configuración de *lo público* en este contexto y las reflexiones que se suscitan interpelan al Trabajo Social, en tanto posible ángulo de interrogación sobre la intervención, pues en este debate se centran algunas claves para la lectura de las políticas, las instituciones y las prácticas que entablan distintos actores.

La revista Debate Público es una publicación de propiedad de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Cuerpo Editorial

Directora General: Soraya Giraldez

Directora Editorial: Bárbara García Godoy

Equipo Editorial: Mariana Cataldi y Mariana Meliharek

Consejo Editorial: Adriana Clemente (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Ana Arias (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), María Isabel Bertolotto (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Alfredo Carballada (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Margarita Rozas (Universidad Nacional de La Plata), Claudio Ríos (Universidad Nacional de La Plata), Mariela Diloreto (Universidad Nacional de La Plata), Susana Cazzaniga (Universidad Nacional de Entre Ríos), Lorena Molina (Universidad de Costa Rica), Mónica De Martino (Universidad de la República. Uruguay), José María Alberdi (Universidad, Nacional de Rosario).

Comité Científico: Norberto Alayón (Carrera de Trabajo Social - UBA), Cristina Melano (Carrera de Trabajo Social - UBA), Raquel Castronovo (Carrera de Trabajo Social - UBA / Universidad Nacional de Lanús), Claudia Danani (Carrera de Trabajo Social - UBA), Violeta Correa (Carrera de Trabajo Social - UBA), Estela Grassi (Carrera de Trabajo Social - UBA), Gloria Mendicoa (Carrera de Trabajo Social - UBA), María Carman (Carrera de Trabajo Social - UBA), Diana Rossi (Carrera de Trabajo Social - UBA), Cecilia Hidalgo (Carrera de Trabajo Social - UBA), Alejandro Rofman (Carrera de Trabajo Social - UBA), Miguel Vallone (Carrera de Trabajo Social - UBA), Silvia Faraone (Carrera de Trabajo Social - UBA), José María Serbia (Carrera de Trabajo Social - UBA), Patricia Digiglio (Carrera de Trabajo Social - UBA), Lucrecia Raffo (Ministerio de Salud de la Nación), Ricardo Rubio (Universidad Nacional de Cuyo), Liliana Barg (Universidad Nacional de Cuyo), Silvia Mabres (Universidad Nacional de San Juan), Marcelo Lucero (Universidad Nacional de San Juan), Laura Garcés (Universidad Nacional de San Juan), Susana Cazzaniga (Universidad Nacional de Entre Ríos), Florencia Cendali (Universidad Nacional de Luján), Bibiana Travi (Universidad Nacional de Luján), Inés Seoane (Universidad Nacional de La Plata), Juan Ignacio Lozano (Universidad Nacional de La Plata), Inés Hadad (Universidad Nacional de Río Negro), Mariano Barberena (Universidad Nacional de La Plata), Jesús Acevedo (Universidad Autónoma de Coahuila. México), Ana Monge (Universidad de Costa Rica), María Noel Miguez Passada (Universidad de la República. Uruguay), Denis Merklen (Escuela de Altos Estudios de París), Carolina Mera (Instituto Gino Germani - FSOC / UBA), Mónica Petracci (Instituto Gino Germani - FSOC / UBA), Esteban De Gori (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Ana Rosatto (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Carla Wainsztock (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Pablo Di Leo (Instituto Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Gisela Spasiuk (Universidad Nacional de Misiones), Pilar Fuentes (Universidad Nacional de La Plata), Susana Hintze (Universidad Nacional de General Sarmiento), Nora Aquín (Universidad Nacional de Córdoba).

Composición y armado: dg Leo Tambussi - leotambu@gmail.com

Dirección: Santiago del Estero 1029 - CP:1075 / Buenos Aires - Argentina - Tel: (54-11) 5287-1728.

email: debatepublico@sociales.uba.ar / web: www.trabajosocial.fsoc.uba.ar

Las opiniones expresadas en Debate Público. Reflexión de Trabajo Social son independientes y no reflejan necesariamente las del Comité Editorial. Se permite reproducir el material publicado siempre que se reconozca la fuente. Sistema de arbitraje: todos los artículos centrales y los artículos seleccionados han sido sometidos a arbitraje por miembros del Comité Científico de la publicación.

Índice

Tema

La pospandemia y la intervención.
Tiempos de desafíos, presencias y propuestas

Editorial

La pospandemia y la intervención.
Tiempos de desafíos, presencias y propuestas
Soraya Giraldez

Artículos Centrales

Censo de Población 2022
¿Aportes para la política social?
Martín Moreno

Investigación en Trabajo Social:
desafíos en la gestión de equipos
Adriana Clemente

Artículos Seleccionados

Participación Social en pandemia.
Análisis desde una experiencia en Salud Ambiental
Araceli Vidal

Esa madre es una negligente,
¡Llamen al servicio social!
Paula Eichhorn, Ximena Paz y Guadalupe Pertine Jacquet

Género y violencias: el avance de la necropolítica
en el acceso a justicia
Anni Engelmann

Entre lo esencial y la subalternidad: disputas del trabajo social en salud
en contexto de pandemia desde una perspectiva de género
Candela Heredia y Julieta Nebra

59

Reflexiones en torno a una experiencia de abordaje colectivo
de interrupciones de embarazo desde APS
Florencia López

71

Límites y alcances de las políticas para la población mayor
en la Ciudad de Buenos Aires
Fernando Rada Schultze y Christian Arias

81

El regionalismo integral en América Latina.
El MERCOSUR en el Cambio de Siglo
Diego Tobio

91

Es Lo Que Es. El trabajo hospitalario
en consumo problemático de sustancias
Virginia Cunzolo

101

Miradas sobre la intervención

Las dimensiones de la intervención profesional en el Trabajo Social con familias.
Reflexiones desde un proceso de investigación
María Luz Bruno, María Felicitas Elías, Valeria Ramírez,
Federico Simonte, Virginia Guardia, Mariano Abregú,
Sandra Ana Pugliese y Ignacio De Isla

113

La pospandemia y la intervención. Tiempos de desafíos, presencias y propuestas

Soraya Giraldez

Debate Público existe hace más de 11 años, su primer número fue en abril del año 2011. Esta continuidad, sin duda, es fruto de un trabajo sostenido de un colectivo que fue mutando, enriqueciéndose.

La Revista, además de tratarse de una publicación es, en sí misma, un lugar. Un espacio en que confluyen, centralmente, profesionales del trabajo social, pero también de otras disciplinas. Tanto quienes se vinculan escribiendo, contactándose con evaluadores, evaluando, editando, leyendo, compartiendo los artículos, son parte de Debate Público.

Este además, es el número de la post pandemia, contexto complejísimo, donde se empiezan a visualizar algunas de las consecuencias de ese tiempo. Sus implicancias se extienden sobre las subjetividades, con características específicas según las distintas cotidianidades, edades y condiciones en que se desarrolla la vida cotidiana. Pero también genera debates en torno a las instituciones donde trabajamos y centralmente en nuestras prácticas profesionales. Estamos volviendo a encontrarnos, con lo que implica en nuestras vivencias, temores, corporalidades e intercambio.

En el tiempo en que se escribía esta editorial, transcurrió el Encuentro Nacional de FAUATS en la ciudad de Paraná con más de 2500 participantes, entre ellos centenares de estudiantes. El potencial, y la fuerza del Trabajo Social como disciplina, se manifestó, de manera federal, con debates situados, desde las reivindicaciones que las organizaciones que trabajan en la igualdad de género nos han enseñado, con lecturas de las coyunturas, estructuras y las cotidianidades en diálogo.

En esos mismos días, ocurrió un intento de asesinato de la Vice Presidenta de la Nación, y en ese acto, el ataque a las formas democráticas, y la intensificación de expresiones justificando el odio y la destrucción. El Trabajo Social deberá continuar reafirmando en este momento tan difícil, su compromiso con la justicia, y con la construcción de emancipaciones populares, y de modelos de Estado redistributivos e inclusivos.

Tomando estos desafíos, los autores abordan temas que, sin duda, interpelan. Se recorren diversos ejes, situados desde las instituciones y las prácticas de colegas, y desde claves de análisis teóricos y debates que enriquecen las perspectivas del colectivo de la disciplina. Consumos, género y violencias, abordajes de vínculos familiares, acceso a políticas tales como las de interrupción del embarazo, trabajo con personas adultas mayores, atención primaria de la salud y lo que nos dejó la pandemia. También miradas más estructurales, el proceso del censo nacional, la región latinoamericana, y la necesidad de emparentar prácticas interventivas con prácticas investigativas a partir de nuestra inclusión en el ámbito de la política pública.

En ese marco queremos agradecer a los autores que en forma individual o en coautoría han compartido sus producciones: Mariano Abregú; Christian Arias; María Luz Bruno; Adriana Clemente; Virginia Cunzolo; Ignacio De Isla; María Felicitas Elías; Anni Engelmann; Virginia Guardia; Candela Heredia; Florencia López; Martín Moreno; Julieta Nebra; Ximena Pazby; Guadalupe Pertine Jacquet; Sandra Pugliese; Fernando Rada Schultze; Valeria Ramírez; Federico Simonte; Diego Tobio y Araceli Vidal.

Pero, cómo se mencionó al inicio, la revista también la construyen quiénes la leen y la comparten. Quienes hacen Debate Público, cada una de las colegas que escriben, apuestan a que cada nota genere un encuentro, un debate, un intercambio de reflexiones.

Y que, en ese punto de encuentro, también esté la invitación a escribir, a animarnos a enunciar. Necesitamos que el Trabajo Social cada vez escriba más, investigue, sistematice y comparta sus saberes. Ese continúa siendo el desafío de Debate Público. Bienvenidos al Número 23 - ¡que lo disfruten!

Soraya Giraldez
Directora de la Carrera de Trabajo Social - UBA

Artículos centrales



Artículos centrales

Censo de Población 2022 ¿Aportes para la política social?

Martín Moreno^a

Fecha de recepción: 23 de junio de 2022
Fecha de aceptación: 30 de junio de 2022
Correspondencia a: Martín Moreno
Correo electrónico: martinmoreno@cenep.org.ar

- a. Licenciado en Sociología. Centro de Estudios de Ciudad (CEC) - FSOC-UBA y Centro de Estudios de Población (CENEP).

Resumen:

Las presentes notas tienen el propósito de recorrer algunos aspectos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 con la intención de rescatar las modificaciones introducidas respecto de igual censo del año 2010 y nuevos aspectos que se han incorporado en esta ronda censal.

La finalidad más inmediata es rescatarlos en orden a la potencialidad que ellos pueden tener en la formulación e implementación de las políticas sociales. Para ello resulta necesario conocer los ámbitos temáticos que se han incluido, la forma de indagarlos y a partir de los resultados (datos e información) logrados apreciar la situación en que la población y en particular la de los sectores socialmente más desfavorecidos y, a partir de su caracterización, intervenir en miras al logro de un efectivo ejercicio de sus derechos y en orden al logro de una sociedad más justa que incluya a las/os habitantes del país en un marco de respeto a los derechos humanos.

Palabras clave: Censo de población - Información - Política social.

Summary

The purpose of these notes is to review some aspects of the 2022 National Population, Households and Housing Census with the intention of rescuing the modifications introduced with respect to the same census of the year 2010 and new aspects that have been incorporated in this census round.

The most immediate purpose is to rescue them in terms of the potential they may have in the formulation and implementation of social policies. For this, it is necessary to know the thematic areas that have been included, how to investigate them and, based on the results (data and information) obtained, appreciate the situation in which the population and in particular that of the most socially disadvantaged sectors and, based on their characterization, intervene in order to achieve an effective exercise of their rights and in order to achieve a fairer society that includes the country's inhabitants in a framework of respect for human rights.

Key words: Population census. Information. Social policy.

Introducción

El censo constituye una fuente de información de enorme importancia para diferentes propósitos. Por una parte el de proveer el insumo básico para que el Congreso de la Nación determine la cantidad de diputados que deben integrar la Cámara respectiva, en orden al número de habitantes fijado por la Constitución Nacional con arreglo al resultado censal.

Además de dicho propósito el censo de población y vivienda es un proceso de producción de información y de compilación y difusión de los datos obtenidos, relativos a la situación demográfica, económica y social de los habitantes del país y por lo tanto puede constituirse en un mecanismo que, en la caracterización de las personas, advierta sobre las que habitan en territorios y comunidades que plantean desafíos para alcanzar condiciones de vida dignas diferenciando áreas geográficas, grupos sociales, etarios, étnicos, con necesidades especiales, entre otros.

Finalmente, el censo de población constituye la base sobre la que se apoya la proyección y estimación de la población para períodos posteriores, y estas proyecciones y estimaciones resultan -como se verá más adelante- fundamentales para la provisión de servicios y la atención en ámbitos tan esenciales como el de la salud, la educación, el trabajo y los servicios públicos.

La reciente realización del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (mayo 2022), inicialmente

programado para el año 2020 que debió ser postergado por la pandemia de COVID-19 que asolara el mundo y también a nuestro país, es una oportuna ocasión para reflexionar acerca de la relación que existe o pudiera existir entre este operativo y la política, los programas y la intervención social.

Se puede afirmar que una de las mayores potencialidades que tiene un censo de población es que se despliega a lo largo de todo el territorio del país, permitiendo entonces poder obtener información para áreas muy pequeñas, característica que no poseen ni posibilitan las encuestas que por su carácter de tales, apelan a muestras -sean o no probabilísticas o, como habitualmente se las caracteriza o denomina, "representativas"-.

Frente a esa enorme ventaja, se contraponen el hecho de que un operativo de esta magnitud puede ser realizado en períodos intercensales relativamente amplios, habitualmente decenales, lo cual desactualiza la información recabada al momento del censo. Para ello en nuestro país el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) desarrolla un sistema de encuestas a los hogares que se propone obtener información actualizada, pero sin poder superar la dificultad "muestral" antes mencionada.

Considerar, sin embargo, las potencialidades que la información censal conlleva, resulta de importancia a los fines de estas notas. Para ello se distinguirán, en el apartado que sigue, diversos aspectos que el censo incluye en el cuestionario o boleta censal.

Acerca del operativo

Antes de centrarse en algunos aspectos específicos -denotados por ítems o preguntas- cabe señalar ciertos puntos más generales. En este sentido pueden señalarse algunas características que diferencian el último censo de los anteriores: la primera es que se trata de un censo “de derecho”, la otra es la de introducir el empadronamiento digital, el “e-censo” y una tercera que refiere al cuestionario y a un empadronamiento “completo” sin recurrir a muestras para localidades de mayor tamaño.

Respecto de la primera de ellas, es que se trató de un censo “de derecho” y no “de hecho”, como habitualmente se trataba. Un censo de hecho es un relevamiento que se realiza registrando a las personas en relación con el lugar donde pasaron la noche anterior, no importando si son o no residentes habituales del mismo; en cambio el “de derecho” es un censo en el que se registra a las personas en la vivienda en la que tienen su residencia habitual, considerando a ésta como la que residen la mayor parte del tiempo de la semana (cuatro o más días).

Esta última característica permite conocer las características y situación en que se encuentran las personas y hogares que residen en un lugar específico, podría decirse la población “efectiva” de una localidad, municipio o provincia, permitiendo un más ajustado diagnóstico para la formulación e implementación de políticas públicas y, dentro de ellas, las sociales hacia las cuales deben dirigirse. Esto porque las políticas deben formularse para las personas y familias que viven en el ámbito territorial sobre el cual rige la autoridad político-administrativa correspondiente y además porque no pueden destinarse a la población que circunstancialmente se encontraba en ese territorio en ocasión del momento censal.

Esta consideración no menoscaba el hecho que en el censo anterior se había incluido una pregunta acerca de la residencia habitual, con lo cual podía establecérsela, aunque en los cuadros publicados no aparece la población censada según lugar de empadronamiento por residencia habitual.

Asimismo, por ser un censo de derecho, posibilitó que las viviendas colectivas, que incluyen cuarteles, hospitales, hogares de personas mayores, residencias de estudiantes, colegios o internados, entre otros, fueran relevadas en los diez días previos al operativo del miércoles 18, igual que las viviendas particulares de las áreas rurales, ya que desaparecía la necesidad de referirse a las

personas en el lugar (domicilio) donde pasaron la noche anterior al operativo censal, ganando -de alguna manera- en simplicidad operativa, lo que permitiría reducir los errores no muestrales que todo operativo de campo supone.

También posibilitó implementar una diferente manera de relevar anticipadamente a las personas “en situación de calle” o, la que en el cuestionario censal, se menciona como “Persona/s viviendo en la calle”. En oportunidad del último censo, la indagación fue realizada entre la noche del 16 y la madrugada del 17 de mayo (habiéndose previsto iniciarla a las 20hs. del primer día y finalizarla a las 02hs. del segundo) de manera presencial por censistas específicos. Participaron unos 265 censistas en alrededor de 75 departamentos de 19 provincias, con el foco puesto mayormente en las localidades del conurbano bonaerense y en las 15 comunas de la Ciudad de Buenos Aires.

En oportunidad del censo anterior (el del 2010) la/el censista debía registrar e indagar a las personas que encontraba en su recorrido al realizar su tarea (diurna).

Aun cuando no se generaron planillas específicas para esa población, el hecho de recurrir a los censistas mencionados permitió tener -en el relevamiento- un mejor acercamiento y abordaje. Por otra parte, esta indagación puede ser considerada el inicio para el cumplimiento de la ley 27.654 sobre Situación de calle y familias sin techo que tiene por objeto (Art.1º) “garantizar integralmente y hacer operativos los derechos humanos de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle que se encuentren en el territorio de la República Argentina”. En su artículo 13 la ley establece que en un plazo de 6 meses desde su publicación -y luego anualmente- el Ministerio de Desarrollo Social (la autoridad de aplicación) “debe organizar y realizar -coordinando con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y los organismos estadísticos competentes de cada jurisdicción- un relevamiento nacional de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle”, con “el objeto de obtener la información necesaria que permita la realización de un diagnóstico para la implementación de las políticas públicas de alcance nacional para este sector de la población, considerando sus diferentes subgrupos”. Indudablemente puede constituirse en la antesala para implementar políticas públicas más específicas e informadas para este sector poblacional.

La segunda importante diferencia con el censo de 2010 fue la posibilidad de responder de manera autoadminis-

trada un cuestionario en línea (censo digital) con anterioridad al día del Censo, (desde el 16 de marzo hasta el momento del inicio del relevamiento presencial, el cual se llevó a cabo mediante una entrevista en la vivienda); esta modalidad virtual posibilitó que casi 24 millones de personas (23.813.773) en todo el país lo hicieran de esta manera, permitiendo agilizar la tarea de las/los censistas en la fecha establecida como "día del censo" (el 18 de mayo).

Otra diferencia es que en el último censo se realizó una enumeración completa es decir sin apelar a una muestra, tal como se hiciera en los censos anteriores (1980,1991 y 2010) y con un único cuestionario común, tanto para el censo digital como presencial, y sin utilizar un cuestionario básico y otro ampliado como se hiciera en esas oportunidades; específicamente en 2010 en las localidades de más de 50.000 habitantes se aplicó el ampliado en las viviendas incluidas en la muestra. En las restantes, la información para las variables del cuestionario ampliado que no estaban en el básico se obtiene mediante la expansión de los resultados obtenidos en la muestra.

Las modificaciones del censo

El cuestionario incluyó algunas novedades respecto al censo realizado hace doce años. En principio, se introdujeron preguntas acerca del sexo registrado al nacer, la identidad de género, el reconocimiento de pueblos originarios y de la población afrodescendiente.

En cuanto al sexo y la identidad de género, el cuestionario incluyó la categoría "X/ ninguna de las anteriores", refiriéndose a las tradicionales "Mujer" y "Varón"; incluyó también una pregunta: "De acuerdo con la identidad de género ¿se considera... "mujer", "mujer trans/travesti", "varón", "varón trans/ masculinidad trans", "no binario", "otra identidad/ninguna de las anteriores" y "prefiero no contestar", además del consabido "ignorado".

En el cuestionario también se incorporaron ítems sobre pueblos originarios, por lo que se preguntó a cada persona si se reconoce «indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios», especificando el pueblo y, además, si "habla y/o entiende la lengua de ese pueblo indígena u originario".

Asimismo se preguntó a todas las personas «¿Se reconoce afro descendiente o tiene antepasados negros o afri-

canos?». Ambos aspectos habían sido considerados en el Censo del año 2010, pero la indagación fue realizada de manera algo diferente.

Por último en esta oportunidad el Censo preguntó acerca de la presencia en el hogar de alguna persona con dificultades o limitaciones (caminar o subir escaleras; recordar o concentrarse -por ejemplo, recordar la dirección de su casa-; comunicarse, por ejemplo, entender o ser entendida por otras personas; oír, aun con el uso de audífonos; ver, aun con anteojos puestos -por ejemplo, ver la letra impresa en un diario-; comer, bañarse o vestirse sola) sin identificar a la persona que tenía la dificultad o limitación. Se postuló que a partir de la indagación realizada, posteriormente se podría realizar una encuesta a esta población para una mayor profundización en el conocimiento de la situación en que se encontraba. En el censo 2010, se realizó una indagación similar, pero identificando al miembro del hogar que la padecía, permitiendo así caracterizar a estas personas; es cierto también que esta pregunta se incluyó solamente en el cuestionario ampliado. La modalidad ahora adoptada, requiere necesariamente de una encuesta post censal para un acabado conocimiento de la dicha población.

Las temáticas indagadas

Habitualmente entre los aspectos que pueden reconocerse como relativos a las políticas que atienden a dar cuenta de los derechos que a las personas les asisten o "políticas sociales" se incluyen aquéllos relacionados con la vivienda, la educación, la salud, el trabajo y la pobreza (como contracara del acceso a derechos). A ellos se refiere lo que a continuación se desarrolla, considerando también dos aspectos que no se refieren estrictamente a políticas sociales, pero que sí inciden en la situación social de las personas como son la situación migratoria y particularmente, por la asignación diferenciada según género de las tareas de cuidado y reproducción, a las mujeres. En ambos aspectos las intervenciones que pueden desarrollarse -particularmente desde el Estado- resultan decisivas en cuanto a asegurar el ejercicio de derechos.

Es, por lo tanto, la información necesaria para diseñar y planificar políticas públicas en educación, salud, empleo, infraestructura y viviendas, entre otros.

En cuanto a la vivienda no hay, en términos generales, avances o retrocesos respecto de indagaciones anteriores. No obstante no puede dejar de señalarse que en el

censo reciente no se ha indagado acerca del acceso a la electricidad, ni sobre el material de las paredes exteriores, y si el baño que utiliza el hogar es de uso compartido o no, pero sí indaga acerca de la ubicación del mismo. Por otra parte no hay indagación de la tenencia (propiedad) del terreno, se la realiza solamente referida a la vivienda y en cuanto a la escrituración de la misma, se indaga ahora con mayor profundidad acerca de la documentación que respalda su uso.

Hay preguntas que se refieren -como en anteriores oportunidades- a la disponibilidad, origen y distribución interna del agua y sobre el combustible utilizado para cocinar.

Finalmente se realizan las preguntas relativas a la disponibilidad de cuartos y ambientes, que permitirán luego conocer si el hogar se encuentra o no en situación de hacinamiento.

En relación con los aspectos educativos de las personas, en esta oportunidad censal no se pregunta acerca de analfabetismo (no saber leer ni escribir), pero se indaga de manera separada (actual y pasada, según corresponda) en cuanto a la asistencia a instituciones educativas, al alcanzado nivel educativo que se cursa (o el más alto que se ha alcanzado), y la completitud y años/grados que se han aprobado para quienes ya no asisten.

En lo que refiere a la cobertura de salud y previsional, en esta oportunidad se asimila en una sola categoría la cobertura de salud por obra social o prepaga, cuando anteriormente se podía diferenciar a las personas que accedían a una prepaga a través de una obra social o por contratación voluntaria. Son dos alternativas que responden a situaciones sociales diferentes -la primera muy ligada y dependiente del desempeño de una ocupación registrada, en tanto que la segunda no tiene este condicionamiento- y responde generalmente a una situación económica más holgada.

Con respecto a la cobertura previsional, se indaga -como es habitual- por la percepción de jubilación/ pensión y por el tipo del beneficio recibido.

En lo que hace a la inserción en la producción de bienes y servicios, la temática laboral, puede decirse que es uno de los aspectos sobre los que se indaga con menor profundidad. Si bien puede alegarse que hay encuestas a hogares más específicas que profundizan en la misma (la Encuesta Permanente de Hogares -EPH- por mencionar la más conocida y utilizada), no puede dejar de señalarse

la importante limitación que ésta tiene en cuanto a cobertura territorial ya que se realiza en ciudades de 100 mil y más habitantes o en las capitales de provincias.

Así, se ha indagado en la condición de actividad y ocupación de las personas (de 14 años y más), la categoría ocupacional (incorporando además de las tradicionales “obrero o empleado”, “cuenta propia”, “patrón o empleador” y “trabajador familiar”, la categoría “servicio doméstico”), la rama de actividad (de manera “cerrada” con alternativas preestablecidas -entre ellas pudiéndose diferenciar la educación y la salud pública de la privada-) y abierta (para describirla con cierto detalle), y finalmente acerca del descuento jubilatorio (para asalariados y servicio doméstico) o el aporte por sí mismo (para no asalariados). Se ha dejado de indagar el nombre de la ocupación desempeñada, el tamaño del establecimiento en términos de cantidad de personas que en el mismo se desempeñan y el sector público (municipal, provincial o municipal) o privado, con prescindencia de la rama de actividad en la que se trabaja.

En cuanto a dos sectores diferenciados de la población, los migrantes internos (nacidos en Argentina) y los internacionales (nacidos fuera de Argentina), las preguntas dirigidas a su identificación y caracterización no han sufrido prácticamente cambios respecto de los aspectos sobre los que se realizó la indagación. Sin embargo un acabado conocimiento de su situación, especialmente de quienes llegan a nuestro país desde otros países principalmente limítrofes o de Perú, Venezuela y Colombia (el propio censo dirá de la importancia numérica de estos colectivos), adquiere una relevancia singular en el marco de la implementación de la (al momento de su sanción, nueva) ley de migraciones que propone una política de inclusión, basada sobre los derechos humanos, la integración regional y la integración de los extranjeros en reemplazo de otra concebida con la óptica de la doctrina de la seguridad nacional. Argentina resulta, desde el punto de vista normativo, un caso paradigmático por ser portavoz desde el 2004 de lo que sea considerado como un nuevo paradigma para las políticas migratorias centrado sobre los derechos humanos; es particularmente emblemático porque demuestra como un país donde por decenios había dominado una política y visualización del migrante definido como problema y amenaza ahora se vuelve sujeto portador de derechos, y de recursos para el desarrollo económico y cultural del país, con independencia de su situación migratoria. Al procurar la regularización de los inmigrantes y a la protección de sus derechos, establecidos en la Constitución Nacional y considerando lo preceptuado por la Organi-

zación Internacional del Trabajo y, de Naciones Unidas, la Convención sobre la Protección de los derechos de los trabajadores migrantes y sus familias, afirma el derecho de los migrantes a elegir el lugar en el que desean vivir y obliga a asegurar su efectivización.

Los resultados de este censo permitirán verificar en qué medida los migrantes internacionales, pero no sólo ellos sino también los internos, efectivamente logran alcanzar (o no) a los derechos que la normativa pretende garantizar respecto del acceso igualitario de las personas migrantes a los servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social, en el marco del respeto a los derechos humanos.

Cierra el conjunto de preguntas para ser respondidas por la población las destinadas a las mujeres (de 14 años y más) acerca de la tenencia de hijos, sobrevivencia a de los mismos y fecha de nacimiento del último. Estas preguntas permiten establecer aspectos importantes sobre la fecundidad de ellas.

Información, política e intervención social

El recorrido realizado, posibilita ver que el Censo de Población puede realizar importantes aportes para la política social al proveer información robusta para la formulación e implementación de las políticas sociales y de las intervenciones en los territorios que permitan alcanzar los objetivos que ellas se proponen.

Esta afirmación se apoya en las consideraciones que a continuación se presentan.

Una primera es que al conocer la cantidad de población residente en el país, las provincias, los departamentos o partidos (y comunas en el caso de la Ciudad de Buenos Aires) pueden realizarse estimaciones de la cantidad de población que se proyecta habrá en años posteriores. Al respecto cabe realizar una advertencia y es que estas proyecciones de población -que regularmente realiza el INDEC- se basan en hipótesis (es decir afirmaciones sobre comportamientos y situaciones futuras que luego habrán de confirmarse o refutarse), fundamentadas en las tendencias acerca de las trayectorias anteriores de los factores o componentes básicos que determinan el crecimiento demográfico. Estos componentes son el crecimiento vegetativo o natural (el saldo entre los nacimientos y las defunciones ocurridas) que junto con el balance mi-

gratorio (saldo entre los inmigrantes y los emigrantes verificados) conforman el crecimiento total de la población. El primero de los crecimientos depende de la fecundidad que presenta la población femenina y de mortalidad verificada. Ambos comportamientos son condicionados a su vez por factores sociales, económicos y culturales de las personas, es decir de las situaciones socioeconómicas en que ellas se encuentran. Esto supone que se verifiquen los supuestos a partir de los cuales se formulan las hipótesis de los desempeños futuros que, por ser tendenciales, en general es de suponerse no presenten cambios abruptos. Algo similar puede decirse del crecimiento migratorio, aunque tanto la inmigración como la emigración está más condicionada por factores o situaciones coyunturales que se verifiquen tanto en Argentina como en los países desde los que provienen los inmigrantes y, por lo tanto, más difícil de hipotetizar más certeramente.

Sin embargo, la no verificación de las hipótesis sobre las que se basan dichas proyecciones, que habitualmente se formulan distinguiendo sexo y grupos de edad, pueden tener importantes consecuencias en la formulación de las políticas sociales. Así, como meros ejemplos, la estimación de las vacantes necesarias en las escuelas de los distintos niveles en función de la estructura por edad que presente la población; prever la cantidad de población que -considerando la estructura por edad y ahora también por sexo, dada la diferencial inserción en la producción de bienes y servicios que presentan mujeres y hombres- demandará puestos de trabajo; considerar la provisión de vacunas, camas hospitalarias según especialidad y demás insumos para el cuidado de la salud, ya que estimaciones equivocadas pueden redundar en faltantes de los mismos, con la negativa situación que ello conlleva o en sobrantes, que suponen gastos innecesarios en los presupuestos municipales, provinciales y nacional. Todo ello considerando también su distribución y demandas territoriales. Por ello la pregunta acerca de la tenencia de hijos y las relativas a la fecundidad de las mujeres resulta muy importante en esta proyección. Existen indicios acerca de una sobreestimación al respecto que estaría introduciendo la necesidad de una corrección de las proyecciones actuales, aunque los resultados censales la estarían (o no) confirmando.

En segundo lugar, el conocer los hogares en los que al menos había una persona con dificultades o limitaciones, es decir con necesidades especiales o discapacidad, es fundamental para poder estimar la cantidad y profundizar en el tipo de demanda que al respecto debe satisfacerse; ello con la pronta y, como ya se dijera, necesaria realización de una encuesta post censal destinada a esos objetivos.

Como tercera consideración, acerca de la situación del parque de viviendas y su correspondiente hábitat, aquí la atención debiera dirigirse a conocer los déficits que sobre esos aspectos existen para su pronta superación, tanto en los aspectos constructivos y de reparo que las viviendas brindan, como la estimación de los servicios públicos (agua corriente, cloacas y electricidad -aspecto éste sobre el que no ha habido indagación-) a los que la población no tiene posibilidad de acceso. Otro importante aspecto es la consideración del hacinamiento, aspecto que constituye uno de los indicadores que se utilizan para estimar la población que reside en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), sobre los que se hará también una referencia.

Una cuarta consideración, en relación con los aspectos educativos, es que saber acerca de las personas que no han completado los ciclos formales de instrucción resulta central para el diseño de una política proactiva que tienda a garantizar efectivamente la terminación del ciclo secundario, particularmente en los jóvenes que no lo han podido continuar, ya que resulta condición ineludible para una inserción laboral adecuada y para una integración social plena.

En cuanto a la cobertura en salud, conocer la cantidad de personas y las edades que ellas tienen, que no tienen otra cobertura más que la que brinda el sector público -estatal en sus diversos niveles- particularmente en los territorios y localidades de menor tamaño poblacional en las cuales no existe oferta que no sea la pública, permitiría estimar las demandas potenciales y prever su adecuada satisfacción.

También conocer de manera actualizada la situación sobre los aspectos referidos a la inserción de la población en la producción de bienes y servicios resulta especialmente importante para el logro de un adecuado equilibrio entre la “oferta y la demanda” orientado a la superación de las instancias de desocupación, subocupación y trabajo no registrado que pudieran encontrarse y en orden al logro de una inserción productiva de las personas en condiciones dignas.

Por último una referencia a los hogares y personas que se encuentran en una inadmisibles situación de pobreza medida atendiendo a la insatisfacción de las necesidades consideradas básicas. Éstas están basadas en el establecimiento de umbrales mínimos de bienestar, que deben ser alcanzados a partir de la cobertura de una serie de necesidades materiales básicas. Se considera a los hoga-

res -y la población que reside en ellos- como insertos en una situación denominada como de “pobreza estructural” a partir de la presencia de al menos uno de los indicadores que a continuación se detallan.

Vivienda inconveniente, es aquella en la que los hogares que viven en los siguientes tipos de vivienda: precaria; vivienda no destinadas a fines habitacionales, habitación de inquilinato, hotel o pensión y otro tipo de vivienda. Excluye a las casas, departamentos y ranchos.

Carencia sanitaria, refiere a los hogares que no poseen retrete.

Hacinamiento, se determina atendiendo a la relación entre la cantidad de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar; se considera que existe hacinamiento cuando en el hogar hay más de dos personas por cuarto y hacinamiento crítico cuando esa cantidad es de más de tres.

Inasistencia escolar, cuando en el hogar se encuentra al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.

Capacidad de subsistencia, refiere a los hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y la/el jefa/e del hogar no ha completado más que el tercer grado de la escuela primaria.

Corolario

Como pudo verse el Censo de Población hogares y viviendas (2022) permite obtener prácticamente toda la información necesaria para diseñar y planificar adecuadas políticas públicas en educación, salud, empleo, infraestructura y vivienda, entre otros aspectos y las intervenciones que de ellas se derivan, para las diversas divisiones territoriales político-administrativas en que se organiza nuestro país.

Claro está que lo recién afirmado depende del tiempo que transcurra entre el período de relevamiento (virtual y presencial) y la disponibilidad y difusión oportuna de la información debidamente consistida. El tiempo que medie entre ambos momentos determinará la desactualización que la situación descrita por los datos obtenidos adquiera y la consiguiente adecuación de las políticas e intervenciones que de ella se deriven.

Artículos centrales

Investigación en Trabajo Social: desafíos en la gestión de equipos¹

Adriana Clemente^a

Fecha de recepción: 10 de junio de 2022
Fecha de aceptación: 24 de junio de 2022
Correspondencia a: Adriana Clemente
Correo electrónico: adriarclemente@gmail.com

- a. Profesora titular de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Social de la Universidad de Buenos Aires. Directora del Centro de Estudios de Ciudad (CEC.Sociales) e Investigadora del IEALC de la misma Facultad.

Resumen:

El objetivo de este artículo es revisar, desde una perspectiva relacional, el modo en que se emparenta la práctica de intervención con la de investigación y como estos vínculos se traducen en la constitución de equipos de investigación con capacidad de producir conocimiento útil. El artículo repasa aspectos vinculados a la relación entre el conocimiento y su utilidad, para luego repasar cuestiones específicas de la evolución del Trabajo Social en el universo de la producción académica y la posibilidad de poner en valor su experiencia y condición privilegiada por su inserción en el campo de las políticas sociales.

Palabras clave: Investigación - Trabajo Social - Interdisciplina.

1. Este artículo fue publicado como capítulo en el libro *"Construyendo conocimiento para una transformación social inclusiva: Aportes a la agenda de investigación en Trabajo Social"*. Ed. Tirant Humanidades; Tirant lo Blanch, España, 2022.

Summary

The objective of this article is to review, from a relational perspective, the way in which intervention practice is related to research practice, and how these links are translated into the constitution of research teams with the capacity to produce useful knowledge. The article reviews aspects related to the relationship between knowledge and its usefulness, and then review specific issues of the evolution of Social Work (SW) in the universe of academic production, and the possibility of valuing its experience and privileged condition for its insertion in the field of social policies.

Key words: Research. Social Work. Interdisciplinary.

Introducción

Este artículo busca reflexionar sobre la convergencia que se da entre la investigación y la intervención, con centralidad en la actuación de los equipos preparados para problematizar y generar conocimiento útil en los procesos decisorios en el campo de la política social.

Como hipótesis central de este artículo planteamos que la relación entre la investigación y su utilidad en el campo de la política pública es una relación controvertida, que experimenta todo tipo de desplazamientos (conceptuales y prácticos) y en tal sentido la configuración y actuación de los equipos de investigación, su perfil y saberes complementarios pasa a ser un elemento diferencial al momento de producir conocimiento orientado.²

La expansión de los sistemas de acreditación en ciencia y técnica hacia disciplinas de carácter predominantemente interventivo es un proceso lento y con desventaja para quienes, aun cumpliendo los créditos académicos, sostienen su anclaje en las instituciones donde se diseñan y ejecutan las políticas. Curiosamente no se logra poner en valor la experiencia de vinculación y mucho menos la *doble trayectoria* de los investigadores. La doble

trayectoria refiere a quienes se desempeñan en docencia e investigación universitaria, a la vez de mantener el ejercicio profesional, algo muy frecuente en los cuerpos docentes de las carreras de Trabajo Social.

La complejidad de la realidad que interpela el aporte de la investigación a la resolución de los problemas concretos supone la importancia de que las instituciones que nuclea a los investigadores (Institutos y Centros de Estudios universitarios) que puedan comprender y materializar en sus trabajos la interdisciplinariedad que a su vez contiene la complejidad de los problemas sociales y sus aristas.³

El objetivo de este artículo es revisar, desde una perspectiva relacional, el modo en que se emparenta la práctica de intervención con la de investigación y como estos vínculos se traducen en la constitución de equipos de investigación con capacidad de producir conocimiento útil. El artículo repasa aspectos vinculados a la relación entre el conocimiento y su utilidad, para luego repasar cuestiones específicas de la evolución del Trabajo Social en el universo de la producción académica y la posibilidad de poner en valor su experiencia y condición privilegiada por su inserción en el campo de las políticas sociales.

2. En este trabajo nos alineamos en la perspectiva de *movilización del conocimiento* (Naidorf y Perrotta, (2017), que apunta a producir conocimientos desde las herramientas de las ciencias sociales y humanidades de modo que puedan encontrarse listos para su utilización por una gran variedad de actores que potencialmente podrían usar ese conocimiento.

3. En este trabajo hablamos interdisciplinariedad en vez de multidisciplinariedad, ya que se opta por la perspectiva de la complementariedad implícita en el primer término.

Hablemos de la relación entre el conocimiento y su aplicación

En principio se propone situar el debate sobre el rol del Trabajo Social en la formación y dirección de equipos interdisciplinarios a partir de ponderar la tensión que de por sí existe entre la producción científica y su aplicación. Al respecto se propone un rápido recorrido por los factores que actúan en la brecha que se reconoce entre la práctica científica y la práctica política, asumiendo que esta última es dominante en el universo de las políticas públicas, podemos señalar algunos aspectos que consideramos más significativos de este vínculo entre la academia y la agenda política.

Por un lado, se debe considerar que se ponen en juego racionalidades de diferente orden. La racionalidad *interventiva* y la *científica*, si bien convergen en algún momento, responden a métodos diferenciados y se despliegan en ámbitos institucionales diferentes; de ahí también, la polémica división de tareas entre quienes trabajan sobre la ontología de los problemas y quienes los transforman a partir de la acción. Al respecto, se puede decir que las disciplinas profesionalizadas corren con una aparente “desventaja” dentro del universo científico consagrado, ya que su sistema de explicaciones se materializa en prácticas concretas sujetas a una permanente contingencia. A su vez, en algún punto la investigación y sus aportes se alejan de las *urgencias* que impone la gestión, resultando sus aportes por momentos extemporáneos para quien vive el vértigo de la gestión. Este trabajo postula la importancia de pensar en los planos de la investigación y la intervención como emparentados y reconoce que los canales de vinculación deben ser planificados.

En esta línea Estébanez (2007), hace aportes específicos sobre la relación conflictiva que se establece entre la producción de conocimiento académico y las políticas sociales, observando y caracterizando los problemas, tanto en los circuitos de producción del conocimiento como dentro de la institución de la política social, regida por altos niveles de pragmatismo. Es en este sentido que importa conocer sobre las formas de transferencia y comunicación con que vinculan el campo académi-

co con el político, así como el rol de otros mediadores como son las ONGs profesionalizadas, los centros de capacitación y otros organismos que asumen roles de mediadores activos en ese vínculo.

En materia social y atendiendo a la contingencia inherente al campo de la intervención social, nos preguntamos hasta dónde se busca simplificar la realidad para así obtener respuestas universales a problemas particulares. Esta conducta sobre la búsqueda de soluciones *totales* es posible de encontrar no solo en organismos supranacionales, sino también en ámbitos académicos que pueden reproducir esas lógicas por efecto de la acción de los llamados *tink tank*.⁴ La función aplicada de la ciencia propone la necesidad de conocer el modo en que se imponen los cambios en el ámbito de ejecución de las políticas sociales, así como aceptar que estos procesos, la mayoría de las veces se dan con prescindencia de la investigación como vector de innovación y cambio en la orientación de las políticas.

En cuanto a la *aplicabilidad de los conocimientos* dentro de las ciencias sociales no se pueden establecer correlaciones claras. A manera de hipótesis se puede decir que la función de la investigación social en la agenda pública reproduce la misma relación controvertida que se establece entre *investigación e intervención*, tanto por el efecto de la naturaleza y lógica de esas prácticas, como por la falta de adecuación que pueden tener las instituciones para introducir cambios a nivel de sus prácticas.⁵

Por su naturaleza discursiva las ciencias sociales encuentran limitaciones para mostrar la tangibilidad de sus aportes, ya que solo se ve como *aplicado* lo que se puede materializar en clave tecnológica: bases de datos, sistemas de monitoreo en su versión tecnológica, prototipos de vivienda social, etc. Lo más parecido a “soluciones” y “remedios”. La orientación se termina reduciendo a tecnología mientras que es posible afirmar que tanto la explicación como la descripción tienen valor para introducir cambios en la llamada “arena de las decisiones” (Brunner, 1993), donde el conocimiento puede también ser visto como resultado de procesos interactivos que la investigación social acompaña.

4. Este concepto refiere a grupos con especial vocación de producir incidencia en un campo específico. Su acción suele ser disruptiva y orientada por objetivos programáticos, más que de conocimiento. Mato, D. (2010).

5. Entendemos por intervención social a un amplio espectro de prácticas institucionalizadas y profesionalizadas vinculadas (de modo directo o indirecto) a las políticas públicas y su implementación. La intención transformadora es algo inherente a los dispositivos que viabilizan recursos (tangibles e intangibles).

Los debates centrales entonces se dirimen en dos sentidos, entender al conocimiento como un "bien" o como un "servicio". Ambas lecturas pueden convivir, pero en permanente tensión. Resultando entre otros un segundo aspecto: la distancia que se establece entre la comunidad académica y la sociedad a la que pertenece. En este punto interesa conocer la función que se le atribuye al intelectual en la sociedad y más particularmente la que él mismo se asigna. Al respecto, Carlos Gadea (2007) diferencia entre el intelectual crítico y el intelectual de "pensamiento radical". Gadea rechaza la idea de crítico como "no colonizado" o "pre claro" y propone aceptar la posición política y por tanto vulnerable y situacional que puede tener el relato explicativo que hace el intelectual de la realidad.

Desde la política pública se valoriza más el "servicio final" que el conocimiento ideal que orienta, pero no tiene aportes resolutivos. El protagonismo que el modelo neoliberal adjudica a las Organizaciones no Gubernamentales (Fundaciones, centros de estudio no gubernamentales, ONG) y a las universidades de elite. Ámbito en que el límite entre la asistencia técnica y la consultoría pueden tener límites difusos. Las reformas neoliberales y su impacto en el financiamiento educativo impactaron de modo negativo en ese vínculo, obligando a los investigadores a optar por el modelo de consultoría cuya particularidad es actuar en clave a la demanda. Cuál es el equilibrio que se puede alcanzar en estos procesos colaborativos entre la academia y las instituciones de la política pública, como se compatibilizan tiempos e intereses en torno a agendas comunes de cooperación con márgenes de autonomía relativa de las partes. Como sea, se trata de una respuesta difícil de componer ya que está sujeta a su particular época y contexto.

Si bien las políticas de ciencia y técnica han venido problematizando su vínculo con el desarrollo y sus múltiples agendas, escenarios (macro, meso y micro social) y sectores implicados.⁶ Las tensiones y desencuentros se expresan tanto en las instituciones receptoras, como dentro de la propia institución académica y sus sistemas de vinculación. Esta tensión se verifica también entre las disciplinas interventivas como en aquellas que hacen de la investigación su oficio principal. Transformar la realidad a partir del conocimiento o de la gestión no

debería ser algo antagónico sino convergente. Se trata de procesos que se encuentran en la llamada arena de la política pública.

Labake (2014) propone un recorrido sobre autores y trabajos que problematizan sobre los mecanismos y prácticas que promueven la interacción entre intelectuales y políticos en torno a lo que llama los esfuerzos de *adaptación* por parte de los investigadores y de *adquisición* por parte de los políticos. Esto supone el funcionamiento de: i. redes y asociaciones, que amplifican los intercambios y propician diálogos institucionalizados, ii. las estrategias de comunicación de las investigaciones y sus resultados, que según se plantea deben operar en forma temprana y oportuna, iii. Las prácticas de intermediación que comprenden un amplio espectro institucional donde se ubican las agencias de financiamiento, las ONG, las asociaciones profesionales, las personas expertas y muy vinculadas en su medio.

Esta autora nos permite pensar en la importancia de cómo se produce el conocimiento y también de quienes materializan los procesos de producción (disciplina y experiencia) y establecen esos vínculos. De manera obvia a más relación con el mundo de la ejecución, mayor debería ser la posibilidad de establecer esos canales de vinculación de los que hablamos.

La intervención como foco de problematización

La intervención social está sujeta a contingencias y revisiones según su naturaleza dependiente de las definiciones que la sociedad hace sobre el bienestar y sus vectores. El objeto disciplinar supone competencias y combina la especificidad del campo en el que se interviene con los conocimientos (teóricos y prácticos) que se ponen en juego según quien lo define. De ahí que intervención e investigación son procesos implicados, no necesariamente de modo sincrónico ni equivalentes, ya que el método tiene reglas del arte diferenciadas para uno y otro propósito. Al respecto es necesario revisar el objeto del Trabajo Social y su grado de adecuación a diferentes propósitos.

6. Para el caso Argentino así lo demuestran las programaciones científicas de los últimos 20 años. Los cambios de criterio en los programas de incentivos, la expansión del sistema de formación de investigadores y la adecuaciones en los criterios de evaluación tanto para el ingreso a la carrera de investigación como a la acreditación en los sistemas de ciencia y técnica, donde la educación pública y gratuita es la dominante y de mayor prestigio.

Sobre el objeto disciplinar

En relación a la definición genérica del *objeto del Trabajo Social* como disciplina, proponemos identificar como regularidad la problematización (indagar e intervenir) en torno a los procesos que los sujetos sociales se dan para la satisfacción de necesidades de producción y reproducción de sus condiciones materiales y no materiales de vida. En ese amplio espectro de prácticas sociales el Trabajo Social encuentra su especificidad en el abordaje de las “interacciones sociales” que se producen para satisfacer necesidades de diferente orden en la interface que se produce entre el Estado, sus instituciones y la población (Clemente, 2016). Nos preguntamos por cómo se expresa este objeto genérico ya sea que se defina con propósitos de investigación, intervención o de ambas prácticas.

Al respecto postulamos tres aspectos que entendemos constitutivos del *objeto profesional* y su construcción tanto en materia de intervención, como se investigación. Estos aspectos constitutivos son: el *campo de inserción y su especificidad*, el *nudo problemático* sobre el que actúa y/o conoce y el *nudo metodológico* desde donde se ponen en juego los saberes específicos de cada disciplina y su potencial complementación. A los fines de este trabajo se hace un repaso de estos aspectos que operan con sus particularidades, tanto en el proceso de intervención, como en el de investigación.

En cuanto al *campo de actuación*, entendemos que no se trata de ubicar un campo específico, ya que la diversidad es la característica dominante del desempeño profesional. Entonces superamos ese punto y vamos a postular que una regularidad que atraviesa a todos los campos (salud, educación, hábitat, etc.) Es intervenir en torno a la satisfacción de las necesidades sociales y sus múltiples atravesamientos (políticos, económicos, culturales y ambientales) según el campo, el contexto y las políticas que delimitan ese campo en cuestión.

El *nudo problemático*, sería el foco por el cual los saberes disciplinares se ponen en juego a partir de la definición del problema y sus implicancias. Este aspecto alude a la definición del problema nodal que orienta el quehacer (investigativo e interventivo) en un tiempo/espacio históricamente determinado. Al respecto el nudo problemático comprende dimensiones que convocan saberes y descripción de causas y soluciones explicaciones y soluciones propios de cómo se define la cuestión social. Así que el nudo problemático no tiene una definición

unívoca ya que este puede variar según el campo específico y la conceptualización que hagan del problema quienes lo definan.

Lo que llamamos *Nudo metodológico* alude a los conocimientos específicos y su despliegue. Esta dimensión deviene de las anteriores y supone métodos y procedimientos específicos en relación al objeto y su particular definición. Cada disciplina opera en base a un conjunto de supuestos (hipótesis de intervención) que a modo de anillos van conformando un cuerpo de conocimientos que son los que a su vez distinguen a una disciplina y le posibilitan actuar de modo interdisciplinario (García Salord, 1992). Es en este punto que con más énfasis converge la intervención y la investigación y se produce la convergencia entre la labor del investigador (método), los enfoques y los saberes específicos que se ponen en juego al momento de establecer problemas y detectar vacancias en materia de conocimiento.

Como es de esperar estas dimensiones interactúan su combinación dependen de las políticas que las respaldan, la construcción del objeto disciplinar se expresa en cursos de acción concretos tales como: formación de grado y posgrado, organización gremial del desempeño profesional y resultado de las actuaciones en los campos donde se puede establecer alguna posición destacada y decisoria.

Hitos sobre la práctica de investigación y su ejercicio

Este apartado nos permite reconocer de modo sintético el trayecto que dio la profesión en el campo de la investigación social. Para el caso Latinoamericano, en la historia de la consolidación del Trabajo Social como disciplina la formación en investigación social de los profesionales ocupa un lugar destacado. La relación entre investigación y consolidación disciplinaria si bien tiene antecedentes desde los inicios de la profesión, tuvo expresión institucional explícita desde fines de la década del 60 del siglo XX y se extiende hasta la actualidad. Al respecto es posible ubicar diferentes etapas, según la particular acumulación que ha hecho el colectivo académico en ese sentido.

Cómo ya señalamos para el Trabajo Social Latinoamericano la ruptura con la tradición espiritista se ubica a fines de los 60, en sintonía con la impronta desarrollista y los debates sobre la marginalidad social, sus causas y el

modo de superarla. Es en este periodo que se instala la necesidad de una mayor profesionalización del Trabajo Social, al tiempo que se incentivan las trayectorias vinculadas a la producción científica. Estos cambios se dan bajo motivaciones de diferente signo ideológico que supieron converger en lo que se denominó movimiento de reconceptualización.⁷ Por una parte la influencia desarrollista, preocupada por la formación técnica y el desempeño profesional en el campo de la planificación del desarrollo. De manera paralela, el colectivo profesional se verá influenciado por los movimientos revolucionarios de ese periodo histórico que tendrán fuerte influencia en los debates sobre el rol de los profesionales y los intelectuales en los procesos de cambio que se daban en la región. Este proceso rico en ideas y producción será literalmente desmantelado por la dictadura cívica militares que asolaron la región en la década del 70.

Una segunda etapa se ubica en la década de 80, con la recuperación democrática de la mayoría de los países, se experimentaron modificaciones de los planes de estudio en las principales unidades académicas de países que habían sido impulsores del movimiento reconceptualizador. Estas reformas tuvieron como sello común la jerarquización del título de grado a licenciatura en las principales unidades académicas del país y la región. Este periodo tiene aportes destacados del Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS) que lidera los debates sobre la importancia de la investigación en la consolidación del Trabajo Social como disciplina.⁸

Un tercer momento es lo que podemos denominar como *periodo de anclaje de la profesión en el campo de las ciencias sociales* a partir de los resultados que empiezan a arrojar la reforma de los planes de estudio con mayor formación teórico/metodológica en investigación social. La creación de las licenciaturas y la incorporación institucional de las carreras de Trabajo Social a las Facultades de Ciencias Sociales significó también la jerarquización de los cuerpos docentes que comienzan a participar de los sistemas de ciencia y técnica de las unidades académicas más prestigiosas del país.

Actualmente se siguen consolidando esas trayectorias a la vez de que se comienza a poner en valor la producción científica del TS y sus aportes distintivos en diversos campos problemáticos, especialmente los vinculados a las políticas sociales, entre los que se destacan los estudios sobre infancia, familia y las problemáticas emergentes como los consumos problemáticos, las reformas de los sistemas protección social y más recientemente todo lo referido a los movimientos sociales, las políticas de género y derechos humanos.⁹

La incorporación plena en el campo de las ciencias sociales, en el que diferentes disciplinas disputan la propiedad de saberes específicos y especializados sobre la cuestión social y sus derivaciones. Al respecto, siguiendo a García Salord se trata de reconocer lo que "otras" disciplinas identifican como aporte distintivo y por lo tanto complementario de su propio quehacer. Esto es lo que posibilita según la autora la integración de equipos interdisciplinarios. Al respecto Martín Ierullo (2019) propone la noción de investigación situada como modo de señalar el foco y fortaleza de los aportes que el Trabajo Social puede hacer en amplio universo de las ciencias sociales.

La revisión de trabajos de grado y posgrado permite componer campos problemáticos donde se destaca el aporte de los trabajos de investigación de los equipos liderados por trabajadores sociales (disciplinares e interdisciplinares). Estos núcleos están sujetos a permanente revisión y enriquecimiento y son: constitución de los sujetos sociales; producción y reproducción de condiciones de vida; relación entre sociedad y el Estado; y praxis social (Clemente, 2013). Cada uno de estos núcleos, contiene líneas de problematización que gravitan en el proceso de consolidación disciplinar a partir de que la producción obtenida es sustantiva y útil en el sentido planteado a inicio de este artículo. A continuación se hace una breve reseña de cada tópico:

➤ *Constitución de sujetos sociales.* Este núcleo alude a la indagación de los procesos que tienden a colectivi-

7. La reconceptualización es un periodo donde se produce un movimiento académico y práctico con epicentro en América del Sur, que se dio dentro de la profesión del Trabajo Social y cuya característica, además de la politización del colectivo académico y profesional, fue la revisión crítica de los métodos clásicos de intervención en vistas a la inclusión progresiva de los profesionales dentro de campo de las ciencias sociales.

8. El Centro Latinoamericano de Trabajo Social -CELATS- fue un organismo de investigación y docencia que nace ligado a la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Trabajo Social -ALAEETS-. Hasta avanzado los 90 y por más de 20 años su producción marcó la agenda de los debates académicos y profesionales en franco compromiso con los movimientos sociales que atravesaron la región en ese periodo histórico.

9. En el caso de la Universidad de Buenos Aires (UBA) esta etapa de *consolidación académica* se explica en parte por la adscripción de la Carrera de Trabajo Social como parte de la Facultad de Ciencias Sociales (1988), la jerarquización (concursos, investigación y posgrado) de sus cuerpos docentes.

zar la satisfacción de necesidades de diferente orden y que, por su naturaleza, favorecen la organización y politización de los sujetos que participan de esos procesos. El análisis del conflicto y sus derivaciones en la sociedad es un campo de conocimiento que, aunque compartido con otras disciplinas, ocupa un lugar destacado en la producción bibliográfica del Trabajo Social. Se trata de una línea de indagación que se alimentó de la proximidad que mantuvo el Trabajo Social con la resistencia de los sectores populares y los movimientos populares a lo largo de la historia reciente.

➤ *Producción y reproducción de condiciones de vida.* En este núcleo, la principal unidad de análisis es la familia y su entorno. Aquí se repite la situación de privilegio que tiene el Trabajo Social para conocer y explicar lo referido al conjunto de prácticas que desarrollan los hogares para la reproducción primaria y ampliada de sus miembros. Además, comprende el estudio de las problemáticas según las etapas vitales y las derivaciones asociadas a su contexto histórico y social. Es posible afirmar que en torno a este eje se reconocen desde las otras disciplinas que reconocen en el Trabajo Social saberes específicos.

➤ *Relación sociedad y Estado.* Este eje comprende los conocimientos referidos a los aspectos institucionales del Estado de bienestar. Sin embargo, es posible observar que, a pesar de las posiciones institucionales que ocupa la profesión, no hay suficiente indagación sobre la organización institucional del Estado y la gestión de las políticas públicas en sus diferentes niveles de implementación. Esto es una debilidad a la hora de abordar el debate interdisciplinario sobre las políticas públicas y sus derivaciones en torno a la cuestión social.

➤ *Praxis social.* En este núcleo se ubican un conjunto de estudios que toman como objeto de conocimiento a la intervención. Así como al principio se consignan trabajos referidos al propio ejercicio profesional y a sus condiciones institucionales de realización.

Las temáticas de estos núcleos problematizadores están en permanente revisión y actualización, ya que se presentan temas emergentes que ponen en crisis trayectos de investigación y paradigmas que se supone en plena consolidación hasta que irrumpen nuevas expresiones de la cuestión social que amplían y redireccionan las agendas. Algunos de estos temas se integran a largo plazo y otros solo de modo coyuntural. Sin embargo, la vigencia de estos núcleos es algo que se puede constatar a través de la producción académica de las unidades con programación científica más destacada.¹⁰

Gestión de los procesos de producción institucional de conocimiento

La cuestión social, como foco de problematización y curso de estudio trata de relaciones complejas atravesadas por múltiples dimensiones que convergen en torno a conflictos de distinta índole. Es en este sentido es que se reconocen procedimientos específicos que conforman una compleja trama interdisciplinaria e intersectorial que opera en diferentes escenarios (institucionales y territoriales). La relación de proximidad que la disciplina del Trabajo Social tiene y que a su vez comparte con otras profesiones le da un lugar de privilegio para comprender y describir dinámicas, espacios de regulación de las relaciones sociales.

El debate sobre la relación teoría práctica en la labor científica exige revisar el proceso de investigación dentro del campo disciplinar en torno a las tres aristas que por convención determinan el proceso de investigación, que son: las condiciones de realización, el curso de acción y sus resultados (Samaja, 1993).

Las condiciones de realización refieren a los cambios que interpelan al modelo de acreditación tradicional y proponen la revisión de las pautas de evaluación de los investigadores y de sus propuestas en clave a mejora el diálogo entre las necesidades de los modelos de desarrollo y la producción científica que puede alimentar su expansión en todos los órdenes.¹¹

10. Por ejemplo toda la agenda que abre la crisis socio sanitaria COVID 19, propone la necesaria revisión las agendas de investigación con la apertura de temas, que no podrían dejar de ser revistados (ej. Expansión de los consumos problemáticos, pérdida de trayectorias educativas en niños, consecuencias del aislamiento en grupos que experimentan diferentes vulnerabilidades, etc.)

11. Al respecto, el principal antecedente en Argentina será el documento producido en el marco del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN, 2012) en cuyo marco se formularon objetivos referidos a la "necesidad de adecuar los mecanismos y establecer pautas claras de evaluación del personal que se dedica a actividades de investigación vinculadas al desarrollo tecnológico y social y su posible transferencia al medio".

En cuanto a los cursos de acción se tensiona la relación entre lo específico y lo compartido entre las disciplinas de las Ciencias Sociales y nos remite a la cuestión social y las problemáticas derivadas de sus múltiples manifestaciones que hacen complejo su abordaje. La complejidad de la cuestión social, por concepto, no acepta explicaciones binarias, interpretaciones unívocas o relaciones fáciles de establecer entre teoría y práctica. Por su parte la inserción profesional del Trabajo Social, si bien no favorece la prosecución de la carrera científica para sus graduados, sí posibilita posiciones de privilegio para conocer los entramados relacionales que hacen al *campo*, en el sentido de Bordieu (2007), como configuración de relaciones objetivas entre posiciones. La ubicación privilegiada del Trabajo Social dentro de la trama estatal (institucional y territorialmente situada) destinada a la atención de los problemas sociales otorga lo que en etnografía se llama *permiso de entrada* y se combina favorablemente con los avances producidos en la formación metodológica de los trabajadores sociales (trayectos en metodología de la investigación y producción de tesis).

Finalmente, en cuanto a los resultados de la investigación, la matriz interventiva que domina el perfil académico de los graduados a través de las horas curriculares destinadas a la formación pre-profesional, también influye en la expectativa de aplicación práctica del conocimiento que deviene de la investigación.¹² La investigación que se produce desde el Trabajo Social se vincula estrechamente con su objeto (en cuanto conocimiento de la trama de las interacciones en torno a la satisfacción de necesidades sociales) y lo hace desde dos racionalidades, que son: la acción práctica (política) y la acción pura (analítica). Estas racionalidades si bien convergen en algún momento responden a métodos propios y se despliegan en ámbitos institucionales diferentes. Es deseable que la investigación problematice sobre los fenómenos que se expresan en el solapamiento de estos dos planos.

Lo interdisciplinario como recurso necesario

El aprovechamiento del conocimiento como un nodo irresoluble del debate académico no admite fórmulas

ingenieriles, se trata de procesos complejos donde hay encuentros y desencuentros de interés. Este principio opera tanto para la relación de los equipos de investigación con el afuera, como hacia dentro de los mismos equipos.

El primer obstáculo para la convergencia interdisciplinaria empieza con la necesidad de distinguir entre un pensamiento teórico y un pensamiento epistémico, cuya diferencia siguiendo a Zemelman (2004) está precisamente en el "cómo se resuelve la relación del pensamiento con esa realidad que se quiere nombrar". En el pensamiento teórico la relación que se establece con la realidad externa - con la externalidad, para decirlo en términos más correctos a la luz de las discusiones actuales- es siempre un pensamiento que tiene contenidos, por lo tanto el discurso de ese pensamiento es siempre un discurso predicativo, vale decir, un discurso atributivo de propiedad; ya que no es un pensamiento que puede dejar de hacer afirmaciones sobre la realidad pues un pensamiento teórico es un pensamiento que hace afirmaciones sobre lo real.

Por su parte Edgar Morín (1994) brinda claves para el trabajo interdisciplinario, cuyos principales postulados suponen interpretar la realidad como un ámbito complejo, más específicamente como una trama de relaciones inacabadas que no podría ser abordado de modo simplificado. También señala como una condición la necesidad de sustituir los enfoques híper disciplinarios por un enfoque de complementariedad. Del mismo modo el autor propone el diálogo de saberes científicos y extra-científicos (arte, religión, - vida cotidiana/experiencia). Es decir, propone explorar lenguajes diferentes y creativos como resultado de combinar saberes de diferente orden y campos (académicos y no académicos).

De los aspectos señalados distinguimos según la experiencia aculada como de mayor incidencia en equipos interdisciplinarios, que son: La construcción conjunta del problema y agregamos la disposición institucional para interactuar y complementar saberes en torno a problemas que así lo requieran y la disposición institucional para contener la diversidad. A continuación, hacemos una breve descripción de estos componentes, a partir del supuesto de que en la práctica la constitución de equipos integrados requiere de estímulos y motivacio-

12. Se estima que en promedio las currícula universitarias de las Carreras universitarias de Trabajo Social asignan entre un 25 y un 30 % de horas cátedras de sus programas a la formación preprofesional. En ese sentido la formación práctica torna dominante el perfil interventivo.

nes que se traducen en construir interés y compromiso con los procesos y sus resultados.

La construcción conjunta del problema es un aspecto que ya tiene reconocimiento como condición de posible éxito en los procesos de vinculación entre la práctica científica y el mundo de los decisores políticos (Bruner, 1996). Esta afirmación se hace extensiva a los equipos y su labor en torno a la construcción del problema de estudio. En materia de los problemas sociales y su atención por parte del Estado, la agenda se vuelve sensible ya que las políticas sociales son un instrumento de vinculación entre los decisores políticos y los beneficiarios de esas políticas. Se trabaja sobre vínculos multifactoriales y afiliaciones (nuevas o anteriores) de diverso orden. Los problemas se definen en una agenda cuya construcción está más vinculada al proyecto político ideológico, que a la evidencia técnica científica. En tal sentido es difícil pensar en equipos despolitizados o desentendidos de esos universos en tensión.

La disposición institucional es un aspecto en apariencia obvio, pero presenta matices que pueden actuar como barrera al momento de producirse las vinculaciones (intra y extrainstitucionales). ¿Quién solicita la actuación de los investigadores?; ¿Cuáles son los requisitos y competencias que se ponen en juego?; ¿Cómo organiza la institución académica esta vinculación? Por lo general el equipo opera por fuera de esa institución y con reglas propias. Obtiene información sensible, pone en juego supuestos y marcos referenciales que no siempre se explicitan con los equipos que acumulan experiencia. Cómo se establecen esos vínculos y quienes los materializan es parte del proceso de producción de conocimiento.

En este punto señalamos la importancia del componente relacional de los equipos de trabajo, tanto con el afuera como dentro de los equipos y según las líneas de indagación del trabajo de investigación, así como de los diferentes colectivos que se pueden sentir convocados en torno al problema identificado. Lo relacional puede comprender dos aspectos: uno referido al contexto institucional y otro a las relaciones interpersonales que se dan el proceso de vinculación de estos equipos con su entorno (instituciones, territorios, grupos específicos). Es decir, los ámbitos donde luego se retroalimentan los programas de trabajo colaborativo.

La institucionalización de los lugares donde producimos conocimiento: centros de estudio, revistas indexa-

das, congresos y redes. Es una condición necesaria también para articular saberes desde intereses específicos que puede tener el campo de conocimiento en el que nos desempeñamos y de seguro compartimos con otras disciplinas.

La existencia de políticas institucionales que apoyan la investigación orientada es fundamental para generar una masa crítica de formación y consolidación de equipos en esa clave. Esto permite la consolidación de los que dirigen los programas de investigación, como de los que forman parte de los equipos convocados por su interés de participar y acreditar en lo que se llama investigación orientada. Perspectiva investigativa donde el Trabajo Social está llamado como disciplina a consolidar su rol.

Al respecto se observa que el Trabajo Social sigue calificando, a pesar de todos los avances producidos, de modo subalterno en la dirección de programas de investigación, aun a pesar de tener un plus al momento de estudiar campos donde se combina el acceso al campo con la formación adecuada en materia de la investigación y método. También es posible postular que la investigación que producimos los trabajadores sociales no siempre capitaliza de modo estratégico la relación de proximidad tanto conceptual como material que tenemos con las problemáticas derivadas de la cuestión social y los actores implicados en los procesos que forman parte de la agenda.

Con vistas al futuro

Además, para ver cómo fortalecemos el desempeño de la disciplina, podemos hacer uso de tres estrategias: la primera es la formación de los investigadores, algo que debe empezar en el grado. Es muy raro que alguien se interese en formarse en investigación si no tuvo ningún tipo de introducción al tema que le haya hecho sentir que era una opción atractiva. En este punto son claves tanto los sistemas de incentivo (becas de formación) y las motivaciones en general que puedan generarse para alimentar la convivencia no solo interdisciplinaria, sino también intergeneracional.

La segunda es la cualificación de los docentes. Esto refiere a los programas que las unidades académicas deben incentivar para la formación de posgrado de sus graduados y docentes de modo de posibilitar sistema de categorización para que haya más gente que pueda formar parte de dispositivos de evaluación y ser jurado de pares.

La tercera es la institucionalización de los lugares donde se inscriben los equipos: centros de estudio, revistas indexadas, congresos. Hay que investigar sobre los temas en los que intervenimos y compartimos el campo con otras disciplinas. Por otra parte señalamos la importancia de que el ejercicio académico tiene que poder hacer aportes sustantivos, que salgan del circuito cerrado de la academia y pueda interesar a diferentes actores (políticos, sociales y técnicos). Finalmente se señala la importancia de prever la comunicabilidad de las investigaciones y sus resultados. Hay acuerdo que este tópico debe preverse desde el inicio de la investigación y no al final.

Insistimos con ponderar lo que se llama *permiso de entrada* en referencia al acceso que tiene el Trabajo Social por la particular inserción institucional que tiene la profe-

sión. Esta situación es privilegiada y opera a favor de los investigadores al momento construir el problema de estudio. Al mismo tiempo, conocemos mucho de las interacciones que operan en la mediación entre el diseño de la política pública y su materialización final. Entendemos que los desafíos se presentan en la búsqueda de métodos apropiados para acompañar de modo más acompasado los requerimientos que nos pueden llegar desde el campo interventivo, así como dejar el lugar del observador crítico de las innovaciones que producen los que están en campo y asumir riesgos generando innovaciones que se puedan llevar a la práctica de modo solvente. Este es el desafío que tenemos los que apostamos a nutrir de insumos las políticas sociales, siempre que las mismas formen parte de un proyecto emancipador.

Bibliografía

- Bourdieu (1986). Condición de clase y posición de clase. Estructuralismo y sociología. Nueva Vision, Buenos Aires.
- Brunner, J. (1993). ¿Contribuye la investigación social a la toma de decisiones? Recuperado de: <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/RCE/article/view/5303>
- Clemente, A. (2013) “La investigación en la consolidación disciplinar del Trabajo Social. Una breve reflexión sobre lo propio y lo compartido”. En: Revista La Investigación en Trabajo Social, Vol. XI. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos: Paraná.
- Clemente, A. (2016). El conocimiento aplicado a la política social. Crónica de una relación difícil. En Sociedad y Universidad. Ciencias Sociales, conocimiento orientado y políticas públicas. Rivas, N, García Godoy, B.
- Danani, C. (2010). En programa de Maestría en Intervención Social. Buenos Aires: FCSs/UBA. Mimeo.
- Estébanez, Ma. (2007). Ciencia, Technology and Social Policies. *Revista Ciencia, Docencia y Tecnología* Nro. 34, Año XVIII, Mayo 2007. Recuperado de: www.revistacyt.uner.edu.ar/pdfs/CDyT_34_Pag_13-63_Estebanez.pdf
- Gadea, C. (2007). Las Neo –parodias de un intelectual Crítico y los Desafíos de un Pensamiento Radical. En *Contratiempo Revista de cultura y pensamiento/ la Cultura crítica en América Latina*. Otoño-Invierno 2007-Nro. 2. Edición impresa. http://www.revistacontratiempo.com.ar/gadea_neoparodia.htm.
- García Godoy, B. (2017) Producción de conocimiento científico y toma de decisiones en el campo de la política pública. Modelos, tensiones y perspectivas: *Revista Debate Público*, Año 4 Nro.8. Recuperado de: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/08_Garcia-Godoy.pdf
- Clemente, A. (2013). La investigación en la consolidación disciplinar del Trabajo Social. Una breve reflexión sobre lo propio y lo compartido. *Revista La Investigación en Trabajo Social*, Vol. XI. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos: Paraná.
- Kababe, Y. (2014). La interacción entre investigación y política: Aproximaciones conceptuales. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*. Nro. 25. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/34157>
- García Salord, S. (1992). Especificidad en Trabajo Social. Curriculum, saber y formación. Argentina: Humanitas.
- Ierullo, M. (2019). Trabajo Social y producción de conocimientos: estrategias de visibilización y reconocimiento desde el campo disciplinar. En: Mastandrea, G. y Larsen, C. (comps.) Programa Grupos de Investigación en Grado. Trabajo Social- UBA: Buenos Aires.
- Mato, D. (2010). Redes de “Think Tanks”, fundaciones privadas, empresarios, dirigentes, economistas y otros profesionales en la promoción de ideas en América Latina. En A. Grimson, *Cultura y neoliberalismo*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Morín E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gadea. Recuperado de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/morin___introduccion_al_pensamiento_complejo.pdf
- Naidorf, J y Perrotta D. (2015). La ciencia social politizada y móvil de una nueva agenda latinoamericana orientada a prioridades. *Revista de Educación Superior*. México Anies – Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (México). Vol. XLIV n 174 pág. 19 a 46.
- Samaja, J. (1993). Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Colección Temas. Buenos Aires: EUDEBA.
- Spiegel, A. (2018), Socialización de conocimientos interfaces digitales: horizontes y senderos con gran potencial pero poco transitados. Recuperado de: alejandrosiegel.com.ar/nuevos-horizontes-paralasinterfacesdigitales.pdf
- Zemelman, H. (2004). Pensar teórico y pensar epistémico. En *América Latina: Los desafíos del pensamiento teórico*, Irene Sánchez Ramos, Raquel Sosa Elízaga coord., México, Siglo XXI, 2004.

Artículos seleccionados



Artículos seleccionados

Participación Social en pandemia. Análisis desde una experiencia en Salud Ambiental

Araceli Vidal^a

Fecha de recepción:	15 de mayo de 2022
Fecha de aceptación:	31 de mayo de 2022
Correspondencia a:	Araceli Vidal
Correo electrónico:	araceli.vidal@hotmail.com

a. Lic. Trabajo Social (UBA). Residente del Hospital General de Agudos "Dr. José María Penna" GCBA.

Resumen:

El presente trabajo consiste en el análisis de la categoría de Participación Social, a partir de la experiencia de un equipo interdisciplinario de Salud Ambiental en un barrio popular al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo se sitúa en el contexto de la segunda ola de contagios por la pandemia de Covid-19, en donde cobran centralidad las tareas asistenciales y de urgencia, revalorizando un modelo de atención tradicional en salud ligado al Modelo Médico Hegemónico y relegando las tareas promocionales-preventivas. Es así que las actividades territoriales se vieron afectadas, poniendo en duda la continuidad de las prácticas de salud comunitaria. A lo largo del trabajo realice una conceptualización de la Salud Ambiental desde una perspectiva de la Salud Colectiva y las particularidades que adquiere en el territorio. A su vez, abordé la categoría de Participación Social desde las diferentes miradas con las que se interviene en el territorio. Los debates en relación a las maneras de entender la salud y la participación se presentan cotidianamente a través de distintas voces, atravesadas por distintas formas de leer el contexto y de intervenir en él. La clave para la resolución de estos debates termina siendo la colectivización de estas discusiones.

Palabras clave: Salud ambiental - Participación social - Salud colectiva.

Summary

The present work consists of the analysis of the category of Social Participation, based on the experience of an interdisciplinary team of Environmental Health in a popular neighborhood in the south of the Autonomous City of Buenos Aires. It is situated in the context of the second wave of infections due to the Covid-19 pandemic, in which care and emergency tasks take center stage, revaluing a traditional health care model linked to the Hegemonic Medical Model and relegating the tasks promotional-preventive. Thus, the territorial activities were affected, calling into question the continuity of community health practices. Throughout the work, make a conceptualization of Environmental Health from a perspective of Collective Health and the particularities that it acquires in the territory. In turn, I addressed the category of Social Participation from the different perspectives with which the territory is intervened. The debates in relation to the ways of understanding health and participation are presented daily through different voices, crossed by different ways of reading the context and intervening in it. The key to resolving these debates ends up being the collectivization of these discussions.

Key words: Environmental health - Social participation - Collective health.

Palabras iniciales

La reconfiguración de acciones y prácticas por la pandemia de Covid-19 no resulta una novedad para los equipos de salud, ni para la población en general, sin embargo la asistencia a una nueva ola de casos que amenazó con cifras récord de contagios y muertes en el país, sumado al escenario internacional en América Latina y el mundo; y las restricciones dictadas por los distintos gobiernos (nacional y distritales), obligaron a los equipos de salud a repensar nuevamente las prácticas que de forma incipiente fueron retomando en los meses de verano post primer ola de pandemia.

Este -reiterativo- cambio de escenario trajo aparejado un conjunto de debates hacia adentro de los equipos de salud en general, y particularmente en aquellos que durante años fueron desplegando intervenciones comunitarias y territoriales. Durante el 2020 se prohibieron las actividades comunitarias, limitando y/o priorizando la atención de la salud a lo urgente o agudo, desplazando a las actividades de promoción de la salud - fundamentales en la estrategia de atención primaria de la salud y salud colectiva-.

El predominio del modelo médico hegemónico y de la salud individual, ligada al riesgo, fortalecieron durante la pandemia la prioridad hacia una perspectiva de salud asistencial. Los resabios de esas definiciones son

los motivos que hacen compleja la disputa por la reconstrucción de los espacios de salud colectiva, y es por eso que hoy se vuelve imperante la discusión acerca del recupero de éstos. Con la experiencia transcurrida, aparece la pregunta sobre las posibilidades de continuidad de una salud participativa, promocional y comunitaria en un barrio popular del sur de la CABA.

El presente artículo constituye una instancia de reflexión en el marco de una experiencia de trabajo por un equipo interdisciplinario de Salud Ambiental de un Centro de Salud de la zona sur de CABA durante los meses de marzo a septiembre del año 2021. A partir de esta experiencia he podido observar que el mismo se encontraba en un momento alterador respecto de cierta cotidianidad con la que asumía su trabajo anteriormente, tras el comienzo de las medidas de emergencia sanitaria. En este sentido, surgen interrogantes en relación a las discusiones que introduce la nueva ola de contagios ante las acciones preventivas-promocionales que desarrollaba previamente el equipo de Salud Ambiental.

De esta manera, analizaré los debates que atraviesan al equipo de Salud Ambiental en el marco de la segunda ola de contagios producto del COVID-19 durante el año 2021, a partir de la categoría de Participación Social. Para ello, en primer lugar realizo un acercamiento a la Salud Ambiental desde una perspectiva de la Salud Colectiva y las características que adopta en el territorio en el que se inscribe; en segundo lugar, realizo una breve

síntesis de los efectos de la pandemia en el desarrollo de las actividades comunitarias y en el equipo de Salud Ambiental, y en tercer lugar, analizo las distintas miradas que conviven en un mismo territorio acerca de la Participación Social, y las complejidades que trae aparejada la promoción de la misma para el trabajo profesional en salud.

Una primera aproximación conceptual: Ambiente y Salud

Para comprender muchos de los problemas de salud que actualmente afectan a la sociedad, es necesario pensar el vínculo de las sociedades humanas con el ambiente. Según Breilh (2010) existe una historicidad de lo biológico, es decir un condicionamiento histórico de los fenómenos de la naturaleza. Asimismo, hay un condicionamiento de los procesos fisiológicos de las personas que conviven en un espacio socio-ambiental. Ambos tienen una historicidad y se mueven en relación a procesos sociales. Con esto, el autor afirma que el desarrollo de la salud de las sociedades y de los ecosistemas no depende de procesos puramente biológicos o naturales. Sin embargo, tampoco los procesos físicos y biológicos del ser humano y de los ecosistemas se rigen directamente por leyes sociales, sino que “lo natural tiene como necesario lo social para desarrollar su propio espacio legal, y a su vez participa en la configuración de la historia del todo social”. (Breilh, 2010, p. 101).

En este marco, entonces, lo biológico participa de la configuración del desarrollo de las sociedades humanas, que son cambiantes ya que se encuentran a su vez determinadas por el modo de producción y reproducción social capitalista.

Partiendo de estas concepciones acerca del vínculo entre la naturaleza, el ambiente y lo social, es entonces necesario despojar las miradas biologicistas de los procesos de salud enfermedad, atención y cuidado (Laurell, 1982; Menéndez, 1988; Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014) vinculadas a una mirada positivista de la ciencia, y médico- hegemónica de la salud (Menéndez, 1988), habilitando abordajes individuales y fragmentados, y asociando estos procesos a un modelo unicausal, y por lo tanto, despojando a la salud de los procesos sociales, históricos, económicos, culturales, de género y raza.

En este sentido, los aportes de la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana nos permiten cambiar el eje de análisis centrado en la enfermedad y su tratamiento, y entender el proceso de salud enfermedad atención cuidado¹ como un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformarlo (Iriart et. al., 2002). Por lo tanto, restituir el carácter sociohistórico del PSEAC, evidencia las dimensiones estructurales del modo de organización social, a la vez que nos permite pensar en la dimensión colectiva de éstos.

Salud Ambiental en Villa 21-24

“Si ustedes quieren saber la verdad de la salud en nuestro país, miren los efectos. Vayan a ver cómo viven las muchachas y muchachos en las villas, fíjense los índices de desnutrición, de analfabetismo, vean cómo están nuestros viejos, de qué se enferman y se mueren (...) cuando miramos esos efectos, ya no juega el tema de la salud, entra a tallar el tema de la sociedad”

Ferrara (2002)

La Organización Mundial de la Salud (1993) define a la salud ambiental como:

“aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluación, corrección, control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de la presente y futuras generaciones” (Ordóñez, 2000, p. 139)

Si bien esta definición constituye un avance en términos de incorporación de una perspectiva integral de la salud, es importante destacar que no se trata de una sumatoria de factores de riesgo, ni de determinantes sociales aislados, sino que como afirma Breilh, la determinación social hace alusión a la idea de proceso: “el cuestionamiento del causalismo como reducción científica de la determinación al principio causal, (...) nos permitió llegar desde 1979 a la noción de determinación como proceso o modo de devenir, por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades” (Breilh, 2010, p.99)

1. De ahora en adelante: PSEAC

Es fundamental comprender los problemas de salud a partir de la determinación social de la salud y la vida. De esta manera, el ambiente conforma una dimensión trascendental para analizar la salud y la calidad de vida de la población, fundamentalmente en contextos de extrema marginación y pobreza. En este sentido, muchas de las enfermedades que conocemos hoy son producto de las condiciones de vida de la población, y por lo tanto están en gran medida fuera del control inmediato del individuo. La determinación social repercute directamente sobre los PSEAC a nivel individual y colectivo, y sus diferencias determinan una desigual distribución de los problemas de salud (Estrella y Oliveto, 2016).

En este sentido, pensar el desarrollo de la salud ambiental en un barrio popular de la CABA implica identificar los procesos de desigualdad y pobreza que hacen a las condiciones de vida de la población que habita estos territorios, analizar los procesos de segregación socio-espacial, la ausencia de un plan de urbanización de los barrios populares, y la problemática de la vivienda en el conjunto de la CABA. También, implica pensar la salud como derecho humano vinculada a los procesos de organización del barrio.

La Villa 21-24 se encuentra en el barrio de Barracas, al sur de la CABA, a orillas del Riachuelo. Es una zona que se caracteriza por ser fabril e industrial. Si bien los últimos datos oficiales relevados corresponden al del Censo 2010, que estimaba un total poblacional de 31.018 habitantes, 7.455 viviendas habitadas y 9.127 hogares (INDEC, 2010); el Ministerio de Desarrollo Económico del GCABA estimó 54.200 habitantes en 2013, constituyéndose así en una de las villas más pobladas y extensas en términos territoriales de la CABA, con más de 70 hectáreas. Actualmente se calculan más de 70.000 habitantes, según actores del barrio.

En relación a su historia, comienza a poblarse en los años '40, con olas de migración interna. Gran parte de sus terrenos se fueron rellenando con desechos urbanos, característica que afecta la salud de los habitantes hasta el día de hoy. La Villa 21-24 es un barrio construido por sus propios habitantes ante la falta de políticas integrales, desconectado el resto de la trama urbana, con viviendas precarias, conexiones inseguras en los servicios públicos básicos, y las napas del suelo contaminadas, entre otras, suman un conjunto de condiciones que profundizan la desigualdad ya existente, y alarman sobre la necesaria y urgente integración socio-urbana.

Según un estudio elaborado por ACUMAR (2018) sobre un sector delimitado del barrio lindante con el Riachuelo, que resulta ilustrativo para comprender las características socio-económicas y ambientales del barrio, el hacinamiento en los hogares comprendidos por el estudio representa un 13,8%, frente al 5,8% del nivel país, 3,6% en Prov. de Buenos Aires, y 1,5% en CABA. El mismo informe en relación a la totalidad del barrio, señala que:

“la comunidad no cuenta con agua potable ni con un tendido de red de cloacas, sino que, las viviendas se alimentan desde un caño maestro (...). Estas conexiones son ilegales y las realizaron los propios vecinos. Las conexiones al tendido eléctrico son precarias y también están hechas por los mismos vecinos. En el caso de la red de gas, en la entrevista comunitaria surgió como un dato importante que la población no tiene conexión a red, sino que utilizan gas envasado para cocinar y calefaccionarse” (ACUMAR, 2018, p. 5)

A su vez, el informe detalla que en relación a las problemáticas ambientales más importantes, en las cercanías a Villa 21- 24 se encuentran 92 industrias declaradas agentes contaminantes, 9 críticas (entre ellas CEAMSE, Cervecería y Maltería Quilmes S.A., Coca-Cola, entre otras) y 83 no críticas. Asimismo, se pudo constatar la existencia de una gran cantidad de talleres y fábricas en el barrio las cuales generan vertido de efluentes a las cañerías que desembocan en el Riachuelo. (ACUMAR, 2018)

En relación al Riachuelo, el informe aclara que existe cierta peligrosidad para la población del barrio si la misma tuviera contacto directo con el agua para uso o consumo, “debido a que contiene Nitrógeno amoniacal, Hidrocarburos, Coliformes fecales y Escherichia coli con valores por encima del valor de referencia” (ACUMAR, 2018, p.5) En vinculación con los efectos del ambiente en la salud de la población, los problemas de salud autorreferidos de mayor frecuencia fueron tos o dificultad para respirar, seguido problemas dermatológicos y diarreas.

“En el análisis de asociación entre problemáticas de salud mencionadas y factores de exposición (condiciones de la vivienda, entorno y actividades de riesgo), se observó que tener calefacción o cocina con leña, carbón o combustibles líquidos se asoció a tener Asma-Enfisema Bronquitis cró-

nica (EPOC), así como también tener un hogar construido sobre un terreno rellenado se asoció a tener tos (con 3 o más episodios). Asimismo, no tener agua de red, no tener baño y tener un hogar construido sobre un terreno rellenado, se asoció con tener diarreas (3 o más episodios); tener desagüe a pozo ciego, hoyo, etc., se asoció a tener parásitos y, por último, terreno rellenado, no tener agua de red y tener desagüe a pozo ciego, hoyo, etc., se asoció a tener problemas dermatológicos”. (ACUMAR, 2018, p. 6)

En palabras de la antropóloga del equipo de Salud Ambiental acerca de la salud ambiental en Villa 21-24:

La mirada tiene mucho que ver con los derechos vulnerados de la población del barrio en términos de urbanización o reurbanización y problemáticas estructurales (...) de fondo siempre esta perspectiva de una idea de un ambiente saludable, de un hábitat y de un vínculo... cómo se construye el espacio y el ambiente socialmente y el impacto que tienen esas cuestiones sobre la salud de forma integral. (Entrevista a Antropóloga y Nutricionista del equipo de Salud Ambiental, realizada en Junio del 2021)

En relación a esto, desde el movimiento de la Salud Colectiva se plantea la necesidad de un análisis complejo y dialéctico del PSEAC, en donde es necesario comprender las condiciones sociales que se organizan históricamente en distintos modos de vida según la posición en que se ubican respecto de las estructuras de poder, y determinan un acceso diferencial a las condiciones de vida -favorables o desfavorables-, lo que finalmente configura para cada sociedad la dinámica del proceso salud-enfermedad (Iriart et. al., 2002). En este sentido, el equipo de Salud Ambiental recupera constantemente esa mirada de los PSEAC y cómo las condiciones de vida y estructuras de poder moldean y organizan las formas en que se vive y habita en el barrio.

Lo que la pandemia se llevó

El advenimiento de la pandemia por Covid-19 trajo cambios en las formas de trabajo de los equipos de salud. Se suspendieron todas las actividades extramurales, y se volcó toda la intervención a la urgencia y lo asis-

tencial, reduciendo al máximo las posibilidades de contagio y circulación del virus. De esta manera el Equipo de Salud Ambiental tanto como los espacios de articulación territorial con las promotoras de salud de las organizaciones barriales dejaron de reunirse desde marzo del 2020. Este fenómeno desarticuló todo el trabajo comunitario y promocional que se venía construyendo. Las actividades desarrolladas previamente en instancias de coordinación con otras/os actrices /actores del barrio e instituciones gubernamentales consistían en reuniones de trabajo, jornadas comunitarias de limpieza de espacio público y descacharreo domiciliario; postas de vacunación de perros y gatos; jornadas de sensibilización y entrega de recursos sobre distintas temáticas, relevamientos y realización de informes sobre diversas problemáticas (calefacción, riesgo eléctrico, agua, cloaca, basura, enfermedades transmitidas por mosquitos), y presentación de reclamos a distintas áreas de gobierno. Estas tareas fueron desmanteladas tras el advenimiento de la pandemia, significando un golpe muy duro para las organizaciones que debieron sostener tareas de asistencia en soledad.

Esta situación persiste largos meses, con distintos intentos -más o menos exitosos- de recrear los espacios de articulación previamente existentes. Ya para marzo del 2021, con una nueva ola de casos positivos en puerta, se retoma el debate: ¿cómo sostener espacios de organización colectiva, sin exponer al contagio a quienes participan de estos? O mejor dicho, ¿cómo evitar el cierre de espacios colectivos y territoriales en este contexto?

La lectura común de las/os profesionales tenía que ver con la necesidad de un espacio que abordara las problemáticas estructurales del barrio (falta de agua, emergencia eléctrica, condiciones de vida, etc) desde un espacio horizontal y que se proponga acciones más concretas en territorio. A su vez, se evaluaba la importancia de realizar acciones de promoción y sensibilización acerca del Covid-19.

De esta manera, se inician debates en relación a las modalidades de reunión y la posibilidad de realizar actividades comunitarias en contexto de pandemia. Surgen los interrogantes acerca de cómo desplegar acciones respetando medidas de cuidado por Covid, sin aglomeración de gente y sin la vacunación de promotoras.

La participación social en debate: Encrucijadas del trabajo comunitario en salud

La constante preocupación de las/os profesionales enuncia una búsqueda insistente por encontrar una posición satisfactoria en una relación compleja y desigual entre ellas/os –en tanto trabajadoras/es formales- y las promotoras barriales. En esa relación desigual interviene el Estado desde diferentes dependencias, agudizando la condición de desprotección de las/os trabajadoras/es de las organizaciones sociales: el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de CABA, quienes durante la pandemia organizaron parte del trabajo asistencial y alimentario, delegando en las organizaciones dicha tarea sin garantizar las medidas y recursos necesarios para el cuidado; el Ministerio de Salud CABA, al vetar y/o limitar la vacunación a las/os trabajadoras/es de las organizaciones sociales en tanto esenciales; el IVC (dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat), ACUMAR, AySA, quienes se encuentran implicados en los retrasos y conflictos de las obras de agua y saneamiento, empeorando las condiciones para la propagación de los contagios, etc.

Una de las promotoras del CeSAC enuncia esta relación desigual de la siguiente manera, refiriéndose a las promotoras de las organizaciones:

Las promotoras siempre fueron las que llevan la comida, los productos limpieza, la medicación, todo a la gente (...). Me parece que es una falta de responsabilidad del Estado... cuando vino la gente de Desarrollo fue y le dio todo el laburo a las promotoras... "que vayan a hacer la recorrida de adultos mayores" y sin garantizarles ninguna protección a ellas. Las personas del barrio no tenían ni un barbijo para hacer todo el trabajo que les pedía Desarrollo Social, se tenían que comprar sus propios barbijos a mí me parece injusto que se vacunen otros antes que ellas (Entrevista a promotoras de salud del CeSAC, realizada en Junio del 2021)

Un aspecto a analizar en este sentido, tiene que ver con el rol que ocupan las organizaciones sociales en el despliegue de políticas e intervenciones estatales. En relación a esto, en principio es necesario aclarar que la participación en los programas de salud y la política social no es un fenómeno propio o constitutivo de ésta. La Participación Social es una categoría que

representa más a las formas en que las/os trabajadoras/es organizadas/os, grupos políticos, y sectores subalternos han desarrollado sus propias luchas por condiciones de vida dignas, que a las formas en que el Estado ha desplegado su política. Es por esto que resulta interesante ubicar el momento en que el Estado comienza a incorporar a la Participación Social como parte de su política en salud. Según Menéndez (2008) esto comienza a impulsarse en la década del '40 de la mano de organismos internacionales a fin de abordar problemas específicos con grupos sociales concretos. Sin embargo, recién en los '70, y aún más con la conferencia de Alma Ata (1978), es que dicha categoría es incorporada a las acciones de las políticas de atención primaria de la salud. De esta manera la Participación Social es reconocida como parte de las acciones dirigidas a solucionar o limitar los problemas que afectan a la salud de la población, especialmente de los grupos subalternos.

Ahora bien, esta preocupación del Estado por incorporar a sectores de la población en la resolución de los problemas tiene diferentes formas y grados de asumirse. Como se puede observar en la siguiente cita, el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de CABA despliega un modelo de participación social técnico y directivo:

Viene Desarrollo y te dice tenemos una idea con las organizaciones, que las organizaciones reparan los bolsones. Sí, pero no les dan ningún barbijo (...). Ayer mandaron un mensaje que decía que la gente que entrega bolsones son 7 personas de las cuales 6 estaban con Covid, entonces mínimamente hagamos un reclamo todos juntos y bueno si nos tenemos que enfermar, nos enfermaremos de vuelta pero todos juntos. (Entrevista a promotoras de salud del CeSAC, realizada en Junio del 2021)

En esta referencia no solo se evidencia la modalidad técnica con la que asume el Estado la participación de las organizaciones, ligada a una priorización de objetivos propios ya estipulados con anterioridad y ubicando a la participación de la comunidad como un medio para concretar sus propios fines con garantía de efectividad (Bronfman y Gleizer, 1994), sino que también, contrariamente, se puede observar la forma en que el Equipo de Salud Ambiental asume la participación, ya no como un medio sino como un fin en sí mismo, en tanto se busca construir organización y sujetas/os activas/os.

Acerca de esta multiplicidad de posibilidades de entender la participación social Menéndez afirma que “estas divergencias no se establecen tanto respecto de las actividades que se aplican en nombre de la participación social, sino de los objetivos que se buscan con ella, y de las formas organizativas a través de las cuales se expresan” (Menéndez, 2008, p. 82). En este sentido, muchas de las propuestas de participación social que promueven la OMS, las ONG, o las gestiones locales en Atención Primaria de la Salud son actividades que si bien pueden tener relevancia a nivel local continúan sin resolver los problemas de fondo no solo a nivel general sino también a nivel local (Menéndez, 2008). Esto se debe a la imposibilidad de trascender del modelo técnico de participación a un modelo que priorice el ejercicio de poder y el punto de vista de la población. Y es que, tal como afirma Spinelli: “Las experiencias de participación en salud, por lo general, se ligan a modelos asistencialistas -una lógica de mano de obra barata-, basada en concepciones “biomédicas” y sin ninguna preocupación por la autosustentación del proyecto” (Spinelli, 2007, p. 172)

En oposición a estos modelos de entender la participación, aparece la experiencia de la Mesa de Articulación Territorial del barrio –en donde participa tanto el Equipo de Salud Ambiental, como otras instituciones del Estado, organizaciones sociales y de la sociedad civil-, cuyo propósito está ligado a la construcción y organización colectiva desde un lugar horizontal y democrático de participación. Menéndez explicita que la participación social, además de considerarse un medio para limitar o evitar daños a la salud, es considerada un “instrumento que posibilitará organizar, movilizar, democratizar a los conjuntos sociales, y no exclusivamente respecto de los procesos de salud, enfermedad, atención” (Menéndez, 2008, p. 52).

Es así que el conjunto de actores institucionales de la Mesa de Articulación Territorial no se ubican por sobre las necesidades e intereses de la comunidad, imponiendo sus propios objetivos. La nutricionista del ESA lo explicita de la siguiente manera:

la propuesta (...) siempre fue generar un espacio lo más horizontal posible en dónde esa articulación no sea yo te convocó como centro de salud y te digo lo que hacemos sino como que se generen desde ahí las prioridades de trabajo (...) tener ese ámbito en donde con los múltiples y diversos actores de territorio y los conflictos que

surgen cotidianamente, poder motorizar el laburo (Entrevista a Antropóloga y Nutricionista del equipo de Salud Ambiental, realizada en Junio del 2021)

Esta concepción lejos de imponer una impronta unidireccional en un espacio de construcción colectiva, describe el carácter relacional con el que se concibe la participación. Para Spinelli (2007) no es posible modificar la situación de la salud, sin pensar la participación como una cuestión relacional, como una cuestión de poder-potencia. Es por ello que las lógicas biomédicas, asistencialistas, ahistóricas, y desterritorializadas desde los cuales se convoca a la participación en salud no resultan efectivas. La participación debe buscar la constitución de actores sociales, capaces de inscribir temas en la agenda social y del Estado. La participación es una actividad sociopolítica que no debe ser organizada por agentes externos al territorio. “La descentralización y la coestión pueden generar un enorme potencial de innovación social, transformando estructuras gubernamentales y las formas de gestión pública, permitiendo de esta forma la inclusión de los sectores excluidos en la condición de ciudadanía” (Spinelli, 2007, p. 172).

Los espacios de articulación barrial y participación colectiva significan la construcción de ciudadanía en los términos en que los menciona el autor, representan la capacidad de imponer agenda al Estado, incorporando las demandas e intereses de las/os propias/os habitantes de los territorios. Es por ello que resultan fundamentales para los equipos de salud, en tanto les piensan su rol con las organizaciones sociales como un acompañamiento político.

En este marco de disputa de sentidos a los que alude la categoría de participación y las tareas del Estado y los efectores de salud como parte de éste, es que las/os profesionales evalúan como imprescindible el acompañamiento a las promotoras comunitarias de las organizaciones sociales en las tareas de sensibilización y promoción ante los contagios por Covid-19, frente a una situación de vaciamiento de recursos y desprotección hacia las propias promotoras comunitarias, encontrándose las/os propias/os profesionales en una situación de suma disparidad (vacunadas/os, con equipos de protección personal, provistos elementos de higiene, etc.) Así lo menciona la nutricionista del ESA:

Ahora la situación epidemiológica y los casos están mucho peor que el año pasado (...) [sin em-

bargo] hay mucha menos respuesta del Estado, creo que en ese sentido el Estado se corrió y así como el año pasado hubo bastante recurso puesto en las villas este año no hay nada, y a la vez, sin embargo la situación no estalla. (Entrevista a Antropóloga y Nutricionista del equipo de Salud Ambiental, realizada en Junio del 2021)

En esa posición incómoda se ubica y adquiere sentido el debate acerca de cómo fomentar la participación social en pandemia, porque para el conjunto de profesionales que participan de la Mesa de Articulación Territorial, hacer salud -y específicamente, hacer salud ambiental- tiene que ver fundamentalmente con alimentar procesos de participación y organización colectiva, y en este caso, pensar la salud ambiental y el hábitat en Villa 21-24 implica como condición necesaria hacer con las/los habitantes del barrio. Entonces, la pregunta hace que tambaleen las estructuras teóricas que dan sustento a la práctica: ¿se puede hacer salud ambiental, o mejor dicho, se puede hacer salud sin participación social, desde la perspectiva de la salud colectiva?, pregunta que en última instancia se abre camino en las discusiones y argumentos que abordan las/os profesionales para avanzar hacia una u otra posición.

Finalmente, lo que concluye resolviendo el debate es nuevamente la participación social; y aquí, se vuelve fundamental el reconocimiento de las experiencias y formas de participación social previas realmente existentes, que preceden a las intervenciones de los propios equipos de salud.

La multiplicidad de asambleas que se generaron para resolver esta encrucijada culmina con las promotoras comunitarias expresando su voluntad por retomar acciones de promoción frente al Covid-19 en el marco de la Mesa de Articulación Territorial con el acompañamiento de los equipos de salud, tarea que ya se encontraban haciendo pero en soledad.

Para el propio Equipo de Salud Ambiental esta declaración fue fundamental en tanto surge de las propias organizaciones la demanda hacia los equipos, corriendo de una posición que las/os ubicaba en un status de poder y de jerarquía en relación a la posibilidad de definir lo que se debía hacer, por sobre las organizaciones y sus propias preocupaciones e intereses en relación a su propia salud y la del barrio en su conjunto.

Y ya estamos en el horno. Ya estamos acompañando. Lo que pasa es que también es jodido de-

jarlas solas, dejarlas que se expongan solas y no reclamar. Está bien las compañeras van a salir igual, pero que mínimamente sea con barbijos dados por el Estado porque el Estado tiene una responsabilidad (Entrevista a promotoras de salud del CeSAC, realizada en Junio del 2021)

Por último, esta breve frase de una de las promotoras del CeSAC evidencia que la resolución del debate acerca de la posibilidad de exponer a las promotoras comunitarias en actividades de promoción de la salud, no significa la renuncia a reclamar y evidenciar la responsabilidad que tiene el Estado por sobre estas condiciones de descuido y desatención hacia las promotoras y referentes comunitarias. Es decir que la dimensión política del trabajo colectivo y comunitario, es un elemento inalienable del trabajo profesional para el Equipo de Salud Ambiental. Tal como expresa Ugalde "La participación comunitaria, es parte de un proceso político y no es posible separarla de él. La participación en salud solo puede ser reflejo de la participación política." (Ugalde, 1999, p. 162), en su sentido de adquirir poder o de crear conciencia.

Consideraciones finales

"Las mayores posibilidades de encontrar experiencias susceptibles de transformar el espacio político de la salud, se hallan fuera del campo tradicional de la salud misma"
(Fassin, 2000)

En el presente trabajo se identificó a la salud ambiental como un campo específico que permite abordar los problemas de salud de quienes habitan en barrios populares, entendiendo a estas problemáticas como la consecuencia del vínculo que se tiene con el ambiente y de las condiciones estructurales de desigualdad producto del modelo de producción imperante.

Sin embargo, la pandemia por Covid-19 puso en jaque parte del trabajo construido históricamente por los equipos de salud que apuestan al ejercicio de la salud alejada de las concepciones tradicionales y hegemónicas; concepciones que, a su vez, vino a reforzar la emergencia sanitaria.

La pandemia - o mejor dicho, la forma de asumirla socialmente- apareció para afirmar la prioridad sobre la emergencia y la asistencia inmediata, la visión del riesgo y necesidad de la vigilancia, descartando de hecho y sin

tregua toda intención de construcción colectiva de la salud, desechando toda intención de encontrar los motivos de la aparición del virus en el vínculo que sostenemos como sociedad con el ambiente y nuestro hábitat. Sin embargo, también es posible encontrar en este escenario, experiencias que no descansan en la lógica tradicional de atención de la salud, y se convocan ante el desafío de trascenderla. Tal como se evidencia en el presente trabajo, los debates en relación a las maneras de entender la salud en general y la salud ambiental en particular, se presentan cotidianamente a través de distintas/os actrices/actores, atravesadas/os por distintas formas de leer un contexto y de intervenir en él.

Uno de los aprendizajes que deja la experiencia es que *la salida es colectiva*. No hubiera sido posible encontrar un desenlace a esta encrucijada en la que se encontraba el equipo de salud, sin la posibilidad de intercambio y vínculo con las organizaciones barriales. Es el trabajo colectivo y participativo que se construye históricamente con las organizaciones, el que permite buscar alternativas que resuelvan las complejidades propias de una realidad social injusta y desigual. La vuelta a lo colectivo es lo que se evidencia como necesario y urgente en un contexto de agrietamiento de lazos y estrategias organizativas.

Bibliografía

- Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR). (2018): Informe final EISAAR Evaluación Integral de Salud Ambiental en Áreas de Riesgo del Camino de Sirga del Barrio Villa 21-24, CABA, Agosto de 2018. Disponible en: <https://www.acumar.gob.ar/wp-content/uploads/2016/12/Informe-Final-Camino-de-Sirga-21-24-CABA.pdf>
- Breilh, J. (2010): Las tres S de la determinación de la vida y el triángulo de la política. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- CEBES, Brasil.
- Bronfman, M. & Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria ¿necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. En: *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1)
- Dawidowski A. (2010) Los estudios sobre desigualdades en salud pensados a partir de Stavenhagen. Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, Publicación del Posgrado en Ciencias Sociales UNGS-IDES
- Declaración de ALMA ATA (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS
- Estrella, P. y Olivetto, A. (2016): ¿Qué es la Salud Ambiental? Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Fassin, D. (2000) Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. En: H. Spinelli, y E. Menendez, (2008), (Ed.), *Participación Social: ¿Para qué?* (pp. 165-180). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Ferrara, F. (2002) Una verdad antagónica para la salud I 1. Fragmentos de la exposición del Dr. Floreal Ferrara en Paraná, Entre Ríos, el 23 de julio de 2002, documentado y desgrabado por el Dr. José María Paz. Disponible en: Svampa, M. (2010) *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político Conversaciones con Floreal Ferrara*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional
- Ministerio de Desarrollo Económico GCABA, Secretaria de Hábitat e Inclusión (2013): Caso Zavaleta. ¿Cómo se hace para intervenir un barrio históricamente estigmatizado? Fotogrametría. Disponible en: <https://issuu.com/sechabitat/docs/zavaleta-ultimo>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Datos Censo 2010. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-3-10-02-004-2010>. Para ver los datos poblacionales desagregados en las villas de la Ciudad: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=24206>
- Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol 12, n° 2, pp. 128-36.
- Laurell, A. C. (1982): La Salud-Enfermedad como proceso social. En *Cuadernos Médico Sociales* N° 19, páginas 1-11, México.
- Menéndez, E. (1988): *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2008) Las múltiples trayectorias de la participación social. En: H. Spinelli, y E. Menéndez, (Ed.), *Participación Social: ¿Para qué?* (pp.51-80). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2008) Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. En: H. Spinelli, y E. Menéndez, (Ed.), *Participación Social: ¿Para qué?* (pp.81-116). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Michalewicz A., Pierri C. y 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. Facultad de Psicología
- Ordoñez, G. (2000): Salud ambiental: conceptos y actividades. En *Revista Panamericana de Salud Pública* N° 7, páginas 137-147, OPS.
- Ugalde, A. (1999) Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. En: H. Spinelli, y E. Menéndez, (2008), (Ed.), *Participación Social: ¿Para qué?* (pp. 145-164). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Spinelli, H. (2007) *Participación Social ¿para qué? Participación Comunitaria y problemáticas sociales complejas*. III Congreso de Atención Primaria de la Salud. Ciudad de Buenos Aires.

Artículos seleccionados

Esa madre es una negligente, ¡Llamen al servicio social!

Paula Eichhorn^a, Ximena Paz^b y Guadalupe Pertine Jacquet^c

Fecha de recepción: 2 de noviembre de 2021
Fecha de aceptación: 14 de mayo de 2022
Correspondencia a: Paula Eichhorn
Correo electrónico: paulaeichhorn124@gmail.com

- a. Lic. En Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social – Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.
- b. Lic. en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social – Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.
- c. Profesora de Enseñanza Media y Superior en Trabajo Social. Lic. en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social – Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Resumen:

El presente ensayo se encuentra basado en las experiencias profesionales de integrantes de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires en un hospital pediátrico durante el período 2019-2021. Se propone una reflexión en torno a lo observado respecto a la intervención de los equipos de salud ante las sospechas de negligencia contra las infancias y adolescencias. En un principio, se recupera la introducción de la negligencia en el ámbito de la salud, para reflejar cómo la materialización de los cambios de paradigma, depende de las complejas relaciones de poder, históricamente situadas, entre los actores sociales en juego. En una segunda instancia se propone una mirada que corra el eje de la estigmatización de las familias, recuperando la multiplicidad de actores intervinientes en el desarrollo de estas situaciones de maltrato - entre ellos el Estado

- y problematizando el rol que asumen las competencias parentales en la evaluación desde los equipos de salud. Finalmente, se plantea un diálogo que recupere la disputa de sentidos al interior de los equipos en torno a la problemática, donde el Trabajo Social asume un rol protagónico, que merece ser problematizado.

Palabras clave: Negligencias — Infancias y adolescencias - Trabajo Social.

Summary

This essay is based on the professional experiences of integrants of the Social Work Residence of the City of Buenos Aires in a pediatric hospital during the period 2019-2021. It proposes an analysis based on observations of the health teams intervention in view of the negligence suspects against the children and adolescents. At first it recovers the introduction of negligence in the health field in order to reflect the materialization of the paradigm shifts, depending on the complexities of power, historically situated, between the social actors involved. A second instance proposes another look that turns from the stigmatization towards the families, from recovering the multiplicity of actors involved in the development of these situations of negligence - among them the State - and problematizing the role that parental competencies play in the evaluation from the health teams. Finally, a dialogue is planted that recovers the dispute of meanings at the interior of the teams in relation to the problem, where the Social Work assumes a protagonist role, which it must be problematized.

Key words: Negligence, childhood and adolescence, Social Work.

Introducción

El presente ensayo crítico es realizado por residentes de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires a partir de las experiencias vivenciadas en un hospital pediátrico. Se propone una reflexión en torno a lo percibido respecto a la intervención de los equipos de salud ante las sospechas de maltrato contra las infancias y adolescencias por negligencia. Inicialmente se propone un breve recorrido histórico que introduce a la conceptualización en torno a la negligencia, las características que asume, y los elementos que hacen a su evaluación. En una segunda instancia, se hace foco en la evaluación de las competencias parentales, y se incorporan al análisis algunas situaciones problemáticas que permiten el diálogo entre la teoría y la práctica. Finalmente, se busca reflexionar en torno a las tensiones y disputas que surgen del abordaje de estas situaciones al interior de los equipos de salud, teniendo en cuenta que el Trabajo Social asume un rol protagónico, que merece ser problematizado con el objetivo de realizar aportes desde la profesión.

Maltrato contra las infancias y adolescencia en el ámbito de la salud

El presente análisis parte de la reflexión en torno a algunas experiencias de abordaje de situaciones de sospecha de maltrato contra las infancias y adolescencias. Hablar en estos términos- en contraposición con el maltrato hacia o el maltrato infanto-juvenil - implica una coherencia ético-política respecto al paradigma de derechos de las niñas/os y adolescentes, haciendo foco en la relación de poder asimétrica que deviene del ejercicio del maltrato de una/un adulta/o, y ubicando a las infancias y adolescencias como víctimas de dicha violencia.

En este sentido, es menester realizar una breve descripción del escenario institucional y el entramado sanitario que aloja y legitima dichos abordajes. El hospital en cuestión es un efector pediátrico caracterizado por su alta complejidad médica y tecnológica, cuya área de influencia implica la atención a niñas/os y adolescentes y sus grupos socio afectivos de referencia, residentes

de la ciudad y provincia de Buenos Aires, interior del país y países limítrofes. Su lógica institucional responde principalmente a estas dos dimensiones, la médica y la tecnológica, que hacen en parte a la complejidad de los procesos de salud-enfermedad, lo cual requiere de un alto nivel de especialización profesional. Estas características tienden a fortalecer el modelo médico-hegemónico que atraviesa la atención sanitaria, nutriendo miradas sesgadas y reductoras, promoviendo lecturas ahistóricas que legitiman la escisión de los procesos de salud de los contextos socioculturales, emocionales, psicológicos, políticos y económicos en los que toman lugar. La complejidad en este escenario es comprendida desde el impacto biofísico de los procesos de salud y enfermedad, invisibilizando la interrelación con el entramado psicosocial que impacta directamente en las formas de construir salud, de enfermar, y en los procesos de atención y cuidado.

A su vez, la amplitud del área de influencia da cuenta de la alta diversidad de la población usuaria (étnica, racial, cultural, religiosa, geográfica, etc.). La misma también es una variable a tener en cuenta a la hora de pensar las evaluaciones y estrategias de intervención frente a las sospechas de maltrato. A la hora de pensar la materialidad de la intervención, implica la articulación - desde la distancia- con los múltiples organismos de protección locales, que exigen de los equipos de salud la elaboración artesanal de redes que viabilicen y sostengan las estrategias pensadas. Se trata de una árdua tarea que al interior de este efector, es históricamente delegada al trabajo social, legitimando una intervención médica y psicológica escindida de la corresponsabilidad en la protección de las niñeces y adolescencias. El trabajo social se inserta en estos equipos a partir de la interconsulta, lo cual implica el acceso a aquellas situaciones que el equipo médico decide presentar con una evaluación y una etiqueta ya elaborada. Esta forma de inserción también responde en parte a las precarias condiciones de trabajo desde donde se configura un Servicio social con escaso personal para acompañar los procesos de la población en un efector de más de 300 camas de internación. Es a través de esta metodología, que las sospechas de negligencia llegan y convocan a la intervención del trabajo social.

En los abordajes observados se pueden identificar algunos elementos que contribuyen a la noción de complejidad a la hora de intervenir. A modo de ejemplo, se observa la dificultad de las/os profesionales para percibir al hospital y al rol de los equipos de salud como

constitutivos al Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, conformado desde el 2005 en nuestro país a partir de la Ley N° 26.061 y desde 1999 en la Ciudad de Buenos Aires a partir de la Ley N° 114. En concordancia con Villalta y Llobet (2015), se considera a este sistema compuesto por todas las entidades, organismos, programas y servicios que poseen algún grado de injerencia en el bienestar de la infancia, y de los cuales se espera trabajen coordinada, cooperativa y corresponsablemente en pos de garantizar la integralidad de sus derechos. En esta misma línea, se observó la dificultad para identificar el resto de las instituciones locales de protección que conforman al Sistema, ya que es una tarea asignada al Servicio Social. Esto refleja la confusión en torno a las competencias de cada organismo, la escasez de conocimiento en torno a las normativas y protocolos de actuación, y la centralización de la formación profesional en las dimensiones biomédicas de las/os sujetas/os. En coherencia, la formación específica en torno a la detección del maltrato en el ámbito de la salud se centra mayormente en la identificación de los indicadores específicos e inespecíficos de cada modalidad de violencia, sin necesariamente fomentar una mirada integral que permita entender a los sujetos desde la complejidad de sus realidades. Es por este motivo que se considera necesario poder historizar y conceptualizar lo que se entiende por maltrato contra las infancias y adolescencias, en específico, cuando de negligencia se trata, poniendo en evidencia el destacado rol que asume un hospital pediátrico en su prevención, detección y abordaje. Se propone una aproximación hacia cómo la materialización del cambio de paradigma en torno a la infancia, depende de las complejas relaciones de poder, históricamente situadas, entre los actores sociales en juego (Barna, 2012).

Actualmente conviven distintos modos de entender y abordar este tipo de maltrato. Los comportamientos que hoy se adjudican al mismo fueron modificándose a lo largo del tiempo, en concordancia con el carácter dinámico de las infancias y adolescencias entendidas como construcciones sociohistóricas, el rol de las familias como principal espacio de socialización, y la moral pública reinante en torno a las violencias. Según Bourdelais y Fassin, lo que se entiende como “intolerable” no es más que una norma y un límite históricamente construido y por lo tanto modificable en el tiempo (2005, citado en Grimberg, 2010). En este sentido, ya desde la construcción moderna, podemos encontrar en los discursos una diferenciación entre una infancia hegemónica (clase media/alta, moralmente legitimada), y

una que podemos denominar irregular, reprobada moral y socialmente, (asociada a la peligrosidad, delincuencia, marginalidad, y pobreza). Esta distinción suscitó la necesidad de construir discursos políticos, pedagógicos, sanitarios, y jurídicos que disputaran no sólo qué significa el ser niña/o y/o adolescente en la modernidad, sino qué rol debe asumir el Estado frente a los mismos, quiénes deben ser garantes de su cuidado y protección, su disciplinamiento y formación, y su represión y sanción. Desde allí se fue configurando el paradigma tutelar que nutre el contexto sociopolítico en el que las instituciones de salud comienzan a intervenir en torno a la protección de las infancias y adolescencias de los sectores populares, denominadas "en riesgo o peligro" y la extensión del control social de este sector poblacional.

Durante los años sesenta el maltrato y la negligencia sólo hacían referencia a la dimensión física, invisibilizando el resto de las dimensiones que hacen a la integridad de la vida de los sujetos (Grimberg, 2010). Irrumpe en el campo médico con influencia de la pediatría social, y se configura como un nuevo campo del saber y de intervención. Desde la medicina se elaboran una serie de indicadores para ser evaluados por los equipos de salud, que solían tener al cuerpo físico como la principal fuente de información, por ejemplo: niña/o mal vestido, con falta de higiene, talla y peso por debajo del tercer percentil, entre otros. El uso de estos indicadores solía estar relacionado a una determinada clase social a la cual estaba dirigida principalmente la intervención, la clase trabajadora, y la forma de abordar estas situaciones desde una mirada reduccionista, produjo y reprodujo la clasificación y estigmatización de las infancias y adolescencias de los sectores populares. Al interior de los equipos de salud, las distintas profesiones como la medicina y la asistencia social, se consolidaron como figuras de control hacia las familias que se encontraban en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, haciendo foco en la responsabilidad de la mujer en los cuidados. El discurso en torno al modelo de familia nuclear o tradicional, (que es a su vez matrimonial, heteronormada, indisoluble, y con una clara división sexual del trabajo), caló en los distintos ámbitos, inclusive el sanitario, buscando homogeneizar la realidad de las infancias y adolescencias, que lejos está de ser uniforme. Este modelo, con sus cambios, aún puede ser percibido en el imaginario de los equipos de salud, especialmente cuando median situaciones de sospecha de negligencia.

Si bien las disputas en torno a las infancias y adolescencias en los distintos ámbitos devinieron en un cambio de paradigma hacia el actual que las/os comprende como

sujetos de derecho, la transformación no fue absoluta. Los cambios normativos que configuraron el actual sistema de protección de derechos, se centran en el interés superior, entendido como la plena vigencia y satisfacción integral de todos sus derechos. De allí parte una definición de maltrato que es a la cual se adhiere en este análisis.

Todo acto que por acción u omisión provoque en la niña, niño o adolescente un daño real o potencial en su integridad y desarrollo físico, sexual, emocional, cognitivo o social; ejercido por personas, grupos de personas o instituciones que sostengan con la niña, niño o adolescente una relación asimétrica de autoridad, confianza o poder (UTEMIJ, 2012, p. 33).

La dimensión física deja de ser la única a tener en cuenta, en coherencia con los principios rectores de los tratados internacionales. El Estado se configura como el principal garante en la protección, mientras que las familias, la sociedad y las organizaciones de la sociedad civil comparten la corresponsabilidad de la promoción y prevención de los mismos. Este nuevo circuito administrativo de gestión está constituido mayormente por las instituciones que en su momento dieron forma al paradigma tutelar, por lo que no es de extrañar el conjunto de tensiones entre paradigmas que se reproducen en la cotidianidad. El cambio de los dispositivos de tutela y control hacia dispositivos de protección está caracterizado por las complejas relaciones de poder, y el hospital y sus equipos de salud no se encuentran exentos a estas tensiones. Por el contrario, sus formas de abordaje reflejan cotidianamente las dificultades para materializar el actual paradigma de derechos.

Sospecha de negligencia: la puerta a la estigmatización

Si bien desde el presente trabajo se abordará específicamente a la negligencia como una de las modalidades del maltrato, existen otros tipos tales como: físico, emocional también codificado como psicológico, abandono, abuso sexual, enfermedad inducida por cuidadores, entre otros. A la hora de intervenir, se pueden presentar más de una de estas modalidades con consecuencias directas en el desarrollo integral de las infancias y adolescencias, lo cual complejiza aún más el desafío de la evaluación profesional y las estrategias de intervención a realizar. Respecto a la especificidad del maltrato por negligencia se comprende:

(...) aquellas situaciones donde las necesidades físicas y/o emocionales de la niña, niño o adolescente no son cubiertas de manera temporal o permanente por ningún adulto responsable que cuente con los recursos psicofísicos, materiales y sociales para dicha función, generando un daño real o potencial en la niña, niño y adolescente. (UTEMIJ, 2012, p.48).

El impacto de la negligencia para con la salud comenzó progresivamente a ser desarmado conceptualmente desde la mirada integral que exige la nueva normativa, viéndose fortalecido por el cuestionamiento discursivo del paradigma médico-hegemónico, incorporando al análisis la importancia del rol de los determinantes de la salud. Desde este viraje, asumen centralidad dos explicaciones posibles a los comportamientos negligentes: por un lado, como producto de conductas directas de estas/os hacia las infancias y/o adolescencias, o bien como producto de los condicionamientos socio-económicos de las familias (Grimberg, 2010). Es importante destacar que a nivel macro-social el Estado es el primero en vulnerar los derechos de las infancias y adolescencias, en tanto la falta de políticas públicas redistributivas en un sistema tan desigual no contribuye a contextos de buen trato infantil en términos de Barudy (2005). Por ende, la negligencia estatal también debe ser nombrada como una modalidad en tanto las intervenciones tardías o inadecuadas, la falta de programas y recursos en la comunidad, también producen efectos en las crianzas. Es este ente quien tiene la dirección y la capacidad de garantizar prácticas que prevengan, que posibiliten una detección temprana, y que protejan y restituyan tales derechos. Por lo tanto, cuando no sucede, se reproduce una negligencia cuya invisibilización solo contribuye a su sostén.

En este sentido, en las situaciones de negligencia, para ser consideradas como tales, las personas referentes deben disponer de los recursos materiales y simbólicos para garantizar el ejercicio de los derechos de las infancias y adolescencias y a pesar de ello, no hacerlo. En las situaciones acompañadas, se identificó que en ocasiones no se dispone de dichos recursos, como resultado de diversas desigualdades y brechas intergeneracionales de la cual su evolución en el tiempo se encuentra estrechamente ligadas a las políticas públicas. Sin embargo, se observó que lejos de asumir una mirada que contemple estas dimensiones, desde la medicina y la psicología, los equipos parten de poner el foco en las fallas individuales

y en la incapacidad para ejercer las funciones de cuidado de las/os adultas/os, dejando por fuera del análisis cómo afecta la desigualdad social a los grupos familiares y estigmatizando todo aquello que no forma parte de la estructura universalizada que se entiende por familia.

La evaluación profesional y el rol de las competencias parentales

Cuando se presenta la sospecha de negligencia a través de la interconsulta, uno de los primeros desafíos a afrontar es el poder identificar y discernir la situación de violencia, así como el nivel de riesgo, para pensar las estrategias de intervención necesarias en pos de la protección. Uno de los elementos clave a tener en cuenta a la hora de llevar adelante una evaluación de las situaciones de maltrato, son los indicadores, que consisten en señales, síntomas o indicios físicos, emocionales, conductuales, sociales que alertan y predisponen a comprender lo que le pasa a las/os niñas/os y adolescentes, a recabar de primera mano y/o a través de fuentes secundarias, por ejemplo, los registros en las historias clínicas. Exigen la necesaria responsabilidad de recuperar las condiciones materiales, histórico-culturales, socio-vinculares, emocionales y psicológicas en las que toma lugar. A pesar de que las diversas guías pediátricas orientadoras de las prácticas advierten los peligros de asumir aisladamente estos elementos, hemos observado que las lecturas se dan de forma esquematizada, lo cual esboza un escenario en donde los prejuicios y estigmatizaciones adquieren mayor predisposición a la hora de evaluar e intervenir. Sin dudas, es necesario incorporar herramientas específicas a cada profesión que permitan identificar estos indicadores y que permitan entender a la negligencia dentro del diagnóstico diferencial, pero esto no debe ser a costa de la construcción de una mirada integral, interdisciplinaria y singularizada.

La negligencia es de las formas menos visibles del maltrato y sus efectos, conllevando a una detección frecuentemente tardía. Tal vez, esta es una de las razones por la cual a la hora de realizar la interconsulta, precipitadamente afirman situaciones de negligencia ante la identificación de al menos uno o dos de los indicadores posibles. Otra de las variables que hacen a estos diagnósticos precoces es el habitus (Bourdieu en Gutiérrez, 2005), el mundo de significados y representaciones en relación a la violencia y que puede dar pie a los juicios de valor respecto de las prácticas de cuidado. Finalmente, la existencia misma de situaciones de maltrato confron-

ta con los ideales socioculturales hegemónicos construidos en torno a la familia como principal institución del amor y el cuidado, así como a los roles estereotipados de las mujeres especialmente en torno a las maternidades romantizadas. Es importante desandar estos prejuicios, estereotipos, e ideales a la luz de la realidad que interpela y que se caracteriza por su nivel de complejidad, para no reproducir en las intervenciones otras formas de violencias.

Cuando se aborda una sospecha de negligencia, se identifica una o un conjunto de necesidades materiales, físicas, y emocionales/afectivas que no se encuentran satisfechas y cuyos efectos los encontramos materializados en indicadores, pero ¿cómo se discierne que dichas necesidades insatisfechas son principalmente producto del desinterés, la desatención o la desafectivización de las/os adultas/os responsables de sus cuidados y no por ejemplo, producto del contexto desigual en el cual se encuentran insertos?

La etiqueta implícita de riesgo social y/o paciente social que llegan junto a la interconsulta, son ejemplificadoras de la mirada fragmentaria y reduccionista desde donde se piensan las sospechas. Lo social se transforma en un adjetivo calificativo para diferenciarla de lo hegemónicamente entendido como un problema de salud. Es por ello que se destaca la mirada aportada desde el Trabajo Social que en términos de Cavalleri en Castronovo y Cavalleri (2008) entiende las sospechas en términos de situaciones problemáticas, donde lejos de ser concebidas como una fotografía de la cual se desprenden una sumatoria de indicadores a evaluar, son pensadas de manera dialéctica, identificando los procesos y entramados (materiales, simbólicos, subjetivos, afectivos, sociales, culturales y políticos) que instituyen y son instituidos en cada situación en particular como manifestaciones de la cuestión social. Esta mirada permite construir una lectura situada témporo-espacialmente, que dispute los estereotipos y prejuicios anteriormente identificados, recuperando el diálogo construido desde las interacciones micro-macro entre las diversas dimensiones que hacen a las/os sujetos y a la situación en sí. Desde esta perspectiva, se destaca la importancia de recuperar la singularidad de cada actor/actriz, junto con sus significantes, siempre en relación con el lugar ocupado en la estructura socioeconómica y de poder en el que se encuentran.

Aquí es donde la evaluación de las competencias parentales puede significar una herramienta de gran utilidad. Siguiendo a Dantagnan y Barudy (2005), estas son entendidas como las capacidades prácticas de las/os

progenitores para cuidar, proteger y educar a sus hijas/os, asegurando un desarrollo sano, aunque pueden ser asumidas por adultas/os significativos aun cuando no sean las/os progenitores. Incluyen determinadas capacidades y habilidades, donde las primeras, refieren a los recursos emotivos, cognitivos y conductuales que las /os adultas/os significativos disponen y que les permiten vincularse de manera más saludable para con la/os niñas/os y/o adolescentes brindando respuestas adecuadas a sus necesidades. Incluye la capacidad de vincularse con ellos y responder a sus necesidades (apego) y la capacidad de sintonizar con ellas (empatía). Las habilidades parentales, por otro lado, hacen referencia a la plasticidad de las/os adultas/os la cual les permite dar respuestas adecuadas y, al mismo tiempo, adaptarlas a las diferentes etapas de desarrollo. Incluyen a los modelos de crianza desde los cuales se posicionan las/os adultas/os y la habilidad que poseen tanto para participar en redes sociales como para utilizar recursos comunitarios (Sallés Domenech y Ger Cabero, 2011).

El desarrollo de estas competencias se encuentra estructuralmente condicionado por las características socioambientales y económicas del entorno cotidiano, siendo la vulnerabilidad social una variable a tener en cuenta. A esta la comprendemos acorde a CELADE como "una combinación de eventos, procesos o rasgos que constituyen adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas" (2002: 21), lo cual se traduce en la dificultad para dar respuesta a la materialización de dichos riesgos y para adaptarse a sus consecuencias. En este sentido, se coincide al plantear que los procesos de cuidado son sensibles a estas dimensiones, a las consideraciones culturales y morales de lo que significa una "buena parentalidad", y a las propias experiencias personales (de apego, factores resilientes, etc.). La vulnerabilidad social condiciona la experiencia de parentalidad, donde algunas investigaciones relativas a la temática (Pérez Padilla et al., 2014) plantean que las/os cuidadores experimentan altos niveles de estrés respecto a su rol de crianza cuando median contextos vulnerables, dificultando el desarrollo de respuestas satisfactorias a las necesidades, y requiriendo apoyo social externo, aunque no siempre sea solicitado.

Armar evaluaciones y desarmar "sospechas"

A continuación, se ejemplifican dos situaciones de interconsultas realizadas al Servicio Social para problema-

tizar cómo se plasman en la práctica distintos aspectos de la evaluación de las competencias parentales.

Situación 1. Interconsulta: falta de adherencia al tratamiento/sospecha de negligencia contra una niña de 9 años con diagnóstico de Hepatitis B, internada en el hospital en el 2019. Ausente a los controles posteriores durante un año. La interconsulta vino acompañada por comentarios del equipo médico: es una madre negligente, hay que hacer algo o pone en riesgo a su hija y no le interesa o no entiende.

La falta de adherencia al tratamiento es una problemática que puede estar vinculada a la sospecha de negligencia, y es de suma importancia poder pensar una estrategia que permita dar inicio al tratamiento necesario. Pero al desarmar la interconsulta, en un principio aparece una afirmación basada en un juicio de valor del rol materno lo que evidencia un posicionamiento que dificulta la escucha atenta de las vivencias de la familia respecto al proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de la niña. Se identifica una mirada donde la gravedad de la situación se centra en el nivel de exposición al riesgo, definido en función de indicadores físicos y emocionales, donde el contexto socio económico asume un lugar secundario o nulo, y como plantea Villalta y Llobet (2015) se construye una mirada biomédica del riesgo en asociación con el uso de categorías tramadas en términos de sanciones morales a quienes son responsables de dichos daños. La trabajadora social interviniente contacta a la madre, su principal y única cuidadora, y detecta barreras geográficas y económicas en el acceso al hospital y los tratamientos, miedo al contagio y exposición al virus Covid-19, e inclusive escasez de información con relación a la enfermedad de su hija, como lo son las características y consecuencias en relación a suspender el tratamiento. La mirada disciplinar apunta a un análisis desde la complejidad y amplía el diálogo con las diversas dimensiones que hacen a los procesos de salud. Y si bien la convocatoria tiene el foco puesto en la determinación o no de la situación de negligencia, la demanda construida desde el equipo médico acarrea la necesidad de llevar adelante un proceso de evaluación de las competencias parentales, aun cuando no se encuentre explicitado en estos términos.

Situación 2. Interconsulta por caída de altura de un niño de 2 años. El mismo se encuentra en condiciones de egreso hospitalario, motivo por el cual deciden llamar a una trabajadora social para que determine si fue una caída accidental o por negligencia de su madre.

El equipo médico asegura que la madre acudió rápidamente al hospital y que parece ser de contención para el niño. Sin embargo, destacan que es una madre joven y que al momento de la caída, su hijo se encontraba solo. Además, resaltan que tanto el niño como su madre y hermanito de 1 año, viven en la Villa 31 y sostienen que la caída fue producto de un descuido que en las condiciones habitacionales en las que viven, no debería suceder. Finalmente, luego de las entrevistas sostenidas con la madre del niño, desde el Servicio Social se evalúa una caída accidental y se trabajan las pautas de cuidado para la prevención de accidente.

Las caídas de altura, al igual que la falta de adherencia al tratamiento, son parte del instrumento de interconsulta que tiene el Servicio Social, en tanto se constituyen en algunas de las problemáticas más frecuentes en las que se convoca a la intervención del Trabajo Social en este hospital. Sin dudas la forma en que llega la demanda reproduce un determinado lugar para la profesión, reforzando el rol de control al que históricamente fue asignada, tanto al interior de los equipos como en las familias. La convocatoria ante la sospecha, al momento específico del alta del niño y como condición necesaria para que ésta se de, habla de una mirada desde el equipo de salud que prioriza el abordaje clínico de las consecuencias de esta caída, como si este no estuviese condicionado al contexto en el que ocurrió, y negando la posibilidad de que la internación sea una oportunidad para evaluar con tiempo las competencias parentales, así como una oportunidad para el desarrollo de intervenciones preventivo-promotoras respecto a los cuidados necesarios.

Las situaciones acompañadas llegaron con algún registro o comentario de la profesional médica/o sobre la sospecha de negligencia. En la caída en altura en particular, si bien se preocupan en resaltar el rol de contención que cumple la madre, en el discurso el ser joven está asociado al aumento de posibilidades de ser negligente. Las miradas negativas que recibe acerca del cuidado de su hijo se agravan aún más por el contexto en el cual habitan. Los condicionantes económicos, sociales y culturales en este caso no son subestimados, pero sí asumen un rol problemático en tanto le atribuyen una doble exigencia de cuidado a la madre del niño, por el simple hecho de vivir en una villa, sin atender a la complejidad del entorno y el análisis del contexto general de exclusión, marginación y vulnerabilidad que atraviesan. La forma de disputar este rol asignado y de confrontar con el discurso estigmatizante, es a través de la inter-

vencción profesional. Con esta demanda como punto de partida, las/os profesionales del Servicio Social comienzan a reconstruir el escenario de vida recuperando a través de entrevistas en profundidad, la voz de quienes son los protagonistas de estos procesos: las/os niñas/os y adolescentes y sus familias. La situación habitacional en el caso de la caída en altura, además de entenderla como un derecho vulnerado al no poder acceder a una vivienda digna, puede ser entendida desde su singularidad a través de los relatos, los sentidos y las vivencias que estos sujetos decidan compartir en un entramado asimétrico de poder, desde donde pujan, negocian, y actúan en pos de sus intereses, necesidades y derechos. Estas dos situaciones, además de identificar el rol asignado y disputado del Trabajo Social al interior de los equipos, permiten identificar la complejidad que asume la interdisciplina cuando no existe un paradigma común desde el cual abordar la evaluación de las sospechas y las competencias parentales. A nivel internacional, sin vigencia en nuestro país, existen un conjunto de protocolos que se proponen construir ese bagaje en común, a partir de esquemas pormenorizados de cuáles deberían ser las competencias a evaluar y qué características asumen, reproduciendo una mirada esquematizada, mayormente sustentados en un ideal de familia homogéneo y descontextualizado, donde no se tienen en cuenta las condiciones materiales de vida, y no permiten relacionar el cuidado con las formas de organización de la familia, con la situación habitacional, las posibilidades emocionales y materiales del cuidador/a, los significantes de constituirse como único referente del cuidado y de ingresos en el hogar, etc. No incluyen en sus análisis al Estado como un actor clave en el entramado relacional que impacta directa e indirectamente en la construcción de competencias parentales. Sin embargo, sí se destaca el rol asignado a las implicancias éticas respecto a quienes realizan el diagnóstico y las evaluaciones pertinentes, que en este caso son los equipos de salud. Las intervenciones en el ámbito de las infancias y adolescencias pueden ser iatrogénicas, profundizando aún más las situaciones de vulneraciones que se abordan. La inexistencia de evaluaciones periódicas de las intervenciones, la falta de coordinación e intercambio entre los equipos y/o profesionales y la disparidad de criterios, hace que se perpetúen errores que conllevan grandes daños en las infancias y adolescencias (Molina y Barbich 2012). Este tipo de situaciones deben ser concebidas como el maltrato institucional que se genera desde el sistema de protección.

Desde la experiencia de este efector se identifica cómo la mirada esquematizada que caracteriza a los proto-

los internacionales se encuentra reflejada en la intervención observada de los equipos de salud, donde las preguntas que guían a las/os profesionales a construir la sospecha de negligencia, responden a la necesidad de clasificar el riesgo en el que se encuentran las infancias y adolescencias. Que sea considerado como parte del diagnóstico diferencial por parte de los equipos médicos desencadena el desarrollo de las evaluaciones y los abordajes integrales de la problemática, en tanto es solo a partir de la interconsulta que el Servicio Social y Salud mental suelen intervenir. Sin embargo, es necesario hacer énfasis en que la construcción misma de la sospecha de negligencia asume el carácter de una intervención y tiene un correlato y un impacto en las infancias, adolescencias y sus familias. Las situaciones expuestas ejemplifican cómo las sospechas son construidas frecuentemente en base a lo disruptivo que puede significar confrontar con las realidades familiares que no se adaptan a los esquemas cerrados e ideales que acarrear las/os profesionales. Sin dudas, la tríada médica/o-paciente-familia se verá afectada cuando el primer actor hace un juicio de valor y sanciona las competencias parentales, inclusive antes de escuchar activamente a esta otredad y su realidad.

Aproximaciones finales

A partir de lo expuesto, en pos de repensar las estrategias de intervención, se identifica la necesidad de construir paradigmas comunes y una interdisciplina que apunte a la construcción conjunta de abordajes integrales que apunten a la problematización y consecuente transformación de la jerarquización de las dimensiones biomédicas por sobre las condiciones de existencia de las infancias y adolescencias. A su vez, la evaluación de la práctica en instancias de supervisión y/o covisión también debe ser asumida desde la interdisciplinariedad, para no llevar a cabo intervenciones iatrogénicas.

La convocatoria a la intervención ante la sospecha de negligencia contra las infancias y adolescencias requiere ser desarmada y reelaborada con el objetivo de habilitar nuevos espacios y roles al interior de los equipos de salud. Desde la especificidad del Trabajo Social, se propone el desafío de reflexionar en torno a las diversas estrategias posibles para disputar el universo de significantes en torno a las propias competencias profesionales y a las perspectivas ético-políticas desde la cual se piensa y construye la intervención. Además, apuntar a la elaboración de dispositivos institucionales que aborden las

negligencias contra las infancias y adolescencias desde la escucha, el sostén y el fortalecimiento de las redes de apoyo de las familias. Esto incluiría la promoción de espacios que interpelan y cuestionan los mandatos y estereotipos que continúan siendo reproducidos en las intervenciones, y que tienen por principal consecuencia la estigmatización de las familias.

Al respecto, caben las preguntas: ¿cómo aportar a prácticas que permitan materializar su condición de sujetos de derecho activos y protagonistas de sus propios procesos de salud? ¿Qué lugar ocupan las infancias y ado-

lescencias en la evaluación de competencias parentales? Sin dudas, toda práctica de transformación requiere de políticas públicas que fortalezcan un rol estatal preventivo-promotor respecto a las crianzas saludables, así como también permitan transformar el entramado institucional de gestión de las infancias y adolescencias cuando median situaciones de maltrato, reconociendo al hospital como parte del mismo. Desde las/los profesionales de la salud, tomar esa escucha permitirá revisar y transformar las prácticas, generando otras modalidades que puedan alojar y habiliten las voces de las/los niñas/os y adolescentes.

Bibliografía

- Barna, A. (2012). *Convención Internacional de los Derechos del niño: hacia un abordaje desacralizador*. KAIROS, Revista de Temas Sociales. Año 16. N° 12. San Luis. Argentina.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). *Los Buenos Tratos a la Infancia Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Cavalleri, M.S. (2008). *Repensando el concepto de 'problemas sociales'. La noción de 'situaciones problemáticas'* en Castronovo, R.; Cavalleri, M. S. (coords.) *Compartiendo notas: el Trabajo Social en la contemporaneidad*. Remedios de Escalada, De la UNLa- Universidad Nacional de Lanús.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2002). *"Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y conclusiones"* CEPAL.
- Estay Barrera, F. (2009). *Manual de apoyo para la formación de competencias parentales: Programa Abriendo Caminos*. Santiago: MIDEPLAN. Chile.
- Gómez Muzzio, E., y Contreras Yevenes, L. (2019). *Manual Escala de Parentalidad Positiva – E2P v.2*. Ediciones Fundación América por la Infancia.
- Grimberg, J. (2010). *De "malos tratos", "abusos sexuales" y "negligencias". Reflexiones en torno al tratamiento estatal de las violencias hacia los niños en la ciudad de Buenos Aires*. En *Infancia, justicia y derechos humanos*. Villalta, C. (comp.). Universidad Nacional de Quilmes Editorial. 1° Edición., Bernal, Buenos Aires.
- Gutierrez, A. (2005). *Las prácticas sociales. Una introducción a Pierre Bourdieu*. Ferreyra Editor. Córdoba.
- Lemos, V., Richaud, MA. y Vargas Rubilar, J. (2017). *Programa de fortalecimiento parental en contextos de vulnerabilidad social: una propuesta desde el ámbito escolar*. Interdisciplinaria, revista de psicología y ciencias afines, vol. 34, núm. 1. <https://www.redalyc.org/journal/180/18052925010/html/>
- Molina, M.L., y Barcich, A. (2012) *Maltrato Infante Juvenil. La evaluación y toma de decisiones*. Editorial Dunken, Buenos Aires.
- Pérez Padilla, J., Menéndez Álvarez-Dardet, S., Hidalgo, M.V. (2014) *Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación de riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales*. Psychosocial Intervention, vol. 23.
- Sallés Domenech, C. y Ger Cabero, S. (2011). *Las competencias parentales en la familia contemporánea*. Revista Educación Social, n°. 49.
- Villalta, C., y Llobet, V. (2015). *Resignificando la protección. Los sistemas de protección de derechos de niños y niñas en Argentina*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.

Otras fuentes documentales

- Ley N° 114 de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, 3 de febrero de 1999.
- Ley N° 26061 de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Boletín Oficial de la República Argentina, 26 de octubre de 2005.
- Unidad Técnica Especializada en Maltrato Infante Juvenil del CD-NNYA (2012). *Maltrato Infante Juvenil. Marco Conceptual*. Buenos Aires.

Artículos seleccionados

Género y violencias: el avance de la necropolítica en el acceso a justicia

Anni Engelmann^a

Fecha de recepción: 1 de abril de 2022
Fecha de aceptación: 4 de junio de 2022
Correspondencia a: Anni Engelmann
Correo electrónico: anniengel.ts@gmail.com

- a. Lic. en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Dirección de Derechos Humanos, Políticas de Género y Diversidad, Municipalidad de Alberti, Provincia de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo realiza un recorrido en torno a la estructura social de géneros y el ejercicio de las violencias. Se da lugar a discusiones en relación a la participación de las instituciones del estado en la gestión de los conflictos y en el ejercicio directo de violencia respecto a la participación desigual en la distribución de diferentes tipos de capital. En ese marco, teniendo como eje la categoría de necropolítica, se estructura una caracterización de los abordajes del sistema de administración de justicia respecto a las violencias de género en vínculos interpersonales, tensionando la diferencia entre "acceso a la justicia" y "acceso a justicia". Finalmente, se da cuenta de cómo el Movimiento Feminista y sus debates y pluralidades abrió la posibilidad de disputar lógicas interventivas para el cuidado de nuestras vidas e integridades.

Palabras clave: Género - Justicia - Violencias.

Summary

This article is about the social structure of gender and the exercise of violence. Discussions are given in relation to the participation of state institutions in the management of conflicts and in the direct exercise of violence regarding the unequal participation in the distribution of different types of capital. In this framework, with the category of necropolitics as the axis, a characterization of the approaches of the administration of justice system with respect to gender-based violence in interpersonal relationships is structured, stressing the difference between "access to the justice" and "access to justice". Finally, it realizes how the Feminist Movement and its debates and pluralities opened the possibility of disputing intervening logics for the care of our lives and integrity.

Key words: Gender, Justice, Violence.

Género y violencias: el avance de la necropolítica en el acceso a Justicia

Géneros/s

En un mundo que se organiza socialmente en divisiones y estratificaciones, es preciso que para su comprensión crítica contemplemos al género o los géneros como una de las dimensiones de división y organización de la vida en sociedad. Marta Lamas define al género como "*un conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando la diferencia sexual como base*" y agrega "*esta construcción social funciona como una especie de "filtro" cultural con el cual se interpreta al mundo, y también como una especie de armadura que construye las decisiones y oportunidades de las personas dependiendo si tienen cuerpo de mujer o cuerpo de hombre*" (2007:1). Así, cabe la diferenciación entre dos categorías fácilmente confundibles: sexo y género. El sexo se basa en los atributos físicos ligados a la genitalidad y que asignan a las personas al nacer la cualidad de femenina o masculina dependiente de si nacen con vulva/vagina o con pene.

El género, en cambio, se trata de una construcción social asociada al sexo pero que abarca los comportamientos y los roles asignados y permitidos a cada persona en función de su sexo biológico.

Sin embargo, no se trata solamente de diferenciar prácticas, sino de jerarquizarlas valorándolas de forma diferente. Así, todo aquello asignado a "lo masculino" se presenta como lo dominante y por ende de mayor valor subjetivo, social y económico. De esta manera, la organización social de géneros implica para las mujeres un status de menor jerarquía en todos los ámbitos. En palabras de Simone de Beauvoir "*no hay ningún destino biológico, psicológico o económico que determine el papel que las mujeres representan en la sociedad: es la civilización como un todo la que produce esa criatura intermedia entre macho y eunuco, que se califica como femenina*" (1989: 240).

La estructura que sostiene la división de las formas de ser y hacer de cada persona en función de su género se denomina Patriarcado. El Patriarcado es una institu-

ción cuyo origen es comúnmente asignado a los inicios del capitalismo en Europa. Para Silvia Federici el inicio del capitalismo significó la necesidad “*una nueva división sexual del trabajo que confina a las mujeres al trabajo reproductivo*” (2016: 23). Este rol en la nueva organización social implicó trastocar aquellas prácticas que se reconocían como legítimas para las mujeres. Así, fue necesario un disciplinamiento, que la autora enmarca en la caza de brujas, para que pudiera producirse un sistema de opresión basado en el género que a su vez permitiera el desarrollo del sistema de producción capitalista.

Este sistema de opresión, que en primera instancia implica la dedicación de las mujeres al trabajo no remunerado de reproducción, cuidado y tareas domésticas, se desarrolló como una red de prácticas y sentidos que fue más allá, asignando qué saberes, sentimientos, prácticas, roles e incluso deseos podía o no tener una mujer. El Patriarcado se despliega entonces como una enorme red de opresión y represión que en muchos casos utiliza la violencia para permanecer.

Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de violencia? En la palabra de Moira Pérez, diremos que se trata de “*la negación, situada histórica y socialmente, de la subjetividad o la existencia del otro*” (2019). Entendiendo, sin embargo, que la violencia tiene múltiples definiciones y persiste el debate en torno a qué incluye, nos da una línea inicial para acercarnos al vínculo entre violencia de género, violencia estructural y violencia institucional.

La violencia basada en el género se expresa de forma colectiva e individual, en prácticas que van desde el reconocimiento diferencial en el valor del trabajo o saberes de una u otro, hasta la violencia física y sexual lisa y llana, y que incluye desventajas en el acceso a bienes y servicios del Estado, a capitales culturales, sociales, simbólicos y materiales y al acceso de derechos. En palabras de Ana Miguel Álvarez “*la violencia contra las mujeres, aún en medio de un universo de violencia, presenta claves específicas. Es decir, formas específicas de legitimación, basadas no en su condición de personas sino de mujeres. Esta legitimación procede de la conceptualización de las mujeres como inferiores y como propiedad de los varones, a los que deben respeto y obediencia*” (2005: 235). Cabe mencionar en esta instancia que la violencia de género se trata entonces de todas aquellas prácticas basadas y dirigidas hacia las mujeres o identidades disidentes en relación al género u orientación sexual que vulneren su integridad física, sexual, subjetiva o social y que se presenta legitimada por una estructura de saberes y significados estructurados en una escala jerárquica de géneros.

Las violencias de género

Hay un acuerdo teórico, fundamentalmente basado en la legislación internacional (CEDAW y Convención de Belem do Para), para denominar violencia de género a “*cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado*”.

Como se ha delimitado en los párrafos anteriores, la violencia de género (cuyo ápice es el femicidio) es un fenómeno social e histórico. De igual forma, su interpretación, problematización y abordajes se han ido transformando en el transcurso del tiempo, y esto ha sucedido de manera no lineal y con las contradicciones (avances y retrocesos) propias de cualquier proceso social.

Inicialmente, desde lo jurídico y mediático, los hechos de violencia de género se circunscribían al ámbito de lo privado, denominándola como “*violencia doméstica*” o “*crímenes pasionales*”. Esta interpretación implicaba que las prácticas de violencia fueran ubicadas en el plano de lo individual y su abordaje fuera casi exclusivamente en el ámbito de la justicia penal.

A partir de las diferentes conceptualizaciones y luchas de los movimientos feministas se ha podido visibilizar la violencia de género como problema social y político, por ende, un fenómeno que requiere de la intervención del Estado (en sus tres poderes) para resguardar la integridad sexual, física, psíquica y social de todas las personas que la padecen.

El viraje en la modalidad de interpretación e intervención de la violencia de género significó que perdiera vigencia la esfera del ámbito privado como central y que se reconociera la existencia de una estructura que utiliza diversas instituciones que avalan y legitiman la violencia. Así, se reconoce política y socialmente al Patriarcado como la institución que sostiene y actúa en la violencia contra las mujeres.

Este paradigma interpretativo implicó la visibilización de que la estructura que sostiene y legitima la violencia contra las mujeres está compuesta también por el Estado, sus órganos y sistemas de administración.

En este marco, situaremos a la responsabilidad estatal en el resguardo de las mujeres ante la violencia en relaciones interpersonales y a su acceso diferencial a derechos y recursos, como parte de aquello que Achille

Mbembé (2011) despliega con la categoría de "necropolítica". Aquello invisible que estructura las relaciones se posiciona como eje rector del ejercicio concreto del poder en relación a la gestión sobre las muertes. ¿Qué vidas son vivibles? ¿Qué muertes se duelan? La soberanía sobre los cuerpos y los territorios se impone desde el Estado como sucesor moderno de un Dios, atravesado por el racismo, el clasismo y el sexismo, y es allí donde se despliegan las acciones (u omisiones) del Estado y sus instituciones.

Modelos de intervención y abordajes

Como se expresa más arriba, frente al avance en el reconocimiento de la violencia de género como una problemática social e histórica, se promueve el reconocimiento del marco estructural como validante para estos actos cometidos: el Patriarcado. Junto con este reconocimiento, avanzan también las formas de abordaje. Diferentes instituciones y desde una diversidad de perspectivas interventivas actúan con las personas víctimas de violencia, desde el ámbito del sector privado y público, y en este último desde los poderes ejecutivo, legislativo y judicial.

En el camino de intervenir en las situaciones de violencia de forma individual y no estructural, la lógica de víctima y victimario subsume bajo la estructura de la justicia penal, y su consecuente individualización y privatización de las prácticas, procesos que se dan en un marco estructural y situado y que por ende requieren de intervenciones macro. De este modo, persisten actualmente diversos modelos de abordaje que expresan las tensiones de las formas de interpretación expuestas más arriba.

Las modalidades de intervención para las violencias de género implican asimismo diversas formas de entender tanto a las personas que la padecen como a los victimarios/agresores. Así, cierta concepción individualizante hace foco en entender a las mujeres víctimas de violencia desde un lugar de pasividad y pura carencia que lejos de reconocer el poder de agencia de cada una, las somete a una ruta crítica institucional en la que difícilmente sea reconocido el deseo y expectativas de cada persona en el proceso que atraviesa y respecto a su historia personal y subjetiva. Así, la categoría "víctima" presenta el riesgo de volverse totalizante e invalidante y desde una posición asistencial y "protectora" operar silenciando las voces de las protagonistas.

Acceso a la justicia y acceso a justicia

La demanda de parte de mujeres y niñas e identidades disidentes del abordaje de la violencia de género se presenta de diversas maneras. A los fines teóricos, pueden separarse de forma ideal dos modalidades: colectiva e individual. La demanda colectiva se presenta mayormente a través de la organización, denuncia y lucha política en pedido de respuesta del Estado. La demanda individual viene de lxs sujetxs que se encuentra en una situación de violencia y que se presentan ante instituciones a enunciar y denunciar lo que les sucede y a demandar una respuesta o solución.

Ahora bien, que la demanda se presente de manera individual y específica no implica que la respuesta del Estado no pueda y deba inscribirlo en el marco de una estructura de poder y relaciones sociales generales. Así entonces, la tensión en el abordaje de la violencia de género se presenta entre cómo responder a una demanda individual pero entendiéndola desde una lógica estructural y de relaciones sociales.

Cabe analizar aquello que se aquí se menciona como demanda individual, en clave de demanda de justicia. Pero ¿qué entendemos por justicia? Pensamos en la justicia como preceptos en relación a un deber-ser guiado por apreciaciones morales en relación a lo que entendemos como lo justo. Puede considerarse como lo socialmente admitido. Si algo es justo, entonces se admite que es correcto.

En este punto entonces, es preciso realizar una diferenciación entre acceso a la Justicia y acceso a justicia. El acceso a la Justicia se trata de la relación entre la persona que atravesó la violencia y las instituciones del sistema judicial. La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2018) define el Acceso a la Justicia como uno de los principios básicos del estado de derecho y lo vincula con la posibilidad igualitaria de acceso a los servicios del Sistema de Administración de Justicia, sin discriminación, ni parcialidad.

Si entendemos que el Sistema de Administración de Justicia es parte del Estado, corresponde entonces ampliar la noción de acceso a la de accesibilidad. Siguiendo a Yamila Comes y Alicia Stolkiner (2006), esta incluye la eliminación de las barreras administrativas, sociales y simbólicas. A la vista de esto, entonces, acceder a la justicia implicaría habitar la institución, llegar físicamente a ella, realizar el trámite correspondiente, entender qué impli-

ca dicho trámite y obtener la respuesta correspondiente de parte del agente estatal que solucione lo demandado. En ocasiones, sin embargo, las barreras de accesibilidad a la Justicia son tan evidentes que se considera acceder a la Justicia como el simple hecho de iniciar un proceso ante un agente del sistema de administración de justicia, sin importar su resolución. Vinculado a este aspecto, acceso a la justicia, puede pensarse entonces como una resolución de un conflicto en orden con lo que la normativa establece. Así, se equivale “la justicia” con lo normado, y acceder a ella, con obtener una medida judicial.

Si pensamos en la posible diferencia entre acceder a la justicia y acceder a justicia, diremos que el acceso a justicia, implica un sentido más amplio de demanda al Estado de castigo, protección y restauración respecto a lo padecido. Acceder a lo justo, a “lo que está bien” es, para quienes atravesaron violencia, individual y subjetivo. “Lo justo” se vuelve personal y responde a una demanda específica, un deseo y expectativas de una persona en particular que contiene en sí misma una forma particular de querer resolver su situación. Para quien lo atraviesa, justicia puede ser castigo, puede ser restauración o puede simplemente ser la posibilidad de una vida económica y emocionalmente autónoma, un proyecto de vida alternativo, nuevos vínculos respetuosos y distancias con resguardo.

Así, el acceso a la justicia implica caminos que están limitados y delimitados institucionalmente y el acceso a justicia implica abrir modalidades que resguarden el deseo y las expectativas de las personas que atraviesan violencias por motivos de género. Se trata entonces de la tensión entre centrar la mirada en los caminos institucionales comunes (con el consecuente riesgo de la tecnificación y burocratización de los procesos) o centrarla en el deseo y las expectativas de las mujeres y niñas para con esto pensar caminos posibles dentro de las políticas públicas existentes.

Conclusiones finales

En el desarrollo precedente se ha realizado un recorrido en relación a la estructura social, cultural y simbólica de géneros, el ejercicio de la violencia en ámbitos interpersonales, los vínculos con el Estado en relación a su participación en la gestión de dichas violencias y el ejercicio de violencia del Estado enmarcado en la categoría de necropolítica.

Se sostiene, principalmente, que la estructura social y política moderna del Sistema de Administración de Justicia (aquello comúnmente denominado Poder judicial) opera como una de las dimensiones de la necropolítica, interviniendo en el acceso a justicia de mujeres que atraviesan violencia por motivos de género en sus vínculos interpersonales. Resulta fundamental destacar que esta intervención implica, en el mayor de los casos, de una barrera de acceso a justicia en relación a la respuesta estatal esquematizada y desanclada de la demanda.

Surge, sin embargo, la disputa política en relación a la ampliación del Movimiento Feminista y de Mujeres y sus demandas. En ese marco, los debates en torno a aquello denominado “Reforma Judicial Feminista” nos dejan reflexiones que debemos recuperar. Resulta fundamental la comprensión de que el acceso a la justicia implica procesos y conocimientos más amplios que lo de la norma asociados al derecho; que es imprescindible disputar la lógica jurídica de lectura de realidad en términos de episodios para incluir las trayectorias de vulnerabilidad y las estructuras de poder que operan en los comportamientos; que necesitamos incluir la mirada de garantía de derechos desde la justicia entendiéndose parte del Estado y que ella deberá incluir la perspectiva interseccional y de lectura multidimensional de los fenómenos sociales. Y, finalmente, que es posible una mirada situada, sensible y creativa de parte del Estado en sus tres poderes.

Bibliografía

- Álvarez, A. (2005). "La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género" en Cuadernos de Trabajo Social, Vol 18. Revista de la Universidad Complutense de Madrid.
- Comes, Y. y otras (2006). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen XIV. Buenos Aires.
- De Beauvoir, S. (1989). *El segundo sexo*. Alianza/Siglo XXI. México.
- Di Corleto, J. (2017). *Género y justicia penal*. Ediciones Didot. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Federici, S. (2016). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Editorial Tinta Limón. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Heim, D. (2016). *Mujeres y acceso a la justicia*. Ediciones Didot. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Lamas, M. (2007). "El género es cultura". En V Campus Euroamericano de Cooperacao cultural. Almada, Portugal.
- Mbembé, A. (2011). Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto. Melusina. Parte I: "Necropolítica", 19-75.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2018). "La ONU y el Estado de Derecho: Acceso a la Justicia". <https://www.un.org/ruleoflaw/es/thematic-areas/access-to-justice-and-rule-of-law-institutions/>
- Pérez, M. (2019). Violencia epistémica: reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. *El Lugar sin Límites*, 1 (1), 81-98.

Artículos seleccionados

Entre lo esencial y la subalternidad: disputas del trabajo social en salud en contexto de pandemia desde una perspectiva de género

Candela Heredia^a y Julieta Nebra^b

Fecha de recepción:	16 de mayo de 2022
Fecha de aceptación:	30 de mayo de 2022
Correspondencia a:	Candela Heredia
Correo electrónico:	candelarheredia@gmail.com

- a. Magister en Antropología Social, Lic. en Trabajo Social. Instituto de Investigación "Gino Germani", Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- b. Dra. En Antropología, Lic. en Trabajo Social. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Resumen:

Al decretarse una pandemia y comenzar el aislamiento social, preventivo y obligatorio, se produjeron fuertes modificaciones en los efectores de salud y en las condiciones laborales de sus trabajadores. En este artículo, ahondamos desde una perspectiva de género, en la tensión existente entre dos fenómenos ocurridos en ese contexto: el trabajo social en salud fue considerado "esencial" y las labores diarias que se venían realizando desde la misma profesión fueron prescindibles desde la primacía biomédica. A partir de la narrativa de once trabajadoras del sector público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, identificamos las resistencias profesionales a los avances de miradas/normas biomédicas, las (re)organizaciones de sus tareas cotidianas y la emocionalidad emergente en dichas condiciones.

Palabras clave: Trabajo Social - Salud - Pandemia.

Summary

When the pandemic was declared and the social, preventive and obligatory isolation began, strong changes were made in the health institutions and in the working conditions of their workers. In this article, we analyze from a gender perspective, the tension between the two phenomena that occurred in this context: social work in the health field was considered "essential" but the daily work that had been carrying out by social workers became dispensable since the primacy of the biomedical approach. Based on the narrative of eleven female social workers in the public health field in the City of Buenos Aires, we identify the professional resistance to advances in biomedical viewpoints/norms, the (re)organization of their daily tasks and the emerging emotionality under working conditions.

Key words: Social work, Health, Pandemic.

Introducción

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia a la epidemia de una nueva infección de síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS- CoV-2), que causa la enfermedad por coronavirus (COVID- 19). En el marco de esta pandemia, los efectores de salud se vieron fuertemente modificados en su demanda, impactando directamente en las exigencias, medidas y condiciones laborales de sus trabajadores y trabajadoras. En nuestro país se designó al personal de salud como "esencial" teniendo que prestar tareas presenciales obligatorias. Esta obligatoriedad en relación con la tarea presencial trajo consigo también una serie de cuestiones a considerar: por un lado, al principio supuso una valorización positiva de la labor de quienes ejercían en el campo de la salud, pero, por otro lado, siendo en el imaginario únicamente profesionales médicos/as quienes detentaban este estatus diferencial. También la posibilidad de transitar por la ciudad "libremente" cuando el resto de la población lo tenía prohi-

bido; y por sobre todas las cosas la mayor exposición a un virus del que poco se sabía y al miedo de ser quienes contagiarían a sus familiares y personas cercanas.

Con esto en consideración, las trabajadoras y trabajadores sociales que se desempeñaban en el sector salud fueron "esenciales" en dicho contexto. En este artículo, analizamos cómo fue el trabajo del trabajo social durante el aislamiento y distanciamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO y DISPO) -momentos que comprenden de marzo de 2020 a mayo de 2021- en centros de salud y hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Específicamente nos interesa hacer foco en la tensión existente entre dos fenómenos ocurridos: si bien por un lado el trabajo social en salud fue considerado "esencial", por otro lado, las labores diarias que se venían realizando desde la misma profesión fueron consideradas prescindibles asignándoles otras tareas distintas mayoritariamente del orden de lo administrativo. El fuerte centralismo del paradigma biomédico en las directivas estatales del Ministerio de

Salud (CABA) hicieron del trabajo social algo esencial al tiempo que la intervención de lo social (prevención, promoción, asistencia, etc) quedaba relegada en un papel secundario en relación al aspecto biologicista de la enfermedad por coronavirus.

Entenderemos estas tensiones a partir de pensar el campo de la salud considerando la propuesta de Pierre Bourdieu (1994) sobre los campos; es decir, en tanto espacios sociales en los cuales operan relaciones de fuerzas objetivas impuestas a quienes conforman dicho campo de. En el campo de la salud, se ponen en juego los capitales que detentan sus agentes en la lucha por hablar e intervenir legítimamente y de manera autorizada. De esta manera, las distintas profesiones ocupan posiciones adquiridas a lo largo de la historia y de luchas anteriores en dicho campo, a partir de las cuales disputan o reactualizan sus posiciones. Entonces, podemos pensar el lugar del trabajo social en este campo considerando sus distintas posiciones históricas y las formas en las que en un contexto como el de pandemia, se reactualizaron las relaciones desiguales de poder.

A partir de las narrativas de once trabajadoras sociales del sector público de salud (a las cuales accedimos mediante entrevistas virtuales), identificamos las resistencias profesionales a los avances de miradas/normas biomédicas, las (re)organizaciones de sus tareas cotidianas y la emocionalidad emergente en dichas condiciones. A partir de este análisis, sostenemos que el trabajo social en salud durante la pandemia penduló entre su jerarquización mediante el estatus de “esencial” y la reactualización de su subalternidad en relación al modelo biomédico hegemónico en el campo de la salud.

Sobre las intervenciones del trabajo social en salud durante la pandemia, hay un gran caudal de publicaciones al respecto. Esto se debe a que, prematuramente, hemos reflexionado sobre las experiencias profesionales en este inusual contexto¹. En las producciones existentes ya se ha señalado, por ejemplo, la incongruencia de la política “quédate en casa” como estrategia universal de mitigación de los riesgos, con las necesidades y posibilidades concretas de los sujetos; y la artesanía por parte de los equipos de salud para construir respuestas y asumir de manera autogestiva el desafío de la gestión local de la pandemia (Acerbo & Larrache, 2020). También se ha interpretado el paso de la virtualidad de la

atención de algunas oficinas como expulsión de las poblaciones más vulnerables al acceso a las políticas públicas, por no tener un celular, internet o las herramientas para utilizarlos (Bezzecchi, 2021). En ese momento, fue clave el trabajo de las organizaciones sociales (referentes, comedores, merenderos, centros comunitarios, etc.) con las instituciones del sector salud para el armado de un sistema de apoyo y protección a las personas y familias (Chiara, 2020), sosteniendo el trabajo territorial para el abordaje de los consumos (Córdova & Martino, 2021) y la salud mental (Rolando, Wagner, Moyano, & Di Cianni, 2021), el compromiso con la construcción de respuestas integrales promoviendo la autonomía de las personas (Ricciardi & Scelzo, 2020), entendiendo que la participación social no es solamente hacer actividades comunitarias en los equipos territoriales sino todas las intervenciones realizadas desde la perspectiva de APS, buscando estrategias asertivas, colectivas, reflexivas (Fariña, 2021) y “reinventándose” constantemente (Fernández, 2020).

Las experiencias de intervención en salud fueron diversas entre los municipios, entre los efectores y entre los distintos momentos de la pandemia. Pero ha quedado evidencia que existen lógicas institucionales fragmentadas y que por ello son importantes las redes, las articulaciones (Madeira, Bogliano, & García Godoy, 2020), la interdisciplina y la comunicación (Martin et al., 2021). También se ha hecho evidente que el primer nivel de atención posee un lugar estratégico frente a otras estructuras sanitarias para garantizar la continuidad de la atención en los barrios (Jiménez, Ariovich, Crojethovic, & Balaña, 2021).

Las condiciones de trabajo también han sido analizadas por algunas autoras, para quienes, durante el año 2020 no hubo negociación paritaria, lo que implicó que los salarios permanecieran desactualizados durante todo el año y hasta los primeros meses del 2021 (Quintela, Spinelli, & Fernández, 2021). El desgaste y el costo de sostener la actividad profesional fue de tal magnitud que un coloquio de residentes fue titulado “Juntando nuestros pedazos: La (re)configuración del Trabajo Social en contexto de pandemia Covid-19” (Cuesta, Feldman, Povedano, & Serafini, 2021).

Desde una perspectiva histórico-crítica que busca situar al trabajo social en una alianza con los proyectos socie-

1. En efecto, la Revista Debate Público ha lanzado (en 2020) un número temático “Reconfiguraciones de las políticas públicas, las instituciones y las prácticas en el escenario de la pandemia” (Núm. 20). Y la Revista Plaza Pública también lanzó un número (en 2021) titulado: “Trabajo Social y Pandemia-Covid-19: Estado, cuestión social y procesos de intervención profesional” (Núm. 24).

tales de la clase trabajadora, han interpretado el trabajo profesional en pandemia como un trabajo en la urgencia de las mediaciones de la vida cotidiana marcada por la fragmentación. Quienes escriben desde allí, señalan necesario reforzar la dialéctica de la intervención operativa profesional, usando toda nuestra instrumentalidad, creando nuevos modos de adaptación (Chaves, 2021) y bogando por "conquistas profesionales de los procesos de intervención" (Cimarosti, 2020).

Los antecedentes en la temática nos invitan a reflexionar sobre las estrategias y vínculos del trabajo profesional, que podrían ser interpretados como "gérmenes de contraembujos" (Volpi, 2021), donde surgen preguntas por la normalidad y una posición en la complejidad, lo colectivo, la singularidad, las alternativas y la creatividad. Desde esa posición pueden construirse resistencias y "hacer refugio frente a las intemperies que son y vienen" (Volpi, 2021: 116)

Ubicándonos dentro de este campo que se pregunta por el trabajo social, las estrategias, resistencias, conquistas y particularidades de la intervención de lo social en salud durante la pandemia, sostenemos que el trabajo social fue "esencial" y "subalterno". Para dar cuenta de este proceso pendular, en primer lugar, expondremos las distintas prácticas que fueron dando lugar a lo que denominamos el desplazamiento de lo social: por un lado, de las intervenciones territorializadas a la virtualización y sus implicancias en poblaciones en contextos de alta desigualdad; y por otro, el desplazamiento de la concepción integral de la salud a una centrada en las cuestiones sanitarias y biomédicas. En segundo lugar, daremos cuenta de la relación entre las emociones que atravesaron las trabajadoras sociales en este contexto y las disputas y resistencias que dieron en sus ámbitos laborales ante dicho desplazamiento. Finalmente, presentaremos algunas reflexiones y nuevos interrogantes a considerar.

El desplazamiento de lo social en dos movimientos: del territorio a la virtualidad y de la salud integral a la biomédica

Ana Arias (2013) sostiene la importancia de pensar la "cuestión social" como una construcción histórica situada en nuestro contexto superando así las definiciones eurocentristas tradicionales. Aun así, destaca los aportes de Jacques Donzelot quien da cuenta del concepto de "lo social" desde la tensión entre la igualdad jurídica y

la desigualdad económica; es decir entre la democracia y el capitalismo. A nivel local, recupera los aportes de Alfredo Carballeda (2010) quien propone una alternativa al análisis de origen marxista sobre la cuestión social (centrado en la oposición entre capital y trabajo) al incorporar otros aspectos vinculados al proceso de conquista y colonización (disputa sobre la identidad y la cultura). En este sentido, sostenemos que lo social se configura en tanto tensión entre la enunciada igualdad entre los sujetos y la efectiva desigualdad producto de la intersección (Viveros Vigoya, 2016) de distintos vectores de poder (clase, género, racialización). El Estado en su configuración moderna ha sido el responsable de actuar ante esta tensión y lo ha hecho de distintas maneras a lo largo de la historia dependiendo del contexto local-global y de los lineamientos ideológicos de cada gobierno: la profesión del trabajo social ha ocupado un lugar central en esta tarea. Ahora bien, cabe destacar que el rol del Estado ante la cuestión social ocupa desde la instalación neoliberal en nuestro país, es considerado subsidiario de otros roles a los cuales se les adjudica mayor relevancia (la macroeconomía, la salud biomédica, la justicia, entre otras).

Siguiendo con la propuesta de Joan Scott (1996), el enfoque de género nos permite analizar las políticas públicas -como principal herramienta de gobierno de esta era-, las instituciones y los/as agentes de las mismas. Los aportes del feminismo han dado cuenta de las formas "engenerizadas" que toman las instituciones:

Decir que una organización, o cualquier otra unidad analítica, tiene género significa que las ventajas y las desventajas, la explotación y el control, las acciones y las emociones, el significado y la identidad son aspectos modelados por la distinción entre hombres y mujeres, entre lo masculino y lo femenino. (Acker, 2000: 124)

Es decir, que las instituciones que muchas veces se nos presentan como neutras están conformadas desde sus entrañas desde la distinción sexo/género (Orloff, 2009). A su vez, tomamos los aportes de Lynne Haney (1996), quien propone desde un enfoque de género dejar de pensar al Estado como una entidad monolítica y abstracta guiada por intereses masculinos, dando lugar a un enfoque situado que permita visibilizar los distintos contextos e interacciones institucionales y sus conflictos y tensiones. En este sentido, es fundamental señalar que el campo de la intervención en lo social ha sido históricamente un campo feminizado (Grassi, 1989; Lorente

Molina, 2000; Nebra y Heredia, 2019) y por ende, las articulaciones, tensiones y pujas de sentido de las intervenciones deben ser analizadas desde un enfoque de género: “(...) las historiadoras feministas enfatizan el papel de las mujeres en la construcción del estado de bienestar occidental: cómo las mujeres, inspiradas por el profesionalismo y el maternalismo, intervinieron las burocracias masculinas y los sistemas de bienestar con sus valores y normas” (Haney, 1996: 761).

Pierre Bourdieu ha denominado a este conjunto de agentes estatales abocados a la intervención en la cuestión social como la “mano izquierda” del Estado, mientras que los ministerios de finanzas, bancos, entre otros, conformarían la “mano derecha”. Siguiendo los aportes de las autoras que han reflexionado desde una perspectiva de género al Estado (Haney, 1996; Fraser, 2000) y a las dicotomías culturales de nuestra sociedad (Maffia, 2013) podemos vislumbrar cierto carácter engenerizado en estas manos estatales, la derecha encargada de lo material, económico y “productivo” y la izquierda encargada del cuidado y la reproducción de la vida de los individuos particularmente los más desfavorecidos. Esta mano izquierda, ocupa un lugar subalterno y en general ha sido pensada como residual o subsidiaria. En el caso del trabajo social, como agente central en la cuestión social y profesión feminizada, es notable observar como desde sus orígenes ha sido ubicado en relación a la auxiliaridad de otras disciplinas del campo médico y jurídico (Alayón, 1992). En las últimas décadas, producto de luchas profesionales y en especial de transformaciones locales y regionales de la mano de gobiernos con discursos en torno al “acceso a derechos” la mano izquierda del Estado se había reposicionado y obtenido cierta legitimidad al menos en los territorios.

No obstante, nuestra indagación nos ha permitido observar y sostener que esta subalternidad y subsidiariedad de lo social y de sus agentes, ha sido reactualizada en el contexto de ASPO y DISPO en el marco de la pandemia mundial por Covid-19 que priorizó las cuestiones biomédicas sobre las sociales, económicas y culturales. A esta reactualización situada en los territorios la hemos denominado “desplazamiento de lo social”.

Desde el comienzo de la pandemia el colectivo de trabajo social ha reflexionado sobre las experiencias profesionales en este inusual contexto. En este apartado profundizaremos en lo que llamamos el “desplazamiento de lo social”, entendiéndola como una acción estatal sobre determinados emergentes de la cuestión social.

Entendemos este desplazamiento en dos movimientos: primero, la virtualidad de la atención de ciertas instituciones (ANSES, centros de acceso a la justicia, RENAPER, escuelas, etc.) y del propio ejercicio profesional (uso de redes sociales para la promoción de la salud, interacciones virtuales/telefónicas con usuaries y colegas, etc.). En segundo lugar, con la pandemia se exacerbó la primacía de la biomedicina (Menéndez, 2003) que se manifestó en las directivas que llegaban a las trabajadoras sociales tornando aún más difuso los contornos de las incumbencias profesionales y reactualizando su lugar subalterno en el campo de la salud. Con estos dos movimientos, virtualización y primacía de la biomedicina, se generó un “desplazamiento de lo social” del que formaron parte activa trabajadores sociales de la salud. Ahora bien, sostenemos que es en el escenario local en el cual las políticas públicas se despliegan y se configuran de manera situada, dando lugar a que los actores las (re)interpreten, modifiquen, negocien y tensionen. De esta manera, presentamos algunas formas de resistencia de las trabajadoras sociales entrevistadas a este “desplazamiento de lo social”.

Del territorio a la virtualidad

En todos los relatos, las trabajadoras sociales que entrevistamos consideraron que trabajar en el marco del ASPO y DISPO fue una tarea compleja, difícil, que implicó una reorganización de las labores profesionales, de los equipos y de los efectores en general. En particular, nos centraremos en un señalamiento que presentaron todas las profesionales que ejercían su trabajo en Centros de Salud y Acción Comunitaria: el retiro de todas las instituciones y dispositivos estatales de los barrios populares y villas de emergencias donde estaban radicados. Esto supuso que a la tensión suscitada por la sobrecarga entre las tareas que venían realizando y las nuevas tareas asignadas en el contexto de pandemia, la población vulnerada concurría con una serie de demandas y problemáticas que anteriormente solían dirigir a otros efectores estatales: “nos encontramos con nuevos problemas en el trabajo, algunos con el tipo de demanda que empezó a generar la gente que se atiende en el CeSAC, y otro tipo de problemas en relación a la organización institucional y laboral en el CeSAC” (trabajadora de planta, CeSAC Piedra Buena).

El “tipo de demanda” al que se refirió aquella trabajadora (que coincide con lo dicho por todas las entrevistadas), es la derivada de la virtualización de ciertos

trámites. Tal como sostiene Chaves "De repente los recursos y prestaciones que se venían utilizando para implementar políticas públicas de sostenimiento de vida de los usuarios, quedan paralizadas" (2021: 10). Esta "parálisis" es la irrupción de un día para el otro de la presencialidad de la mayoría de las oficinas estatales, lo cual obligó a la virtualización de la gestión del DNI, del inicio de trámites para pensiones, jubilaciones, para el acceso al ingreso familiar de emergencia (IFE), a la tarjeta alimentar, inscripciones escolares, reclamos en la Defensoría, demandas por violencia de género, etc.

Este desplazamiento de las instituciones estatales del territorio a la virtualidad dificultó la intervención de las profesionales ya que solían "articular intesectorialmente" y en especial debido a que la población tenía "muy poca o nula conectividad" (trabajadora de planta, CeSAC 28):

"Es como que las políticas del Estado, las instituciones presentes en los barrios día a día, para la población, desaparecieron. Solo estuvieron los centros de salud y las organizaciones sociales. El resto siguieron trabajando, pero de forma remota, y esos accesos digitales no están" (trabajadora de planta, CeSAC 4)

La pandemia puso otra vez sobre la mesa la tensión entre el discurso de la igualdad que bajaba para todos por igual "quédate en casa" y virtualizaba nuestras relaciones y gestiones, con la realidad de la desigualdad: un amplio sector de la población no tenía las condiciones de posibilidad para poder hacerlo producto de las desigualdades del sistema moderno patriarcal colonial capitalista, y quienes permanecieron en los territorios fueron los centros de salud (y principalmente las trabajadoras sociales quienes recibían las diversas demandas de la población) y las organizaciones comunitarias territoriales. Esto generó un mayor malestar tanto en las profesionales como en la población:

"Los servicios sociales se convirtieron en una atención al Anses, con mucho enojo en su momento también, porque no había forma de entender ese circuito. La gente se frustraba porque nosotras tampoco sabíamos cómo hacer, aprendiendo a gestionar eso, tratando de encontrar contactos para que alguien nos explique..." (residente, CeSAC zona sur)

Todas las entrevistadas mencionan la diversidad de trámites y gestiones que tuvieron que realizar ante el des-

plazamiento de las instituciones a la virtualidad. Coinciden todas en que la mayor dificultad fue en relación al ANSES ya que tuvieron que aprender todo el circuito administrativo-burocrático también con conectividad deficiente en sus espacios de trabajo.

"Acompañamos muchísimas inscripciones al IFE, algunas cuestiones y problemas en ANSES en relación a la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo, todo lo que era la atención de ANSES, que cerró sus oficinas, repercutió directamente en el territorio y en las instituciones que estábamos trabajando en el territorio. Todo lo que fue la gestión de recursos, averiguación de cómo hacer trámites, como acceder a cierto beneficio social... las demandas giraron en torno a eso... Y así con otras cosas. Anses puede ser como la punta del iceberg" (trabajadora de planta, CeSAC Piedra Buena).

Se observa aquí, la porosidad de las incumbencias profesionales y la facilidad con la que por acción u omisión quienes quedaban a cargo de tareas administrativas vinculadas a la gestión de recursos ante el desplazamiento de Anses eran las trabajadoras sociales. Las entrevistadas mencionaban consternadas esta sensación de que sólo quedaban en el territorio el Centro de Salud y la policía como fuerzas estatales, mientras eran espectadoras del recrudecimiento de las condiciones de pobreza e incertidumbre de la población. Sin dejar de mencionar sus propios temores y malestares que analizaremos más adelante. A continuación, nos centraremos en el segundo movimiento que supuso el desplazamiento de lo social.

De la salud integral al modelo bio-médico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene en su constitución que "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1948:1). Y si bien diversos autores y autoras han cuestionado esta definición (por ejemplo, pensar en procesos en vez de un "estado de completo bienestar") podemos sostener como relevante la inclusión y legitimación de la dimensión mental y social a la ya tradicional y acotada dimensión física de la salud por parte de uno de los organismos de salud de mayor relevancia internacional.

Ahora bien, la emergencia de la pandemia puso en jaque esta conquista y disputa sobre el modelo médico hegemónico ya que aparentemente lo único relevante paso a ser la situación “sanitaria” general, en desmedro de otros procesos de salud integral:

“Tuvimos que abocarnos a tareas relacionadas al Covid como llamados telefónicos, hacer triage, asesorar a la gente en cuestiones de salud, “hacé tal fila”. Había muchas preguntas en relación al Covid que no podíamos responder, derivábamos al hospital. Actividades de promoción y prevención se hicieron de forma virtual” (residente Ce-SAC 12)

De esta manera, las trabajadoras sociales eran relevadas de sus tareas cotidianas de atención, acompañamiento y/o promoción de la salud para realizar tareas para las cuales no habían sido formadas o que en la mayoría de los casos podía realizar un trabajador o trabajadora administrativa:

“Yo le discutía eso al jefe, tengo esta situación de abuso sexual con una niña y estoy yendo a cargar datos a una computadora ¿quién va a atender los seguimientos de esta chica? Y de esos debates tuvimos un montón.” (Trabajadora de planta, Centro de día de adicción, Bajo Flores).

En varias ocasiones nos han mencionado relatos de situaciones de violencias y/o abusos que, debido al desplazamiento a la virtualidad de las instituciones, eran detectados únicamente por profesionales de la salud. Situaciones que debido al contexto se habían recrudecido y que no encontraban asidero para ser abordadas ya que la prioridad volvió a centrarse únicamente en el “bienestar” físico de la población. Si bien la mayoría de los/as profesionales de todas las disciplinas del campo de la salud vieron modificadas sus tareas, es destacable el poco o nulo lugar que se le dio a las demandas en torno a la cuestión social. Y atrapadas en ese movimiento quedaron las trabajadoras sociales del campo de la salud: modificando sus tareas, dejando de atender a personas en situaciones complejas (y padeciéndolo) o sobrecargándose de responsabilidades para poder cumplir con todo, asumiendo tareas administrativas, etc.

En un trabajo anterior (Nebra y Heredia, 2018) indagamos en torno a la historia y a las condiciones profesionales de ejercicio del trabajo social desde una perspectiva de género, y sostuvimos la existencia de un com-

ponente voluntarista en cuanto a su historia (vinculada a la filantropía y luego a la militancia) y por otro lado, un componente subalterno en cuanto a la relación de auxiliaridad entre disciplinas social/médica y social/jurídica, tradicionalmente asociadas a la relación asimétrica y auxiliar mujer/varón. Una vez institucionalizada la profesión, el carácter voluntario se fue desplazando hacia la aceptación del trabajo en condiciones de extrema precariedad, la sobrecarga de tareas y la asunción de roles por fuera de las incumbencias profesionales.

De esta manera este desplazamiento de lo social supuso un detrimento de las condiciones de vida de la población de los territorios más vulnerados y a la vez una sobrecarga en la responsabilización de las trabajadoras sociales, en un contexto macro de pérdida de valor de lo social en favor de la biomedicina.

Tensiones, negociaciones y emociones en torno a la (des)organización de la tarea cotidiana

La fluctuante organización de la tarea cotidiana en el marco de la pandemia generó incertidumbre, agotamiento y estrés en las trabajadoras. Hacemos mención en este apartado a la emocionalidad, no como mera exposición de sentires o intentando indagar sus motivos (cuestiones que tal vez pertenezcan al campo psi), sino comprendiéndola como objeto construido culturalmente, elemento de interacción social y utilizándola como herramientas analítica para un acercamiento a las dinámicas sociales (Coelho y Rezende, 2010; Sirimarco y Spivak L’Hoste, 2019).

“La primera parte tuve miedo, bronca: odiaba que la gente dijera que estaban en su casa aburridas de hacer budines, y yo estaba cansada. Creo que el miedo me daba cansancio. Mucho estrés, nervios, miedo...” (Trabajadora de planta, Centro de día de adicción, Bajo Flores).

Como dijimos anteriormente, el trabajo en la pandemia implicó modificaciones en las labores. Esto se tradujo en un incremento de las tareas, puesto que se sumaron nuevas a las que ya se realizaban, y se acrecentó el cansancio por múltiples factores. Uno de ellos fue el miedo. Todas las entrevistadas lo señalaron como una sensación que acompañó el trabajo. El miedo era a contraer el virus y enfermarse gravemente (en algunos casos traducido en el miedo “a ser entubada”), contagiar a seres

queridos, miedo a morir por Covid y miedo a la policía. Algunas salían por la mañana de sus casas, cuando aún era de noche y lo hacían en la soledad de las calles y los transportes públicos. Esa imagen nocturna de la ciudad desolada (en la cual aparecía la policía a quien el Estado había otorgado la gestión del "cuidado") era acompañada de miedo.

El cansancio también se observa asociado a la "sobrecarga" de trabajo producto de las distribuciones de las tareas, que para algunas no se realizaron de manera igualitaria y solidaria. En esos casos el cansancio se tradujo en descontento:

"Hubo mucho descontento entre compas de trabajo, ya que quienes asumimos tareas como las que mencioné, nos vimos sobrecargados" (trabajadora de planta, CeSAC piedrabuena).

En ese sentido, encontramos dos nudos problemáticos: uno pre-existente y uno novedoso. El pre-existente es la diferencia entre profesionales: hay quienes en un tiempo bien delimitado hacen asistencia, y quienes además hacen promoción y generan más vínculos interinstitucionales/disciplinarios acarreando una caudal mayor de trabajo. Esta diferencia que ya existía, con la pandemia se profundizó y este segundo grupo sintió una sobrecarga al tener que hacer más horas de teletrabajo y trabajo presencial (el cual estaba más recrudescido por las condiciones de vida de los barrios populares). El nudo problemático novedoso, fue la diferencia laboral dada por la maternidad. Quienes eran mujeres-trabajadoras-madres pudieron cubrir menos horas de trabajo con el argumento que ellas realizaban, además, cuidado infantil en sus hogares. Una forma de reconocer la carga de aquel trabajo de cuidado no remunerado fue aliviando sus horas de trabajo en los efectores públicos de salud. Pero aquellas horas que se aliviaban para esas mujeres, recayeron en otras.

Existen numerosas evidencias que dan cuenta de las desigualdades en la distribución de las responsabilidades del cuidado infantil según género, clase y raza, persistiendo un modelo maternalista del cuidado que se apoya en el trabajo cotidiano de las mujeres. Las mujeres se convierten en "malabaristas": coordinan múltiples tareas y con sus esfuerzos y desgastes permiten la producción y reproducción económica, social y familiar (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Faur, 2019). Si bien la medida que buscaba reconocer ese trabajo de cuidado tenía por meta una redistribución

que sea más justa para las mujeres, no resultó satisfactoria para todas las trabajadoras. Incluso, alguna de las entrevistadas señalaba con un poco de ironía que parecía una suerte de castigo por no ser-madre: debían trabajar más quienes no cumplían el "mandato de la maternidad".

El cuidado es ambivalente: en tanto "mano invisible de la vida cotidiana", puede reforzar pautas de estratificación social como generar formas colectivas de producir bienestar y vidas dignas de ser vividas (Paz Landeira y Gaitán, 2020). Dicha ambivalencia se hizo presente en la medida de reducción de jornada para las personas con hijos. La medida generó cargas diferenciales a trabajadoras sociales, al tiempo que buscaba una organización social del cuidado más equitativa. Esta tensión estuvo dentro de los equipos de trabajo conformados por mujeres madres y aquellas que optaron por no tener hijos. Tanto el cuidado como la intervención en lo social son trabajos centrales en la sostenibilidad y reproducción social de la vida de las poblaciones. Además, son trabajos feminizados y subalternizados. Fueron las mujeres (madres y no madres) trabajadoras sociales quienes se vieron, al final de cuentas, sobrecargadas por estas labores pocos visibles, infravaloradas y de gran importancia para el sostenimiento de la vida.

El malestar de habitar espacios infravalorados por la política pública al tiempo que, quienes ejecutaban las labores de cuidado y atención a las problemáticas sociales reivindicaban su importancia, se hacía carne en las trabajadoras. Lo social se hace carne incorporando estados de sensibilidades (Scribano, 2012) que en este caso se caracterizaba por el cansancio y estrés.

La infravaloración fue relatada por quienes se desempeñaron en hospitales y no fueron convocadas en los "Comité de crisis" (quedando por fuera de las decisiones que se tomaran de manera oficial en el abordaje de la pandemia), sintiendo desvalorizada su voz y mirada profesional (con las consecuentes medidas biomédicas y hospitalocéntricas); lo que se sumaba a las órdenes de no tomarse vacaciones y para las residentes, extender (por decisión unilateral) su contrato con el GCBA, suspender su día formativo en la residencia y volver obligatoriamente a la sede formativa (si se encontraban en rotación por otros efectores). En ese contexto, algunas entrevistadas nos relataron que sufrieron ataque de pánico en el primer año de pandemia y de las once entrevistadas, dos renunciaron a sus cargos para priorizar su salud mental.

Los malestares sentidos durante la gestión de la pandemia fueron muchos. Fue desde ese malestar (con cansancio, sobrecarga, estrés y miedo), que se desplegaron estrategias o “márgenes de maniobra” (Haney, 2002) en el quehacer profesional e institucional para resistir a los embates del biologismo y acentuar la relevancia de la intervención.

“Nuestro Centro lo quisieron cerrar para hacer un banco de plasma. Y que ni siquiera iba ir a la gente del barrio y querían cerrar un centro de salud... nos resistimos, fue una resistencia de verdad de nosotros. Vinieron una vez y nos resistimos. Y no vinieron más” (trabajadora de planta, Centro de día de adicción, Bajo Flores).

Pese a las limitaciones de recursos y a las condiciones del régimen laboral e institucional se construyeron acciones de resistencia impulsadas por el convencimiento de la necesaria defensa de espacios claves para garantizar derechos.

“En un momento parecía que nos iban a convocar como Servicio a ocuparnos a la derivación a hoteles de la gente Covid positivo y ahí empezamos también a discutir la pertinencia de nuestra inclusión en ese espacio, que finalmente fue ocupado por administrativos del GCBA” (residente hospital Tornú).

Todas las entrevistadas se vieron interpeladas y debatieron sobre la pertinencia de la profesión para el ejercicio de las tareas que solicitaba el Ministerio de Salud. Los debates y discusiones se dieron con otras colegas, otras profesionales, jefaturas y coordinaciones.

Reflexiones finales

La hegemonía del modelo biomédico en el campo de la salud se potenció en la gestión de la pandemia que ocurrió en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En ese proceso, las miradas sociales y más complejas de la salud fueron subalternas. Los trabajadores sociales en salud, en su mayoría mujeres, fueron considerados personal “esencial”, por lo que se les permitía su circulación en el espacio público, se solicitaba su presencia y parecían gozar de importante capital simbólico en tanto “personal de salud”. Simultáneamente, se les excluía de instancias de toma de decisiones significativas (como los comités de crisis) y se les daba indicaciones de labores administrativas, subalternizando su tarea. En esa tensión se ubicó el ejercicio profesional en el ASPO-DISPO.

Entendemos que “las conquistas profesionales de los procesos de intervención del Trabajo Social no deben quedar ocultas tras la complejidad -y a veces la tragedia del cotidiano profesional” (Cimarosti, 2020: 67). Por esa razón, decidimos indagar las resistencias de los profesionales a las órdenes subalternizantes que les permitieron disputar intervenciones/visiones sobre los procesos de salud enfermedad atención cuidados. Esas resistencias tuvieron costos, asociados al desgaste y malestar sentidos por las trabajadoras. En este sentido, nos preguntamos ¿Cómo continuaremos disputando la relevancia de “lo social” en el campo de la salud en el escenario postpandemia? Nos queda como desafío continuar pensando estrategias colectivas que se conviertan en conquistas profesionales y puedan ser sostén de quienes diariamente trabajan por cambiar la precarización de las condiciones de vida y de trabajo instauradas.

Bibliografía

- Acerbo, S., & Larrache, C. (2020). Gestión local de la pandemia de COVID 19: Aportes desde el Trabajo Social. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 227-239.
- Acker, J. (2000). Jerarquías, trabajos y cuerpos: una teoría sobre las organizaciones dotadas de género. En: Navarro, M. Y Stimpson, C. (comp.) *Cambios sociales, económicos y culturales FCE*, pp. 111-129.
- Alayón, N. (1992). *Historia del trabajo social en Argentina*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Arias, A. J. (2013). Lo social situado y el Trabajo Social en Argentina. *X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales*, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Bezzecchi, M. S. (2021). La expulsión de las Instituciones Estatales. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(21), 197-202.
- Bourdieu, P. (1994). El campo científico. *REDES*, N° 2, Vol. 1, diciembre, pp. 131-160.
- Carballeda, A. (2010). La cuestión social como cuestión nacional, una mirada genealógica. *Revista Ciencias Sociales* N°76/UBA, Dic. 2010.
- Chaves, C. S. (2021). Trabajo Social y pandemia de Covid – 19: Estado, Cuestión Social y procesos de intervención profesional desde la mirada sanitaria. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, (24), 4-12.
- Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 27-40.
- Cimarosti, M. (2020). Conquistas profesionales de los procesos de intervención del trabajo social. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, (24), 56-69.
- Coelho, M. C. P., & Rezende, C. B. (2010). *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Córdova, M. P. D., & Martino, M. B. (2021). Reflexiones sobre intervenciones territoriales en salud: Construyendo lo colectivo en contexto de pandemia. *Margen*, (101), 8.
- Cuesta, L., Feldman, C., Povedano, S., & Serafini, M. (2021). Juntando nuestros pedazos: La (re)configuración del Trabajo Social en contexto de pandemia Covid – 19. Coloquio Anual de la Residencia de Trabajo Social Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich".
- Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES/UNFPA/UNICEF.
- Fariña, M. C. (2021). Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la participación social en salud y las estrategias de intervención comunitaria. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(21), 119-131.
- Faur, E. (2019). *El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI editores.
- Fernández, G. (2020). La intervención profesional en Atención Primaria de la salud en contexto de Covid 19. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 193-200.
- Fraser, N. (2000). ¿De la redistribución al reconocimiento? *New Left Review*, Edición en español. Londres.
- Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social*. Buenos Aires, Editorial Humanitas.
- Haney, L. (2002). *Inventing the Needy: Gender and the Politics of Welfare in Hungary*. Berkeley: University of California Press.
- Haney, L. (1996). Homeboys, babies, men in suits: the state and the reproduction of male dominance. *American Sociological Review*, 61 (5), pp. 759-778.
- Jiménez, C., Ariovich, A., & Crojethovic, M. (2021). Repensando el primer nivel de atención del conurbano bonaerense en tiempos de pandemia. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(22), 87-96.
- Lorente Molina, B. (2000). Género, profesión y cultura. Una aproximación al estudio de la identidad de los trabajadores sociales. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 49, pp. 97-115.
- Madeira, S., Bogliano, E., & García Godoy, B. (2020). La intervención profesional es siempre una pregunta abierta. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(19), 11-20.
- Maffía, D. (2013). *Contra las dicotomías: feminismo y epistemología crítica*, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: dianamaffia.com.ar/archivos/contralasdicotomias.doc.

- Martin, M., Salvaré, S., Gobello, F., Abadía, M., Gargiulo, M. L., Durán, E., & Piscopo, C. (2021). La construcción de un dispositivo de cuidado en la Pandemia de Covid-19. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(22), 211-218.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.
- Nebra, J. y Heredia, C. (2019). ¿Por qué nos proponemos jerarquizar el trabajo social? Reflexiones sobre la profesión desde una perspectiva de género. *Revista Debate Público*, Universidad de Buenos Aires, pp. 215-223.
- Orloff, A. S. (2009). Gendering the Comparative Analysis of Welfare States: An Unfinished Agenda. *Sociological Theory*, 3 (27), pp. 317-343.
- Quintela, M., Spinelli, L., & Fernández, F. (2021). Trabajo Social y Pandemia. Una crónica de nuestra experiencia en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, (24), 165-171.
- Ricciardi, P., & Scelzo, G. (2020). Repensando la práctica profesional durante la emergencia sanitaria: Consideraciones acerca de la categoría de cuidado y la gestión de riesgos. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 241-251.
- Rolando, P. D., & Wagner, K. (2021). Sistematización de una experiencia de Salud mental comunitaria en contexto de pandemia. *Margen*, (100). Recuperado a partir de <https://www.margen.org/suscri/margen100/Rolando-100.pdf>
- Scott, J. (1996). *El género: Una categoría útil para el análisis histórico*. En: Lamas Marta (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, PUEG, pp. 265-302.
- Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 91-111.
- Sirimarco, M., & Spivak L'Hoste, A. (2019). Antropología y emoción: Reflexiones sobre campos empíricos, perspectivas de análisis y obstáculos epistemológicos. *Horizontes Antropológicos*, 25, 299-322. SciELO Brasil.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. En: *Debate Feminista*, 52, pp. 1-17.
- Volpi, C. (2021). Trabajo Social en Salud: Conjuros posibles desde un necrocapitalismo brujo. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(22), 107-117.

Artículos seleccionados

Reflexiones en torno a una experiencia de abordaje colectivo de interrupciones de embarazo desde APS

Florencia López^a

Fecha de recepción:	16 de mayo de 2022
Fecha de aceptación:	6 de junio de 2022
Correspondencia a:	Florencia López
Correo electrónico:	lopezflorr93@gmail.com

- a. Lic. en Trabajo Social (UNLP) Residente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen:

A lo largo del escrito se realizan reflexiones en torno a una experiencia concreta- y novedosa- de abordar, intervenir y acompañar situaciones de aborto, desde un equipo interdisciplinario inserto en el Subsistema público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por otro lado, y en vinculación con lo anterior, partiendo de la premisa de que las personas con capacidad de gestar continúan, en muchas oportunidades, abortando en soledad, se realiza un recorrido histórico a fin comprender el nivel de legitimidad social en torno a las interrupciones de embarazo hoy en día en nuestro país, sin perder de vista que desde finales del año 2020 contamos con una ley nacional que avala abortar voluntariamente hasta la semana catorce inclusive. Situación que marca un hecho en la historia por la defensa de los derechos de las personas con capacidad de gestar.

Palabras clave: Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva - Aborto - Colectivización de la demanda Sexual.

Summary

Throughout the writing, reflections are made about a concrete – and novel – experience of addressing, intervene and accompany abortion situations, from an interdisciplinary team inserted in the Public Health Subsystem of the Autonomous City of Buenos Aires.

On the other hand, and in connection with the above, starting from the premise that people with the capacity to gestate continue, on many occasions, aborting in solitude, a historical journey is made in order to understand the level of social legitimacy around the interruptions of pregnancy today in our country, without losing sight of the fact that since the end of 2020, we have a national law that guarantees voluntarily aborting until week fourteen inclusive. Situation that marks a fact of history for the defense of the rights of people with the capacity to gestate.

Key words: Reproductive and Non-Reproductive Health; Abortion; Collectivization of Demand.

Consideraciones iniciales

El presente artículo contiene reflexiones producidas a raíz de una experiencia de rotación por un equipo interdisciplinario de salud sexual y reproductiva en un Centro de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC) dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) en el marco de la residencia de Trabajo Social en Salud.

Se utilizó como principales fuentes de información los registros personales obtenidos durante la rotación, las observaciones del espacio colectivo llevado adelante por el equipo, las intervenciones propiamente dichas con las/os usuarias/os. A su vez, un insumo importante proviene de los debates y reuniones al interior del equipo, los encuentros de la Red de Salud Sexual y Reproductiva del área programática del Hospital y las convocadas desde el Programa de Salud Sexual de CABA. También se realizaron entrevistas semiestructuradas a integrantes del equipo.

En este CeSAC, como en muchos otros del GCBA, existe un equipo interdisciplinario de SSyR, el cual lleva adelante diversas actividades en relación a la salud sexual, entre ellas: consejería de métodos anticonceptivos, el acompañamiento a personas con capacidad de gestar que desean interrumpir sus embarazos, la prevención y promoción de salud sexual en escuelas y establecimien-

tos educativos y el CePAD. Este equipo en particular siempre se caracterizó por ser amplio, con muchas/os profesionales de distintas disciplinas. Actualmente se encuentra conformado por: trabajadoras sociales, psicóloga, comunicador social, médicas/os generalistas, ginecóloga, fonoaudióloga, médicas/os clínicas/os. Una de las integrantes de la disciplina médica caracterizaba al equipo de la siguiente manera: “Un equipo muy fuerte muy fortalecido. Un equipo que esta actualizado, que es interdisciplinario, que es de mucho laburo, de plantearse y replantearse cosas, de hacer una visión y revisión de lo que hacemos, de criticarnos, de tratar de mejorar, de ver nuevos procesos, de mejorar el acceso cada vez más”.

Resulta importante resaltar el trabajo constante que realizó el equipo durante todas las fases de la pandemia por Covid-19 y el lugar primordial que se les otorgó a las personas gestantes para que de una u otra manera pudieran acceder a sus derechos y decidir sobre su cuerpo, lo que nos da a priori la posibilidad de interpretar desde qué perspectiva interviene el equipo.

Este CeSAC es uno de los que más demanda de SSyR recibe y las/os profesionales lo explican por varias razones: la capacidad de respuesta, la apertura a cualquier persona de cualquier parte del país, por la accesibilidad y la zona geográfica, como así también debido a la cercanía con el Hospital de referencia.

Contexto en donde desarrollamos nuestra práctica

Sistema capitalista y patriarcal

Para iniciar el trabajo la idea es mirar para atrás y poder entender porque tener una ley que declara al aborto como voluntario no nos garantiza haber llegado al final del recorrido, sino más bien, nos invita -paradas/os desde otro lugar- a continuar e ir por más.

De este modo, resulta interesante plasmar algunos de los interrogantes por los cuales se da inicio a este escrito, que surgen de la observación participante: ¿En qué condiciones llegan las personas con capacidad de gestar a abortar? ¿Continúan abortando en soledad, “ocultando” muchas veces la práctica? ¿Cómo operó históricamente el sistema patriarcal para que esto continúe vigente? ¿Qué es lo que falta? ¿Qué es eso que aún no logramos conquistar? ¿Qué es lo que necesitamos para que la persona que desee abortar no se sienta juzgada, ni deba ocultarlo, ni intente dar mil motivos en la consulta para justificar su decisión, ni más ni menos que sobre su propio cuerpo? Infinidad de relatos que concluyen en culpas, miedo, soledad, ocultamiento de la situación a sus seres más cercanos, o situaciones de angustia por elegir otra cosa que sus parejas, entre miles de otros ejemplos.

De este modo, a fin de reflexionar en torno a los interrogantes anteriores, es necesario recuperar aportes teóricos que permitan analizar e historizar el lugar donde se posicionó al aborto; con qué objetivo se utilizó el cuerpo de las personas gestantes, la imposibilidad histórica de decidir, la culpa impuesta por no desear materner, la clandestinidad y lo tabú de la palabra y la práctica del aborto.

Los aportes de Silvia Federici invitan a repensar, y esclarecen porque continúan presentes los tabúes en relación al aborto y a la sexualidad. La autora hace un extenso y detallado recorrido histórico del lugar que ocupó la mujer y la reproducción de la fuerza de trabajo, principalmente desde la transición del feudalismo al capitalismo. A su vez, Federici hace una fuerte crítica a Marx, ya que a lo largo de “El Capital”, el autor no hace ningún análisis con perspectiva de género, lo que generó años de invisibilización de muchas cuestiones en relación al lugar que ocuparon históricamente las mujeres, sumado a la violencia y el disciplinamiento que ejercieron sobre ellas.

En el libro “Calibán y la bruja” la autora detalla cada uno de los mecanismos que adoptaron los países en cada momento histórico para lograr un único objetivo: el aumento del capital. Para ello, cualquier práctica y política era válido. Extenso análisis también en relación a la división sexual del trabajo, algo con lo cual hoy seguimos conviviendo, y por lo que las colectivas feministas continúan luchando.

Federici marca como punto de quiebre, cuando el Estado comienza a regular el control de la natalidad y la procreación, y por ende el cuerpo de las personas con capacidad de gestar. Desde este punto se parte para comprender muchas de los fantasmas que aún continúan operando a la hora de decidir abortar: “La criminalización de la anticoncepción expropió a las mujeres de este saber que se había transmitido de generación en generación, proporcionándoles cierta autonomía respecto al parto. Sin embargo, cuando el control de la natalidad apareció nuevamente en la escena social, los métodos anticonceptivos ya no eran los que las mujeres podían usar, sino que fueron creados específicamente para el uso masculino”. (Federici, 2004: 166)

¿Cómo hacer para desarmar años de disciplinamiento y de hostigamiento a las mujeres y personas con posibilidad de gestar? ¿Cómo entender e internalizar que es nuestro derecho, que debemos elegir libremente nuestra vida, nuestro proyecto de vida y cuando queremos procrear o abortar? Entender que, muchos de los pensamientos presentes en la sociedad hoy responden a lo que nos inculcaron durante años. La próxima cita lo explicita muy claramente, y no hay más palabras por agregar: “A partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y por el estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista”. (Federici, 2004: 162).

El surgimiento del capitalismo y de la mediación del Estado en las relaciones sociales, generó ciertas modificaciones en la vida cotidiana, como así también, las diversas vías por las que el Estado disciplinó a la sociedad, entre ellas, la medicina. Utilizada como control social, principalmente de las mujeres; quienes eran intensamente vigiladas y perseguidas si no cumplían con su función dentro de este sistema: procrear, parir y criar a la mano de obra, que serviría luego para producir.

Aunque no sea el eje central de este trabajo, resulta casi imposible no hacer mención del patriarcado como así también de la violencia; ejercida principalmente, hacia

las personas con capacidad de gestar, ya que fue una forma que utilizaron desde siempre para disciplinar; por lo que, no genera asombro que también, esta modalidad continúe vigente en nuestra sociedad actual. Por ejemplo, violentar a una persona por haber quedado embarazada, por no desear tener un/a hija/o, por utilizar un método anticonceptivo, por parir, por abortar, por expresarse u oponerse. La violencia continúa presente en todas estas situaciones, y son moneda corriente en los relatos de las personas que atendemos a diario. Violencia en las instituciones de salud, violencia por parte de las/os profesionales, violencia de sus parejas, violencia de sus familiares, en fin: violencias, psicológica, simbólica, física, obstétrica, etc. Se continúa creyendo que tienen un poder sobre nuestros cuerpos, sobre nuestras decisiones.

Pensar en el concepto de alienación, permite entender que el deseo y la decisión de las personas con capacidad de gestar en este caso, se encuentra totalmente ausente, y es otra/o quien define y decide. Federici agrega: "Las mujeres han sido forzadas frecuentemente a procrear en contra de su voluntad, experimentando una alienación con respecto a sus cuerpos, su "trabajo" e incluso sus hijos, más profunda que la experimentada por cualquier otro trabajador. En realidad, nadie puede describir la angustia y desesperación sufrida por una mujer al ver su cuerpo convertido en su enemigo, tal y como debe ocurrir en el caso de un embarazo no deseado". (Federici, 2004: 164).

Modelo médico hegemónico: otro concepto necesario

Para comprender por qué resulta interesante la modalidad de atención brindada desde este equipo, es importante poder caracterizar y encuadrar en qué sistema de salud nos encontramos inmersas/os. Tal es así, que es necesario volver a Menéndez y releer su teoría en relación al Modelo Médico Hegemónico (MMH); entendiendo que este modelo es quien impone las condiciones en relación al sistema de salud, y, por lo tanto, desde donde nos encontramos obligadas/os a intervenir como profesionales. Asumiendo así mismo, que las posibilidades de transgredir y construir otra forma de hacer salud, es limitada.

Como explica el autor, el Modelo Médico Hegemónico se encuentra en crisis y cuestionado desde la década del 60 pero al día de hoy priman sus características. Me-

néndez entiende por MMH: "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" (Menéndez, 2003: 194).

Dicho autor, define al MMH con características muy claras: "biologismo, individualismo, a historicidad, a sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico" (Menéndez, 2003: 194).

Otra dimensión importante a analizar en función de la modalidad de atención y en vinculación con el MMH, es la presencia del Trabajo social como una de las disciplinas fundamentales dentro del equipo. Es paradigmático el lugar que construyeron en el interior del equipo; son quienes sostienen muchas de las tareas cotidianas. Las mismas profesionales lo reconocían a lo largo de la entrevista: "siempre nosotras, las trabajadoras sociales, con más o menos gente, fuimos las que sostuvimos la temática acá en el centro de salud. Siempre estuvimos medidas en casi todo".

Quizás no resulta novedoso, debido a que, es una disciplina que se basa en la lucha por la ampliación los derechos de las personas en todos los ámbitos de la vida, y en particular, una lucha muy intensa por la igualdad de género. Sin embargo, no hay que darlo por sentado, ya que es una profesión que dentro del ámbito de la salud resulta subalterna y en muchas oportunidades, sus aportes o intervenciones son relegadas a un segundo plano. La nueva ley imprime una modificación que suma a la descentralización de las tareas de la profesión médica, ya que habilita, por ejemplo, que el consentimiento informado sea firmado y sellado por el profesional interviniente, y no necesariamente debe ser médica/o.

Por otro lado, es significativo observar el trabajo de sensibilización construido al interior de todo el CeSAC, desde la recepción, el personal de seguridad, de limpieza, y del resto de las/os profesionales. Es un CeSAC en donde ya hace tiempo el aborto se nombra como tal y las personas reciben una atención respetuosa y cuida-

da desde todas/os las/os trabajadores. En vinculación a esto, una de las entrevistadas reflexionaba: “Desde el último año, yo salgo y pregunto quién está para IVE o para ILE, y la gente se levanta sin demasiado problema. Antes eso no pasaba, era quien tiene el número uno para salud sexual, o el nombre, pero no se lo llamaba por IVE. Es muy paralelo, siempre estuvo la temática, desde que estamos en el centro de salud, con más o menos demanda, pero siempre se abordó. Al principio lo hacíamos a escondidas, nuestras intervenciones eran calladas, nadie lo sabía, solo el equipo. Y es como que se fue agregando, sumando, y ahora no nos damos cuenta que esta tan abierto.” (Trabajadora social del equipo).

Legitimidad social: un desafío por delante

En la práctica se registraron diversos cambios desde la sanción de la ley, pero cambios principalmente para quienes intervienen y forman parte del sistema de salud. Tal es así, que posiblemente el número de objetores haya disminuido, ya que muchas/os referían no involucrarse en prácticas con una carga de (falsa) ilegalidad. Por ende, la ley trae un gran sentimiento de “tranquilidad”, mayormente para las/os profesionales: saber que ya no hay riesgo de judicialización, que ya no es necesario crear una causal para que la persona pueda acceder.

Por otro lado, la ley evita estar frente a frente con una persona y estar re-victimizando o exponiendo su historia de vida para poder acceder a una decisión personal sobre su propio cuerpo y muchas veces, de sus condiciones de vida o proyecto personal.

Pero, desde el otro lado, quienes atraviesan una situación de aborto, la ley continúa siendo insuficiente, la ley no quita toda la carga moral que el sistema patriarcal, el capitalismo y la sociedad imprime desde hace años, a las mujeres y a las personas con capacidad de gestar. Como se hace hincapié en párrafos previos, son años y años de mecanismos de disciplinamiento, que nos han impuesto muy sutilmente (en algunas ocasiones, en otras no tanto), pero a las cuales estamos “acostumbradas/os” y con las cuales hemos crecido. Entonces, son estos mecanismos los que operan a la hora de decidir abortar, de establecer un propio proyecto de vida y de hacer uso de la sexualidad libremente.

Al indagar sobre los cambios producidos por la sanción de la ley, la médica generalista del equipo hacia una

reflexión interesante: “Las mujeres que vienen por un método te consultan, y te preguntan ¿la efectividad doctora?, 99% ¿y si falla? Es muy raro que falle, ¿y si falla? Bueno, podés hacer una IVE; y no es que, porque este la ley, resulta algo como más liviano. O sea, si podés evitarlo lo evitas. Parecía que con la ley iban a salir todas a embarazarse para abortar. En la práctica seguimos viendo lo que veíamos antes, la preocupación sigue siendo un embarazo no intencional, no deseado, sigue siendo una preocupación y está buenísimo porque me parece que es subestimar mucho a las personas”.

Entonces, nos queda trabajar (desde todos los ámbitos posibles) para desandar estos significados y significaciones en torno al aborto, a la sexualidad, al feminismo, al deseo y al derecho de elegir. Y asumir que, es justamente esta legitimidad social, lo que aún no se ha conquistado desde las colectivas feministas. Tal vez, el último eslabón de una larga historia, que dará paso real al derecho a decidir. Boltanski hace alusión a la legitimidad de la siguiente manera: “la legitimación implica la disputa de sentidos y la afirmación de ese derecho sobre principios morales cuya validez pueda ser considerada de carácter general” (Boltanski en Burton, 2017: 99).

Para finalizar, algunos aportes recientes de Julia Burton (2021) para repensar la legitimidad social como un gran desafío. En su nuevo texto dialoga con una cita de Vaccarezza sobre esta temática y plantea: “Abrirse a esas narrativas, escucharlas y darles alojamiento habilita la circulación de nuevos afectos y sensibilidades que desafían los modos dominantes de sentir respecto del aborto alejados de la culpa y la eterna victimización de quienes abortan. De ese modo, emergen nuevos lugares de enunciación y posicionamientos subjetivos y, en consecuencia, modalidades novedosas de comprender la experiencia social del aborto” (Burton, 2021: 5). Finaliza diciendo: “Lejos de ser una experiencia unívoca, el aborto también puede ser una decisión y una vivencia que genere felicidad, alegría, que se vincule con los deseos. En consecuencia, narrativas sobre el aborto libres de padecimientos y victimismos eternos” (Burton, 2021: 5).

Ahora sí: una experiencia concreta de atención de aborto en aps

Desde hace unos años atrás, el equipo lleva adelante una novedosa modalidad de atención en lo que respecta a los acompañamientos de aborto. Como se mencionó anteriormente, la demanda respecto a esta temática

es elevada; concurren aproximadamente entre 7 y 10 personas por día, lo que hace viable la creación de un dispositivo grupal de atención. Esto último es lo que resulta poco común y aún más cuando hablamos desde el sistema público de salud.

Los días de atención de la temática, el equipo realiza un encuentro grupal entre todas las personas que solicitan una interrupción de embarazo, en donde se explica la modalidad de trabajo y los distintos encuentros que se van a sostener para hacer una atención integral de la situación. Durante la charla, en primer lugar, se hace hincapié sobre el nuevo marco legal donde se encuadra el aborto. Luego, se explica la utilización de la medicación, las pautas de alarma durante y posterior al uso de la medicación. Se utiliza folletería de soporte en donde está toda la información que se transmite de manera oral, para que en el momento que están realizando el procedimiento, puedan recurrir a él ante cualquier duda. Se habilita un momento de intercambio de preguntas/dudas/comentarios de las/os participantes, y luego se procede a la entrevista de manera individual en un consultorio para abordar las particularidades. Una vez en el consultorio, la/el profesional solicita los datos personales, la historia clínica, se revisa la ecografía, se entrega la medicación, se consulta nuevamente si hay dudas o preguntas de la charla grupal, se firma el consentimiento informado, y, por último, se coordina el encuentro post aborto para el control y la adherencia a un método anticonceptivo si así lo deseara la persona.

En lo que respecta al equipo, una de las entrevistadas realiza una valoración positiva entorno a este dispositivo y contaba lo siguiente: "La idea de la charla, está muy buena, hay momentos que se crea un ambiente lindo, y pueden preguntar, y la duda o la pregunta siempre sirve para la que escucha y no se anima a hablar o preguntar".

En lo que respecta a las Obras Sociales (OS) y Prepagas, se empezó a implementar desde la sanción de la ley un nuevo circuito, que consiste en preguntar si la persona cuenta o no con OS o prepaga. Sin dilatar ni obstaculizar el acceso, pero intentando presionar para que desde este subsector de salud empiecen también a dar respuesta. Desde el Programa, y con la colaboración de las/os mismas/os usuarias/os, se está armando un recursero, debido a que estas instituciones de salud también deben contar con equipos que alojen y atiendan esta problemática como una prestación más, ya que la ley así lo indica.

Si la persona cuenta con una cobertura de salud del subsector privado, se le brinda la información (si es que aún no averiguo por su cuenta, y si es que existe y es un lugar amigable) y se da la opción de elegir por qué circuito continuar su atención. En muchas oportunidades, las personas ya lo intentaron y no lo lograron, o les dilataron los tiempos entonces buscaron otro camino; pero en muchas otras no realizaron ninguna consulta, y efectivamente sí hay equipo y sí hay respuesta, y a veces los tiempos del ámbito privado resultan más rápidos, como por ejemplo en el acceso a las ecografías (temática en la que, el subsector público tiene mucha deficiencia). En algunas ocasiones también, se les ofrece realizar la ecografía por la OS o prepaga y si así lo deseara, continuar el proceso con el equipo del centro de salud. Tanto desde el Programa como desde el equipo, siempre se ha sostenido la postura de dar respuesta y acompañar esos procesos, y si se deriva que sea de manera cuidada.

La modalidad de atención del equipo del CeSAC presenta un antecedente muy reconocido y con un gran recorrido, como es Socorristas en Red, quienes realizan asesoramiento y acompañamiento desde el año 2012. Socorristas es una red de colectivas feministas heterogéneas, que se encuentran en diferentes puntos del país, y han sido quienes garantizaron el acceso al aborto durante muchos años.

Ambas modalidades son muy similares, a lo largo de la atención tienen una instancia grupal y otra individual; se pautan encuentros previos y posteriores a la interrupción. La principal diferencia, es que el equipo del CeSAC enmarca sus acompañamientos dentro del Sistema Público de Salud, tal es así que resulta novedoso, y por eso el eje principal del trabajo.

Entender la dinámica que el MMH imprime e impone a las/os profesionales de la salud de manera cotidiana, es clave para pensar la importancia del dispositivo sostenido por el equipo. Es por esto que se resalta el compromiso y el trabajo como así también la capacidad de dar respuesta a una problemática a la cual se le estaba dando la espalda, no solo desde algunos efectores de salud o profesionales, sino desde el Estado y desde la sociedad misma.

Sin dudas, un trabajo sostenido por la militancia y la convicción de que la legalización del aborto debía ser un derecho, y debe ser garantizado de la mejor manera posible y desde todos los efectores. Asumir la autonomía relativa como profesionales, y estar firmemente pa-

radas/os desde una perspectiva de garantizar derechos y de accesibilidad, habilita a la construcción de espacios colectivos, democráticos y que rompen con las estructuras impuestas.

Colectivizar las demandas: una posibilidad con grandes beneficios

Para continuar analizando la modalidad de atención, resulta necesario recuperar estudios que han examinado lo favorable de crear espacios colectivos con personas que se encuentran atravesando situaciones similares. Pichón Riviere, psiquiatra que dedicó su carrera al estudio de la teoría del grupo, dice lo siguiente: “La técnica operativa del grupo, sean cuales fueren los objetivos, tiene por finalidad que sus integrantes aprendan a pensar en una coparticipación del objeto de conocimiento, entendiendo que pensamiento y conocimiento no son hechos individuales sino producciones sociales. El conjunto de integrantes como totalidad aborda las dificultades que se presentan en cada momento de la tarea logrando situaciones de esclarecimiento, movilizándolo estructuras estereotipadas que operan como obstáculo para la comunicación y el aprendizaje y que se generan como técnica de control de la ansiedad ante el cambio”. (Riviére, 1972: 205).

Por su parte, Souto Marta entiende por lo grupal, “aquel campo de interconexiones, de entrecruzamientos de lo individual, lo institucional, lo social, etc. donde surgen acontecimientos y procesos compartidos (imaginarios, reales, etc.) entre sujetos que persiguen objetivos comunes de aprendizaje”. (Souto, 1993: 6)

Recuperar los aportes de Belén Grosso y Ruth Zurbriggen (2016) en su texto “Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud”, en el cual realizan una descripción en relación a los encuentros grupales llevados adelante desde hace muchos años por Socorristas. Las autoras los valoran de la siguiente manera: “Los encuentros grupales cara a cara. En ellos buscamos que sobrevenga lo colectivo, poner en evidencia que el aborto acontece, que no es un acto individual, buscamos quitarle parte de la carga de culpabilización y estigma que muchas veces rodea a la decisión. Damos valor a las redes de compañía y cuidado. Hay lugar para la circulación de la palabra sobre el devenir de la decisión y la situación que cada una elija compartir; no faltan las angustias, ni las controversias, ni los relatos sobre maternidades no elegidas y/o elegidas, ni sobre abortos

ya practicados; ni las lágrimas muchas veces contenidas ante un auditorio de desconocidas”. (Grosso y Zurbriggen, 2016: 3).

Julia Burton (2017), por su parte, también escribe sobre las experiencias de Socorristas, y dice lo siguiente: “La grupalidad de los encuentros es una decisión de las colectivas que conforman la red, cuyo objetivo es que las mujeres se encuentren con otras que están atravesando la misma situación. Con esta estrategia pretenden mostrar la cotidianeidad con que las mujeres abortan y, al mismo tiempo, visibilizan la singularidad de cada mujer que aborta pero que está ante la misma situación, con miedos similares y muchas veces con culpas idénticas a la de al lado. Al compartir ese espacio y experiencias, las mujeres “alivianan un poco esa culpa cristiana” y que “cuando ven que hay otras que están en su misma situación se sacan la mochila del “¡ay! Esto lo estoy haciendo sola”. Si bien a primera vista el objetivo del encuentro grupal es “que las mujeres vean que no están solas y que no son las únicas a las que les pasa”, también implica poner en acto la consigna feminista “lo personal es político” al resignificar las vivencias singulares de las mujeres en experiencias colectivas”. (Burton, 2017: 115)

Reflexiones finales

Una experiencia sencilla y concreta de colectivizar y desarmar prácticas individualistas perpetuadas por el MMH, nos muestra que otra forma de intervenir y hacer salud es posible. Obviamente es un modelo que se impone con mucha fuerza, y que se filtra constantemente, mismo entre quienes pertenecen a disciplinas históricamente subalternas.

Sacar al aborto del ámbito privado, hacerlo público, visible, transformarlo en un problema social y colectiva, en una problemática de salud pública, en donde el Estado y las/os profesionales son las/os principales responsables de que las leyes y las prácticas se cumplan. Romper con la responsabilidad individual de la persona gestante, eliminar la carga moral y la angustia que esto genera; crear espacios donde las personas con capacidad de gestar se encuentren con otras/os que están atravesando la misma situación en el mismo momento. Así mismo, que se garantice en un centro de salud, rodeado de profesionales, sin ocultamientos, le quita un montón de miedos y representaciones que había en relación a la “ilegalidad”.

Para concluir, se entiende que la ley es un gran avance y el punto de partida que se necesitaba para continuar exigiendo más derechos que se traduzcan en una mayor igualdad entre todas/os, en un mayor acceso a vivir y disfrutar libremente de la sexualidad y de la diversidad de cuerpos. La aprobación trae consigo un respiro y un aire fresco, y da sensación de tener un país más justo, una sociedad que empieza a atravesar un proceso de aceptación, repleto de debates y reflexiones, en torno, no sólo al aborto, sino al feminismo y el lugar de la mujer y otras identidades.

A lo largo de la historia, otras luchas nos han demostrado que la sanción de una ley no nos dice nada, que la legitimidad social va por un camino paralelo, que suma

y que es necesaria, pero que, muchos prejuicios y significaciones perduran probablemente un largo tiempo. Sin dudas, las nuevas generaciones traerán consigo un proceso de naturalización y aceptación.

Sin dudas hay mucho más por delante, un sinfín de preguntas y ejes por los cuales continuar trabajando en torno al aborto y la nueva ley. Pero cierro con una histórica frase de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, la cual imprime 3 indicaciones claves y claras, que, de ser cumplidas correctamente, mucho estará resuelto de aquí en más: "Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir".

Bibliografía

- Belfiori, D. (2015). *Código Rosa. Relatos sobre abortos*. La parte maldita.
- Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Capital Intelectual. Buenos Aires. Capítulo 1.
- Boltanski, L. (2016). *La condición fetal. Una sociología del engendramiento y del aborto*. Madrid, Akal.
- Burton, J; Peralta, N. (2016). *Redes en torno al aborto clandestino: vínculos de socorristas y sistema de salud en Neuquén, Argentina*. Clivajes. Revista de Ciencias Sociales. <http://revistas.uv.mx/index.php/Clivajes/article/view/2156/3978>
- Burton, J. (2017). *Registrar y acompañar: acciones colectivas por el derecho al aborto en la ciudad de Neuquén*. Revista Zona Franca- Centro de estudios interdisciplinario sobre las mujeres (CEIM).
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Editorial Tinta Limón. Buenos Aires.
- Grosso, B; Zurbriggen, M. (2016). *Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud: relato de una experiencia situada en pos del derecho a abortar*. CEDES
- Lamas, M. (2008). *El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina*. EN: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Académica de México.
- Lamas, M. (2021). *Aborto, hipocresía y deseo*. En: <https://www.nexos.com.mx/?p=53613>
- Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciênc. saúde coletiva.
- Peralta, G. (2016). *El aborto en el marco de la praxis política feminista. política pre figurativa y sentidos hegemónicos puestos en cuestión por la colectiva feminista la revuelta*. (Tesis de Licenciatura en Sociología). Universidad Nacional del Comahue, Fiske Menuco - Río Negro.
- Peralta, G (2019). *Conflictividad social, estado y políticas públicas del Alto Valle*. Universidad Nacional del Comahue. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.
- Pichon Riviere, E. (1972). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión.
- Sebastiani, M. (2019). *El aborto como un bien social*. Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas. <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/477-El%20aborto%20como%20un%20bien%20social%20-%20Sebastiani.pdf>
- Tajer, D. (2004). *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud*. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán.
- Varela, N. (2020). *El tsunami feminista*. Barcelona, España. EN: NUSO.

Artículos seleccionados

Límites y alcances de las políticas para la población mayor en la Ciudad de Buenos Aires

Fernando Rada Schultze^a y Christian Arias^b

Fecha de recepción:	16 de mayo de 2022
Fecha de aceptación:	26 de mayo de 2022
Correspondencia a:	Fernando Rada Schultze
Correo electrónico:	frada@sociales.uba.ar

- a. Dr. en Ciencias Sociales. Investigador Asistente Programa Envejecimiento de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; Docente Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires.
- b. Magister en Metodología de la Investigación Social. Investigador Centro de Investigaciones en Políticas Sociales Urbanas, Universidad Nacional de Tres de Febrero.

Resumen:

Si bien desde los últimos años Argentina experimenta un proceso de envejecimiento poblacional, es la Ciudad de Buenos Aires la que alberga a la mayor cantidad de personas mayores. Asimismo, las proyecciones señalan que esta tendencia continuará, convirtiendo a la vejez en la etapa más larga de la vida. Esto presenta nuevos desafíos para una agenda estatal que debe dar respuesta a las necesidades de un grupo poblacional amplio y diverso. A partir de datos secundarios y entrevistas al personal funcionario, este artículo describe las principales características de la población mayor de la Ciudad y los servicios brindados para dicho grupo.

Palabras clave: Envejecimiento - Política social - Calidad de vida.

Summary

Although in recent years Argentina has experienced a process of population aging, the City of Buenos Aires is where the largest number of elderly people live. At the same time, projections indicate that this trend will continue, making old age the longest stage of life. This presents new challenges for the State's agenda, since it must respond to the needs of a large and diverse population group. Using secondary data and interviews with public officials, this article describes the main characteristics of the older population of Buenos Aires and the services provided for this group.

Key words: Aging, Social Policy; Quality of life

Introducción

Desde las últimas décadas, como resultado de diferentes variables, Argentina atraviesa un proceso de marcado envejecimiento poblacional sostenido en mejoras en materia de salud, calidad y expectativa de vida. Si bien próximamente tendremos los resultados del censo 2022, relevamientos anteriores evidenciaron un crecimiento en la población mayor de 60 años desde un 7,0% en los años 1970 a 14,3% en 2010 (INDEC, 2012). En ese marco, la Ciudad de Buenos Aires es la más envejecida del país ya que aglutina la mayor cantidad de personas mayores argentinas: el 16,4%.¹ Asimismo, las personas mayores que habitan en la CABA representan el 21,8%. Por otro lado, las proyecciones destacan que dicha tendencia continuará en ascenso (UNFPA, 2017), presentando una serie de desafíos que obligarán a la agenda pública a problematizar sobre las necesidades de un conjunto poblacional y una etapa de la vida tanto extensa como diversa.

En ese sentido, el presente artículo tiene como objetivo conocer la situación actual de las personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires dando cuenta de si los servicios estatales brindados contemplan las particularidades de esta población heterogénea. A tal fin nos valdremos de datos primarios y secundarios: por un lado, estadísticas recientes que nos permitan caracterizar a la población mayor, como la Encuesta Anual de Hogares-Base de Usuarios Ampliada 2020 (individuos y hogares) (DGEyC, 2020) y la revisión de los programas con los que cuenta el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y, por el otro, entrevistas al personal funcionario encargado de los mismos. Finalmente, el artículo será estructurado observando tres líneas de acción llevadas adelante por el GCBA: ciudades amigables, envejecimiento activo y saludable y cuidados (Secretaría de Bienestar Integral, 2022); ejes que se encuentran relacionados con las recomendaciones de organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la promoción de un envejecimiento saludable.

1. Recuperado 14.5.2022 de: <https://www.buenosaires.gob.ar/massimple/algunas-cifras-sobre-el-envejecimiento-poblacional>

Las personas mayores en la CABA. Principales definiciones y características

La adultez mayor como concepto no responde a una definición taxativa. De hecho, al ser abordada por múltiples disciplinas desde las ciencias sociales a las biológicas, presenta diversos enfoques y modos de estudiarla. Por tal motivo, podremos encontrar trabajos que consideren la vejez a partir de los 60 años y otros desde los 65 años. Pero, más allá del marco teórico o de la edad cronológica de la cual se parta, el abordaje coincidirá en un aspecto: de cumplirse los vaticinios que proyectan para el 2050 un 25,0% de la población mayor argentina (UNFPA, 2017) y un marcado crecimiento de las personas centenarias (PAMI, 2019), la vejez devendrá en la etapa más larga de la vida. De ese modo, su amplitud respecto a la cantidad de años que se vivirá en esa fase, sumado a la magnitud de personas que llegarán a la vejez, nos impele a hacer énfasis en un aspecto nodal para este artículo: la potencial diversidad que alberga la adultez mayor no puede ser subsumida a programas estáticos que la definan de manera unívoca e ignoren la heterogeneidad que la distingue, como por ejemplo la cuestión de género, ya que las mujeres mayores son el 11,8% de la totalidad femenina y los varones mayores el 8,6% de la masculina (INDEC, 2012)

Una primera lectura de los datos pone de manifiesto que un 21,8% de la CABA es mayor. Es decir, 669.600 personas. En relación a su distribución el 66,9% tiene entre 60 y 74 años y el 33,1% tiene 75 y más. A su vez, el porcentaje de mujeres en el grupo de 75 años y más es levemente mayor que la de varones: 33,2% y 32,9% respectivamente. Respecto a su localización geográfica, el 55,4% de las personas mayores se concentra en las comunas ubicadas en el centro (1,3,5,6,7,11,12,15) y el resto en igual proporción (22,3%) en las comunas de la zona norte (comunas 2,13,14) y las comunas del sur (4,8,9,10) (DGEyC, 2020).

En referencia a la vivienda de las personas mayores, son principalmente de propietarias (79,4%). Por otro lado, el tipo de vivienda mayoritaria es el departamento (73,8%). Además, este porcentaje es mayor en el grupo de 75 años y más (77,9%). En cambio, el porcentaje de quienes residen en casa es menor (21,5%) en comparación al grupo de 60 a 74 años (26,5%). También es destacable que el 70,9% de las personas mayores residen hogares unipersonales y unigeneracionales (compuesto solamente por mayores de 60 años). Este modo de com-

posición de los hogares se incrementa en el grupo de 75 años y más (78,0%). Sobre este aspecto es importante considerar la situación y composición de los hogares de las personas viejas-viejas (aquellas mayores de 75 años) que conviven con sus hijas/os también mayores. Esto posiblemente nos enfrente a una situación paradigmática en la que personas mayores (que quizá precisan de cuidados) deban brindar atención a otras personas mayores, postergando así la gestión de su propio bienestar (Razavi, 2007: 31).

En lo que compete a la situación conyugal, se destaca que conforme el paso del tiempo, se ve modificada. Así, la viudez se incrementa en las personas mayores de 74 años (aumenta a 40,1%), mientras que en las más jóvenes es de 8,3%. Asimismo, tomando en consideración el género se observa que en las mujeres mayores de 75 años la situación de viudez es la preponderante (58,0%), mientras que en los varones viudos representa el 15,3%. Contrariamente, la mayor concentración se encuentra en los varones casados (63,0%).

Por otra parte, el nivel educativo alcanzado también nos permite esbozar algunas características de la población mayor. En el grupo de 75 años y más podemos observar que el 43,2% no tiene los estudios secundarios completos. Empero, en relación a estudios superiores finalizados (terciario/universitario) se destaca un 23,0%. Lo dicho puede ser comprendido al revisar las diversas políticas educativas llevadas adelante entre los años 1940 y 1950, como la creación de escuelas técnicas para los sectores trabajadores y la extensión de colegios nacionales que darían como resultado la universalización de la escuela primaria a mediados del siglo pasado (Merbilhaa, 2019; Nobile, 2016).

Otra variable que podemos destacar refiere a la cobertura de salud de las personas mayores. Allí se observa que el 74,9% tiene solo obra social y el 29,4% posee un plan de medicina prepaga por contratación voluntaria. Desprendiéndose de ello, el porcentaje que considera tener un estado de salud malo-muy malo, es bajo (4,0%). Pero, la mala percepción de su salud aumenta en las personas mayores de 75 años (6,3%). Por otro lado -y a pesar de que el 80% señaló haber sido internado durante el último año-, cerca de la mitad de la población (48,7%) consideró gozar de buena salud. En este punto, es importante señalar que hablar de autopercepción de la salud refiere necesariamente a aspectos subjetivos. De ese modo, debe incorporarse un concepto clave en los estudios de población: la calidad de vida; categoría en la que

convergen dimensiones objetivas -como situación económica, educativa, habitacional, entre otras- y subjetivas y psicológicas -como la satisfacción o la felicidad- (Vera Miyar y Hernández García, 2014; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud pone de manifiesto que "el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones (...) su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales" (OMS, 1996: 385).

Hecho un primer esbozo sobre las principales características de las personas mayores de la CABA, entendiendo a la vejez como una etapa de la vida tanto amplia como heterogénea e incorporando al análisis la conceptualización de la calidad de vida y las respectivas recomendaciones sobre la consideración de los aspectos subjetivos, veamos a continuación cómo se componen los servicios brindados por el GCBA, sus límites y alcances y la consideración acerca de estas dimensiones.

Vejez, protección de derechos y ciudades amigables

Desde la Dirección de Ciudad Amigable con las Personas Mayores de la Secretaría de Bienestar Integral Social del Ministerio de Salud, el GCBA ofrece diversos servicios para las personas mayores. En ese marco, podemos identificar una línea de acción que busca la protección y promoción de derechos de la población mayor. Se destacan el programa "Proteger", el "Dispositivo de alojamiento protegido para adultos mayores víctimas de violencia", los "Hogares de tránsito", la "Ciudad Amiga de los Mayores" y la "Red de Comercios Amigables de las Personas Mayores".

Nacido a finales de la década de 1999 mediante la Ley 5.420, el programa "Proteger" consiste en una herramienta de alojamiento para la población mayor de 60 años residente y transitoria de la ciudad que haya sido víctima de violencia. Estas actividades son llevadas adelante por un equipo interdisciplinario a través del cual se ofrece asistencia psicosocial, apoyo emocional, asesoramiento legal, acceso a la protección judicial y un lugar seguro donde vivir. En ese sentido, el acompañamiento

psicológico y jurídico y la oferta de un espacio libre de violencia en el cual alojarse devienen en aspectos notables ya que, como destacan las personas entrevistadas, de los 130 casos mensuales sobre los que el equipo interviene, aproximadamente el 85% de quienes perpetran la violencia proviene del núcleo familiar. Esta línea también lleva adelante acciones de sensibilización al personal de las fuerzas de seguridad y del Poder Judicial.

Mediante otras dos acciones como la "Ciudad Amiga de los Mayores" y la "Red de Comercios Amigables de las Personas Mayores" -en el marco del programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007)-, el GCBA intenta potenciar un envejecimiento saludable y en actividad. Para ello propone hacer énfasis en las necesidades de la población mayor en lo que refiere a su vivienda, generar transformaciones que devengan en mejoras en su calidad de vida y fortalecer la participación y permanencia en sus entornos. Así, la búsqueda del GCBA se centra en la integración de la población mayor a partir de su acceso a diversos ámbitos de la ciudad, como espacios al aire libre, edificios públicos, transportes o servicios (GCBA, 2018). A través de la "Red de Comercios Amigables" se relevan e identifican establecimientos que sean accesibles y estén adaptados para las personas mayores y se los asesora sobre una atención correcta hacia ellas (GCBA, 2020). Empero, si bien mediante esta línea de acción se elaboraron recomendaciones compiladas en una guía sobre cómo adaptar las viviendas y transformarlas en accesibles para las personas mayores, lo cierto es que no existe una asistencia económica o un acompañamiento técnico en la conversión de los hogares que hagan factibles las adecuaciones sugeridas. La acción del GCBA en cambio se ciñe exclusivamente a las modificaciones o reparaciones del espacio público como parques o veredas (ensanchamiento de las mismas o nivelación de acera con calzada). Contrariamente el acceso al transporte, otro de los ejes planteados por el GCBA, sigue siendo un escollo tanto para las personas mayores como para quienes ven reducida su movilidad. De hecho, tan sólo el 34% de las estaciones de subterráneo son accesibles.²

Programas de envejecimiento activo y saludable

Una de las líneas de acción del GCBA propuesta desde este marco son los talleres y actividades que engloban

2. Recuperado 14.5.2022 de: <https://www.infobae.com/sociedad/2019/02/13/cuales-son-las-lineas-y-estaciones-de-subtes-con-mas-problemas-en-las-escaleras-mecanicas-y-ascensores/>

los Juegos de las Personas Mayores, los Centros de Inclusión para Adultos Mayores (CIAM) y talleres en Centros de Jubilados y Centros de Día.

Si bien antes de la pandemia la ciudad contaba con más de 30 Centros de Día, actualmente dispone de 17 distribuidos mayoritariamente en el sur de la ciudad (comunas 1, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 15). Su horario es de 9 a 16 horas los cinco días de la semana, sin embargo en cuatro de ellos también están abiertos los sábados de 9 a 15 horas (comunas 4, 9, 13, 14). Según informan las personas entrevistadas, atienden en promedio entre 50 y 70 personas mayores. Es decir, tiene un alcance estimativo de 1.200 asistentes. Por otro lado, algunas de sus metas versan sobre la integración intergeneracional de las personas mayores, asistirles en problemáticas psicosociales y optimizar su tiempo ocioso. Para ello, los servicios ofrecidos abarcan desde la asistencia alimenticia con tres comidas (desayuno, almuerzo y merienda), asesoramiento social y jurídico, asistencia psicológica y diferentes actividades reflexivas, recreativas, cognitivas y corporales. A su vez, se propone una atención especializada para personas con deterioro cognitivo y a sus familiares mediante el dispositivo del Centro Modelo. Sin embargo, algunos de los requisitos para inscribirse son la fotocopia del DNI (donde se constate la residencia en CABA) y un certificado médico que habilite la realización de actividades. Es decir, los Centros de Día son excluyentes de las personas que no sean auto-válidas (con independencia para las actividades cotidianas), a pesar de que ellas podrían participar de gran parte de las actividades como aquellas orientadas a la estimulación cognitiva, reflexiva o de intercambio con pares. Por último, se encuentran los centros de jubilados que, para formar parte de la red de la ciudad, deben primero estar inscriptos en el Registro de Organizaciones de Acción Comunitaria (ROAC).

Dentro de la línea de acción de envejecimiento activo, el GCBA cuenta con programas como “De Mayor a Menor” y “Saber Mayor”. El primero consiste en la participación y promoción de las/os mayores en tanto lectores del público infantil. De esta actividad participan 92 personas mayores lectoras y más de 15.000 niñas y niños de las escuelas públicas de la CABA. El segundo de ellos se trata de un programa de voluntariado en el que las/os mayores dictan talleres y cursos transmitiendo conocimientos sobre diferentes temáticas, siendo cerca de 150 mayores quienes capacitan a más de 7.000 personas de la comunidad. Ambos programas tienen como horizonte favorecer el desarrollo de las personas mayores e insertarlas activamente en la comunidad.

Desde el GCBA también se ofrecen diversas capacitaciones. Una de ellas es en Salud Sexual y Género y su objetivo es generar un espacio de reflexión conjunta en el cual la sexualidad sea pensada de forma amplia e integral. Este espacio cuenta con dos grupos: “Tribu de Mujeres”, en el que hay 420 personas inscriptas, y “ESI Adultes” sobre Educación Sexual Integral el cual se compone de 15 representantes y convoca a profesionales y organizaciones. Otra de las capacitaciones es en “Cuidados Integrales” y está dirigida a la promoción de la salud en base a información y herramientas que mejoren la calidad de vida de la población mayor. Anualmente, de estas Jornadas de Bienestar Integral participan alrededor de 18.000 personas.

Es importante señalar que si bien estos programas se orientan a la prevención primaria y la protección para una vida saludable y autónoma, la participación e integración de la población mayor, escasean acciones que se dirijan a la salud preventiva entendiendo en simultáneo a la vejez como una etapa intrínseca de la vida. Por el contrario, en lugar de perseguir inversiones en salud preventiva, tanto a nivel nacional como de la CABA, cerca del 10% del PBI que se destina al sistema de salud se orienta principalmente a las últimas 24 horas de las/os pacientes. Otros países de la región en cambio (casos como los de Cuba, Uruguay o Chile) con similares inversiones observan mejores expectativas de vida (Cunzolo y Rada, 2021: 38). Por otra parte, la premisa de “integrar” a las personas mayores desconoce la contracara del fenómeno: la desintegración o exclusión de ellas; dejando en el marco de cierto voluntarismo personal, o su falta, la marginación de las personas mayores.

Consideramos entonces que una agenda estatal que se precie de la participación de su población beneficiaria deberá tomar en consideración las percepciones y opiniones de ella. Esto permitirá no sólo reconocer sus necesidades y agencia en la toma de decisiones, sino también ofrecer una agenda que contemple y atienda sus problemáticas. En ese aspecto debemos resaltar que el país adhirió a diversos convenios internacionales como la “Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores” (OEA, 2015). Así, más aún en un contexto de creciente envejecimiento poblacional, será menester contemplar la participación y necesidades de un sector de la población que ya es un grupo de peso y que posiblemente en los próximos 30 años represente a una de cada cuatro personas (UNFPA, 2017).

Otra de las acciones con las que cuenta el GCBA para las personas mayores se denomina Inclusión Digital y presenta diferentes aristas. Por un lado, cuenta con +Simple; una plataforma diseñada para conectar a la población mayor con las herramientas digitales cotidianas y que también está disponible en su versión de app para dispositivos móviles. Desde esta plataforma se ofrece el acceso a noticias, redes sociales, cursos, consejos de vida saludable, controles de salud y trámites, entre otras posibilidades. En esa línea se incluyen también las Aulas Digitales mediante las cuales se instruye en la utilización de esta plataforma. Este servicio se ofrece en centros de jubilados, clubes barriales y otras asociaciones. En ese marco, la propuesta Aprendé a Usar busca que las personas mayores aprendan a utilizar dispositivos móviles, mensajería instantánea y su banca digital. Asimismo, desde el GCBA en conjunto con el Ente Nacional de Comunicaciones (ENACOM), se entregaron mediante sorteo más de 100 mil tablets que permiten a las personas mayores acceder a redes sociales y realizar trámites en PAMI o ANSES.³ No obstante, debe tomarse en consideración lo cercenada que se encuentra gran parte de la población en su acceso a una conexión de Internet estable/fija, en donde uno de cada tres hogares argentinos no cuenta con esa posibilidad (INDEC, 2020), lo cual puede conspirar en la realización y participación de la población mayor en la siguiente acción indagada.

En efecto, en el marco del envejecimiento activo y saludable, el GCBA presenta dos ejes de trabajo cuyo soporte exclusivo radica en el acceso a Internet: Cultura en Grande radio y revista. Impulsado por el Ministerio de Cultura junto al Ministerio de Salud, se propone mediante estos dos formatos digitales mensuales, echar luz sobre la heterogeneidad de la vejez y abordar cuestiones de género, sexualidad, salud y envejecimiento activo. Con 12 emisiones de duración diversa (que van de 15 a 38 minutos), el formato radial busca consolidarse como un espacio de ejercicios de memoria, música, juegos, entrevistas y radioteatro. A pesar de que se encuentra alojado en una plataforma de acceso gratuito como es *Youtube*, la mayor visualización de una emisión apenas supera las 800 reproducciones.⁴ Por su parte, la revista digital también cuenta con 12 ejemplares disponibles y cada edición versa sobre una propuesta temática. Si bien no se cuenta con datos sobre el alcance de la publicación,

presenta objetivos similares a su homónimo radial: colaborar en la erradicación de estereotipos sobre la vejez. Sin embargo, aunque el horizonte de esta acción cultural persiga ser resultado de una construcción colectiva, la escasa participación pone en tensión esta meta. Asimismo, más allá de las limitaciones en la conectividad o la falta de interés que tengan las personas respecto al programa radial o la revista, debemos tomar en consideración la diversidad generacional que habita en la vejez. Distinguiendo en personas viejas-jóvenes (60 a 74 años) y viejas-viejas (75 años y más) (Neugarten, 1996), debe destacarse que el arribo de Internet y su comercialización hogareña en nuestro país, aunque no de manera masiva, sucedió pasada la mitad de la década de 1990, encontrando al segundo grupo ya transitando su adultez mayor. En cambio, las personas viejas-jóvenes habrían podido experimentar una relación más directa con las tecnologías de la información y la comunicación, o bien porque se trataba de una generación que en ese momento conformaba la población económicamente activa, o bien mediante la incorporación a través de sus hijas/os. Incluso, los datos de la ENCaViAM (INDEC, 2014) parecen ir en esa dirección ya que destacan que a mayor edad descende el uso de dispositivos móviles, siendo de 64,6% en las personas viejas-jóvenes y de 33,3% en las viejas-viejas.

El sistema de cuidados

El GCBA presenta dos líneas de trabajo respecto al cuidado de la población mayor. Desde el primer eje cuenta con servicios como el Registro Único y Obligatorio de Asistentes Gerontológicos, Servicio de Asistente Gerontológico Domiciliario y Hospitalario, Asesoría Integral en Cuidados Gerontológicos, Contención psicosocial y emocional y cursos y jornadas para promover rutinas saludables y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. La segunda arista se orienta al cuidado y apoyo de las personas que lo requieran mediante programas como Vivir en Casa, Hogares de Residencia Permanente, Servicio de Asistente Gerontológico Domiciliario y Hospitalario.

Respecto al plano formativo, se dicta anualmente el Curso Inicial para Asistentes Gerontológicos (oficial,

3. Recuperado 13.5.2022 de: <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/noticias/se-lanzo-la-inscripcion-para-un-nuevo-sorteo-de-tablets-simple>

4. La emisión radial no posee un canal de Youtube propio. Se encuentra disponible en la cuenta Cultura Barrios de la Dirección General de Promoción del Libro, Bibliotecas y la Cultura Recuperado 7.5.2022 de: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLM-r9QEMSYNIqKITuYSKHz-rQhZoWTsD>

público y gratuito; Ley 5671) a 400 personas. Se ofrece también la capacitación anual obligatoria/continua a las personas inscriptas al Registro Único y Obligatorio de Asistentes Gerontológicos (que ya cuenta con alrededor de 6.300 personas). El Registro también certifica otras capacitaciones anuales obligatorias de otras Unidades Formadoras de la CABA. Además, por medio de la Asesoría Integral en Cuidados Gerontológicos, se brinda una herramienta informativa y de acompañamiento para planificar un cuidado acorde a las necesidades particulares. Dicha Asesoría recibe alrededor de 1.500 consultas mensuales. Asimismo, se dispone de organismos de regulación como el control en Establecimientos Privados para Adultos Mayores y otro programa de Apoyo a Centros de Jubilados. También, dentro del sistema de cuidado, se cuenta con la formación en herramientas para brindar cuidados, desde la cual se asesora, forma y orienta a las familias, referentes comunitarios y asistentes gerontológicos. No obstante, la formación de recursos humanos en la CABA se orienta exclusivamente a las personas cuidadoras, no promoviéndose en otras áreas de la vida cotidiana, como la atención/buen trato, los derechos y el apoyo en un sentido amplio.

A través de los hogares de residencia permanente dependientes del GCBA se asiste a personas mayores carentes de vivienda, cobertura social, en situación de vulnerabilidad y que no cuenten con apoyo familiar u otras redes. Además, deben ser residentes de la ciudad y no padecer trastornos de conducta o mentales que obstaculicen su integración social. Entre los servicios brindados se encuentra el alojamiento, alimentación, kinesiología, psicología, odontología y enfermería las 24 horas; atención de la situación socio-familiar de las personas residentes; talleres de lectura y escritura y actividades recreativas y culturales (GCBA, 2022). En ellos se alojan alrededor de 1.250 personas distribuidas entre cuatro residencias: 200 personas en el Hogar San Martín de La Paternal, 180 en el Hogar Rawson de Barracas, 700 en el Hogar Martín Rodríguez/Viamonte de Ituzaingó, Provincia de Buenos Aires y 170 en el Hogar Dr. Alejandro Raimondi de Necochea, Provincia de Buenos Aires.

Finalmente, desde la Dirección Nacional de Políticas para el Adulto Mayor (DINAPAM) de la Secretaría Nacional de Adolescencia y Familia (SENAF), el gobierno nacional cuenta con el Hogar Isabel Balestra Espíndola y Lea Meller Vack, mediante el cual ofrece atención a la población mayor sin obra social ni recursos económicos. Allí se alberga a 18 personas mayores, se brindan cuidados y se promueve el derecho a una vida ac-

tiva. Los requisitos para el ingreso son: tener 60 años o más, el consentimiento informado de la persona, estar en situación de vulnerabilidad y/o con algún grado de dependencia para desarrollar las actividades cotidianas, no poseer cobertura de salud que brinde la prestación solicitada (excepto que peligre su vida), no presentar patologías psiquiátricas con trastornos conductuales, no estar sujeto a medida cautelar de carácter restrictivo de la libertad personal o bajo una sanción de carácter penal (Ministerio de Desarrollo Social [MDS], 2022).

En relación a los programas de cuidado para quienes presentan algún grado de dependencia, debemos destacar que se orientan a personas vulnerables económica y socialmente, en tanto perciben bajos ingresos, viven en situación de pobreza o indigencia o no cuentan con redes de contención. Pero las políticas llevadas adelante por el Estado local arrojan una contradicción en los modos en que se concibe al servicio social, su caracterización, requisitos, límites y alcances. Mientras que por un lado deshistorizan a la persona -producto de la homogenización de todo un grupo humano-, se cercena su acceso al conjunto poblacional mediado por una falaz oposición entre lo necesario-urgente y el derecho-mérito (Cunzolo, 2021). Por otra parte, respecto a los servicios de salud observamos que conforme aumenta la edad se cuenta con más de uno. A su vez, debido al modo en que se componen los hogares, en aquellos unigeneracionales habitan dos o más personas mayores. Esto podría, o bien potenciar la fragilidad -ya que conviven dos generaciones y son las personas viejas-jóvenes las encargadas del cuidado de las viejas-viejas (PAMI, 2019)- o bien generar *burn out* en quienes se dedican al cuidado (Morales e Hidalgo Murillo, 2015). Por último, nuevamente, para acceder a los servicios de cuidados domiciliarios y en residencias brindados por el GCBA se debe calificar en situación de pobreza o vulnerabilidad social.

Consideraciones finales

A pesar de que uno de los recientes logros de la humanidad es la extensión de la expectativa de vida, es menester tomar en consideración el indicador de esperanza de vida saludable (OMS, 2019) ya que nos permite reflexionar en torno a cuáles son las condiciones en las que se llega y transita la adultez mayor. En esa línea, uno de los supuestos que vertebró este artículo buscó problematizar respecto a la amplitud y caracterización de la adultez mayor; una fase vital que -dependiendo del

encuadre teórico- comenzaremos a los 60 o 65 años y que transitaremos hasta el final de nuestras vidas. De ese modo, el esbozo descriptivo realizó privilegio este enfoque: la adultez mayor como etapa de la vida diversa en la cual coexisten las pérdidas, ganancias y experiencias acumuladas en nuestras trayectorias vitales. Sin embargo, gran parte de los servicios ofrecidos en la actualidad no realizan una diferenciación exhaustiva. Por ejemplo, tanto por parte del gobierno nacional mediante la DINAPAM, como del GCBA, no se encontraron servicios ofrecidos que contemplen la edad.

Si bien desde los programas del GCBA se parte de la premisa de no homogeneizar a la adultez mayor, se hace poco o nulo hincapié en las personas viejas-viejas. Incluso, a pesar de las múltiples generaciones que convergen en la vejez, aquellas líneas de acción dirigidas a potenciar el diálogo intergeneracional, se concentran en la relación de las personas jóvenes con las mayores en su conjunto, como un todo compacto, y no en el vínculo entre personas viejas-jóvenes y viejas-viejas. Sin embargo, los servicios pueden clasificarse según el grado de vulnerabilidad social y económica o de dependencia y fragilidad. Para quienes cuentan con mayor autonomía en relación a las actividades cotidianas, se ofertan servicios como los Juegos de las Personas Mayores, los CIAM, talleres en Centros de Jubilados y Centros de Día. En cambio, para quienes tienen mayor grado de dependencia y vulnerabilidad (integrantes de una familia de ingresos insuficientes para la contratar una prestación o no cuentan con redes de contención), se brindan servicios como Vivir en Casa, Hogares de Residencia Permanente, Servicio de Asistente Gerontológico Domiciliario y Hospitalario. Para este último se brindan subsidios a personas mayores en situación de pobreza o vulnerabilidad social, la cual es evaluada por un/a trabajador/a social integrante del equipo técnico del programa. Sobre esta cuestión se abren dos dimensiones de análisis: la concentración de los servicios ofrecidos y la situación económica de la población mayor.

En relación al primer aspecto, debe decirse que la centralización de los servicios no es exclusiva de la CABA. Por el contrario, la agenda estatal dirigida a la población

mayor tiende a ubicarse en las principales ciudades argentinas. A pesar de que es cierto que el envejecimiento es un fenómeno urbano, no podemos ignorar que el 6,7% de las personas mayores reside en áreas rurales; es decir, 462.862 personas de las cuales 220.831 son mujeres y 242.031 son varones, invirtiéndose además el predominio femenino que caracteriza a la vejez a nivel nacional (OISS, 2018).

Respecto a la composición económica de las personas mayores, y si bien Argentina cuenta con una cobertura previsional casi universal -ya que alcanza al 85,5% de la población de 60 años y más, y al 99,0% de la población mayor de 65 años (ANSES, 2021)-, lo cierto es que aproximadamente 4.500.000 de personas jubiladas y pensionadas perciben una remuneración mínima con la que solamente logran solventar el 30,0% de sus necesidades básicas, como alimentación, vivienda o medicación. A su vez, cerca de 1.500.000 de personas se sitúan en un rango de entre el 70,0% y el 80,0% menor a la jubilación mínima -como por ejemplo aquellas personas que perciben Pensiones No Contributivas (por discapacidad) o la Pensión Universal para Adultos Mayores (PUAM)-. Al mismo tiempo, alrededor de 2 millones de personas jubiladas que cuentan con haberes medios solamente se acercan al 50,0% de la canasta básica. En síntesis, más del 80,0% de adultas/os mayores no consigue cubrir sus necesidades básicas. Incluso, en el caso de quienes perciben dos haberes (jubilación y pensión) sólo podrían arrojarse a los valores de la canasta contemplada para las personas mayores (Cunzolo y Rada, 2021: 36-37).

En ese sentido, y luego de observar diversas variables en las que los subgrupos se diferencian -como la situación conyugal, la distribución geográfica de las comunas más envejecidas, la situación económica, el tipo de hogar y la percepción de la salud, entre otras- frente a un envejecimiento heterogéneo consideramos que es fundamental tomar en cuenta las particularidades que caracterizan a este vasto grupo poblacional a fin de dar forma a una agenda estatal que contemple no sólo su diversidad, sino también sus necesidades, representaciones y condiciones de vida.

Bibliografía

- ANSES (2021): *Estadísticas de la Seguridad Social. IV Trimestre de 2021*, Administración Nacional de la Seguridad Social, Argentina Presidencia. Recuperado 14.5.2022 de: <https://www.anses.gob.ar/informacion/estadisticas-de-la-seguridad-social>
- Cunzolo, V (2021): “Entre el derecho y el mérito. Servicios de salud durante la pandemia COVID-19” en *Cuestión Urbana*, Año 5, N° 10, pp. 89-100.
- Cunzolo, V. y Rada, F (2021): “El riesgo de envejecer. La salud de las personas mayores en un año de pandemia”, en *Revista Territorio*, Año V, N° 5, pp. 33-50.
- Dirección General de Estadística y Censos (2020): *Base usuarios EAH*, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Recuperado 2.5.2022 de: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?cat=93>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2017): “Una Mirada sobre el Envejecimiento”, Panamá, UNFPA. Recuperado 2.5.2022 de: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Una%20mirada%20sobre%20el%20envejecimiento%20FINAL21junB.pdf>
- GCBA (2018): *BA, Ciudad amiga de las Personas Mayores. Guía de vivienda accesible*, Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano. Recuperado 5.5.2022 de: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/guia_accesibilidad_web.pdf
- GCBA (2020): *BA, Ciudad amiga de las Personas Mayores. Guía de comercio amigo*, Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano. Recuperado 5.5.2022 de: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/guia_de_comercio_-_digital_0.pdf
- GCBA (2022): “Bienestar Integral”, Recuperado 15.5.2022 de: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/bienestar-integral>
- INDEC (2012): *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos*, Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado 12.5.2022 de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
- INDEC (2014): *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*, Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado 11.5.2022 de: <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- INDEC (2020): *Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación. EPH*, Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado 10.5.2022 de: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mautic_05_213B13B3593A.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (2022): “Hogares para adultos”, Recuperado 15.5.2022 de: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollsocial/hogaresparaadultos>
- Merbilhaa, J. (2019): “La prolongación educativa en clave de inclusión a inicios de siglo en Argentina”, en M. Colotta, S. Dabrinche y A. Presa (comp): *Políticas universitarias para el siglo XXI. Perspectivas y temas de agenda*, Buenos Aires, Teseo.
- Morales, L. Hidalgo Murillo, L. (2015): “Síndrome de Burnout”, en *Medicina Legal de Costa Rica*, Vol. 32, N° 1. Recuperado 7.5.2022 de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
- Neugarten, B (1996): *Los significados de las edades*, Barcelona, Herder.
- Nobile, M (2016): “La escuela secundaria obligatoria en argentina: desafíos pendientes para la integración de todos los jóvenes”, en *Última Década*, N° 44, pp. 109-131
- OEA (2015): *Convención Interamericana sobre la protección de derechos humanos de las personas mayores*, Organización de los Estados Americanos. Recuperado 10.5.2022 de: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- OISS (2018): *Las personas adultas mayores y el acceso a los sistemas de protección social en el ámbito rural*, Seminario internacional “Vejez, ruralidad y servicios sociales”, Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Santiago de Chile, 11 de diciembre de 2018. Recuperado 12.5.2022 de: https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/10/Seminario_rural_maquetacio%CC%81n_individual.pdf
- OMS (1996): “¿Qué calidad de vida?”, Grupo de la OMS sobre la calidad de vida, *Foro mundial de la salud 1996*, Vol. 17, pp. 385-387. Recuperado 11.5.2022 de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS (2007): *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*, Geneva, World Health Organization. Recuperado 12.5.2022 de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf
- OMS (2019): *World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*, Geneva, World Health Organization. Recuperado 10.5.2022 de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf>
- OPS (2009): *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable*, 49° Consejo Directivo - 61° Sesión del Comité Regional, OPS-OMS, 10 de Julio de 2009.

Recuperado 14.5.2022 de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-s.pdf>

PAMI (2019): *La población centenaria de PAMI: protagonistas de 100 años de historia. Planteamiento y primeros avances de la investigación*, Buenos Aires, INSSJP.

Razavi, S (2007): "The Political and Social Economy of Care in a Development Context: conceptual Issues, research questions and policy options", *Gender and Development Programme Paper N° 3*, United Nations Research Institute for Social Development.

Secretaría de Bienestar Integral (2022): *Bienestar Integral*, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Recuperado 11.5.2022 de: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/bienestar-integral>

Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012): "Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto", en *Terapia Psicológica*, Vol. 30, N° 1, pp. 61-71.

Vera Miyar, C. y Hernández García, R. (2014): *Vejez: ¿aliada de las enfermedades crónicas?*, Santiago de Cuba, Editorial Oriente.

Artículos seleccionados

El regionalismo integral en América Latina. El MERCOSUR en el Cambio de Siglo

Diego Tobio^a

Fecha de recepción: 7 de febrero de 2022
Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2022
Correspondencia a: Diego Tobio
Correo electrónico: diegotobio@hotmail.com

- a. Especialista en Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario. Integrante de la cátedra Planificación en Escenarios Regionales y Nacionales. Carrera Lic. en Trabajo Social.

Resumen:

El presente artículo indaga sobre el Regionalismo Integral de la integración latinoamericana de los primeros años del siglo XXI, principalmente a partir de la (re)configuración de las funciones del MERCOSUR, es decir de la perspectiva económica-comercial de sus orígenes a la inclusión de la perspectiva multidimensional que incluye aspectos políticos, económicos, sociales, educativos, culturales, ambientales, etc.

En esa dirección, el texto rastrea los principales acontecimientos históricos que fueron tallando el proceso de institucionalización de la dimensión social en las agendas regionales, desde el Consenso de Buenos Aires, pasando por el mítico "No al ALCA" en la Cumbre de las Américas hasta la creación del Instituto Social del MERCOSUR.

Palabras clave: Regionalismo Integral - Dimensión Social - MERCOSUR.

Summary

This article explores the Integral Regionalism of Latin American integration during the early years of the 21st century, mostly from the (re) configuration of the purposes of MERCOSUR, meaning from the economic-commercial perspective of its origins, to the consideration of the multidimensional perspective, which includes political, economic, social, educational, cultural, environmental aspects, etc.

From this perspective, the text researches the main historical events that shaped the process of institutionalization of the social dimension in the regional agendas, from the "Consenso de Buenos Aires", through the mythical "No al ALCA" expressed during the "Summit of the Americas", to the creation of the MERCOSUR Social Institute.

Key words: Integral Regionalism. Social Dimension. MERCOSUR..

Introducción

En el inicio del siglo XXI, en América Latina se (re) configuraron nuevas formas de interpretar la integración regional, probablemente en respuesta a los virulentos embates de la globalización neoliberal del último cuarto del siglo pasado. Este periodo, al que denominamos regionalismo integral, incluyó la perspectiva multidimensional del desarrollo, intentando superar la visión economicista a través de la creación de instancias de cooperación en la planificación estratégica de políticas públicas.

En los orígenes, el MERCOSUR respondió al enfoque denominado regionalismo abierto (CEPAL, 1994) basado en un modelo de integración económico-comercial en un contexto global de apertura y desreglamentación, acotado a la concreción de acuerdos aduaneros y arancelarios, que resultó ineficaz para el pleno desarrollo de los pueblos latinoamericanos. Por el contrario, acentuó las desigualdades sociales en los países de la región.

En primer lugar, entendemos a la globalización como el "ápice del proceso de internacionalización del mun-

do capitalista" (Santos, 2000: 23) o, en esa perspectiva, como "fase del proceso multiseccular de la mundialización del capital" (Márquez y Pradilla, 2016: 19). La Caída del Muro de Berlín, en 1989, significó el fin de la Guerra Fría heredada de la Segunda Guerra Mundial y, como consecuencia, del escenario geopolítico bipolar: EEUU y URSS; capitalismo vs. comunismo. Este rediseño del mapa de poder global otorgó las viabilidades -principalmente política e ideológica- para el avance del sistema capitalista triunfante, que hizo de su racionalidad un fenómeno hegemónico.

La incorporación de la dimensión social¹ en la integración regional del cambio de siglo se observó en la redefinición de las funciones del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), por un lado, y en el surgimiento de nuevos organismos de integración regionales, por el otro.

El presente artículo propone el concepto de Regionalismo Integral a la luz de la reedición del MERCOSUR, es decir en la transición de la integración comercial de su nacimiento, donde "el sujeto principal son los mercados y los capitales" (Kan, 2016: 217) a un modelo de integración integral, donde el bloque instituyó mecanismos

1. Nos referimos por Dimensión Social a los elementos que operan en la vida humana en sociedad o a la realidad social, desde una mirada de totalidad.

de cooperación política que abordaron temas de agenda como la defensa, el desarrollo de la infraestructura regional, la energía, la salud, la inclusión social y la democracia (Comini y Frenkel, 2014).

A partir de gobiernos denominados progresistas, con Venezuela como miembro pleno y aliado estratégico en materia energética, el MERCOSUR intentó superar el reduccionismo económico del desarrollo regional. En esa perspectiva, consideramos que la creación del Instituto Social del MERCOSUR, en 2007, consolidó el proceso de institucionalización de la dimensión social en la primera década del siglo XXI.

Del Consenso de Washington al Consenso de Buenos Aires

El ansiado arribo del año 2000 no devino en el fin del mundo, de la humanidad o de los tiempos como vaticinaban ciertas teorías apocalípticas, aunque desató una profunda crisis política, económica y social producto de la globalización neoliberal y el impulso de políticas públicas en sintonía con los lineamientos del Consenso de Washington.

El decálogo de dicho Consenso de Washington, cuyo nombre hace referencia a los organismos multilaterales de crédito domiciliados en esa ciudad de EEUU (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo e, incluso, la Secretaría del Tesoro del gobierno de ese país), arribó en la región a fines de la década de 1980 como consecuencia de la hegemonía del capitalismo, tras la disolución de la URSS. De este modo, a principios de los años '90 prevaleció el pensamiento único, de corte neoliberal, basado en “la apertura de los mercados, la desregulación financiera, la preferencia por la inversión extranjera sobre la nacional y la reducción del Estado para garantizar el orden público y la libertad económica” (Ferrer, 2012: 100).

En consecuencia, las propuestas de intervención estatales mínimas encontraron su justificación en la teoría del derrame que suponía que el crecimiento en “algún momento llegaría a la región”. Dicho crecimiento económico, favorecido por la libertad de mercado, lograría por sí mismo mayor equidad e inclusión social a escala planetaria.

Esta hipótesis sobre el progreso requirió del cumplimiento de las condiciones pautadas por el Consenso

de Washington. Como señala Kan (2017) implicó una “mayor disciplina fiscal; liberalización del sistema financiero; tipos de cambio competitivos; liberalización del comercio exterior; eliminación de restricciones para la inversión extranjera; privatizaciones de empresas estatales de servicios públicos; desregulación laboral y seguridad de los derechos de propiedad” (Kan, 2017: 66). Como resultado, las soberanías de los países se vieron cada vez más erosionadas por el endeudamiento externo producto de los créditos contraídos con los organismos internacionales que financiaron los “desequilibrios fiscales” para acompañar el tiempo de espera del efecto derrame. Así, el desembolso de las divisas extranjeras trajo una batería de condicionantes.

En el siglo XXI se inició un proceso marcado por la recuperación de la soberanía de los Estados nacionales en la región y una tendencia a cuestionar la subordinación a una gobernanza global. En relación al clima de época, Katz (2016) sostiene que la transformación “se acentuó desde 2003 en adelante como producto de la crisis en las negociaciones por el ALCA, el rediseño del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la emergencia de Venezuela como actor enfrentado a Estados Unidos, que produjeron un rediseño de la integración a partir del año 2005, acentuando aquella repolitización de los vínculos regionales” (Katz, 2016: 195).

A mediados del año 2003, las negociaciones por el avance del proyecto regional Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA) estaban estancadas. El posicionamiento inflexible de EEUU para negociar, sumado a las propuestas comerciales desfavorables para los países convocados a formar parte, generaron las condiciones para el encuentro de Néstor Kirchner e Luiz Inacio Lula da Silva, presidentes de Argentina y Brasil, respectivamente.

La Cumbre de Buenos Aires sentó las bases para la construcción de un nuevo modelo de integración regional diseñado por gobiernos de signo progresista.

De este modo, el Consenso de Buenos Aires fortaleció el intercambio solidario y cooperativo entre los Estados y convocó al resto de los países latinoamericanos a unirse para construir una sociedad más justa, equitativa y solidaria, que fortalezca la democracia en la región.

El documento publicado tras el encuentro presidencial, con fecha 16 de octubre de 2003, desarrolló diferentes ejes temáticos para abordar conjuntamente entre Brasil

y Argentina, allí se destacaron los siguientes postulados: a) combatir la pobreza y la desigualdad, el desempleo, el hambre, el analfabetismo y la enfermedad; b) impulsar decididamente en el proceso de integración regional la participación activa de la sociedad civil, fortaleciendo los órganos existentes, así como las iniciativas que contribuyan a la complementación, la asociatividad y el diálogo amplio y plural; c) construir una sociedad de la información orientada por los objetivos de inclusión social, de erradicación del hambre y de la pobreza, de la mejora de la salud y la educación, así como de alcance de un desarrollo económico y social equilibrado (MRE-CIyC, 2003).

De este modo, el encuentro introdujo la multidimensionalidad de las problemáticas regionales complejas en las relaciones bilaterales, permitiendo la construcción de agendas amplias de cooperación entre los países. Por otro lado, impulsó la participación de la sociedad civil y convocó a sumarse al resto de los Estados de la región. Al año siguiente, en diciembre de 2004, se realizó la Cumbre de Ouro Preto (Brasil) y el Consenso de Buenos Aires se constituyó como agenda política para el rediseño del nuevo MERCOSUR.

El ALCA, la resistencia multiactoral y el inicio de un nuevo ciclo en la región

La Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), perteneciente al sistema de las Naciones Unidas, creado en 1948, fue el organismo pionero en planificar la integración regional desde una perspectiva económica. El objetivo de la CEPAL no se agotó en conocer las características de las economías latinoamericanas, sino en "proponer políticas para superar la situación/condición de subdesarrollo" (Ramos, 2020: 4). De este modo, con la creación de un mercado común latinoamericano se buscaba aumentar el poder de negociación con los países centrales.

En consecuencia, durante las décadas del '50 y '60 prevaleció en la región la referencia cepalina que propuso un desarrollo "cerrado" o "endógeno" basado en la industrialización por sustitución de importaciones en un escenario de segunda posguerra mundial.

En ese contexto, en 1960, surgió la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (ALALC) integrada por Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguay, Perú y Uruguay. Luego se sumaron Colombia y Ecuador. Y unos

años más tarde, Venezuela y Bolivia. El tratado contempló "la eliminación de barreras tarifarias y no tarifarias en un plazo de 12 años" (Guillen Romo, 2001: 363). Los resultados, a pesar de la gran expectativa que desató, no fueron del todo positivos. La eliminación de aranceles no impactó en un aumento significativo de las actividades comerciales de los países miembros.

El mítico "No al ALCA" pronunciado por Hugo Chávez, entonces presidente de Venezuela y figura clave de la resistencia, en la Cumbre de las Américas realizada en la ciudad de Mar del Plata, en 2005, marcó el instante de ruptura con la idea de integración regional entendida a partir de la firma de tratados de libre comercio. Pero no solo eso, reflató la idea de una identidad continental. Siguiendo a Taiana (2011) representó "el 'no' a un acuerdo de apertura indiscriminada de las economías latinoamericanas y caribeñas que no contemplaba ni el grado de desarrollo ni las asimetrías existentes entre los treinta y cuatro países" (Taiana, 2011: 21). Un rechazo rotundo y contundente a la propuesta de integración comercial con hegemonía estadounidense.

El acontecimiento en la ciudad de Mar del Plata sentenció la derrota del ALCA, reflejando la participación y el involucramiento de múltiples actores en el debate de los proyectos nacionales y, en consecuencia, regionales. Este fenómeno plural evidenció la interacción de la tríada movimientos sociales, corporaciones o elites nacionales y gobiernos. Las masivas movilizaciones sociales se encolumnaron en la protesta y se pronunciaron en relación al destino de los países de la región. Mientras tanto, George Bush, presidente de EE.UU, tenía su foco de atención en las consecuencias que habían dejado los ataques terroristas sucedidos en septiembre de 2001. Sin dudas, un factor facilitador del contexto internacional. Entendemos que el fracaso para una integración comercial de la región requiere analizar la participación multiactoral.

Las investigaciones de Julián Kan, siguiendo a Mario Rapoport (1984), aportan una mirada diferente respecto a los clásicos análisis de las relaciones internacionales, la integración regional y la política exterior. El autor sostiene que "es clave analizar la dimensión económica pero en su vinculación con factores políticos, sociales y estratégicos que permitan explicar la lógica del accionar de los Estados, los partidos, las fuerzas sociales y los individuos que conformaban las delegaciones exteriores" (Kan, 2016: 197). Esta mirada, amplia y relacional, sobre la cuestión regional permite identificar y visibilizar

la participación de las clases dominantes nacionales o, también, la denominada integración “desde arriba” y, a su vez, las diversas acciones, demandas y posicionamientos de las clases subalternas o la integración “desde abajo” (Kan, 2016).

En esa línea general, las elites nacionales representadas por los grupos hegemónicos también se mostraron disconformes con la iniciativa del ALCA, ya que la consideraban desventajosa para la comercialización de sus materias primas, principalmente las pertenecientes al sector agrícola. En dicho proyecto regional, EE.UU no reducía sus barreras arancelarias comerciales e incluso estipulaba subsidios a los sectores exportadores para aumentar la competitividad en los mercados internacionales. Estas políticas proteccionistas norteamericanas situaban en una relación asimétrica y desigual de poder al resto de los países convocados a formar parte del ALCA.

La incidencia “desde arriba” de estos poderosos grupos económicos sobre la integración jugó un papel destacado para la construcción de consensos políticos al interior de cada Estado nacional. Lasagna (1995) considera que es importante tener en cuenta las diferentes incidencias, ya que son determinantes internas de la política exterior. Pero, como se mencionó, también las correlaciones de fuerzas se dieron “desde abajo” a través de la acción territorial de diversos movimientos sociales y organizaciones de base, que presionaron en la (re)definición de la política exterior de sus países y, en consecuencia, en la definición del tipo de inserción regional.

La participación multiactoral se embanderó bajo la misma consigna: “No al ALCA”, convirtiéndose en un factor de cohesión de los sectores subalternos y de las clases dominantes, actores con intereses contrapuestos producto de las tensiones históricas de la división de clases.

El surgimiento de nuevas propuestas de integración regionales: ALBA, UNASUR y CELAC

En el contexto de rupturas de principio del siglo XXI, Venezuela se convirtió en miembro pleno del MERCOSUR. Así, la flamante incorporación:

Impulsa fuertemente la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) e integra la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Bolivia y Ecuador forman parte del ALBA y la UNASUR. Perú y Colombia, habiendo firmado tratados de libre comercio con EE.UU, forman parte también de la unión suramericana. Chile mantiene una política de integración unilateral al mundo, a través de la firma global de acuerdos de libre comercio, a la vez que pertenece a la UNASUR (Vázquez, 2011).

De este modo, el mapa geopolítico regional adquirió una diferenciación marcada con los años '90.

Las iniciativas de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) le dieron centralidad al fortalecimiento de los lazos de cooperación política entre los países miembro. De este modo, los bloques superaron las propuestas de integración comercial del MERCOSUR. En ese “nuevo” horizonte en común desplegaron una agenda caracterizada, principalmente, por temas de soberanía y autonomía regional.

La UNASUR tuvo un rol central en la mediación de conflictos regionales. Por ejemplo, apenas se creó intervino en el intento de desestabilización del gobierno de Evo Morales en Bolivia, en 2008.

Al calor del regionalismo integral, y en forma sincrónica, comenzó a cobrar sentido el sueño de la Patria Grande latinoamericana, que se constituyó en ese momento como la direccionalidad política de algunos países del Cono Sur.

El MERCOSUR y la agenda regional

Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay firmaron el Tratado constitutivo del MERCOSUR, en 1991². El organismo buscó propiciar un mercado común de oportunidades comerciales y de inversiones a través de la integración de los Estados Parte al mercado internacional. De este modo, el origen está relacionado a la idea de una integración comercial o comercialista promovida por los gobiernos neoliberales.

2. El encuentro se realizó el día 26 de marzo de 1991, en la ciudad de Asunción. Participaron los presidentes Carlos Saúl Menem (Argentina), Fernando Collor de Mello (Brasil), Andrés Rodríguez (Paraguay) y Luis Alberto Lacalle (Uruguay).

Siguiendo la línea argumentativa de Rapoport (2008), esta idea de integración privilegia "la reducción de las barreras internas sobre el establecimiento de restricciones a las importaciones extrazona. La integración era, pues, sólo un fenómeno de tipo comercial con el objetivo de mejorar la competitividad en el mercado mundial y compensar las trabas comerciales -arancelarias y no arancelarias- impuestas por los países centrales" (Rapoport, 2008: 4).

En ese contexto de apertura comercial, el nacimiento del MERCOSUR respondió a la necesidad de un regionalismo abierto planteado por la CEPAL. De este modo, se puede identificar al "periodo 1990-2005 como una etapa o ciclo coherente en la integración regional" (Sanahuja, 2008: 11).

Desde su creación, cabe señalar que el MERCOSUR intentó generar tímidamente espacios de cooperación e intercambio de experiencias en materia de políticas públicas, así como también propiciar debates en torno a la emergencia de problemáticas sectoriales, como en Educación (DEC. N° 07/91), Cultura (DEC. N° 02/95), Trabajo (DEC. N° 16/91) y Salud (DEC. 03/95). Sin embargo, estos intentos por ampliar las agendas resultaron más diplomáticos que hechos concretos. Al menos, si asumimos como parámetro analítico la construcción de espacios para la planificación de políticas públicas.

De todas maneras, estos antecedentes reflejan de manera incipiente la necesidad de generar en el plano regional instancias de coordinación de agendas, con el objetivo de articular acciones de los Estados Parte para afrontar situaciones problemáticas que se replican en los diferentes territorios de la región.

La creación del Instituto Social del MERCOSUR en el cambio de siglo

El inicio del siglo XXI se presentó en un escenario turbulento, incierto y marcado por un incremento brutal en los índices de pobreza, inequidad, desempleo e inclusión social precaria.

Ante este contexto de crisis y manifestaciones de desigualdades sociales en la región, los países del MERCOSUR, junto a Bolivia y Chile, firmaron la Carta de Buenos Aires sobre Compromiso Social, comprometiéndose, entre otras cuestiones, a "intensificar los esfuerzos de sus Gobiernos para mejorar la calidad de vida en sus

respectivos países y en la región, mediante la atención prioritaria a los sectores más desprotegidos de la población en materia de alimentación, salud, empleo, vivienda y educación" (Buenos Aires, 2000).

En el documento oficial, los países reconocen que el crecimiento económico es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar una mejor calidad de vida, erradicar la pobreza y eliminar la discriminación y la exclusión social (Buenos Aires, 2000). El cuestionamiento al crecimiento económico sin justicia social irrumpía en una escala regional.

A los pocos meses de firmar la Carta de Buenos Aires sobre Compromiso Social, en septiembre del año 2000, las autoridades de Desarrollo Social de Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia y Chile se reunieron en Gramado (Brasil) donde nació el llamado Compromiso de Gramado, que condujo a la creación de la denominada Reunión de Ministros y Autoridades de Desarrollo Social (RMADS) del MERCOSUR por el Consejo del Mercado Común (CMC). Así, comenzó a adquirir carácter institucional la dimensión social en el bloque.

A partir de entonces, la dimensión social ocupó un lugar destacado en la agenda del proceso de integración del MERCOSUR. En esa perspectiva, con el propósito de delinear los desafíos de integración social y de la RMADS, el Consejo del Mercado Común creó el Instituto Social del MERCOSUR (DEC. 03/07, Rio de Janeiro), con sede en Asunción, Paraguay. La elección de la ciudad la realizaron los países miembros y pasó a ser referenciada como la capital social del MERCOSUR.

El Instituto Social surgió con la misión de consolidar la dimensión social como un eje fundamental en el proceso de construcción de la región por medio de la investigación, intercambio, articulación y difusión de políticas sociales regionales, contribuyendo a la reducción de las asimetrías y a la promoción del desarrollo humano integral.

En esa perspectiva, desde entonces busca contribuir a que los países conozcan otras realidades regionales, construyan consensos y visiones, y puedan diseñar políticas sociales basadas en evidencias, informaciones cualitativas y datos regionales.

En consecuencia, el ISM coordina estudios y diagnósticos de interés consensuado por el bloque. Los principales ejes son desarrollo social, desarrollo sostenible e integración ciudadana.

Para la producción de conocimiento realizó convenios de cooperación con diferentes universidades y organismos afines para desarrollar proyectos de investigación sobre problemáticas regionales. Además, cuenta con una Escuela de gobierno de políticas sociales, foros públicos, biblioteca virtual y una revista científica.

Al año siguiente de la creación del ISM, en 2008, se amplió la arquitectura social del bloque. Comenzó a funcionar la Comisión de Coordinación de Ministros de Asuntos Sociales del MERCOSUR (CCMASM), espacio de articulación de políticas sociales en áreas como salud, educación, trabajo, cultura, población indígena, afrodescendientes, Agricultura Familiar, Juventud, entre otras. Como dijimos en los párrafos anteriores, en los primeros años de existencia del bloque se había intentado trabajar coordinadamente en ciertos sectores (educación, trabajo, salud, etc.), aunque recién con la CCMASM se materializó en las agendas regionales. En esta ocasión desde el paradigma de integralidad en las políticas públicas. De este modo, y ante la necesidad de planificar el abordaje integral, surgió el Plan Estratégico de Acción Social (PEAS) para darle sustento.

En la XXX Cumbre de Presidentes del MERCOSUR, realizada en la provincia de Córdoba, en el año 2006, los mandatarios de los países encomendaron a los ministros y secretarios con incumbencias en las políticas sociales la construcción de un Plan Estratégico de Acción Social.

El desafío fue asumido por la Reunión de Ministros y Autoridades de Desarrollo Social y continuado por la Comisión de Coordinación de Ministerios de Asuntos Sociales (CCMASM), que luego de un periodo de intercambio de experiencias en diferentes temáticas consolidó la propuesta regional. De este modo, en la Cumbre de Asunción, en junio de 2011, el Consejo del Mercado Común (CMC) aprobó el Plan Estratégico de Acción Social, mediante la Decisión N° 12/11.

La construcción del PEAS³ tuvo como objetivo la articulación coordinada de líneas de acción específicas, proponiendo en el abordaje el paradigma de la integralidad e intersectorialidad. La dimensión social de la integración del bloque se reflejó, principalmente, en materia migratoria, laboral y cultural.

Cabe señalar que desde su creación se encuentra en permanente revisión por la CCMASM. Para el seguimiento de las acciones, la coordinación diseñó una plataforma virtual (SI-PEAS). Los diez ejes actuales del PEAS son a) erradicar el hambre, la pobreza y combatir las desigualdades sociales; b) garantizar los derechos humanos, la asistencia humanitaria y la igualdad étnica, racial y de género; c) universalizar la salud pública; d) universalizar la educación y erradicar el analfabetismo; e) valorizar y promover la diversidad cultural; f) garantizar la inclusión productiva; g) asegurar el acceso al trabajo decente y a los derechos de previsión social; h) promover la sustentabilidad ambiental; i) asegurar el dialogo social y j) establecer mecanismos de cooperación regional para la implementación y financiamiento de políticas sociales.

Del Regionalismo Abierto al Regionalismo Integral en Latinoamérica

El Regionalismo abierto, en los primeros años de la década de 1990, encontró su principal argumento en el cambio de época que representó la globalización neoliberal. Incluso la CEPAL, que había adherido al modelo de regionalismo cerrado, se volcó a la tendencia de apertura mundial del nuevo regionalismo denominado abierto.

De este modo, el núcleo intelectual consideró que una mayor competitividad de los países de la región necesitaba de una apertura comercial en sintonía con una economía internacional abierta. Es decir, la constitución de un mercado común regional era visto como una posibilidad de expansión comercial con el resto del mundo. El escenario en América Latina cambió en el primer lustro del nuevo milenio. Este nuevo esquema de integración ha sido conceptualizado de diferentes perspectivas. Da Motta Veiga y Ríos (2007), al igual que Sanahuja (2008), lo denominaron “regionalismo post-liberal”, destacando que la agenda comercial dejó de ser prioridad en este periodo. En esa misma línea interpretativa, Tussie y Trucco (2010) utilizaron la expresión “regionalismo poscomercial”, en alusión a un cambio de época. Por su parte, Briceño Ruiz (2014) enfatizó en la idea de “regionalismo poshegemónico” porque entendió que el cambio de siglo representó el fin de la hegemonía neoliberal.

3. Disponible en <https://www.mercosur.int/documento/plan-estrategico-de-accion-social-del-mercosur-peas/>

Consideramos que la integración regional es un tema estudiado fundamentalmente por las siguientes disciplinas: Relaciones Internacionales, Ciencia Política y Economía. De tal manera, intentamos contribuir con una conceptualización de regionalismo que incorpore nociones de las ciencias sociales en general y de Trabajo Social, en particular.

Siguiendo a Clemente (2017) cuando hace referencia al abordaje integral como paradigma de la política social, lo "integral" busca captar la complejidad de la cuestión social al momento de instrumentar una transformación destinada a mejorar la vida cotidiana de los sectores populares en sus múltiples dimensiones. Continuando esta línea argumentativa, en la escala regional, consideramos al regionalismo integral como un proceso de integración complejo, multiescalar y multidimensional que incluye aspectos políticos, económicos, sociales, educativos, culturales, ambientales, y en el que participan múltiples actores (estatales y no estatales) de los escenarios nacionales y regionales.

De este modo, la definición nos permite reconocer la multiplicidad de elementos subyacentes en las problemáticas regionales, superando la mirada economicista del desarrollo. Esto facilita la comprensión de las políticas públicas intersectoriales y redistributivas de la época analizada.

Reflexiones finales

El surgimiento del MERCOSUR, en 1991, estuvo signado por un contexto de globalización neoliberal. En esa lógica económica comercial, durante el siglo XX, las propuestas de integración regional respondieron a la generación de asociaciones y Tratados de Libre Comercio (TLC'S). Hasta la fallida iniciativa del ALCA inclusive, en 2005, sólo existieron modelos de integración basados en una perspectiva economicista (ALALC, ALADI, TLC'S, TLCAN o NAFTA por sus siglas en inglés, entre las principales).

En el cambio de siglo, se produjo una ruptura con el diseño de las políticas neoliberales a partir de la revalorización del rol de los Estados nacionales. El fortalecimiento político de las relaciones interestatales entre los integrantes del bloque generó las bases para la construcción de un regionalismo integral.

El giro social ocurrió en la Cumbre de Buenos Aires, entre Argentina y Brasil, cuando los discursos de los jefes de estado mostraron preocupación por enfrentar la pobreza, el desempleo, el hambre, el analfabetismo y la enferme-

dad. En el encuentro bilateral, los mandatarios hicieron hincapié en la participación multisectorial y convocaron a la sociedad civil a los debates públicos. De esta manera, incorporaron diferentes actores sociales hasta entonces invisibilizados en los escenarios regionales y nacionales.

En 2005, el "No al ALCA" representó un punto de inflexión en el destino de la región, desarticulando la relación histórica entre integración regional y desarrollo económico.

Como contrapartida a la propuesta de apertura comercial estadounidense se creó el ALBA desde una perspectiva multiactoral y basada en la protección de las soberanías. En dicho momento histórico, Luiz Inacio Lula asumió en Brasil y Néstor Kirchner en Argentina (2003), Evo Morales en Bolivia (2004), Rafael Correa en Ecuador y Tabaré Vázquez en Uruguay (2005) y, más tarde, Fernando Lugo en Paraguay (2008) amplió el rango de gobiernos progresistas en la región.

Cabe señalar que con el modelo de integración integral aumentó el volumen total de comercio intrabloque, en decir "salió de US\$ 25.597 millones en 2003, para llegar a US\$ 42.142 millones en 2005, y continuar creciendo hasta duplicar ese valor, en 2008, con un total de US\$ 82.810 millones comercializados" (Arroyo, 2010: 69).

Como se puede inferir en el presente artículo, la consolidación de la dimensión social implicó un proceso de construcción de una arquitectura institucional en el seno del organismo. En ese sentido, la creación del Instituto Social del MERCOSUR jerarquizó "lo social" y facilitó el despliegue de intercambios que promueven la integración ciudadana y la protección social regional. Esto se vio materializado con el PEAS.

Estas bases convierten al MERCOSUR en una plataforma institucional sólida para la planificación de políticas públicas regionales integrales, que contemplen estrategias de mitigación y adaptación para la lucha del cambio climático que pone en riesgo a la humanidad.

Para concluir, consideramos pertinente repensar la integración regional en un contexto global multipolar y atravesado por las consecuencias negativas de la pandemia ocasionada por el Covid-19.

En ese sentido, entendemos que el desafío actual radica en relanzar el regionalismo integral de los primeros años del siglo XXI, fortaleciendo la idea de soberanía basada en una identidad ciudadana regional.

Bibliografía

- Arroyo, M. (2010). *Mercosul: definição do pacto territorial vinte anos depois*. In: Arroyo, Mónica e Zusman, Perla. (Org.). Argentina e Brasil: possibilidades e obstáculos no processo de integração territorial. São Paulo: Humanitas; Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, pp. 59-82.
- Barrenengoa, A. (2020). *De la unidad suramericana a la fragmentación regional: contradicciones en la UNASUR a partir de las políticas de los gobiernos lulistas y las tensiones con las clases dominantes*. Conjuntura Austral, 11 n°56, 77-93.
- Briceño Ruiz, J. (2014). *Del Regionalismo Abierto al Regionalismo Posbe-gemónico en América Latina*. Política Internacional e Integración Regional Comparada en América Latina. San José (Costa Rica): Willy Soto Acosta Editor-FLACSO, p. 23-34.
- CEPAL (1994). *El regionalismo abierto en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Comini, N.; Frenkel A. (2014). . Nueva Sociedad, n.250, p. 58-77.
- Clemente A. (2017). *El abordaje integral como paradigma de la política social : notas, reflexiones y claves metodológicas*. Espacio Editorial.
- Da Motta Veiga, P.; Ríos, S. (2007). *O regionalismo post-liberal na América do Sul: origens, iniciativas e dilemas*. CEPAL, Serie Comercio Internacional, n.82, p. 3-48.
- Ferrer, A. (2012). *La construcción del Estado neoliberal en la Argentina*. Revista de Trabajo, Año 8, Número 10.
- Guillen Romo, H. (2001). *De la integración cepalina a la neoliberal en América Latina*. Comercio Exterior, vol. 51, núm. 5, mayo.
- Lasagna, M. (1995). *Las determinantes internas de la política exterior: un tema descuidado en la teoría de la política exterior*. Estudios Internacionales, (111) p. 387-409.
- Lucuix, M. B. y C. Krmpotic. (2020). *La institucionalidad social del Mercosur y sus redes locales ante el COVID-19*. Dossier especial COVID de Revista Margen, <http://www.margen.org/pandemia/> y <http://mercosuriigg.sociales.uba.ar/publicaciones/>
- Márquez López, Lisett y Pradilla Cobos, Emilio (2016). *Los territorios latinoamericanos en la mundialización del capital*. Territorios 34, pp. 17-34.
- Mendicoa, G. E. (Dir.) (2018). *Hacia una epistemología del Sur II. El Mercosur desde abajo: percepciones y experiencias de los municipios en la integración regional*. Espacio Editorial.
- Míguez, M. (2020). *Los factores internos de la política exterior. Hacia la profundización de un debate en las relaciones internacionales latino-americanas*. Em Míguez M. C. y Morgenfeld L. (Compiladores). Los condicionamientos internos de la política exterior. Entramados de las relaciones internacionales y transnacionales. Buenos Aires, Teseo Press.
- Kan, J. (2014). *Del comercialismo a la repolitización del vínculo regional. Gobiernos, sindicatos y corporaciones empresarias ante el rediseño de la integración latinoamericana*, en Schneider, Alejandro (Comp.): América Latina Hoy. Integración, procesos políticos y conflictividad social en su historia reciente, Imago Mundi, pp.1-30.
- _____ (2016). *Desde arriba y desde abajo. Gobiernos, clases dominantes y movimientos obreros y sociales en el rediseño de la integración latinoamericana*. Revista Trabajo y Sociedad, INDES / UNSE, N°26.
- Katz, C. (2006). *El Rediseño de América Latina, ALCA, MERCOSUR y ALBA*. Ed. Luxemburg.
- _____ (2016). *El No al ALCA diez años después. La Cumbre de Mar del Plata y la integración latinoamericana reciente*. Editorial de la FFyL-UBA.
- Rapoport, M. (1984). *El factor político en las relaciones internacionales. ¿Política Internacional vs. Teoría de la dependencia? Un comentario*. Desarrollo Económico, vol.23, N° 92, pp. 617-636.
- _____ (2008). *Argentina y el MERCOSUR: ¿Dilema o solución?*, CICLOS en la historia, la economía y la sociedad, N° 33/34, pp. 3-18.
- Sanahuja, J. (2008). *Del 'regionalismo abierto' al 'regionalismo post-liberal'. Crisis y cambio en la integración regional en América Latina*. En Martínez Alfonso, L.; Peña, L.; Vázquez, M.(coord.). Anuario de la Integración Regional de América Latina y el Gran Caribe, 2007-2008, CRIES.
- Santos, M. (2000). *Por otra globalización: del pensamiento único a la conciencia universal*. Convenio Andrés Bello, 2004.
- Setaro, M., García, C. y Nogueira, V. (2019). *Dimensión Social del Mercosur. Avances en la constitución de una ciudadanía regional*. Debates Latinoamericanos, 17 (35), 13-51. Red Latinoamericana de Cooperación Universitaria, Buenos Aires.
- Tussie, Diana y Trucco, Pablo (eds.) (2010). *Nación y región en América del Sur. Los actores nacionales y la economía política de la integración sudamericana*. Argentina: Teseo.
- Vázquez, M. (2011). *El MERCOSUR social. Cambio político y nueva identidad para el proceso de integración regional en América del Sur*. En Caetano, Gerardo (coord.) MERCOSUR 20 años, CEFIR.

Fuentes documentales

Buenos Aires (2000). *Carta de Buenos Aires sobre Compromiso Social en el MERCOSUR, Bolivia y Chile*. (11/1/2022). <https://studylib.es/doc/485341/carta-de-buenos-aires-sobre-compromiso-social>.

Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto (MRECIyC) (2003). *Argentina y Brasil firman acuerdos*. (10/12/2021). <https://cancilleria.gob.ar/es/actualidad/comunicados/argentina-y-brasil-firman-acuerdos>.

Decisiones del Consejo de Mercado Común (CMC)

DEC. 16/91. Creación de la Reunión de Ministros de Trabajo del MERCOSUR.

DEC. 07/91. Creación de la Reunión de Ministros de Educación del MERCOSUR.

DEC. 02/95. Creación de la Reunión de Ministros de Cultura del MERCOSUR.

DEC. 03/95. Creación de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR.

Sitios web

Instituto Social del MERCOSUR. <http://ismercosur.org>

MERCOSUR. <http://mercosur.int>

Artículos seleccionados

Es Lo Que Es. El trabajo hospitalario en consumo problemático de sustancias

Virginia Cunzolo^a

Fecha de recepción:	16 de mayo de 2022
Fecha de aceptación:	3 de junio de 2022
Correspondencia a:	Virginia Cunzolo
Correo electrónico:	viracunzolo@hotmail.com

- a. Licenciada en Trabajo Social. Maestranda en Antropología Social. Trabajadora social del hospital Piñero. Docente de la materia "Salud Pública" en la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ).

Resumen:

El artículo busca reflexionar a partir del campo de la práctica, frente al trabajo relacionado al consumo problemático de sustancias con población internada en salas de adultas/os de un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Debate acerca de una serie características de las políticas públicas en materia de consumo problemático, como por ejemplo su fragmentación, heterogeneidad e inaccesibilidad. A su vez, contrasta los ejes debatidos con un espectro de tareas básicas como las intervenciones más factibles y viables dentro de la labor del Trabajo Social en el ámbito hospitalario. El resultado es una lógica en la que prima la promoción de la salvación individual. En ese sentido, el artículo concluye en que la intervención posible desde el Trabajo Social puede acompañar a las personas en el camino de trascender los obstáculos que les presentan las lógicas institucionales, subvirtiendo así la violencia que imponen.

Palabras clave: Salud - Consumo problemático - Intervención

Summary

The article seeks to reflect on the field of practice on issues relating to the work to problematic substance use with adult population interned in a general hospital of Autonomous City of Buenos Aires. Discusses a number of features of public policies on problem consumption such as fragmentation, heterogeneity and inaccessibility. In turn, it contrasts the axes discussed with a spectrum of basic tasks such as the most feasible and viable interventions within the work of Social Work in the hospital environment. The result is a logic in which the promotion of individual salvation takes precedence. In this sense, the article concludes that possible intervention from Social Work can accompany people on the way to transcend the obstacles presented by institutional logics, thus subverting the violence they impose.

Key words: Health. Problematic use. Intervention.

Introducción

Este trabajo propone una reflexión desde la práctica del Trabajo Social en consumo problemático de sustancias con población internada en salas de adultos/os de un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Vale aclarar que las reflexiones vertidas en las próximas páginas reflejarán apreciaciones y sensaciones sobre las tareas plausibles en el ámbito mencionado. Estas tareas, en su mayoría, se destinan a promover que las/os pacientes alcancen y sostengan una recomposición de la situación de deterioro con la que llegaron a la internación. Pero tal objetivo es complejo de lograr debido tanto a las lógicas de exclusión que albergan las instituciones hospitalarias como a las particularidades que atraviesan las personas en situaciones de consumo problemático, por ejemplo el padecimiento del síndrome de abstinencia.

Respecto a la intervención en consumo problemático de sustancias, la práctica del Trabajo Social se ciñe a los intentos. Ello resulta controversial ya que el objetivo de nuestra formación se orienta a intervenir frente a la vulneración de derechos y a promover el acceso a políticas públicas.¹ Sin embargo, el campo de la práctica en consumo problemático de sustancias se caracteriza por políticas fragmentadas y de difícil acceso para la pobla-

ción. Por tanto, consideraré que las intervenciones se orientan a lo posible. Esta reflexión sobre la práctica persigue entonces desenmarañar las lógicas institucionales y pensar los procesos de intervención dentro de ellas. Para ello, consideraré el abordaje estatal sobre la cuestión social. El Estado capitalista se refuncionaliza mediante la operacionalización de políticas sociales en respuesta a las presiones que ejercen las clases subalternas frente al padecimiento de la desigualdad social. Sin embargo, para posibilitar su ejecución y demarcar sus intervenciones, organiza políticas sociales en forma de prestaciones, define criterios de selección y recursos a otorgar (Oliva, 2007). A su vez, las políticas sociales actuales evocan el vocabulario del sufrimiento, de la compasión y de lo humanitario. Tal fenómeno pone en escena el despliegue de sentimientos morales en las políticas, en las instituciones, dispositivos y acciones que se ejecutan para administrar y regular la existencia de los seres humanos. Así, en lo que refiere a las situaciones de pobreza de enormes grupos de la sociedad, a menudo se hablará de sufrimiento y compasión antes que de interés y de justicia. De ese modo, se legitima lo que Fassin (2010) dio en llamar el gobierno de lo humanitario, por el cual la política contemporánea tradujo en todos sus dispositivos las desigualdades sociales en términos de sufrimiento psíquico. Esta configuración compasional ofrece como respuesta a los problemas de

1. Estas orientaciones se plasman en el marco legal de la profesión de Trabajo Social establecido en Ley Federal de Trabajo Social 27.072. Disponible en <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

las clases populares una escucha de su malestar. A su vez, señala una paradoja: la política que busca la compasión colectiva haciendo énfasis en la vulnerabilidad y fragilidad de las/os más pobres, deviene en una política de la desigualdad. Así, mientras la apelación a los sentimientos morales resulta una política de solidaridad en el reconocimiento de otras/os, al mismo tiempo es una política de desigualdad ya que no constituye una ampliación de derechos (Fassin, 2010).

En consonancia con los aportes del autor, entre los lineamientos de trabajo sobre el consumo problemático con diversas poblaciones, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), establece como prioritaria la capacidad de escucha. Si bien este es un aspecto fundamental en toda intervención con personas, es casi lo único que se propone, tanto para equipos de trabajo como la población. A su vez, recomiendan que el trabajo se sostenga mediante el armado de una red con otras instituciones que también escuchen como el servicio local de emergencias, los hospitales, servicios de la justicia o de las fuerzas de seguridad. Empero, la articulación no debería ser el único contenido de las prestaciones de política disponibles. Coincido en que “una actitud de escucha genuina junto con instituciones que ejerzan la disponibilidad tiene efectos diferenciales en las prácticas de cuidado y en la forma en que se significan los padecimientos. Por supuesto que es necesario para esto que los/as profesionales cuenten con óptimas condiciones de trabajo, asignaciones presupuestarias que efectivicen dispositivos alternativos, decisión política para la articulación, formación académica que jerarquice el trabajo en atención primaria en salud” (Pawlowicz, 2015:25). Por otro lado, al analizar estas prácticas debe considerarse que el sistema médico presupone un modelo único y binario de salud-enfermedad referenciando sólo los aspectos biológicos del malestar del cuerpo, ignorándose y/o acallándose los determinantes sociales² que cruzan las trayectorias personales generando problemáticas particulares.

Pues bien, en ese marco debe señalarse que las políticas orientadas al consumo problemático de sustancias tienen un punto de partida y un horizonte individual. A pesar de que sus formulaciones mencionan la frustración de expectativas como explicación del vuelco al consumo de drogas, y se valora el trabajo en y desde la

comunidad, ocultan la complejidad de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, como así también la carencia de recursos o su poca accesibilidad. Por lo tanto, terminan promoviendo una salvación individual sostenida en la meritocracia de quien trasciende las dificultades de sus condiciones de vida y los obstáculos institucionales. Para quienes trabajamos desde las ciencias sociales esto devuelve un oxímoron, ya que desde el Trabajo Social se torna prioritaria la consideración de los determinantes sociales en el análisis y abordaje de las problemáticas.

Las prestaciones asistenciales argentinas en materia de uso de drogas se caracterizan por su heterogeneidad. Allí se mezclan perspectivas abstencionistas y de control con otras de reducción de riesgos y daños. A su vez, mediante convenio, gran parte de la acción se delega a organizaciones de la sociedad civil: organizaciones no gubernamentales (nacionales e internacionales), comunitarias y religiosas. Esto deriva en una atención mediada por una variedad de entidades públicas y privadas especializadas o competentes en el tema: hospitales y centros de salud, centros de día y comunitarios, organizaciones subsidiadas por el Estado, entre las que se incluyen las comunidades terapéuticas. Esta dispersión trae aparejado que la variación de teorías, modelos y formas de representar el problema, se confundan entre sí (Pawlowicz et. al. 2011; Goltzman, 2015). Sin embargo, en lo que al trabajo hospitalario concierne, considero que a pesar de su heterogeneidad y confusión, a menudo la intervención gira en torno de una función única de escucha o educativa.

Reflexión sobre las políticas y recursos disponibles

Es pertinente mencionar que dentro de las perspectivas de consumo problemático de sustancias existen dos lineamientos: las abstencionistas y las de reducción de riesgos y daños. Las primeras albergan una visión estereotipada y fetichizada por la cual las drogas parecieran ser “entidades mágicas con poderes contaminantes” (Touzé, 2010:23), consideran a las personas como adictas y promueven la separación absoluta de la droga, de una vez y para siempre. Históricamente el uso de sustancias se abordó predominantemente desde dos campos, el sanitario, que lo consideró desde la enfermedad,

2. Factores sociales desfavorables que influyen diferencialmente en los distintos sectores sociales condicionando sus enfermedades o su salud (Berlinguer, 2007).

y el jurídico, que prohibió su producción, comercialización y consumo. La conjunción de esos campos promovió la abstinencia como eje del enfoque prohibicionista, considerando a quienes consumían como peligrosas/os (Lozano, 2019; Galante *et. al.* 2009). La idea de la salvación individual y la salida del lugar oscuro que implica la droga, históricamente caracterizarían el tono de las políticas de consumo. Por el contrario, las modernas perspectivas de reducción de riesgos y daños aluden al consumo problemático de sustancias concibiendo que existen otros no problemáticos y/o recreativos tanto legales como ilegales. Esta perspectiva no se centra en la sustancia sino en la relación que la persona establece con la misma, su entorno y las consecuencias que el consumo genera en su vida cotidiana, a largo plazo y en su salud. En ese sentido, se consideran 4 medidas evaluativas: qué se consume (tipo de drogas y efectos); quién la consume (situación actual e historia singular); cómo se consume (dosis, frecuencia y vía de administración); cuándo y dónde se consume (si es un ámbito público o privado, si es en soledad o en compañía) (Touzé, 2010).

Por otro lado, desde la creación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 el consumo problemático de sustancias debe ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental. Las garantías y derechos que establece la ley incluyen a quienes tengan un uso problemático de drogas legales e ilegales. A su vez, con base en los derechos humanos de las/os pacientes, se plantea que la internación debe ser un recurso de última instancia considerándola terapéuticamente restrictiva. Para ello prioriza el trabajo interdisciplinario e intersectorial y en dispositivos de atención primaria de la salud (Pawlowicz, *et. al.* 2011). La inclusión de la problemática en la ley de salud mental buscaba superar la diversidad de modelos de atención de las políticas surgidos de los enfoques mencionados. No obstante, a 11 años de la misma siguen siendo fragmentadas y bajo "un marco punitivo, prohibicionista y abstencionista que no se logró superar" (Lozano, 2019: 9). Tomando en consideración estos aportes teóricos se pueden señalar algunas características que adquieren las políticas dedicadas a la atención y prevención del consumo problemático de sustancias llevadas adelante por dos entidades: Sedronar, de alcance nacional, y la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones perteneciente al Gobierno

de la CABA (GCBA). En esa línea, definiré tres dimensiones que permiten ordenar y comparar los servicios brindados por ambas instituciones: relevamiento-diagnóstico, prevención y atención.

Respecto al análisis de la situación problema, en el sitio web del Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Sedronar se pueden encontrar diversos relevamientos desde el 2004 a la actualidad.³ Se centran, entre otras cuestiones, en los perfiles epidemiológicos, las causas de mortalidad vinculadas al consumo de drogas, las consultas en emergencia, el perfil de la población en tratamiento o el uso específico de las distintas sustancias. Por otra parte, escasean estudios centrados en la accesibilidad o barreras de acceso a los tratamientos. Una excepción la constituye el Censo Nacional de Centros de Tratamiento (Sedronar, 2022), que señala ciertos obstáculos, falta de recursos y dificultades para la derivación que encuentran las personas que asisten o trabajan en los mismos. Por ejemplo, en sus resultados expresa que los principales escollos para la derivación de pacientes a otros dispositivos son la falta de servicios que aborden casos de complejidad o la no correspondencia entre las características de las/os pacientes y la población atendida en los centros. Se indica también que la mayor falencia se relaciona a mejoras edilicias de los centros (54,2%), falta de recursos materiales (45%) y falta de recursos humanos capacitados (Sedronar, 2022). Tal cuestión se torna relevante al reflexionar sobre la práctica hospitalaria dado que enmarca algunas de las dificultades para articular en la intervención.

Otro elemento destacable de dichos relevamientos es el perfil sociodemográfico mayoritariamente masculino y económicamente activo (Sedronar, 2022). Sin embargo, nuestro sistema de salud no es un gran receptor de ese grupo ya que sus instituciones de primer y segundo nivel tienen un perfil direccionado hacia la población materno infantil. Ejemplo de ello está en el informe de "Consultas ambulatorias en establecimientos oficiales del Año 2019" (Ministerio de salud de la Nación, 2019), el cual destaca que las consultas recibidas por las unidades de Medicina general, Pediatría y Obstetricia superan por varios millones a los recibidos por las demás especialidades.

En cuanto a los estudios e informes GCBA, resulta significativa su antigüedad, siendo el último la "Encuesta

3. Disponibles en:

<https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/investigaciones-por-a%C3%B1o>

sobre consumo de sustancias en estudiantes de Nivel Medio” del 2016. Por su parte, le sigue en actualidad el informe de “Incidencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Emergencias Médicas” del 2010 (Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat [MDHyH], 2022). El mismo se realizó en base a estadísticas de servicios de guardia y emergencia de 3 hospitales de la CABA. Su antigüedad es llamativa ya que los hospitales de la ciudad deben realizar estadísticas diarias, más aún en los sectores de guardia, con lo cual deberían existir datos actualizados y accesibles. Asimismo, al día de hoy, la mayoría de los hospitales cuentan con el sistema informatizado del GCBA para estadísticas e historias clínicas. Por otra parte, en cuanto a la relevancia epidemiológica brindada al consumo problemático, en el Boletín Epidemiológico Semanal de la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA (2022) no se visibiliza información actual ni datos al respecto.

Si bien los datos epidemiológicos y demográficos resultan relevantes, su desactualización o que sean un fin en sí mismo, conspiran contra su objetivo fundacional; es decir, que sean un insumo para la transformación de la realidad social. Esto se debe a que no se corresponden con políticas sociales que influyan en la compleja articulación de las condiciones de vida que deterioran la salud y en las dimensiones que destacan los informes.

En relación a la prevención, la Sedronar y la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del GCBA muestran dos líneas de acción: guías de asesoramiento y campañas de prevención. Las guías están mayormente dirigidas a los equipos que desde diversas instituciones abordan el consumo problemático de sustancias y a los pares de quienes consumen (amistades y familiares). Por su parte, Sedronar presenta guías para trabajar con juventudes, en ámbitos educativos, con personas en situación de calle, sobre el consumo de alcohol o específicas sobre género y diversidad (Sedronar, 2022). En lo que respecta al GCBA, muestra una sección en su página web destinada a la prevención, pero es significativo que al intentar ingresar, la misma devuelve la leyenda “Página no encontrada. La página que buscás no existe o fue dada de baja”⁴. En cuanto a las campañas de prevención, exponen la realización de postas de salud, folletería, actividades en puntos estratégicos (plazas o parques) y en fechas específicas, como el día de la primavera, el Último Primer Día de clases o San Patricio. Cabe men-

cionar que las publicaciones más actuales del GCBA en esa línea datan de principios del año 2019 (MDHyH, 2022), por lo que no es posible conocer si se realizaron campañas y de qué tipo durante los últimos 3 años.

En cuanto a la atención, la Sedronar cuenta con centros de atención territoriales. Entre esos dispositivos se encuentran las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario, Dispositivos Territoriales Comunitarios, Casas Comunitarias Convivenciales, Centros de Asistencia Inmediata e instituciones conveniadas. En lo que a mi experiencia laboral respecta, los dispositivos mayormente disponibles son los territoriales comunitarios ubicados en distintas organizaciones o instituciones de los barrios. Los mismos están conformados por equipos que cuentan con 2 o 3 trabajadoras/es-operadoras/es que abordan la tarea de acompañar a las personas sin mayores recursos que su capacidad para brindarles un espacio de escucha y articular las vacantes en comunidades terapéuticas (instituciones conveniadas). En efecto, si bien la letra del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos- Ley 26.934 (IACOP) establece dimensiones como: “la creación de centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos, teniendo como propósito promover en la población cubierta instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad.”, en la práctica la atención de los centros queda a merced de las propias y ya existentes posibilidades del desarrollo comunitario y personal.

Entre los dispositivos de atención del GCBA se incluyen centros de Salud Nivel 1 y Hospitales de la Ciudad, Casas de Atención propia, Centros de Día, Centros de Diagnóstico, Admisión y Derivación, Centros de Intervenciones Asistenciales Comunitarias (CIAC) y servicios de Consejería. Nuevamente tomando como base mi experiencia laboral puedo decir que la articulación posible es mayormente (exceptuando los centros de salud de Nivel 1 y los otros hospitales) con los centros de día y con los CIAC, que sin embargo son escasos y padecen de las carencias de recursos y personal de todo el sistema de salud. En estos dispositivos la demanda suele estar saturada porque los equipos son pequeños. A su vez, si no son cercanos se vuelven inaccesibles para personas que no cuentan recursos económicos para moverse (menos aún si desean ser acompañadas). Por su

4. Hasta la fecha de revisión de este artículo (12.06.2022) la siguiente página continúa caída. <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/adicciones/prevencion>

parte, uno de los dispositivos de atención, orientación y asesoramiento del GCBA son los módulos Acercate, ubicados en las estaciones saludables de distintas plazas de la ciudad con atención vespertina y nocturna. Están destinados, principalmente a orientar a población en situación de calle que atraviesa un consumo problemático. Cabe mencionar que estos dispositivos no son permanentes sino que rotan una vez por semana por distintas plazas. Con lo cual resulta complejo que puedan realizar una atención sostenida de quienes están en situación de calle y alternan los lugares en los que duermen.

Asimismo, respecto a las personas en situación de calle, las necesidades básicas no cubiertas vuelven inverosímil el sostenimiento de un tratamiento, sea de residencia o ambulatorio, a mediano y largo plazo. En ese sentido, dado que las políticas sociales existentes no afectan ni se orientan a los distintos determinantes sociales, las alternativas resultan solamente paliativas del daño, limitándose a la escucha y a la orientación.

Lo que es

Luego de caracterizar las políticas y servicios ofrecidos, desde la reflexión crítica sobre la práctica considero que la intervención en consumo problemático de sustancias a menudo se limita a las tareas de escucha. Como sostiene Oliva, se trata de un modelo de prevención que no provee recursos no llegando a concretarse como tal ya que "los sectores a los que se dirige no cuentan con los medios necesarios" (2005:183). A su vez, entiendo que eso puede conducir al riesgo de una transferencia de la responsabilidad hacia lo individual, buscando que la persona con la que trabajamos encuentre una posible salida en términos de salvación transitoria.

Las situaciones de exclusión social vinculadas a la dinámica del consumo problemático configuran un escenario sumamente complejo. A veces involucran largos periodos ininterrumpidos de consumo en situaciones de elevada vulnerabilidad y riesgo, de exposición a la violencia y precarización de las formas de vida. La dificultad en el acceso a los servicios junto con la culpabilización y criminalización que pueden sufrir cuando intentan acceder a los mismos profundizan la exclusión y la precariedad. Con el curso del tiempo se van conformando trayectorias marcadas por la desprotección y el descuido por parte del Estado. A menudo el contacto con las instituciones de salud se reduce a las instancias de rescate; aquellos episodios en que las personas ejer-

cen prácticas de cuidado y modos de detener el consumo (Epele, 2010). Del análisis de la práctica infero que frecuentemente, a partir de la internación en el hospital (a veces determinada por algún evento de urgencia corporal a la que llevó el consumo) las personas consideran su propio rescate.

En este sentido, entiendo que en el trabajo hospitalario el objetivo viable de la intervención se relaciona con el abordaje de tareas básicas que constituyen "lo que es". La consideración de las mismas, parte de identificarme con la perspectiva de reducción de riesgos y daños. Una de ellas consta en recuperar la historia personal, cómo llegó a la situación actual y conocer quiénes acompañan, ya que los motivos por los que las personas se internan y el modo en que llegan, merecen distintas formas de abordaje. En ese sentido, no será lo mismo un motivo clínico agudo, que aquellos relacionados al deterioro corporal provocado en una trayectoria vital marcada por el consumo y la precariedad de las condiciones en que se consume o aquel relacionado a los riesgos a los que se somete la situación de consumo (por ejemplo, heridas de armas de fuego, violencia de las fuerzas de seguridad o accidentes en la vía pública). En efecto, la mayor cantidad de muertes atribuibles al consumo de drogas no son por intoxicación sino por motivos cardiovasculares o cancerosos vinculados al consumo (Sedronar, 2022). En síntesis, la afectación sobre el cuerpo y la significación que las personas le dan a ello es distinta y por lo tanto, diferentes son las cuestiones a trabajar en la intervención. A su vez, resulta central considerar la situación habitacional y las condiciones materiales de vida para buscar una alternativa que medie entre lo posible y aquello aceptable para la persona, debido a que muchas de ellas llegan a la consulta o la internación no sólo en un avanzado nivel de deterioro relacionado al consumo problemático, sino también en condiciones de vida muy precarias. Asimismo, las alternativas habitacionales o de residencia que dependen del Estado, tanto como las eclesíásticas o de la sociedad civil (que no impliquen recurrir a comunidades terapéuticas), son escasas y el consumo es criterio de exclusión para la admisión.

Por otro lado, si bien desde el abordaje hace algunos años existe una preocupación por descriminalizar el uso de drogas (Pawlowicz et al, 2011), a menudo las personas continúan expuestas al punitivismo y represión de las fuerzas de seguridad. En ese sentido, desde el hospital es posible intervenir asesorando a la vez que desentrañando la situación punitivo-judicial en la que pudieran encontrarse. Asimismo, resulta útil articular con las

defensorías públicas oficiales en caso de que la persona cuente con causas judiciales abiertas.

En lo que a las redes vinculares concierne, y a fin de indagar quiénes están disponibles y para qué, se puede intervenir considerando la forma de presencia de cada lazo. En ello es importante no forzar los vínculos familiares ya que si la trayectoria de consumo es de larga data, los lazos pueden estar desgastados o agotados. No obstante, en la mayoría de los casos la desconexión no es total y pueden hacerse presentes, aunque sea, para situaciones puntuales.

Otra línea de intervención es la constituida por el mapeo de redes del barrio e instituciones especializadas, tomando en cuenta los recursos más accesibles. Sin embargo, si bien ello es sugerido en los lineamientos de políticas sociales ya abordadas, esta tarea puede resultar titánica y quedar limitada al voluntarismo de los equipos de trabajo y la posibilidad de sortear la fragmentación y la desconexión intra e interinstitucional que caracteriza el escenario actual. Pero, en cada intervención es importante considerar con la persona si lo más conveniente es articular un recurso de tratamiento o atención cercano al lugar donde habita o transita (que es muchas veces el mismo donde consume) o si es preferible articularlo fuera del barrio. A su vez, a fin de evitar intervenciones iatrogénicas, creo sustancial no insistir con recursos e instituciones que ya no resultaron útiles, amigables o accesibles para la persona en cuestión. Asimismo, es menester el trabajo junto con los servicios de salud mental del hospital en pos del seguimiento en las internaciones, como así también luego del alta hospitalaria (sobre todo en las situaciones en que la persona no se incorpora a un dispositivo específico de tratamiento). Al mismo tiempo resulta valioso articular con los equipos de Trabajo Social de las guardias externas hospitalarias ya que son quienes a menudo realizan las primeras intervenciones con aquellas/os que luego se derivan a las salas de internación.

No obstante, lo mencionado aquí en un contexto de políticas que rondan entre la escucha y la precariedad de recursos, son líneas de trabajo que a veces apuntan a un objetivo mínimo: el de lograr el sostenimiento de la internación y la recuperación, al menos momentánea, de los motivos que condujeron a la misma. Así, bajo un halo biologicista, las intervenciones se limitan a recuperar los motivos físicos y/o vinculados a la salud mental, además de perseguir el objetivo de iniciar o continuar un tratamiento para dejar de consumir. De ese modo,

sabiendo que probablemente exista un tránsito de ese camino de intentos y sabiendo qué es lo que desde el sistema público de salud estamos proponiendo cuando orientamos un tratamiento en este sentido, debemos preguntarnos qué proponer, o mejor dicho, si hay algo para proponer. Y aun así, si articulamos las alternativas disponibles y fueron trascendidos los obstáculos burocráticos, y conquistada la tarea de que una/un paciente sea recibida/o para tratamiento, quedan otras dificultades de orden cotidiano posibles de franquear sólo en pocas situaciones: cómo trasladarse hasta allí, quién acompaña o cómo se sostendrá ese tratamiento, entre otras. Entonces, vale preguntarse qué es lo que estamos ofreciendo como sistema de salud y si hay algo más que caminos artesanales de seguimiento que no sean solamente acompañar en el deterioro que provoca el consumo problemático intenso.

Puede resultar útil aquí pensar desde la propuesta de “estado de excepción” de Agamben (2003) ya que abona a la idea de que las democracias actuales se encuentran en una situación de anomalía permanente, establecida como una técnica de gobierno que ejerce cuando, como poder público, viola continuamente los derechos individuales en función de la manutención del orden. Se trataría de una tendencia anómica marcada por el colapso de las estructuras sociales normales y el desarreglo de roles y funciones. Tendencia que lleva a inversión de los hábitos y comportamientos pero que, en realidad, como posibilidad resulta intrínseca a la norma y al derecho. La lógica del estado de excepción se expande en el pensamiento occidental y como ejercicio de la biopolítica en forma integral en la consideración de la vida como “nuda vida”: la vida pueda ser cada vez más una vida disponible, controlable y también eliminable sin sacrificio. La vida que se separa de su contexto, de la vida social y cultural que la compone y queda disponible como mera vida sin humanidad, sin forma de vida, posible entonces de ser eliminada, sin que ello sea un asesinato, es decir sin estar fuera de la ley. Lugar de poder y decisión del poder soberano, cada vez más simbiotizado con los distintos poderes que deciden sobre el valor o disvalor de las vidas, como el poder judicial pero también con el médico, con el científico, con el experto. La lógica de la nuda vida se expresa en las instituciones en las que trabajamos y las instituciones de salud son un buen ejemplo de ello. La forma de las políticas sociales que aquí abordé, forma de una política sin estructura, sin recursos, y que sólo se componen de equipos técnico-profesionales- expertos, se ejercen en instituciones que ejecutan el poder de definir el valor de las vidas. Ejercen

el poder soberano, pero deterioradas y vaciadas como forma de política, por lo cual aquello con más firmeza es el poder soberano en ellas: la/el experto decidiendo sobre el valor o disvalor de la vida, según la lógica de nuda vida. Así es que considero que la institución hospital y las políticas públicas en materia de consumo problemático, tienen una lógica expulsiva, donde la vida pierde su forma de vida y se transforma en nuda vida, eliminable sin contravenir las normas jurídicas. Quien sobreviva allí y a esa lógica será entonces quien pueda sobreponerse a ser considerada/o como nuda vida. Puede incluso sostenerse que las políticas públicas fallan porque esa es su intención y funcionamiento original. Excluir grupos de población no es sólo ejemplificador sino que, a la vez, configura nichos de población a los cuales se les pueden adjudicar los diversos males de la sociedad (la falta de educación, la delincuencia, la falta de oportunidades u otros temores sociales). Allí, a menudo, aparecen las respuestas justificadoras en y de las instituciones que buscan en las responsabilidades individuales y familiares la causa de la frustración de los tratamientos, por ejemplo en la falta de adherencia a los mismos. Sin embargo, tal análisis es simplificado, reduccionista y oculto, sobre todo, que las políticas están desde el inicio hechas a sabiendas de su fracaso o, al menos, de que no van a influir en gran medida en la calidad de vida de la población. Como delinea Epele (2010) la economía política neoliberal no sólo produjo la nueva pobreza sino que a su vez esta resulta productiva.

Profundizando esta reflexión entiendo que la lógica de abordaje del consumo problemático propone la victoria individual como única salida. Aquella persona que logra sostener un tratamiento y dejar de consumir, al menos temporalmente, habrá ganado una batalla, y es esa a veces la única posibilidad real que se ofrece desde el sistema de salud: la salvación individual. Retomando lo ya mencionado, si una vez sorteados los obstáculos burocráticos y los criterios de selección, la persona logró ingresar a un tratamiento o un proceso de atención, dependerá casi exclusivamente de su fuerza de voluntad sostenerse en el mismo. Esto debido a que ningún tratamiento logra afectar o resolver las condiciones de vida en la precariedad, que son múltiples y variadas: habitacionales, económicas, de disponibilidad de cuidados formales o informales, de posibilidad de tolerancia de quienes acompañan, de su tiempo y esfuerzo, entre otras. Dado que desafortunadamente no es la mayoría de las personas las que trascienden ese periplo, se torna frecuente la consideración entre los equipos de trabajo

de las instituciones de que no se puede lograr nada si las personas no adhieren al tratamiento. Considero que tal análisis surge como una respuesta condicionada por la carencia de recursos, la vacancia institucional y de políticas sociales.

Entonces, sería pertinente en futuros trabajos pensar si las políticas sociales varían en su contenido y amplitud de acuerdo a las reivindicaciones que los grupos organizados hacen en los distintos momentos históricos: ¿Es necesario configurar y reforzar demandas organizadas y colectivas para modificar un Estado que brinda alternativas que promueven la salvación individual? Es relevante también destacar que la prevalencia en el abandono de los tratamientos (Sedronar, 2018) contrasta con la actitud y disposición que la mayoría de las veces tienen las personas con las que se interviene, quienes muestran disponibilidad a hablar, a relatar su situación presente y sus trayectorias, a reflexionar, a ponerse objetivos por mínimos que resulten más allá de la aceptación o no de un tratamiento de mediano o largo plazo. Nuevamente puede destacarse que en mayor medida las intervenciones propuestas desde el Estado se sostienen en la escucha, pero paradójicamente son también las que más se tornan posibles ya que las personas con quienes intervenimos se disponen a ellas. Resulta claro entonces que el abandono de los tratamientos no se reduce a causas individuales sino que ciertas lógicas políticas e institucionales promueven la imposibilidad de sostener los tratamientos.

Entonces, ¿qué es lo posible? Acompañar las estrategias del salteo de obstáculos. ¿Es lo ideal? No. ¿Es lo que promueven las leyes? No. Sin embargo, buscar subvertir la lógica de un sistema que rechaza de antemano a sus personas indeseables ofreciendo alternativas deficientes e irrealizables (que como profecía auto-cumplida terminan fallando), parecería llevarnos a eso: la intervención de acompañar el salteo de obstáculos. Acompañar a las personas que utilizan la institución esquivando sus lógicas de exclusión: insistiendo por ser atendidas, reclamando por destratos o maltratos, acostumbrándose a transitarlas sin que les hagan daño, entendiéndolas, conociendo sus ritmos, lo que deben decir y lo que no, lo que pueden lograr y lo que no. Pensar desde la idea del acontecimiento en la trayectoria de vida como una situación en la vida de la persona que cambia las cosas (Mattioni, 2021). En este sentido, la internación puede tornarse un hito de inicio de un tiempo de rescate. No obstante, cierta desazón profesional puede sobrevenir al reconocer de antemano ese derrotero.

En síntesis, acompañar para que la violencia institucional no logre sus cometidos resulta en una estrategia de intervención. Promover que las personas sobrevivan y trasciendan al hospital y a su lógica y logren de alguna manera el restablecimiento de su situación previa a la internación. Lo fáctico y básico, no por ello es lo que debería ser. La intervención a veces consta de un llamado, un turno, una expli-

cación, una conexión, una averiguación, un trámite. Pasar el tiempo y sostener la internación y, no menos importante, generar la referencia con un lugar para volver. En instituciones hospitalarias en las que parece todo predispuesto para que las personas abandonen, acompañar en el periplo de obstáculos puede convertirse en una posibilidad de subvertir lógicas violentas y excluyentes.

Bibliografía

- Agamben Giorgio. (2003). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo. Buenos Aires.
- Arce, H. (2012). *Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina*, en Revista Medicina, Vol. 72, N° 5, pp. 414-418.
- Berlinguer, G. (2007). "Determinantes sociales de las enfermedades" en Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 33, N° 1, pp. 1-14
- Epele M. (2010). *Sujetar por la bebida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós. Buenos Aires.
- Fassin, D. (2016). *La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires. Prometeo libros
- Galante, A; Rossi, D; Goltzman, P y Pawlowicz, M P (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. *Un cambio de perspectiva en Revista Escenarios*, N°14, pp 113-121. <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/73.pdf>
- Goltzman, P. (2015). *Notas sobre el trabajo en drogas desde el territorio en Revista Voces en el Fénix*, año 6, N° 42, pp 42-49. <https://intercambios.org.ar/assets/files/Voces-enelFenix.pdf>
- Lozano, J I (2019). *El consumo problemático de sustancias y la construcción social de los sujetos consumidores*. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://cdsa.aacademica.org/000-023/216.pdf>
- Mattioni, M. (2021). *Procesos de transición socio política en salud mental en clave biográfica en Revista Debate Público- Reflexión de Trabajo Social*, año 11, N° 22, pp 73-85. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/viewFile/7518/6331>
- Navarro, V. (2008). *¿Qué es una política nacional de salud?* CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Panama/cela/20120717092358/quees.pdf>
- Oliva, A. (2007). *Trabajo Social y Lucha de Clases- Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina*. Imago Mundi. Buenos Aires
- Pawlowicz, M. P, Galante, A, Goltzman, P, Rossi, D, Cyerman, P y Touze, G (2011). "Dispositivos de atención para usuarios de Drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos", en E. Blanck (coord.): *Panorama de Salud Mental: a un año de la Sanción de la Ley Nacional n° 26.657*, Argentina, Eudeba
- Pawlowicz, M P. (2015). *Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas en Revista Voces en el Fénix*, año 6, N° 42, pp 20-27. <https://intercambios.org.ar/assets/files/Voces-enelFenix.pdf>
- Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Troquel. Buenos aires. https://elvs-tuc.infod.edu.ar/sitio/nuestra-escuela-formacion-situada/upload/Graciela_Touze_-_Prevencion_del_Consumo.pdf

Leyes, documentos, informes y páginas web

- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. 2010. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. 2014. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>
- Ministerio de Salud del GCBA (2022): Boletín Epidemiológico Semanal de la Gerencia Operativa de Epidemiología. <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/boletines-periodicos>
- Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat (2022): Adicciones Un espacio de información y prevención para el consumo problemático de sustancias. <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/adicciones>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). Análisis de situación de salud: República Argentina 1a ed, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Libro digital, PDF. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cent-analisis_de_situacin_de_salud_-_republica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Consultas Ambulatorias en Establecimientos Oficiales. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/deis-serie11-nro20-consultas-ambulatorias-2019.pdf>
- Sedronar (2022): Secretaría de Políticas integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. Jefatura de Gabinete de Ministros <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/sedronar>

Miradas sobre la intervención

Miradas sobre la intervención

Las dimensiones de la intervención profesional en el Trabajo Social con familias. Reflexiones desde un proceso de investigación

**María Luz Bruno^a, María Felicitas Elías^b, Valeria Ramírez^c,
Federico Simonte^d, Virginia Guardia^e, Mariano Abregú^f,
Sandra Ana Pugliese^g y Ignacio De Isla^h**

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2022
Fecha de aceptación: 28 de junio de 2022
Correspondencia a: María Luz Bruno
Correo electrónico: luz.bruno@hotmail.com

- a. Magister en Problemáticas Sociales Infanto-Juveniles. Facultad de Derecho. UBA. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
- b. Magister en Políticas Sociales, Movimientos Sociales y Trabajo Social. PUC: UNLP.
- c. Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
- d. Licenciado en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
- e. Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
- f. Licenciado en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
- g. Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
- h. Licenciado en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.

Resumen:

El artículo presenta los primeros resultados de las indagaciones realizadas en el marco del Proyecto Ubacyt 19/21 "Trabajo Social con familias. Intercambios y debates en torno a las dimensiones de la intervención profesional". Sus objetivos son conocer y caracterizar las dimensiones que sustentan los procesos de intervención de las/los trabajadoras/es sociales en el abordaje con familias.

En este artículo nos proponemos compartir parte del estado de avance. Pretendemos componer un cuadro de situación que contribuya a aproximaciones sucesivas al "objeto" de conocimiento (las intervenciones profesionales con familias), y a la vez plantear interrogantes que promuevan la reflexión del equipo y las/os colegas que intervienen en situaciones familiares de diverso corte y en diferentes contextos sociales e institucionales.

Palabras clave: Dimensiones - Intervención - Familias.

Summary

The article presents the results of the inquiries carried out within the framework of the Ubacyt 19/21 Project "Social Work with families. Exchanges and debates around the dimensions of professional intervention". Its objectives are to know and characterize the dimensions that support the intervention processes of social workers in dealing with families.

In this article we intend to share part of the state of progress. We intend to compose a picture of the situation that contributes to successive approximations to the "object" of knowledge (professional interventions with families), and at the same time pose questions that promote reflection by the team and the colleagues who intervene in family situations of various types and in different social and institutional contexts.

Key words: Dimensions. Intervention. Families.

Introducción

Pensar y reflexionar en torno a los procesos de intervención profesional es un tema que siempre nos convoca. Seguramente la impronta interventiva de nuestra disciplina nos conecte una y otra vez con la necesidad de realizar un trabajo de elucidación, entendida como el proceso por el cual los hombres piensan lo que hacen y tratan de saber lo que piensan (Castoriadis, 1993).

Cazzaniga (1997), se refiere a la intervención profesional como una puesta en acto y como un proceso artificial, que se construye sobre una matriz conceptual que conjuga supuestos y categorías tanto teóricas, epistemológicas, ideológicas como éticas.

En los últimos años, en el colectivo del Trabajo Social, pareciera existir cierto consenso respecto de que toda intervención realizada desde la disciplina supone diferentes dimensiones, habitualmente resumidas en: la teórica, la instrumental y la ético-política.

Si bien desconocemos exactamente en qué contexto histórico surgió esta forma de comprender la intervención profesional desplegada en dimensiones, observamos que diversidad de autores realizaron sucesivas aproximaciones al estudio de las mismas, cuyas producciones suelen abordarse, en especial, en la formación de grado.

En este sentido, señalamos con Travi (2006), que las dimensiones de la intervención profesional pueden desagregarse en: 1. teórico epistemológica, 2. técnico instrumental-operativa y 3. ético política. En cuanto a la primera dimensión, reconocemos amplios antecedentes en distintos estudios que abordan esta temática (García Salord, 2013; Carballeda, 2010; Zurita Castillo, 2012; Cifuentes, 2014; Heler, 2010; Karsz, 2007; Healy, 2005; entre muchos otros). En el marco de este trabajo, la dimensión teórico-epistemológica es definida desde la relación entre el Trabajo Social como disciplina y el conocimiento científico. Con relación a la dimensión técnico instrumental, advertimos varias producciones al interior del colectivo profesional (Richmond, 2006; Travi, 2006; Carballeda, 2018; Velez Restrepo, 2003; Tonon, 2005, Barg, 2003; Robles; 2010; De Robertis, 2006; Mallardi, 2011; Rozas Pagaza, 1998; entre muchas otras). La definimos como el conjunto de procedimientos que facilitan y vehiculizan una intervención profesional, que se inscribe en una determinada perspectiva epistemológica, por lo que su utilización significa siempre una deci-

sión teórica, ético política e ideológica. Respecto de la dimensión ética política, encontramos los aportes de varias/os autoras/es (Richmond, 2005; Adams, 1910; Kisnerman, 2001; Eroles, 2005; Rozas Pagaza, 2002; Foscolo, 2006; Aguayo, 2007; Cazzaniga, 2006; Heller, 2010; Karsz, 2007; Netto, 2003; Iamamoto, 2002; entre otras/os), Pensar esta dimensión desde lo político, nos lleva a reconocer las relaciones de poder en las que se inserta la intervención profesional, que porta una intencionalidad transformadora. Desde este lugar comprendemos la ética como postura (Karsz, 2007), como acto singular de un sujeto que decide ante una situación determinada, postura que se asume mediante un proceso de reflexión ética.

Ahora bien, podría pensarse que, al momento del ejercicio profesional, la complejidad social desafía (y por que no tensiona) conceptos y dimensiones, que ya no se presentan en “estado puro”, sino en diálogo con esa realidad compleja. Nos interesa pensar cómo se conjugan las mismas en esa práctica situada.

En este artículo nos proponemos comenzar a caracterizar las dimensiones que sustentan los procesos de intervención de las/los trabajadoras/es sociales en el abordaje con familias, compartiendo parte de los resultados obtenidos en el marco del proyecto de investigación Ubacyt 19/21 “Trabajo Social con familias. Intercambios y debates en torno a las dimensiones de la intervención profesional”. En este proceso investigativo, además del trabajo de indagación bibliográfica y de entrevistas con expertas/os, se implementó una estrategia metodológica mixta que incluyó por un lado la administración de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas a 123 (ciento veintitrés) profesionales del Trabajo Social que intervienen con familias en diferentes campos de abordaje, tanto en la Ciudad de Buenos Aires como en el conurbano bonaerense, profesionales con diferentes características en cuanto a edad, formación, antigüedad, función, tipo de desempeño (variaciones que fueron contempladas en el análisis). Por otro lado, se realizaron 8 (ocho) entrevistas grupales a 40 (cuarenta) de esas/os profesionales, seleccionados en forma azarosa, en virtud de su disponibilidad para la participación.

Pretendemos componer un estado de situación, como primera aproximación al estudio, a partir de la cual promover la reflexión y plasmar nuevas líneas de análisis y de trabajo. Les estamos agradecidas/os a las/los colegas por su participación y solidaria contribución.

Definiciones de la intervención profesional

Se buscó conocer las representaciones que tenían las personas encuestadas en torno a la intervención, para lo que se realizó una pregunta abierta respecto de cómo la definían y caracterizaban. Intentamos identificar en las definiciones brindadas como se plasmaban las dimensiones de la intervención profesional.

Las respuestas obtenidas fueron categorizadas entre aquellas que incluían en su definición una sola dimensión (62,6%) y las que integraban más de una en la respuesta (35,7%).

Respecto de las primeras, definición de la intervención a partir de una sola dimensión, el 72,7% de las respuestas puso el énfasis en la dimensión técnico instrumental de la disciplina, mientras que el 24,6% se refirió a la dimensión ético política como constitutiva de la intervención profesional y el 2,7% hizo referencia a la cuestión teórico metodológica: (ver gráfico 1)

A modo de ejemplo, compartimos algunas respuestas obtenidas:

“Es una práctica dirigida con un objetivo específico, el cual para concretarse y está acompañado de una planificación de intervención” “Acompañar procesos, elaborar estrategias para abordar las situaciones problemáticas” “Intervenir en todas las situaciones que afectan a la vida cotidiana de las personas”.

Conceptos como práctica, acción, escucha, problemas, objetivos, planificación, búsqueda de recursos, acompañamiento, “diagnóstico”, estrategias de abordaje, fueron los de mayor reiteración en las respuestas.

Estos resultados nos invitan a reflexionar en torno a la forma en que se piensa el ejercicio profesional desde la mayoría de las/los colegas encuestadas/os: intervención definida en su mayoría, como precisión general, desde lo técnico instrumental. Vale consignar dos aclaraciones: no perdemos de vista que el instrumento estuvo dirigido a personas que efectivamente se encuentran interviniendo con familias en su ámbito laboral, por lo que es esperable que las respuestas guarden relación directa con la práctica profesional. Por otra parte, las personas encuestadas plasman en su práctica las tres dimensiones de la intervención profesional, más allá de la definición volcada en la respuesta (por ejemplo, toda elaboración de un “diagnóstico” requiere de una perspectiva teórica y ético política). No obstante estas cuestiones, los datos obtenidos permiten comenzar a pensar en la impronta interventiva que asume nuestra disciplina, lo que aparece como rasgo central: la intervención ligada a una práctica, a un hacer, a un proceso metodológico. Varias/os colegas han destacado la impronta interventiva de nuestra profesión (Cazzaniga, 1997; Travi, 2006; Netto, 1992; entre otras/os), la cual surgió a partir de una necesidad de actuar y dar respuesta a los problemas sociales emergentes.

Gráfico 1: Definiciones de la intervención profesional a partir de una sola dimensión



Dimensión Teórico metodológica

Se buscó conocer qué perspectivas teóricas de las/los colegas resultaban necesarias para la práctica profesional en la intervención con familias, para lo que se realizó una pregunta abierta (vale decir, sin opciones para marcar, con posibilidad de *playarse*).

A partir de la categorización de las respuestas, se obtuvieron las siguientes prevalencias:

Gráfico 2: Perspectivas teóricas



Fuente de elaboración propia en base al relevamiento "Trabajo Social e intervenciones con familias"

Los resultados permiten observar que la mayoría de las respuestas aluden a la perspectiva de derechos, enfoque sistémico o modelo ecológico, y perspectiva de género. Las respuestas referidas a la perspectiva de derechos resultan predominantes. Cabe preguntarse si este marco normativo, ético, constituye un marco teórico per se, y si puede agotarlo en su definición. Lo trataremos más adelante, en el apartado de la dimensión ético-política.

Respecto del enfoque sistémico o modelo ecológico, ha sido significativo para el Trabajo Social con familias en nuestro país durante la segunda mitad del siglo XX, a partir de retribuir los aportes de Satir, 1980; Maturana, 1998; von Foerster, 1881; Campanini, Luppi, 1999; entre otras/os. Se puede afirmar que sigue siendo un enfoque recurrido entre nuestras personas encuestadas.

En cuanto a la perspectiva de género, pueden mencionarse una variada cantidad de referentes teóricos al interior de nuestro colectivo (Genolet, 2005; Guzzetti 2010; Pombo, 2006; Hermida, 2012; entre otras/os). Los resultados recogidos guardan correspondencia con los debates sociales, teóricos, jurídicos, (leyes como la de Educación Sexual Integral o la Interrupción Voluntaria del Embarazo) que se fueron dando en nuestro país en

los últimos años; y por sobre todo, con las luchas de los movimientos feministas que lograron colocar las cuestiones de género en la escena pública.

Por otro lado, se observa que la gran mayoría de las respuestas (el 73%) menciona enfoques, perspectivas o modelos vinculados a la práctica concreta (modelo sistémico, salud mental comunitaria): marcos ligados a la teoría transformada en práctica, que dialoga con la naturaleza interventiva de la disciplina.

No se trataría entonces de un conocimiento "puramente teórico", con contenidos establecidos y cerrados, sino de un marco conceptual que, por sus características, permite establecer diálogos cercanos con la realidad que se busca comprender y abordar, pues este marco se construye, pareciera, a partir de un interés interventivo. Las diferentes respuestas obtenidas permiten pensar en la existencia de una variada gama de perspectivas teóricas. Varias personas encuestadas dieron cuenta de esta variedad, al incluir más de una perspectiva en sus respuestas; variedad que podría relacionarse con la complejidad de los procesos de intervención en lo social. Healy (2005) señala que dicha complejidad que atraviesa el quehacer profesional "no permite darnos el gusto" de privilegiar un único marco referencial por sobre los otros.

Otras perspectivas parten de reconocer, independientemente del arsenal teórico variado que cada profesional construya ante cada situación, la necesidad de un tipo de pensamiento sistematizado, común a toda intervención; de una postura teórica dominante que organice las demás perspectivas a considerar y que contribuya en cada situación, a tener en cuenta lo que aparece oculto en las prácticas sociales. Karsz (2007) dirá que este trabajo

solo es posible a partir de hacer jugar el anudamiento ideología e inconsciente.

Volviendo a las preguntas de la encuesta, se les pidió a las personas encuestadas que mencionaran hasta tres autores de los cuales se nutren para el ejercicio profesional. De 345 respuestas, 191 refieren a autores del campo del Trabajo Social. Encabezan en orden de relevancia por la reiteración de su mención: Carballeda, Travi, Netto, Nicolini, Giberti, Yamamoto, Mallardi y Robles. Estas autoras/es abordan, en su mayoría, contenidos relacionados con la intervención profesional. Independientemente de las perspectivas de cada una/o, sus producciones remiten a la naturaleza interventiva de la profesión, a la pregunta por los procesos de intervención. Lo que aflora además, es una búsqueda teórica que remite a un interés por pensar el quehacer profesional, propio del Trabajo Social: emerge una pregunta por la especificidad de nuestra disciplina, un dato interesante para pensar.

Las respuestas aportadas nos permiten reflexionar respecto del lugar asignado a la teoría en los procesos de intervención profesional. Los desarrollos conceptuales más valorados por las/os colegas son aquellos que parten de interrogantes y experiencias situadas, y que pueden generar un nivel de abstracción, sistematicidad y puesta en discusión, que permite su circulación y apropiación en más de un contexto específico, aunque sin despegarse del eje de la intervención social.

Tanto Healy (2005) como Payne (1995) utilizan el concepto de "teorías de la práctica profesional" o "teorías del trabajo social" para referirse a los marcos conceptuales que se encuentran orientados desde o para la práctica, y donde los conceptos de otras disciplinas (desarrollados a otra escala y con otros fines) se combinan y relacionan con los propósitos y experiencias de las/los trabajadoras/es sociales dentro de sus particulares contextos de inserción.

Las pioneras del Trabajo Social (Richmond, 1917; Adams, 1991; entre otras) se posicionaron desde el pragmatismo, entendido como corriente filosófica que considera que el conocimiento científico solo puede ser válido en función de sus consecuencias prácticas. Esta corriente entiende que la teoría se obtiene a través de la práctica y para la cual funda su validez. Por ello las teorías, las ideas, son concebidas como herramientas para la acción, son construcciones sociales provisionales, situadas en circunstancias particulares y siempre en relación a la experiencia concreta.

Acordamos con Zemelman (2003) en concebir al conocimiento como postura, postura que cada persona se construye a sí misma, ante las circunstancias que quiere conocer y abordar. Toda perspectiva teórica requiere necesariamente de un trabajo de diálogo con la realidad, vale decir de un pensamiento situado. Esto implica una disposición intelectual para construir perspectivas en relación con la experiencia, desde el "estar siendo" (Kush, 1976), vale decir desde el cruce del saber teórico con dimensiones espaciales y temporales que lo redefinen y le otorgan una singularidad especial.

Estas reflexiones nos llevan a redefinir la relación teoría/práctica desde una perspectiva rígida y lineal, hacia una de retroalimentación, desde donde es posible comprender la afectación mutua y repensar las formas de producción de conocimiento.

Dentro del campo de las ciencias sociales, entendemos que es preciso revisar críticamente la valoración desjerarquizada de los conocimientos producidos desde y para la práctica profesional del Trabajo Social (Heller, 2011) respecto de los conocimientos construidos por otras disciplinas.

Valorar, promover, identificar y reconocer las "teorías de la práctica" implica romper con el sentido tan arraigado que nos ubica solamente en el plano del "hacer", subordinado a un "saber" que estaría en otro lado. Implica además aceptar que estos conocimientos no constituyen un cuerpo homogéneo, sino que responden a la multiplicidad y pluralidad de contextos que atraviesan nuestra disciplina.

Esta perspectiva exige un acto de valentía: el atreverse a atravesar la incertidumbre que produce la inexistencia de estructuras rígidas y predefinidas desde donde definir y actuar, el animarse a revisar una y otra vez aquello que nos sostiene teóricamente, para poder conversar más flexiblemente con una realidad que se encuentra en permanente transformación.

La Dimensión Técnico Instrumental

Nos interesó conocer si existen o no grados de estandarización en las intervenciones con familias de las personas encuestadas. Advertimos la prevalencia de intervenciones orientadas en base a un modelo de abordaje específico o protocolos de diverso origen (protocolo elaborado desde el Trabajo Social: 32,5%, protocolo

elaborado por la institución: 38,2%, modelo de abordaje específico: 30,1%). Vale decir que gran parte de las respuestas remiten a intervenciones enmarcadas en dichos encuadres, protocolos, estándares.

Por otro lado, 63,4% de las/los encuestadas/os reflejó en sus respuestas que las intervenciones se basan en líneas o ejes de trabajo que no están formalmente estandarizados pero que cuentan con cierta sistematicidad. Sería el caso de intervenciones no protocolizadas pero sí reiteradas. En este marco podría pensarse la existencia de cierto protocolo implícito, sobreentendido por todas las/os agentes.

Observamos en nuestro colectivo un debate en torno a la pertinencia de los protocolos de actuación profesional. Algunas perspectivas mantienen un posicionamiento crítico respecto de estos instrumentos. Otras plantean que el protocolo, entendido como herramienta de actuación orientativa, amplia, general, flexible, abierta, puede resultar contenedor para las intervenciones sociales. Afirman que así se aseguraría un piso de desenvolvimiento profesional, garantizado a todas las familias sujetos de la intervención que se vinculan con una institución; la cual no debiera brindar respuestas fragmentadas, arbitrarias, diversas, sino que debiera ofrecer una institucionalidad común. Consideramos que esto sería posible si el protocolo fuera aceptado y compartido por quienes integran la institución, y cuando permitiera las variaciones que imponga la situación particular: cuando no encorsetara, restringiera o automatizara el accionar profesional. Quizás, lo importante a considerar sea, más allá del protocolo, el pensar que tipo de intervención puede realizarse gracias o pese a él.

Por otra parte, se buscó conocer cuáles son las formas de abordaje más recurrentes en las intervenciones con lo familiar. Los resultados muestran que el tipo de abordaje que prevalece es el del acompañamiento (81,3% de la muestra), luego el aspecto reflexivo y de diagnóstico (65,9%), el educativo preventivo (56,9%) y por último el aspecto material (53,7%). Los datos llevan a pensar que la mayoría de las intervenciones no se sustentan en el aspecto material de la intervención profesional, como sucediera en otro momento de la disciplina, relacionado con la lógica de “entrega de recursos”, sino que remiten a acciones de acompañamiento, de diagnóstico y preventivas. La perspectiva del acompañamiento ha marcado el origen de la disciplina, pues se reconoce en las pioneras el desarrollo de este abordaje. En nuestro país, Elías (1985), trabajó esta perspectiva en relación con los

movimientos de Derechos Humanos, comprendiendo el proceso de acompañar como el aporte de elementos técnicos y teóricos, teniendo en cuenta las posibilidades concretas que ofrece la institución. No obstante, advertimos escaso abordaje técnico y conceptual de esta perspectiva hasta nuestros días, a excepción de estudios incipientes que abordan el acompañamiento desde un enfoque integral y no reducido a una técnica instrumental (Sierra, 2021). Acompañar procesos implica una lógica de relación particular con el sujeto, donde la calidad del vínculo entre ambas partes se basa en la cercanía y proximidad, y requiere de una presencia profesional sostenida en el tiempo. Es bueno pensar que el lugar profesional de acompañante debiera ser legitimado como parte de una política institucional que garantice la acción de acompañamiento, entendido como derecho de todas las familias.

Indagando sobre la frecuencia de las intervenciones, se observa que un porcentaje menor de las personas encuestadas completa su trabajo con una sola intervención (26% de la muestra), siendo que la mayoría de las respuestas refieren a seguimientos más extensos en el tiempo. Estos resultados nos hablan de intervenciones con cierta persistencia temporal, lo que puede relacionarse con el tipo de abordaje de acompañamiento antes mencionado: un acompañamiento continuo. Richmond (1962:24) afirmaba que las intervenciones eran eficaces si lograban desarrollarse de forma sistemática y sostenida. La persistencia de las intervenciones a lo largo del tiempo constituye un factor esencial para alcanzar un impacto favorecedor. Nos preguntamos otra vez por las estrategias posibles para habilitar e institucionalizar la durabilidad de dichas prácticas profesionales en los actuales contextos institucionales.

Adentrándonos específicamente en las técnicas de intervención utilizadas, aparecen las entrevistas en sede como técnica destacada, por encima de la entrevista social en domicilio: el 56% refirió que siempre se realizan las entrevistas en sede, y el 30,9% respondió que lo hace mayoritariamente. Sumando ambos resultados, surge que el 86,9% del total implementa entrevistas en sede. Contrariamente a estos resultados, al indagar sobre la entrevista en domicilio, sólo el 11,3% refirió apelar siempre a dicha técnica, y el 25,2% refirió que lo hacen mayoritariamente, alcanzando entre ambos resultados, un 36,5%. Los resultados demuestran una tendencia a una disminución de intervención en el territorio y una prevalencia de entrevistas en el marco de la sede institucional.

Cabe aclarar que estas respuestas aparecen como tendencia general, como práctica habitual a lo largo del tiempo y no sesgadas por el contexto de pandemia de COVID, pues en otro apartado se preguntó específicamente respecto de esta coyuntura particular (resultados que no se alcanzarán a presentar aquí, porque exceden el presente trabajo).

La entrevista en domicilio se liga al proceso instituyente de la profesión como también a su especificidad (Nicolini, del Canto, 2021). Ha sido una técnica fundamental para nuestra disciplina y ha sido asumida por el colectivo profesional como herramienta central para el proceso de intervención. Incluso, la mayoría de las instituciones venía reiterando el pedido de realización de este tipo de entrevista como demanda específica hacia el Trabajo Social.

La pregunta que nos hacemos es por los factores que fueron incidiendo en el corrimiento profesional desde el territorio hacia el ámbito institucional como escenario privilegiado para entrevistar. Seguramente existan elementos burocráticos, de economía de tiempo, dinero. También de resistencia a esta modalidad de entrevista por asociarla con la lógica positivista, desde donde se cree que con esta técnica uno puede "recolectar la evidencia", acceder de manera observable a la realidad del otro: los "ojos del juez"; o por asociarla con lógicas invasivas, de disciplinamiento y de inspección, como "policías de las familias" (Donzelot, 1979).

Lo que nos interesa plantear y recuperar es la potencia que puede presentar la entrevista domiciliaria a la hora de comprender y comprender al otro. En este marco, "la mirada y la escucha sobresalen como un valor propio de las prácticas, como una serie de procedimientos para conocer, para hacer, pero básicamente para palpar los problemas sociales, desde el padecimiento, su construcción y su interpretación" (Carballeda, 2013:91). Ese palpar con el otro, ese estar siendo con el otro, en su vida cotidiana, puede favorecer una mayor contextualización de su palabra, y de su existencia, sumado a la posibilidad de construir lazos cercanos que habiliten la confianza y proximidad. Nos parece interesante recuperar los debates en torno a la riqueza que puede aportar de este tipo de entrevista.

En nuestro estudio exploramos la implementación de otras técnicas de intervención, pero ese análisis excede este desarrollo. Lo que nos interesa puntualizar es una reflexión en torno al registro de la intervención

profesional. En relación con la realización de Informes Sociales, se destaca la relevancia de esta práctica pues, computando aquellos profesionales que en su intervención siempre confeccionan informes y aquellos que sólo a veces los realizan, se llega a un 96,6% de las respuestas. La tarea de escritura y elaboración de informes sociales es parte de la intervención profesional de la mayoría de las personas entrevistadas. Queremos destacar que esta práctica no parece referida como una actividad rutinaria o automática, sino que el 91,1% de las/los encuestadas/os consignó al informe como uno de los "espacios de abstracción, sistematización y generalización" de la práctica profesional con familias. Estas respuestas dan cuenta de una valoración comprometida con la reflexión, el análisis de las situaciones que se van a informar, una tarea que intersecciona con las perspectivas teorías, ideológicas, éticas y políticas.

Por último, en relación con los espacios grupales de reflexión, se observó que el 60,2% de las personas encuestadas realiza regularmente reuniones de equipo, el 30,9% lo hace ocasionalmente mientras que el 8,9% nunca realiza dicho tipo de reuniones. Los resultados permiten pensar en una incidencia mayor de realización de reuniones de trabajo en las instituciones, si pensamos lo que ocurría décadas atrás. Nos preguntamos por el grado de formalidad que tienen las mismas en el contexto institucional, que debiera promoverlas y legitimarlas. Respecto de las instancias de supervisión, análisis o co-visión de la práctica, se advirtió que el 49,6% de quienes respondieron acude a este tipo de espacios, vale decir, la mitad de quienes participaron de la encuesta. Consideramos que esto representa un avance en nuestra disciplina respecto de lo que ocurría hace tiempo atrás, y estimamos que estos dispositivos de análisis debieran ser una práctica habitual de quienes intervenimos con familias, constitutiva de la propia intervención. Por ello también requieren de una institucionalidad que los legitime y sustente. Entendemos que es en estos espacios donde es posible hacer dialogar la situación singular de intervención con los marcos teóricos y ético políticos que nos sostienen. Son espacios de reflexión, de elucidación, de elaboración, de construcción, indispensables para la tarea cotidiana. Coincidimos con Karsz (2021) al afirmar que la clínica transdisciplinaria, contribuye a prestar atención a las situaciones concretas de intervención social (sujetos, situaciones, dispositivos, posturas ideológicas, marcos teóricos), mediante un trabajo de elucidación clínica: comprensión, indagación, recomposición de los materiales abordados. Este proceso permite una puesta en perspectiva de la intervención profe-

sional, una eventual rectificación de algunas prácticas, y la construcción de un mayor conocimiento de lo analizado. Por ello debiera ser parte indiscutible del quehacer profesional, legitimado en la institución.

La Dimensión Ético Política

Al preguntar respecto de los aspectos que forman parte del marco referencial del ejercicio profesional, se pudo observar lo siguiente: (ver gráfico 3)

El 90,2% hizo mención a los Derechos Humanos como marco de referencia para la intervención profesional, lo que sumado a elección de los Principios Ético-políticos (79,7%), representan los aspectos más presentes en el marco referencial. Los resultados aluden a la dimensión ético-política como elemento por excelencia del marco referencial. La gran referencia a esta dimensión da cuenta de una toma de posición, al menos discursiva, en el quehacer de las/os colegas. Estos resultados permiten desestimar la pretensión de neutralidad valorativa en la intervención profesional, la concepción de una práctica aséptica e incolora. Al contrario, los datos demuestran la existencia de una postura, al menos verbal, asumida por la mayoría de las/los profesionales.

La cuestión de la ética y la política no es algo nuevo en nuestro campo profesional, sino que estuvo presente desde los orígenes de nuestra disciplina, y ha sido abordada por las pioneras como James Adams en su libro “Ética social y democracia” y por Mary Richmond en su libro “Diagnóstico social” y “Caso Social Individual”. Coincidimos con López (2016) en que todo posicionamiento

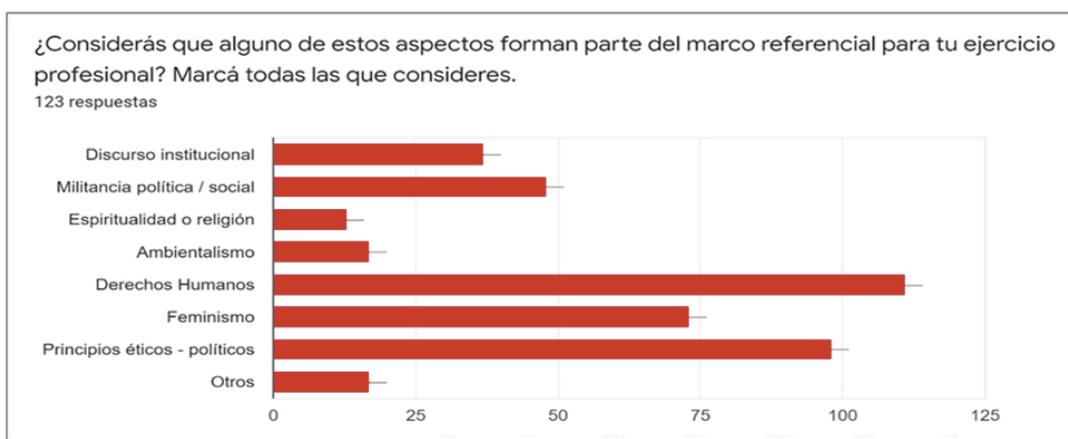
ético y político es histórico: toma como referencia la historia de la profesión, como también de la sociedad. La perspectiva de Derechos Humanos se manifestó de diversas maneras en nuestra disciplina a lo largo del tiempo. En los últimos años ha sido incorporada y promovida desde la Ley Federal de Trabajo Social No. 27.072.

No obstante, es necesario preguntarse por los sentidos otorgados a los Derechos Humanos y a la ética, reconociendo la existencia de diferentes perspectivas que los definen. Como afirmara Karsz (2007), existe una pluralidad de éticas, como también, de derechos.

La respuesta vinculada a los Derechos Humanos y Principios Éticos aparece como mayoritaria al indagar sobre los marcos referenciales, como ya se dijo, pero también al preguntar respecto de las perspectivas teóricas asumidas para el ejercicio profesional, desarrolladas en el apartado de perspectivas teóricas (principios éticos y políticos que aparecen asociados o como reemplazo de la perspectiva teórica). Lo que queremos advertir es el riesgo existente en la posibilidad de reemplazo de una dimensión por otra (la teórica por la ética). Es probable que esta sustitución se relacione con cierta debilidad argumentativa en nuestra disciplina. Por ello, el análisis de las ideologías y de las teorías que sustentan la intervención profesional se impone como exigencia ética.

Teniendo en cuenta las respuestas, emerge la pregunta en torno a los distintos sentidos y perspectivas que esta dimensión asume para las personas encuestadas. Otro aspecto a profundizar en el futuro tiene que ver con las formas en las que se plasman estos contenidos en la práctica concreta, pues en este estudio esta dimensión

Gráfico 3: Marco referencial



se conoció a partir de los enunciados. También se nos plantea como interrogante qué sucede con el pequeño porcentaje de colegas que no recurre a estos principios en su respuesta.

Lo Institucional

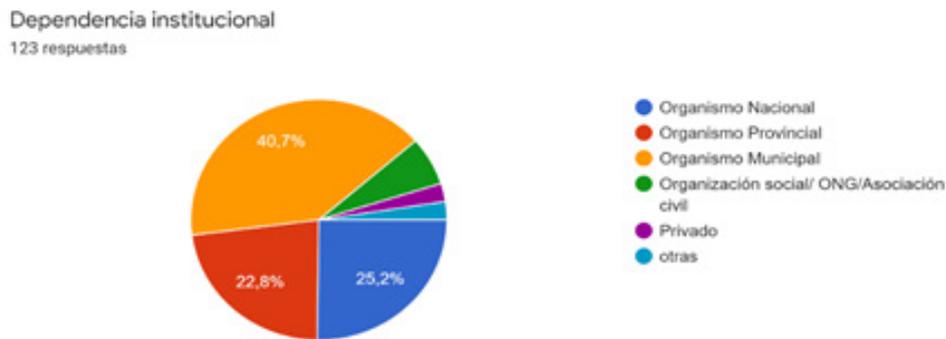
En nuestro estudio resulta mayoritaria la inserción profesional de colegas en organismos estatales, sea cual fuera el nivel del mismo (nacional, provincial, municipal): un 88.7% de la muestra dio cuenta de una inscripción institucional estatal.

Partimos de reconocer que el carácter asalariado de las/os trabajadoras/es sociales puede condicionar en parte las intervenciones profesionales, en virtud de quien sea el que contrate. Si se piensa la institución como cam-

po de disputas, se advierte que es posible trascender lo determinado institucionalmente identificando posibilidades, oportunidades y límites. Esto requiere una reflexión particular que recupere las miradas, construcciones y formas de habitar el Estado.

Arias (2020) sostiene que la relación entre el cuerpo profesional y las instituciones, se presenta como dilemática en términos de autonomía y convoca a la posibilidad de pensar a/ desde/ como parte de/ en las instituciones. Aquín (2007), nos invita a pensar los procesos de autonomía, como ejercicio responsable de la libertad, y de heteronomía, como asunción de una ley que nos ha sido dada y que hemos interiorizado en el proceso de socialización, convirtiéndonos en consumidores de ciertos patrones. Afirma que son estas premisas las que llevan a la necesidad de analizar concepciones y decisiones en las intervenciones de las/os trabajadoras/es sociales.

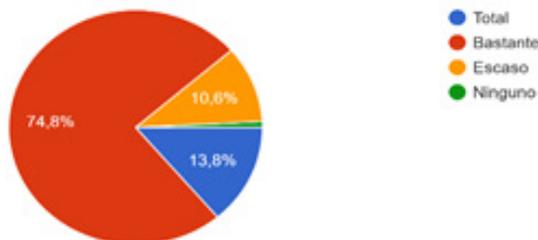
Gráfico 4: Dependencia Institucional



Fuente de elaboración propia en base al relevamiento "Trabajo Social e intervenciones con familias"

Gráfico 5: Autonomía

¿Qué grado de autonomía consideras que tenés en torno a la definición y la implementación de las estrategias de intervención?
123 respuestas



Fuente de elaboración propia en base al relevamiento "Trabajo Social e intervenciones con familias"

Al abordar esta cuestión en la encuesta, un 88.6% (considerando 74.8% bastante y 13.8% total) de las personas se piensan con un alto grado de autonomía en torno a la definición e implementación y estrategias de intervención. (ver gráfico 5)

Estas respuestas nos permiten pensar lo institucional en clave de aquello que constriñe por un lado pero también por lo que habilita, en la medida en que aparece más fuerte la consideración de esto último, en términos de autonomía. Puede pensarse en este punto en la posibilidad de un crecimiento profesional: nuestra disciplina se fue dando en el último tiempo un proceso de construcción de la propia autonomía.

Cabe consignar que quienes respondieron la encuesta, se encuentran insertos en su mayoría en los ámbitos de Salud (32,5%) y Justicia (24,4%), ambos territorios con preeminencia de un saber hegemónico (médico y jurídico), y con condiciones laborales estables. Entendemos que es necesario considerar las características de estas instituciones al momento de analizar los grados de autonomía, como también las posibilidades de prácticas interdisciplinarias. Por otro lado, faltaría indagar respecto de los “patrones interiorizados”, varias veces naturalizados.

Estos incipientes resultados nos convocan a pensar en torno a cuánto del mandato institucional se inscribe en la práctica profesional. Así, surge el interrogante acerca de si esta inscripción es reconocida como tal y en qué forma juega el discurso institucional en el quehacer cotidiano. Coincidimos con Aquín (2007), a la hora de pensar si en determinados contextos institucionales, y como expresión de la correlación de fuerzas, las/os profesionales se encuentran más o menos identificados con las normas instituidas. A partir del estudio, nos preguntamos por el lugar de lo institucional en la intervención profesional. Entendemos que cualquier reflexión en torno a la intervención profesional no puede perder de vista lo institucional como condición. Este aspecto no puede dejar de considerarse al momento de pensar cómo se materializa el quehacer profesional, en cuanto que las instituciones aparecen constriñendo y habilitando ese quehacer, lo que refleja los diferentes márgenes de autonomía (siempre relativa), existentes en cada espacio institucional. En esta clave tenemos como desafío analizar las tensiones entre la idea de autonomía en la intervención y las estrategias que finalmente se implementan (intervención ideal/real).

Conclusiones

El presente artículo recupera las primeras reflexiones que han surgido en el equipo de investigación luego de sistematizar y analizar los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas al conjunto de profesionales.

Los resultados preliminares reafirman la impronta interventiva que caracteriza a nuestra disciplina. En este sentido, queremos valorar el peso que tiene la acción, la práctica profesional como elemento que “marca la cancha” a la hora de asumir perspectivas teóricas, cursar capacitaciones, leer textos. Detectamos que existe una preocupación por “nutrir la intervención” y enriquecerla. Consideramos que el estudio da cuenta de una profundización del proceso de profesionalización del Trabajo Social, que conjuga lo técnico con las perspectivas teóricas, ideológicas, y ético políticas.

Con relación a la dimensión teórico metodológica, pudimos conocer que las/os colegas buscan y se referencian con un tipo de conocimiento científico basado en producciones conceptuales que se relacionan con las problemáticas, sujetos y contextos institucionales que se entran en la intervención profesional. Un conocimiento que no es cerrado ni definitivo, sino que se construye y reconstruye ante cada situación; lo cual a su vez no impide permanencias, estructuras que orienten y organicen ese proceso de construcción.

Un conocimiento que recurre a otros saberes pero que reivindica los aportes específicos de la disciplina.

Respecto de la dimensión técnico instrumental, pudimos observar el valor que cobra ese “saber hacer” en las personas encuestadas. Aparece una preocupación por pensar “el oficio”. Esta es la dimensión más nombrada. Podemos pensar que estas búsquedas reflejan un compromiso con la tarea, con mejorarla y perfeccionarla. Entendemos que es en el hacer donde se plasman y conjugan las ideologías, las perspectivas teóricas y ético políticas. Es en la elaboración de un informe, en la realización de una entrevista, donde se juega ese marco referencial que nos sostiene. Y es a partir de la sistematización y reflexión sobre las intervenciones donde existe la posibilidad de construir conocimiento científico. Por ello consideramos imprescindible “mirar con lupa” el quehacer cotidiano, generar dispositivos de análisis y reflexión que a su vez generen saberes y promuevan espacios donde ponerlos en discusión.

Los resultados de la investigación nos invitan a pensar que lugar tienen estas reflexiones en torno a los procesos de intervención en los ámbitos universitarios, en los debates académicos, en las conferencias y congresos, desarrollados en estas latitudes. Nos animamos a postular que este saber por momentos aparece desjerarquizado, poco tratado y discutido al interior de nuestro colectivo. Un saber que requiere de un tratamiento reflexivo específico y particular.

Como aspectos puntuales de hallazgos en torno a esta dimensión resalta, por una parte, lo atinente a la prevalencia de entrevistas sociales en sede por sobre las entrevistas sociales en domicilio. Otra línea de análisis interesante refiere a la intervención desde el acompañamiento. Esto nos habla de intervenciones que en su mayoría perduran en el tiempo y no son "de única vez". Consideramos que la perspectiva del acompañamiento debiera contar con un grado de institucionalización y legitimación que trascienda las buenas voluntades individuales y que reconozca la posibilidad de esta tarea en la institución. Lo mismo ocurre con los dispositivos de análisis de la práctica, pensados como constitutivos de toda intervención profesional, indispensables para la reflexión y para la producción de conocimiento: requieren de formalización institucional que los reconozca.

En cuanto a la dimensión ético-política, pudimos observar que la recurrencia a los Derechos Humanos y a

los principios ético-políticos es alta entre las/los colegas y demuestra que no existe a nivel discursivo la neutralidad valorativa. Queda pendiente conocer los sentidos que cada profesional atribuye a la ética y a la política, pues somos conscientes de la pluralidad de perspectivas existentes.

Por último, queremos destacar que todas/os nuestras/os entrevistadas/os se encuentran trabajando desde una institución, y en su mayoría desde una institución estatal. Entendemos que es a través de las instituciones que se materializan las políticas sociales y aquellas se constituyen en el ámbito central de desarrollo de la práctica profesional del Trabajo Social. Por el motivo consideramos que lo institucional es parte ineludible del análisis de la intervención profesional, como una dimensión más en la que esta se desagrega.

Con estos aportes buscamos caracterizar cierto estado de situación respecto de los procesos de intervención, con foco en las distintas dimensiones propuestas. Estas primeras indagaciones nos hablan de la centralidad que tiene la matriz interventiva en nuestra profesión y la importancia de que la misma se construya y reconstruya a partir de espacios de análisis y reflexión teórica que permitan visibilizar las tensiones, oportunidades y disputas de sentidos que la atraviesan.

Bibliografía

- Arias, A. (2020). El problema del triángulo. Trabajo Social e instituciones en una propuesta del CELATS en Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales UNLP La Plata AÑO 20 · N° 31 · ABRIL 2020 disponible en <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10037/8775>
- Aquín, N (2007). La intervención profesional en las actuales relaciones Estado/ sociedad: el caso del Trabajo Social. Dossier de Confluencias N° 56 mes Julio. Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Pcia. de Córdoba. Argentina.
- Carballeda, A. (2013). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Castoriadis, C. (1993). La institución imaginaria de la sociedad, Tusquet, Barcelona.
- Cazzaniga, S (1997). El abordaje de la singularidad, Revista Desde el Fondo, cuaderno 22, La Plata.
- Donzelot, J. (1979). La policía de las familias, Pre-Textos, Valencia, España.
- Healy, K (2005). Social Work Theories in Practice: creating frameworks for practice. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Elías, F (1985). Breve reseña del Trabajo Social en la Argentina, ficha de cátedra, mimeo.
- Heler, M. (2011) El problema de la construcción de conocimiento en el Trabajo Social. Revista Utopías Año XII N°18, junio de 2011. Facultad de Trabajo Social. Universidad de Entre Ríos.
- Ierullo, M. (2020), Entrevistas “virtuales” en tiempos de pandemia y aislamiento social. Reflexiones en relación a sus limitaciones y validez para la intervención del Trabajo social. Buenos Aires. Revista Contextos, Año 1, No 1.
- Karsz, S. (2007). Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Kusch, R. (1976). Geocultura del Hombre Americano. Buenos Aires: Fernando García Cambiero.
- Lopez M. N., (2016). Las discusiones acerca de la dimensión ético-política del Trabajo Social en la Argentina actual. Revista Margen N° 81 julio 2016 República Argentina.
- Netto, P. (1992). Capitalismo monopolista y Servicio Social. Editorial Cortez. San Pablo, Brasil.
- Nicolini, G y Del Canto, J (2021), La entrevista domiciliar en Trabajo Social: contribuciones a la dimensión técnico instrumental, Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Payne, M (1995). Teorías contemporáneas del Trabajo Social: una introducción crítica. Barcelona: Paidós.
- Richmond, M. (2005). Diagnóstico Social. Madrid, Siglo XXI.
- Rodríguez, R. (2013). El proyecto ético político como acción del trabajador social. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Cidade Universitária da Universidade Federal do Maranhão. Brasil.
- Sierra, N (2021), El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas, Buenos Aires, Revista Debate Publico, Año 11, No. 21.
- Travi, V. (2006), La dimensión instrumental en trabajo social: reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social, Buenos Aires, espacio editorial.
- Zemelman, H. (2003) Hacia una estrategia de análisis coyuntural. En publicación: Movimientos sociales y conflictos en América Latina. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina. Programa OSAL. 2003. 288 p. ISBN: 950-9231-92-4.

Legislación

- Ley 27072/2017 Ley Federal de Trabajo Social. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854>

**CONVOCATORIA PARA LA PRESENTACIÓN
DE ARTÍCULOS AÑO 2022**

1. Normas de publicación

1.1. Instrucciones generales

Los artículos deben ser originales e inéditos, debiendo informar sus autoras/es si han sido presentados previamente en congresos u otros eventos científicos similares, o si han sido enviados para consideración de otra revista. En el caso que las autoras/es quieran -a posteriori- publicar una versión del artículo ya publicado en Debate Público en otra publicación, deberán solicitar autorización a la Revista, y en caso de ser otorgado deberán indicar la referencia de publicación en esta Revista.

Los autores/as podrán adoptar otros acuerdos de licencia no exclusiva de distribución de la versión de la obra publicada (p. ej.: depositarla en un archivo telemático institucional o publicarla en un volumen monográfico).

El título del artículo debe ser conciso, señalando los aspectos centrales del mismo y siendo recomendada su extensión máxima en 12 (doce) palabras incluyendo subtítulo, si correspondiera. Todas las palabras del mismo deben estar en negrita y deben iniciar en mayúscula.

Deberán ser acompañados de un **resumen del contenido**, con una extensión máxima de 1.400 caracteres, y con **tres (3) palabras clave correspondientes** luego del resumen. **El título, el resumen y las tres palabras clave deben ser presentados en castellano e inglés.**

Los artículos deben ser de mediana extensión (de hasta 20 páginas, y dentro de lo posible de no menos de 10, incluidos los espacios y bibliografía) y presentar un desarrollo sustantivo de la temática elegida.

Deben presentarse en formato básico interlineado 2, letra estilo Times New Roman, tamaño 12, en hoja tamaño Carta (21.59 cm x 27.94 cm), con márgenes de 2,54 cm, con el texto con alineación izquierda, y un espacio entre párrafos. Al comienzo de cada párrafo es necesario dejar 0,5 cm. Por razones de diseño, no se debe usar negritas, subrayado, viñetas ni margen justificado; letra itálica sólo para palabras en otro idioma, entrecomillado sólo para citas textuales.

La revista recomienda usar notas al pie sólo cuando la argumentación así lo exija, para evitar una lectura engorrosa del texto.

Las citas bibliográficas deben estar incluidas dentro del cuerpo del artículo, de acuerdo a la normativa APA consignando los datos entre paréntesis. Las citas textuales deben incluir el número de página en el siguiente orden (Autor, año, pág.)

La Revista asume el **lenguaje inclusivo**, y por ello solicita la eliminación del masculino genérico (los niños, los deportistas, etc.) y su reemplazo por el correspondiente desdoblamiento (las/los niñas/os, la/el deportista). En todos los casos se nombrará en primer lugar la forma femenina. Se podrá eximir de la duplicación del sustantivo o adjetivo que acompaña al artículo, cuando su genérico termine en A, E o L (la/el pianista, las/los asistentes, la/el profesional). En todos los casos, utilizar femenino o masculino, según corresponda, para señalar titulaciones, profesiones u oficios (la ministra, la médica, la jueza, la panadera). Se solicita evitar el uso de signos no lingüísticos (x, @, *) y apelar a las perífrasis o giros para evitar sobrecargas (por ejemplo: las personas interesadas en lugar de las/los interesadas/os, las personas mayores; la población argentina, la ciudadanía en lugar de las/los ciudadanos).

Cualquier otra decisión no contemplada en estas directrices, queda a criterio de la/el autora/autor, siempre considerando la perspectiva de inclusión (a modo de ejemplo, la/el miembro de la Comisión, o la/el miembro/a de la Comisión, la/el sujeto/a).

Asimismo, debe incluirse una carta a la Revista con los datos completos la/el autora/autor responsable y declaración de que todos sus autoras/es aprueban la publicación del trabajo. **Debe consignarse una única dirección de mail que figurará como contacto en el artículo.** Todo ello deberá completarse en el **formulario de presentación de artículos** disponible en [Formulario Convocatoria Rev Deb Pub](#)

Las/los autoras/autores (máximo 5) deben identificarse al inicio del artículo de la siguiente manera: primer nombre y apellido/s, indicar referencia institucional actual, y máximo título alcanzado o situación académica.

El contenido de los artículos es exclusivamente responsabilidad de las/los autoras/autores, la cual no será necesariamente compartida con la Revista.

1.2. Bibliografía

Debe ajustarse a las normas de la APA, disponibles online en

http://iigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/22/2020/11/LaCita4taed_10_11_20.pdf

(Si no se pudiese acceder al archivo desde este link copie y pegue la ruta indicada en la barra del navegador y podrá acceder sin dificultad)

Debe discriminarse la bibliografía de las fuentes documentales (leyes, documentos históricos, etc.).

Dejar un espacio separando cada texto o fuente. Consignar la bibliografía en formato de sangría francesa.

El formato requerido es el siguiente: Apellido Inicial Año entre paréntesis Título sin comillas con bastardilla, Editorial.

Ejemplo:

Kessler, G. y Benza, G. (2019). *La ¿nueva? estructura social de américa latina:cambios y*

persistencias después de la ola de gobiernos progresistas. Siglo XXI.

En el caso de textos disponibles en internet debe consignarse el URL

Arias, A; García Godoy, B; Manes, R. (2011) *Producciones Docentes II. Trabajo social, lecturas teóricas y perspectivas. Aportes desde la intervención para repensar las instituciones.* Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/trabajo-social-lecturas-teoricas-y-perspectivas>

2. Consultas: enviarlas por correo electrónico a debatepublico@sociales.uba.ar