

NOVIEMBRE 2021

Año 21 Número 3

ISSN: 2718-8221



CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Asistencias y Derechos

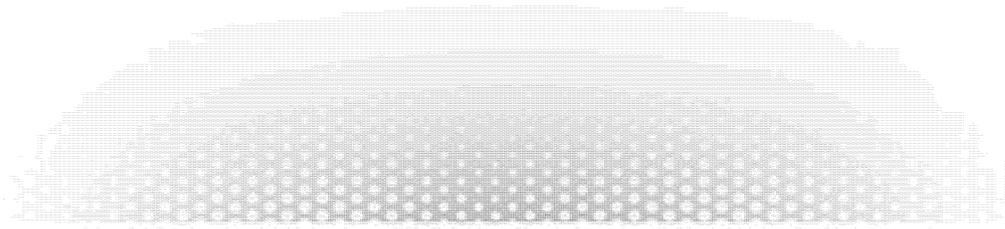
en el devenir de la Protección Social



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
C A B A

www.trabajo-social.org.ar





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

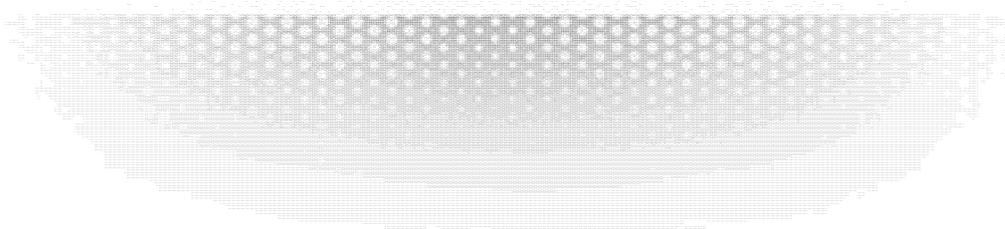
Año 2. Nro 3. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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

Argentina. 2021.

ISSN: 2718-8221

78pags. 20 x 28cm.





CON-TEXTOS

REVISTA DEL CONSEJO PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL CABA

Asistencias y Derechos
en el devenir del Protección Social



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
C A B A

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidenta: María Candelaria Rodríguez
Secretaria: Judith Barchetta
Prosecretaria: Laura Di Bella
Tesorera: Karina Mancini
Protesorera: Sara González

Vocales Titulares

Paola Quiroga
Paula Cantor
Jorgelina Matusevicius
Marina Delville
Mariana Cocco

Vocales Suplentes

Agustina Casinelli
Ofelia Musacchio
Nadia Polanco
Natalia Scelzo

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Titulares

Adriana Blach
Elena Garós
Liliana Murdocca
Evelina Simonotto
Guillermo Chirino

Suplentes

Ana María Gómes Meneses
María Elena Rubio
Silvia Lauro
Daniela Chappero
Gabriela Pombo

DISEÑO: Valeria Brudny

ILUSTRACIÓN DE TAPA: Marcelo Madroñal

ISSN: 2718-8221

EQUIPO EDITORIAL

Eleonora Machado
Cecilia Dalla Cía
Alejandra Lanza
Martín Yovan
Anni Engelmann
Carolina Larsen
María Isabel Bertolotto
Silvana Barabas Bloch
María Cecilia Bottini
Mirta Spinoso

COMITÉ EXPERTO

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

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



Con-Textos es una revista del

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

INDICE

EDITORIAL.....	4
RESITUAR EL SENTIDO DE LA ASISTENCIA: LA ESCALA COTIDIANA, LAS PRACTICAS INSTITUCIONALES Y EL ANCLAJE TERRITORIAL Nadia Rizzo, Martín Hornes, Florencia Hiquis y Macarena Vergara	6
VIDAS QUE CUENTAN 1º Concurso Literario por las Infancias 2021 . Cuento seleccionado: "Géneros" María de los Ángeles Tolosa y Bárbara González Fidanza	15
TRABAJO SOCIAL SITUADO.....	17
<i>Reflexiones para la práctica profesional en Obstetricia y Neonatología: tiempo, vida cotidiana y acciones socio-educativas</i> María Clara Fariña	
<i>La Demanda Espontánea Hospitalaria ¿Un posible dispositivo de accesibilidad y dignidad en la atención?</i> Débora Lema y Celeste Quiroga	
<i>Aproximaciones a la noción de cuidado en contexto de fin de vida</i> María Constanza Varela	
<i>¿Y ellos cómo lo viven? Reflexiones sobre la vivencia de la masculinidad en contextos de enfermedad</i> Paula Ricciardi	
<i>Principios de intervención ante los consumos problemáticos. Una perspectiva desde el Trabajo Social</i> Daniel F. Miño Vargas	
<i>El ejercicio profesional del Trabajo Social y la producción de información y conocimiento en la coyuntura</i> Roxana Basta	
ENTREVISTA A INÉS ALBERGUCCI Clara Canavesi y Myriam Selman.....	60
NUEVAS MIRADAS: MATERNIDAD(ES) EN CONTEXTO DE INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA: ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Paula Villacorta.....	68
RESEÑA DEL LIBRO "EL TRABAJO ¿MEDIO DE INTEGRACIÓN O RECURSO DE LA ASISTENCIA?". AUTORA MALENA HOPP Camila Cecmac.....	75
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	78



EDITORIAL

ASISTENCIAS Y DERECHOS EN EL DEVENIR DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

La presente edición de *Con-Textos Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social de CABA*, tercer número desde su relanzamiento, fue pensada por el Equipo Editorial atendiendo al contexto social y económico de nuestro país, la configuración de un escenario de apertura en épocas de pos pandemia y el desafío que ésta implica para pensar nuestras prácticas profesionales en la coyuntura actual de las políticas sociales.

En estos tiempos complejos, nuestro Consejo Profesional apuesta a la producción de conocimiento e intercambio de experiencias del colectivo profesional, mediante espacios que visualicen la pluralidad de voces. Porque creemos firmemente que los proyectos colectivos y democráticos son herramientas de transformación.



Luego de un año y medio signado por las restricciones sociales que debieron acompañar las políticas sanitarias contra el COVID19 y los esfuerzos realizados en el sistema de salud en general y el plan de vacunación en particular, comienza una nueva etapa de apertura social y económica que nos enfrenta al reto de recuperar el desarrollo económico con un esquema distributivo y redistributivo que contemple la inclusión de los sectores vulnerados de la sociedad, quienes nuevamente fueron los más perjudicados.

La desigualdad, los elevados índices de pobreza y la posibilidad de un nuevo escenario sin restricciones nos invita a reflexionar en torno al eje temático elegido para el presente número de la Revista: *Asistencias y Derechos en el devenir de la Protección Social*.

En el número anterior, la prolongación de la pandemia nos llevó a dilucidar sobre las políticas públicas que se implementaron para contrarrestar los efectos económicos de la pandemia y las consecuencias sociales de las restricciones, interpelando a la intervención social en las instituciones, movimientos y territorios. En el presente número, se reflexiona sobre un tiempo nuevo, caracterizado por la urgencia de satisfacer necesidades sociales generando políticas de desarrollo económico e inclusión.

En este escenario, la Revista comienza con un artículo que analiza las políticas de asistencia, su sentido, su anclaje territorial e institucional y el impacto sobre la vida cotidiana de la población. En segundo término, incorporamos el cuento “*Géneros*” del 1º Concurso Literario por las Infancias del Consejo Profesional llamado “*Vidas que Cuentan*”

La sección *Trabajo Social Situado*, se compone de producciones de colegas que escriben desde sus prácticas profesionales en distintos ámbitos de inserción institucional. Aquí encontramos artículos referidos a salud, otras

maternidades, cuidados en contexto de fin de vida, masculinidad en contextos de enfermedad, intervención ante consumos problemáticos y el ejercicio profesional y la producción de información y conocimiento.

También realizamos una *entrevista a nuestra colega Inés Albergucci*, actual Subsecretaria de Calidad, Accesibilidad y Sustentabilidad del Turismo Nacional, del Ministerio de Turismo y Deportes de la Nación, donde se desarrolla la idea del turismo como derecho social y la democratización del bienestar.

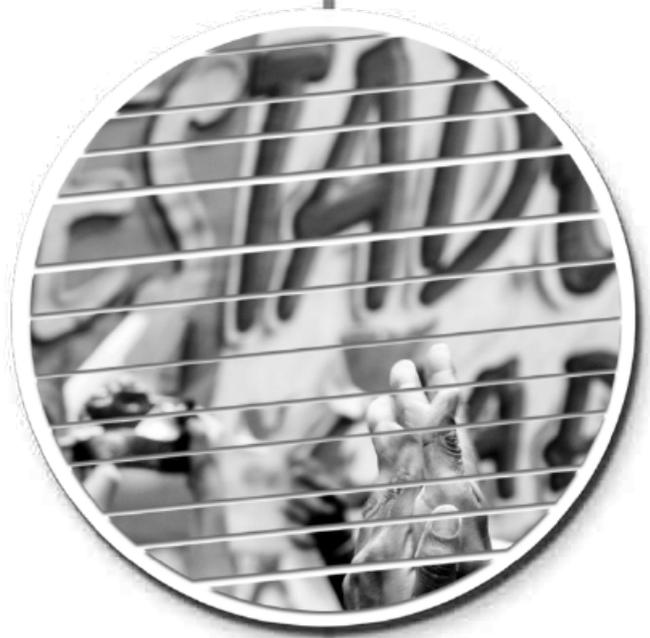
Continuamos con la sección *Nuevas Miradas*, con una investigación sobre “*Maternidad (es) en contextos de internación psiquiátrica*” y con la reseña del libro “*El trabajo: ¿Medio de integración o recursos de asistencia?*”

Como en los números anteriores, la Revista se encuentra diseñada con el arte de las ilustraciones, fotografías, pinturas e imágenes realizadas por colegas que han participado de la convocatoria abierta.

Desde el equipo editorial y el Consejo Profesional, esperamos que puedan disfrutar de esta nueva producción escrita por nuestras colegas para fomentar el intercambio de ideas, prácticas y conocimientos que redunden en fortalecer nuestras intervenciones profesionales, las políticas sociales y el acceso a derechos.

Les invitamos a la lectura, difusión y participación en próximas convocatorias de artículos e imágenes para seguir construyendo producciones que reflejen la heterogeneidad de nuestro colectivo.

MARÍA CANDELARIA RODRÍGUEZ
Presidenta
Consejo Profesional de Trabajo Social CABA



RESITUAR EL SENTIDO DE LA ASISTENCIA: LA ESCALA COTIDIANA. LAS PRACTICAS INSTITUCIONALES Y EL ANCLAJE TERRITORIAL

ASISTENCIAS Y DERECHOS EN EL DEVENIR DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**Rizzo, Nadia*

El microcosmos de la política de asistencia estatal se hace nuevamente presente en la agenda social. Por ejemplo: los argumentos en relación a la asistencia concebida como la respuesta a un problema temporario en el contexto de pandemia, el lugar remanido de desacreditación hacia quienes son receptores de programas sociales que se reactualiza en las propuestas más recientes de un empalme entre programas sociales y programas de empleo, o bien las opiniones que se esgrimen sobre la Renta Básica Universal o sobre el Ingreso Ciudadano. Estos son solo algunos mojones que sirven para evidenciar la forma en que se reactualiza, con fuerza, el debate público en torno a las protecciones asistenciales.

Las asistencias, los derechos y las protecciones sociales hacia los sectores estructuralmente

* **Nadia Rizzo** - Licenciada en Trabajo Social, doctora en Ciencias Sociales (UBA).

vulnerables conforman, por cierto, un ámbito complejo cargado de puntos y contrapuntos interesantes sobre los cuales vale la pena y se hace necesario profundizar; más aún, en una coyuntura como la actual, tan crítica en términos de desigualdades sociales y económicas. En la edición número 1 de la revista, en la nota *“Ingreso Ciudadano Universal. Ley federal de asistencia. Lo que el IFE no(s) dejó”*, se repusieron argumentos en relación al derecho a la asistencia, a la factibilidad de su institucionalización, al debate actual en torno a la Renta Básica Universal y a la experiencia reciente del Ingreso Familiar de Emergencia. En este artículo buscamos seguir nutriendo ese debate a partir de los puntos de vista de trabajadoras y trabajadores sociales que han estudiado la temática y que a la vez guardan experiencias de trabajo directamente vinculadas a dicho ámbito.

Antes de avanzar con los diferentes aportes, situamos algunos ejes a modo de presentación del análisis.

Comúnmente solemos distinguir a la asistencia en función de una intervención social transitoria y que se subsanará pasado un supuesto contexto de excepción o anómalo. La asistencia carga con esa impronta y no es raro, entonces, que quede ligada a lo particular, a la premura y a lo contingente; incluso ese carácter tiñe a la asistencia de cierta labilidad.

Mucho menos explorada y problematizada está la perspectiva de pensar la política asistencial articuladamente dentro de un esquema integrado de política social, formando parte del piso de prestaciones sociales colectivamente instituidas. Es decir, considerar que las prestaciones vinculadas a lo socio asistencial integren, de manera estable, la arquitectura del bienestar que se

pretenda trazar.

Es probable que la legitimación de las protecciones asistenciales, desde esa perspectiva, nos exija interpelar indicadores, estrategias de intervención y nuestras percepciones sobre la cuestión. Volver a pensar la asistencia tanto desde arriba –atendiendo al fortalecimiento de la calidad y la cantidad de las prestaciones, sus marcos normativos y sus fundamentos– como también desde abajo –seguir profundizando en las tramas plurales a través de las cuales una política social es apropiada en la vida cotidiana de sus receptores (Rizzo, 2021)-.

Como trabajadoras y trabajadores sociales somos agentes esenciales en la implementación de las políticas públicas y solemos ocupar un lugar significativo en las interacciones cara a cara, cotidianamente, con los destinatarios y destinatarias de las intervenciones del Estado. Lo que allí sucede, en la escala de la operatividad y de las prácticas institucionales, es clave para la comprensión del complejo campo de las protecciones sociales.

En ese sentido, invitamos a nuestras colegas Florencia Hiquis y Macarena Vergara y a nuestro colega Martín Hornes a fin de que sumen sus miradas al debate propuesto. Por una parte, Martín Hornes indaga en las políticas de transferencias monetarias, iluminando la escala cotidiana que asume la asistencia. Por otra parte, Florencia Hiquis hace un aporte desde las prácticas institucionales de la asistencia y pone de relieve la importancia de avanzar en la formalización de esas prácticas. Finalmente, Macarena Vergara aborda el anclaje territorial de las protecciones sociales, haciendo foco en las redes locales y el lugar que asumen las

organizaciones y movimientos sociales.

La intención es dejar esbozadas algunas dimensiones sobre el modo en que la asistencia social se piensa y se operativiza, esgrimiendo sus tensiones. La persistencia de una gran parte de la población viviendo en condiciones de pobreza hace imprescindible ajustar la mirada sobre las diversas formas institucionales que asume la protección social.



“Pensar la política asistencial articuladamente dentro de un esquema integrado de política social, formando parte del piso de prestaciones sociales colectivamente instituidas.”

INTERROGANTES DESDE LA ESCALA COTIDIANA DE LA ASISTENCIA

**Hornes, Martín*

Cecilia tiene 38 años, vive en las inmediaciones de un barrio popular de San Martín, en la Provincia de Buenos Aires – Argentina. Alquila un pequeño departamento donde vive con sus dos hijas. En marzo de 2020, cuando el gobierno nacional dictó la cuarentena estricta impuesta por la emergencia sanitaria de la pandemia COVID-19, Cecilia se encontraba trabajando como empleada doméstica no registrada en tres hogares de sectores medios del distrito. Algunos de estos hogares, también afectados por la suspensión parcial de la actividad económica, no pudieron sostener el salario de Cecilia. Ella recuerda que: **“los primeros días fueron desesperantes: sin la posibilidad de trabajar y sin ahorros, fue subsistir con algo que me ayudaron mis familiares y la AUH”** (Asignación Universal por Hijo para la Protección Social). El primer mes de la **“famosa carentena”** Cecilia tuvo que endeudarse con el alquiler de su departamento, pedir prestado, recurrir al fiado en almacenes y **“hacer malabares”**. Entre fines de marzo y principios de abril comenzaba a implementarse el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE). Recuerda el primer cobro con las siguientes palabras: **“fue un alivio... pude pagar algunas deudas y el alquiler”**. A pesar del alivio, Cecilia sostenía que **“la situación no da para más: acá se come una vez por día... lo que es comida, digamos”**. La asistencia resultaba oportuna pero no suficiente.

Carla es unos años menor que Patricia, se desempeña como personal trainer dado que se graduó como profesora de Educación Física. Vive en la zona de Palermo y alquila un departamento con su novio. Se considera de **“clase media, como muchos de sus vecinos”**. En marzo de 2020 Carla atravesó **“el peor momento de su vida”**, ya que no podía trabajar en los espacios públicos con su actividad laboral principal debido a las restricciones sanitarias. Por la categoría de monotributo B en la que se encontraba inscripta, pudo incorporarse al IFE para

* Hornes, Martín -. Licenciado en Trabajo Social, Doctor en Sociología (IDAES, UNSAM), Docente de la UNPAZ, UBA y UNSAM.

sostener un ingreso mínimo dando cuenta de la merma de su actividad. En palabras de Carla **“cobrar el IFE significó una tragedia... yo quería que me dejen trabajar”**. Los testimonios de Cecilia y Carla nos ayudan a reponer la escala más cotidiana de las protecciones monetarias asistenciales que se desplegaron en la pandemia. En sus palabras suenan algunas interpretaciones que forman parte de una agenda de investigación que desarrollo desde los últimos diez años en torno a los significados sociales plurales que adquiere el dinero transferido a partir de las transferencias monetarias estatales argentinas (Hornes, 2020).

Resituación algunos fragmentos de las conversaciones que mantuve con ellas a partir del cobro del IFE puede resultar un ejercicio reflexivo interesante no sólo, para observar cómo interpretan los hogares de diferentes sectores sociales la asistencia estatal –entre el alivio o la tragedia, en sus respectivos casos- sino, también, resulta una puerta de entrada privilegiada para indagar sobre una nueva infraestructura monetaria del bienestar (Wilkis, 2021). Sin lugar a dudas, las transferencias monetarias de la emergencia sanitaria COVID-19 resituaron el rol del Estado y su capacidad de intervención directa e indirecta, lo que arroja algunos interrogantes para bucear sobre las múltiples interpretaciones sociales que se conectan en las medidas de redistribución estatal.

En un trabajo reciente (Maglioni y Hornes, 2021), insistimos sobre la necesidad de inscribir un enfoque relacional e innovador sobre el dinero de las políticas públicas: los debates públicos actuales resultan propicios para dar lugar a una mirada más amplia que considere el abordaje de los diferentes actores involucrados en el circuito de las políticas sociales. Se trata de

pensar el dinero estatal desde diferentes prismas: a) en diálogo con ciertos saberes especializados (expertos, funcionarios y políticos) que participan en la arquitectura de nuevas protecciones monetarias, b) incorporando la mirada de las/os trabajadoras sociales acerca de las nuevas transferencias tanto, para visibilizar las reconversiones tecnológicas y administrativas que implican las medidas adoptadas como, las nuevas configuraciones territoriales que asumen las políticas de asistencia, c) observar que impulsó procesos de familiarización monetaria y evidenció nuevas desigualdades de género y, d) explorar las controversias de actores no acostumbrados a ser considerados sujetos de la intervención monetaria estatal.

Son sólo algunas coordenadas para contribuir en la construcción de una mirada interpretativa que considere a quienes participamos en diferentes escalas de las políticas y sume las percepciones de diferentes grupos sociales. Una mirada integral para un debate latente sobre la necesidad de institucionalizar nuevas políticas integrales de inclusión y bienestar.

“Insistimos sobre la necesidad de inscribir un enfoque relacional e innovador sobre el dinero de las políticas públicas: [...] para dar lugar a una mirada más amplia que considere el abordaje de los diferentes actores involucrados.”

TRABAJAR EN LA ASISTENCIA

**Hiquis, Florencia*

Hace algunos años, motivadas por las inquietudes que nos devolvía nuestra tarea cotidiana de asistir, con mi grupo de compañeras de trabajo, hicimos algunas entrevistas a compañeras y compañeros, para conocer cuál era su percepción sobre su trabajo en la asistencia. Algunas de las respuestas fueron **“yo no estudié para repartir chapas”** o **“no me gusta hacer asistencia, eso no resuelve nada”**.

Aparentemente la universidad nos habría formado para **“algo más”** que **“repartir”**; nos había formado para intervenir socialmente, para que a partir de nuestras intervenciones podamos promover modificaciones en pos de cambiar las situaciones de pobreza. Mandatos normativos que nos indicaban que la asistencia era solamente una práctica del dar, y continuaban relegando a la asistencia a un papel secundario, como hermana pobre de las prácticas profesionales (Lera, 2015).

Sin embargo, algo sucedió (o al menos a mí me sucedió) cuando comencé a tomarme en serio el trabajo de asistir, cuando dejé de reaccionar negativamente y entendí que la reparación inmediata que produce un recurso material no genera sólo modificaciones materiales, sino también efectos de reparación significativos en cada experiencia singular. Entiendo que el dar, frente a las situaciones de pobreza extrema, es una condición indiscutible, es una parte de la intervención que no puede ser desatendida.

Parto de comprender a la asistencia como un conjunto de intervenciones del estar, en donde el dar es sólo la parte de un dispositivo más amplio, que moviliza aspectos subjetivos, materiales y relacionales. Entiendo que son asistenciales, porque cuando intervenimos concurrimos a una escena problemática, estamos presentes en ese escenario, **“en un tiempo y en un espacio compartido con el otro”** (Travi y otros, 2014). Es en ese escenario e intervención en el que se despliega lo que llamaré la dimensión clínica de la intervención asistencial, ya que la intervención se produce en el terreno de lo vincular, de la palabra y la escucha. Las múltiples dimensiones que componen la intervención asistencial no pueden quedar reducidas a simples actos del dar.

Este lugar desde el cual observo las prácticas asistenciales, está relacionado con la búsqueda de aportar a su resemantización (Campana, 2016), y apunta a ensayar otras respuestas a la pregunta: ¿qué significa asistir?

Para intentar construir una mirada crítica sobre la asistencia, lejos de buscar una mirada **“desde afuera”**, hay que meterse, tenemos que animarnos a poner en discusión lo que aprendimos y repetimos e ir en busca de las certezas que nos da la asistencia, lo que vamos descubriendo en su ejercicio.

* **Florencia Hiquis** - Licenciada en Trabajo Social, docente de la Carrera de Trabajo Social (UBA) y maestranda en Intervención Social (UBA).

Quienes trabajamos en la asistencia, sabemos que los recursos asistenciales están fragmentados, desarticulados y van variando de acuerdo a las posibilidades de cada provincia, de cada municipio, de cada organismo. Generalmente son escasos y pueden ser utilizados esporádicamente, bajo ciertos contextos o situaciones de emergencia. Es difícil rastrearlos en los organismos, ya que permanecen ocultos o silenciados, y muchas veces, llegar a esos recursos implica atravesar un laberinto de contactos.

Por otro lado, sabemos que en los actuales escenarios de pobreza es ineludible la necesidad de la mejora material en la calidad de vida de las poblaciones más vulnerables, y que es cada vez más feroz la crítica social cuando se plantea ampliar derechos asistenciales; pero, ¿sabemos cómo y con cuánto asiste el Estado a los sectores económicos más poderosos de nuestro país? Como dice Sposati, sospecho que el menosprecio por la asistencia está más vinculado al sujeto que la percibe que a la prestación en sí misma (Lera, 2015).

Tal vez tengamos pocas certezas sobre los recursos materiales con los que contamos, pero nos valemos de las redes que vamos tejiendo en el entramado cotidiano de nuestro trabajo, de nuestras articulaciones y conexiones informales que son las que nos dan los soportes con los que intentamos tejer la trama asistencial.

En esta coyuntura, creo que el trabajo social, como disciplina, puede aportar significativamente en la construcción de nuevas formas institucionales desde

donde abordar la asistencia. Quienes trabajamos asistiendo reconocemos que la pobreza no se comporta uniformemente, que cada familia padece de manera subjetiva sus necesidades y que va desarrollando alternativas variadas para encontrar la satisfacción de sus necesidades. A la vez, sabemos de primera mano que si bien los problemas no pueden solamente ser abordados a través de recursos económicos, las necesidades materiales de subsistencia estructuran la vida cotidiana y sin esas necesidades cubiertas resulta imposible organizar lo que sucede alrededor.

¿Sería posible pensar en una política nacional de asistencia que sea capaz de organizar, coordinar y unificar los recursos asistenciales, tanto del dar como del estar, que contemple la cercanía como parte de su estrategia de intervención y que a partir de intervenciones de proximidad acompañe en cada situación de pobreza?

“Llamaré la dimensión clínica de la intervención asistencial, ya que la intervención se produce en el terreno de lo vincular, de la palabra y la escucha.”

EL ANCLAJE TERRITORIAL DE LAS PROTECCIONES SOCIALES

**Vergara, Macarena*

El anclaje territorial de las protecciones asistenciales, como parte de las políticas sociales, implica reconocer el proceso de construcción de las demandas sociales organizadas para la reproducción ampliada de la vida, con el fin último de construir nuevos estándares de derechos pero también un tipo de sociedad. Ha sido el trabajo de las organizaciones y movimientos sociales, aportar a la problematización de la vida cotidiana para desandar el andamiaje de pauperización, vulneración y exclusión resultado de políticas estatales neoliberales; pero también a favor de la construcción de nuevos campos de intervención que el Estado no puede desatender en la metamorfosis de las protecciones sociales.

Un claro ejemplo ha sido el abrupto incremento de personas que empezaban a quedar fuera de la distribución primaria del ingreso. En el escenario microsocial esto se tornaba en propuestas de generación de autoempleo, muchas de ellas no formalizadas, aquello que los organismos internacionales conciben como sector informal del trabajo, constituyendo un desafío para las protecciones sociales vinculadas exclusivamente al asalariado. He aquí el surgimiento de un nuevo proceso sociopolítico, institucional, económico y cultural en torno a la satisfacción de las necesidades en el campo del trabajo, donde ubicamos el rol de la economía popular, social y solidaria cuyo sector organizado trazará como horizonte los aportes del buen vivir. Esto se traduce en un nuevo desafío para la intervención del Estado: cómo reconocer a un sector que supera el 40 % de la población económicamente activa (PEA).

En este sentido, el anclaje territorial de las protecciones asistenciales encuentra su correlato predecesor en el abordaje territorial de las políticas, independientemente del efecto-resultado e impacto. En modelos de país que buscan el desarrollo por medio del bienestar, resalto particularmente aquellas que representan una co-gestión entre Estado y Sociedad Civil. Esto ha permitido instalar en la agenda pública debates sectoriales, cuyos temas son germen para la focalización de la política debido al reconocimiento inmediato de las necesidades sentidas y a la vez de llevar adelante procesos organizativos que dan lugar a estrategias solidarias, colectivas, comunitarias, constituyendo así un capital social que fortalece el desarrollo local comunitario. Esto permite no sólo la posibilidad de demanda, sino la búsqueda de respuesta mediante la autogestión, construyendo colectiva y socialmente una nueva percepción y definición del riesgo social para la protección. Entonces hemos aquí en la confluencia entre la coyuntura y el contexto, que con la Pandemia Covid-19 recrudece la matriz de desigualdad en materia sanitaria, seguridad alimentaria y ambiental.

En torno al rol profesional del Trabajo Social, la observación y participación disciplinar en la co-gestión (lo desde arriba o desde abajo del inicio del artículo), será clave para el desarrollo de metodologías, identificar nuevos campos de intervención e incluso fortalecer la especificidad profesional a partir de la interdisciplina en los complejos procesos de problematización cada vez más identificados como interseccionales.

* **Macarena Vergara** - Licenciada en Trabajo Social. Asociación Civil SEDECA (Secretariado de Enlace de Comunidades Autogestionarias). Diplomada en Géneros, Políticas y Participación (UNGS).

En este marco resulta urgente introducir los debates de la economía feminista en los modelos de bienestar con mayores niveles de distribución y derechos para la producción y reproducción ampliada de la vida. El aspecto nodal de esta cuestión es la feminización de los trabajos de cuidados (familiares y comunitarios), provocando dificultades en la inserción en el entramado productivo-laboral y en la participación comunitaria y en organizaciones sociales. En la misma línea son las mujeres a quienes se destinan y asumen la gestión de políticas asistenciales (de transferencia monetaria condicionada) que casi en su totalidad son otorgadas a “beneficio” de otro sujeto de derecho (las infancias) y no a sí mismas (Asignación Universales por Hijx), recrudesciendo y profundizando la desigualdad en materia de género y clase.

Entonces para considerar ampliación de derechos y mayor universalización de la protección social se deben contemplar nuevas formas de afiliación, cohesión social y disputa a la renta concentrada, a partir de la recreación de lazos sociales que permitan desplegar trabajo en torno a la participación, producción y consumo que disputen las protecciones asistenciales cortoplacistas, con el fin de afrontar la desigualdad ante el mercado respecto de la feminización e infantilización de la pobreza.

“Resulta urgente introducir los debates de la economía feminista en los modelos de bienestar con mayores niveles de distribución y derechos para la producción y reproducción ampliada de la vida.”

REFERENCIAS:

RIZZO, NADIA (2021). *Tener la asignación. Las tramas de apropiación colectiva de una política social*. Buenos Aires: TeseoPress. URL: <https://www.teseopress.com/tenerlaasignacion>

HORNES, M. (2020). *Las tramas del dinero estatal: saberes, prácticas y significados del dinero en las políticas sociales argentinas (2008-2015)*. Buenos Aires: TeseoPress. URL: <https://www.teseopress.com/tramas>

MAGLIONI, C.; HORNES, M. (compiladores) (2021). *Expertos, actores locales estatales y hogares titulares*, Buenos Aires. URL: <https://www.teseopress.com/expertosactoreslocalesestatalesyhogarestitulares>

WILKIS, A. (2021) “Las formas elementales del endeudamiento” en Ariel Wilkis (editor) *Las formas elementales del endeudamiento. Consumo y crédito en las clases populares y medias de Buenos Aires y Santa Fe (2010-2019)*. UNL ediciones, Santa Fe. pp. 8-22.

LERA, CARMEN (2015). “Intervenciones profesionales y dimensión asistencial. Problematicaciones urgentes desde Trabajo Social” Editorial de la Universidad Nacional de Entre Ríos - EDUNER Olejarczyk, Romina y Demoy Belén (2017), “Habitar la trinchera: potencia y política en el Trabajo Social” en Revista Ts. Territorios-Revista de Trabajo Social año 1, N° 1.

TRAVI, BIBIANA Y OTROS (2016). “Aportes desde el Trabajo Social para el diseño y ejecución de estrategias de abordaje integrales frente a la pobreza persistente”. Ponencia en III Foro Latinoamericano “igualdad y desigualdad en América Latina: generando debates en Trabajo Social en relación con otras ciencias del campo social”, La Plata.

CAMPANA, MELISA (2016). “La asistencia social como derecho: integración y precariedad”. Ponencia en Tercer Foro Latinoamericano de Trabajo Social. Universidad de La Plata, La Plata. 24, 25 y 26 de agosto de 2016.

VIDAS QUE CUENTAN

1º CONCURSO LITERARIO POR LAS INFANCIAS 2021

El 1º Concurso Literario por las Infancias del CPGSSTS de la CABA llamado “*Vidas que Cuentan*” se propuso dar voz propia a las historias de niños en un lenguaje que para ellos sea más cercano como: “Los Cuentos”. Y, de este modo, propiciar la escritura en este mismo lenguaje literario por parte de profesionales del Trabajo Social que, desde su experiencia de trabajo junto con niños, les inviten a pensar sobre sus derechos, historias, identidad, sentimientos y demás cuestiones que atraviesan su desarrollo.

Seleccionamos el cuento “*Géneros*” elaborado por **María de los Ángeles Tolosa** e ilustrado por **Bárbara González Fianza** que nos invita a reflexionar sobre las vivencias de niños en su vida familiar y escolar, sobre estereotipos, discriminaciones y vulnerabilidades que pueden atravesar niños que se preguntan sobre su identidad de género.

Equipo Editorial Vidas que Cuentan:
Florencia Castro, Carmen Frías, Alejandra Lanza, Carolina Larsen y Silvia Nutter.

GÉNEROS

Texto: Tolosa, María de los Ángeles

Ilustraciones: González Fianza, Bárbara

Se enreda entre los restos de telas que caen de la máquina de coser. Es una fiesta de color, se envuelve entre tules y muselinas. Sueña que sale corriendo por las calles de barrio rodeado de vaporosas joyas que vuelan detrás y se mezclan con los colores del cielo. Es feliz en su mundo.

Desde el rincón, sentado sobre mullidos retazos de algodón mira las piernas de su madre que bailan al compás de los pedales, sus gastadas manos convierten simples trozos de género en maravillosas vestimentas.

Sabe que cuando sea grande quiere ser como ella, elegir los mejores tonos, las texturas más suaves, y rodear con ellos cuerpos que lleven su sello personal.



Michel llegó siendo bebé desde su pueblo natal, junto a Isabel, su madre, y Oscar, su padre. Su papá trabaja en el Mercado Central, sale antes del amanecer y llega agobiado por la carga diaria. Su espeso bigote raspa su carita ante el beso diario, él ama a ese señor gigante, de espaldas robustas, capaz de levantar sobre sus hombros kilos de verduras.

Su mamá es amor puro, contención, caricias tiernas y café con leche tibia, complicidad y juegos.



* **María de los Ángeles Tolosa** - Lic. en Trabajo Social (UBA), con formación de posgrado en Abordaje Interdisciplinario del Maltrato Infantil y la Violencia Familiar e Institucional en la Facultad de Filosofía y Letras (UBA). Perito del Ministerio Público de la Defensa de C.A.B.A. Referente institucional del Taller Nivel IV de la carrera de Trabajo Social (UBA).

* **Bárbara González Fianza** - Ilustradora, diseñadora de indumentaria y juegos didácticos. @blueta_



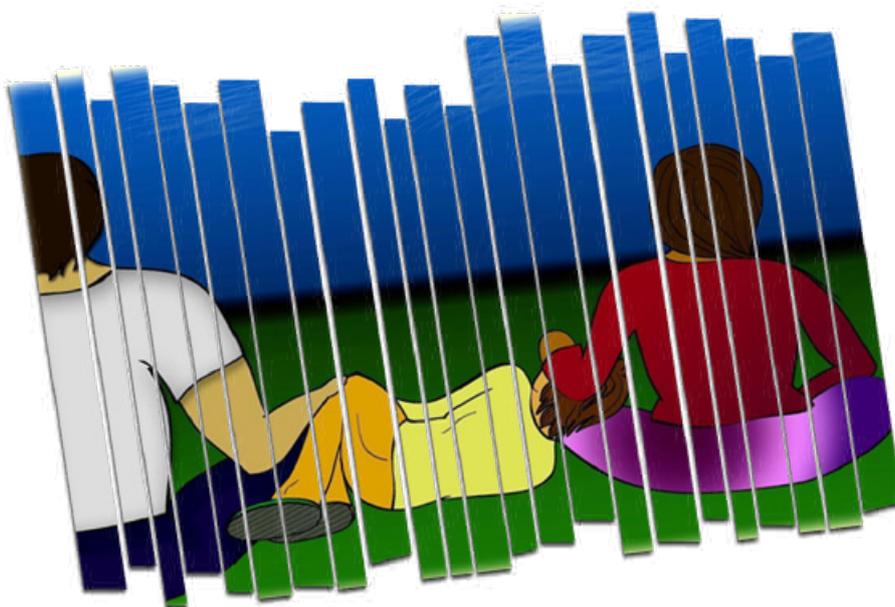
Isabel sabe que Michel nació en el cuerpo equivocado, mira con los ojos encendidos de dulzura y sólo le importa que sea feliz. Combatirá contra los molinos de viento si es necesario, pero no permitirá que nadie le haga daño. Agradece todo lo que ha aprendido a su lado, como desandó aquellas tradiciones de su país, tan vacías de comprensión.

Con Oscar será más duro, hombre rudo, nacido en el campo, curtido desde pequeño por el trabajo rural. El inmenso amor por Michel podrá derribar murallas, mas no será fácil

En la escuela siente las miradas ajenas, hay quienes se burlan. Pero no todas son espinas, forma parte de un grupo con los cuales disfrutan de relatos mágicos. Son iguales, niñas y niños, seres que sólo desean ser felices, hacer el bien, disfrutar sin prejuicios ni maldad, ser aceptados, vivir basados en el respeto al otro.

Se asoma la pubertad, y con ella los cambios corporales, ve nacer el incipiente bigote, tan parecido a su padre, no sabe cómo disimularlo, se avergüenza de eso. Su voz empieza a engrosarse, se ríe a carcajadas cuando canta y de repente escucha esos tonos graves que desconoce. Pelea con ese cuerpo varonil que no eligió, teme a lo que vendrá, ¿Deberá librar batallas? ¿Será aceptado?

Sonríe pensando en el futuro, tiene la certeza que todo será posible. Se fortalece en el amor incondicional de su madre y en su convicción de ser ella frente a todos.



TRABAJO SOCIAL SITUADO



REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA: TIEMPO, VIDA COTIDIANA Y ACCIONES SOCIO-EDUCATIVAS

**Fariña, María Clara*

Basado en las tensiones observadas en la intervención con mujeres y personas gestantes internadas por parto en la Sala de Obstetricia y Neonatología de un Hospital Público de la zona sur de CABA, este ensayo esboza un análisis sobre cómo el tiempo incide y restringe las estrategias e intervenciones en la vida cotidiana de dichas personas y sus redes sociales y familiares. Por otro lado, se aborda el eje socio-educativo del Trabajo Social como aportes a los proyectos de vida, para finalmente poder dar cuenta de los aportes de nuestra profesión a la perspectiva de abordaje de la salud integral.



INTRODUCCIÓN

Mi paso e intervención profesional por la Sala de Obstetricia y Neonatología de un Hospital Público de la zona sur de CABA ha derivado en una gran cantidad de incógnitas e ideas entrelazadas entre sí. Entre ellas: ¿Cuál es el papel que cumplen los trabajadores sociales en contextos hospitalarios? ¿Cómo se construye (o reconstruye) un Trabajo Social crítico en las salas de Obstetricia y Neonatología de los hospitales públicos? El arribo de la medicina académica a diversos hechos de

* **María Clara Fariña** - Trabajadora Social - UBA. Residencia de Trabajo Social en Salud, C.A.B.A. Integrante de La Colectiva de Salud Feminista

la vida cotidiana como el parto se vio plagado de disputas de poder en la historia y el desarrollo de nuestras sociedades. Una historia plagada de imposiciones sobre los cuerpos en post del desarrollo del capitalismo y de la instauración de un régimen de biopoder (Foucault, 1976). Con ello Foucault da cuenta de cómo se dio un cambio de formas de gobierno autoritarias a una más descentralizada incidente en todo aspecto de la vida, con el objetivo de regularizarla y normativizarla para garantizar su reproducción social. El régimen incluye como políticas típicas el control sanitario, sexual y penal de los cuerpos. Posteriormente esta idea, fue apropiada por la medicina bajo el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988) (en adelante, MMH), el cual delimita las lógicas del campo de la salud, bajo una perspectiva puramente biologicista, ahistórica, normativizante y descontextualizada.

El acto de parir históricamente fue una acción acompañada. Matronas, parteras, curanderas asumieron el rol de acompañar a las mujeres y personas gestantes en el arduo trabajo de parir. Es interesante en este punto el aporte que brinda Federici (2004) en relación a la historia de las lógicas del patriarcado en el sistema capitalista. En su detallado recorrido histórico se repasa cómo la construcción de políticas sanitarias bajo lógica del MMH, moldearon la experiencia del parir. La necesidad de la reproducción de la fuerza de trabajo, prohibición abortos y garantía de nacimientos marcaron la inserción del médico (varón) y relego de la partera (mujer) en el proceso del parto y nacimiento. Por su parte, en relación a la institucionalización del parto Fornes (2011, p.135) agrega: ***“La institucionalización del parto estableció jerarquías de roles y saberes entre parteras y obstetras marcando una diferenciación de espacios y recluyendo en la clandestinidad a las prácticas tradicionales. El desplazamiento-subordinación de las mujeres no se concentraba sólo en las (futuras) madres sino en las parteras, ya que éstas no sólo se ocupaban de atender partos sino también de practicar los abortos...”***. De esta forma se redujo el parto a un acto puramente biológico, es decir a acciones principalmente biomédicas. Desde hace varias décadas, el sistema de salud ha incorporado la intervención en el parto como otro de los aspectos del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados a acompañar desde el equipo de salud.

Este contexto plantea los primeros interrogantes. Si parir es un hecho biológico que se convierte en un hecho social al traer a una persona al mundo y, en tanto proceso social, los profesionales de las ciencias sociales del campo de la salud tomamos intervención en ello, ¿Cuáles son nuestras incumbencias como trabajadorxs sociales en este proceso? ¿Qué clase de acompañamiento realizamos a las personas que ingresan a la sala de Obstetricia luego de un parto?

MOLDEAR CUERPOS MANEJANDO EL TIEMPO

Las mujeres y personas gestantes que asisten al hospital al momento del parto, atraviesan una internación cuya duración varía entre 2 y 3 días aproximadamente. Cuando el logro de la estabilidad clínica post parto se prolonga o cuando alguna razón relacionada con lo social lo amerita, la internación puede extenderse varios días más.

Estas situaciones provocan diversas tensiones en el interior del equipo de salud, por ejemplo: ¿Cuánto y por qué se prolonga la internación? ¿Por qué catalogar como pacientes sociales a la persona puérpera y su hijo? En cuanto a la primera tensión resulta que la presión institucional para no ocupar camas por cuestiones sociales suele impactar fuertemente en las estrategias profesionales, lo cual provoca que los trabajadores sociales intervengan en pos de un alta rápida que acompañe ese giro-cama. En cuanto a la segunda tensión, en la construcción de la idea del paciente social se disputan múltiples factores como, por ejemplo, el lugar dado (o no) a los aspectos sociales de la vida cotidiana y de salud de la persona gestante y/o del niño recién nacido. Como se expresó, el principal paradigma intrahospitalario actual es el MMH. En este sentido, en el recorrido práctico, se observa que muchos profesionales de la salud realizan comentarios sobre las personas internadas en la sala en los que subyacen conceptos ahistóricos, descontextualizados y deshumanizantes, como aquellos que culpabilizan a la mujer o persona gestante por su situación social, familiar y económica. Como por ejemplo: **“Pero si yo le dije que tomara la medicación que le dejé” o “Pero si tiene familia. Que la familia ponga un poco y se haga cargo”** (sic.) Estos dichos en consonancia con estrategias normatizantes, diferenciaciones xenófobas y discriminatorias, alimentan las tensiones entre los equipos profesionales intervinientes en cuanto a la construcción de estrategias que se basen en el reconocimiento de los derechos de las personas.

De la intervención en el acompañamiento de internaciones por parto surgen dos apreciaciones: por un lado, la complejidad del abordaje desde nuestra disciplina en situaciones de urgencia social que implican una intervención con perspectiva a largo plazo en la vida cotidiana de las personas y por el otro, la exigencia institucional de intervenir en pos del alta para no ocupar la cama por una cuestión social. Incorporando así la tensión entre el tiempo de trabajo, las acciones en pos de acortar el tiempo de internación, con acciones fuertemente incidentes y resolutivas de procesos laxos.

En consecuencia, emerge la pregunta acerca de cómo abordar en tan pocos días la proyección pos internación, por ejemplo con la crianza de un niño. Esta inquietud puede ser relacionada con las ideas de Lamamoto (2003). La autora nos sumerge en las características de nuestra profesión actual planteando, entre otras cosas, que: **“El Trabajo Social como trabajo supone privilegiar la producción y la reproducción de la vida social, como determinantes en la construcción de la materialidad y de la subjetividad de las clases que viven del trabajo”** (p.27). Por lo tanto, el Trabajo Social se encuentra inmerso en la tensión entre la materialidad y la subjetividad de los sujetos sociales con los que trabajamos. Esta tensión también puede ser pensada según la autora como la tensión existente entre la producción de desigualdad inherente al sistema social en el cual vivimos (desigualdades que siempre van a existir, pero que sus manifestaciones pueden ser plausibles de minimizar) y la producción de rebeldía y resistencia de los sujetos sociales. Es primordial partir de la base de entendernos como una profesión inmersa en las contradicciones de la materialidad con la que viven las personas en su cotidianidad. Por lo que la intervención profesional no se reduce simplemente a lo relacionado con la asistencia y la gestión que plantean en su compilación Mallardi y Oliva

(2010), sino que se complejiza y potencia en la relación con la subjetividad de las clases.

En consecuencia se puede inferir que el Trabajo Social aborda las tensiones generadas en el proceso de generalización, al respecto del cual se refiere Lukács (1969). Para este autor el juego del proceso de generalización relaciona las categorías de particularidad, singularidad y generalidad, que al conglomerarse se convierten en la realidad concreta. Esto es, comprender que ese cuerpo/sujeto con el que trabajamos en sala forma parte de un ser que es social y está atravesado por una multiplicidad de situaciones, actores, relaciones, etc. que se ponen en juego en la realidad. Por otro lado, Mallardi (2013), plantea la realidad como el aspecto más concreto con el cual trabajamos desde nuestra profesión. La realidad es un proceso en constante reconstrucción ya que **“recupera la coexistencia de actores sociales distintos, con posturas convergentes o contradictorias, en un mismo momento histórico y social.”** (p.21). Por lo que da lugar a comprender que la misma es reconstruida de acuerdo a factores y condicionantes particulares de cada uno de los sujetos involucrados. O sea, que la realidad conglomerará múltiples interpretaciones y percepciones de lo que se nos presenta en la experiencia de la cotidianidad. En este sentido, el autor agrega **“Para comprender la singularidad, considerada como aquello que nos presenta de manera inmediata el mundo, es necesario avanzar en sucesivos procesos de generalización a fin de identificar las leyes tendenciales que caracterizan la universalidad o generalidad en un momento histórico concreto. Es mediando este proceso que aparece la particularidad [...]”** (p.22). Por lo tanto, se infiere que es en este campo de juego de leyes tendenciales e interpretaciones que el Trabajo Social se inserta. Es así que indefectiblemente al intervenir en una de las tres categorías de construcción de realidad, intervenimos en las tres ya que se encuentran relacionadas en una síntesis ontológica dialéctica, como plantea el autor.

En el contexto de internación hospitalaria también se interrelacionan las interpretaciones de la realidad de todos los actores y actrices involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Es decir, no solo aquellas realizadas por las personas internadas sino también, la de los profesionales de diferentes áreas, las instituciones, las políticas sociales y la sociedad en general. En este sentido, es un factor importante en nuestra intervención las formas en que los aspectos objetivos de las situaciones problemáticas son apropiadas por los seres sociales involucrados. Aspectos que adquieren diversas valoraciones que se conforman en sentido común en términos de Gramsci (1992). Dando lugar a la articulación de verdades y realidades sintetizadas en una particularidad. En este sentido, el Hospital como institución tiene objetivos, estructuras funcionales y perspectivas de abordaje particulares, que en algún sentido enmarcan las demandas que los sujetos realizan. Tomando a Cavalleri (2008) en las demandas se presentan a primera vista dimensiones de lo singular, las cuales son ubicadas en lo inmediato y fenoménico, y para lo cual se espera que las instituciones tengan una posible respuesta. Cabe entonces para nuestra profesión problematizar la demanda inicial desarmando los discursos y las **“relaciones más aparentes”** (Castro, 2013, p.21), de forma tal que arribemos a comprender allí una situación problemática. Y es en

en este punto donde resurge una de las dimensiones que se destacan del recorrido institucional: el tiempo.

Tanto la problematización de las singularidades con las que se presentan los usuarios, como las mediaciones que la situación presenta y las posibles respuestas institucionales, requieren de un tiempo. Un tiempo que muchas veces no puede ser a primera vista cuantificable ni medible y que no siempre es el mismo tiempo con el que otras profesiones de la salud intervienen y evalúan su accionar. Un tiempo que pocas veces se condice con la exigencia del giro cama institucional, o de la demanda o expectativa ante una interconsulta de otras disciplinas del campo de la salud.

Resulta interesante observar las lógicas que la intervención adquiere dentro de las instituciones de la salud y en particular el Hospital. Por lo que, considerando que cada particularidad es vivida diferencialmente por cada sujeto, no podemos presuponer entonces que las intervenciones y los tiempos serán iguales para todas las situaciones que se presenten. Entonces, las características de las demandas de las personas internadas y el corto giro-cama que se espera en las salas de internación anticipan la complejidad característica del proceso de intervención de los trabajadores sociales.

PROYECTO DE VIDA COTIDIANA COMO INTERVENCIÓN SOCIO-EDUCATIVA

Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de una intervención socio-educativa del Trabajo Social en el acompañamiento en pos de un alta de la puérpera y su hijo? Indefectiblemente la intervención profesional implica la intencionalidad de generar un cambio en la situación que se nos presente. Es decir, que tiene una intencionalidad de transformación. Y éste es por lo tanto, un acto socio-educativo. Ahora bien, autores como Yazbek citado por Mallardi (2010), plantean que la acción educativa puede tener dos objetivos más bien dicotómicos que complementarios: ***“...puede asumir un carácter de encuadramiento disciplinador destinado a moldear al cliente en relación a su forma de inserción institucional y en la vida social, o puede dirigirse para fortalecer los proyectos y las luchas de las clases subalternas” (p.64).*** Entran pues, en juego aspectos de otras de las dimensiones de la profesión tal como el proyecto ético-político. En el caso de la sala de Obstetricia asumir un ***“carácter de encuadramiento disciplinador”*** significaría promover acciones disciplinarias de los cuerpos gestantes y desconocer así, la historia de las mujeres y personas gestantes como actores sociales dentro de la salud pública. Sin embargo, posicionarnos en el polo que busca ***“fortalecer los proyectos y las luchas de las clases subalternas”*** implica promover en la persona gestante y su red social y familiar una actitud crítica frente a su realidad concreta, construyendo herramientas colectivas que permitan incidir también en el plano macro social.

Por lo tanto, trabajar con las mujeres y personas gestantes que ingresan al hospital no solo implica trabajar con la vida cotidiana con la cual se presentan, sino también abordar la proyección de la vida cotidiana de ese niño y todo lo que significa e implica a largo plazo la crianza. Promover la acción socio-educativa en la internación no es sólo brindar

información sobre recursos, acciones del equipo médico o del equipo de salud. Esta resulta en ayudar a colectivizar las realidades del materner/criar actual promoviendo la toma de decisiones de les usuaries involucrades, abonando a la emancipación de los cuerpos de las personas internadas y la confrontación con el modelo médico hegemónico. Líneas de trabajo que coinciden con las propuestas por la colega española Rodríguez González (2018), quien reconoce en la intervención profesional con mujeres y personas gestantes la propuesta de fortalecer los apoyos sociales como aquellos propios recursos humanos y materiales para superar eventos de crisis. Es claro que hace falta brindar información como parte de la intervención, pero sin embargo el accionar profesional no se agota en ello cual si fuéramos meras guías de recursos. Nuestra intervención busca construir una información para el hacer, para la reestructuración de esos apoyos. Es, por lo tanto, también acompañar el proceso de proyección a largo plazo del maternaje/crianza. Entendiendo que estas proyecciones adquieren características particulares en cada persona gestante y en cada red social y familiar que acompañe. Por lo que no se pueden establecer estándares de maternidad/crianza desde perspectivas normativas y punitivas, como en ocasiones el MMH quiere presuponer al accionar por sobre la salud de nuestros cuerpos (por ejemplo, cuando se cataloga como mala madre a la mujer o persona gestante por su condición social, afectiva o por cómo se desarrolló durante su internación). Desconocer que existen posturas profesionales basadas en estos estándares legales, morales y de la salud de manera acrítica puede derivar en estrategias de intervención engañosas, que promuevan el control sobre los cuerpos, sobre las singularidades y la vida cotidiana, desconociendo así los derechos de las mujeres y personas gestantes, las infancias y su red familiar y social. Se coincide así con Palomar Vereá (2004) en relación a que el abordaje de la maternidad debe ser mirada desde otros ángulos que amplíen su comprensión y explicación fenomenológica y de sus efectos, ya que es un fenómeno puramente subjetivo.

APRECIACIONES FINALES Y CONCLUSIONES

Una internación es un evento estresor de la vida cotidiana de las personas, donde aflora la relación entre la materialidad y la subjetividad. Se constituye en un punto de inflexión en la vida cotidiana, más aun si el motivo de la internación es el nacimiento de una persona. En estas situaciones la relación materialidad/subjetividad se tensiona aun más si es pensada con respecto a la proyección de la maternidad/crianza. Y es en ese emerger del vínculo materialidad/subjetividad en el que el Trabajo Social se inserta, aunque no se reduce solo a eso. Hay otras resistencias que aparecen y atraviesan la intervención profesional constantemente. Entre ellas: el tiempo. El tiempo de la internación (en la cual las y los pacientes no tienen mucha capacidad de incidir), los tiempos de los recursos externos al hospital, los tiempos necesarios para la recuperación del cuerpo luego de una intervención, el tiempo después del alta de internación.

En este sentido, para el reconocimiento de los atravesamientos de la categoría tiempo en la intervención profesional, las acciones que realice el equipo de profesionales de la salud para favorecer y resignificar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados como

un proceso con un importante rasgo socio-educativo son las más significativas. Por lo que tener constantemente presente la intencionalidad con la que se interviene por sobre los cuerpos de las personas usuarias y construir interdisciplinariamente las demandas, se convierte en la punta de lanza de un paradigma de la salud más democrático y crítico, tal como nos propone Rozas Pagaza (1998). Será preciso entonces, comprender que la salud no se reduce simplemente al tiempo comprendido en la internación hospitalaria, sino que la intervención impacta también a largo plazo, en la cotidianeidad de los sujetos y del entorno que les rodea. Es bajo esta lógica de abordaje, donde el Trabajo Social, por sus aportes teóricos y reflexivos, juega un rol diferencial en el equipo de salud.



REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

BIBLIOGRAFÍA

CASTRO, S. (2013) *La construcción del problema en Trabajo Social: Reflexiones en torno a la comprensión y la singularidad de la dimensión "familiar."* En Revista Debate Público – Año 3 Nro.

CAVALLERI, M. S. (2008) *Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas.* En: Castronovo, R. y Cavalleri, S. *Compartiendo notas. El Trabajo Social en la contemporaneidad.* Buenos Aires, Ediciones UNLa, 2008. Pp. 37-48.

FEDERICI, S. (2015) *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria.* 2da Edición. CABA, Ed. Tinta Limón.

Fornes, V. (2011). *Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea.* En Felitti, K. (Coordinadora), *Madre no hay una sola* (págs. 133-153). Buenos Aires: CICCUS.

GRAMSCI, A. (1992) *Antología.* México, Siglo Veintiuno editores.

IAMAMOTO, M. (2003) *El servicio social en la contemporaneidad: Trabajo y formación profesional.* Sao Paulo, Editorial Cortez.

LUKÁCS, G. (1969) *"Prolegómenos una estética marxista. Sobre la categoría de la particularidad"*, Barcelona-México DF, Ed. Grijalbo S.A.

MALLARDI, M. (2010) *La entrevista en Trabajo Social. Aproximaciones a un objeto polilógico.* En: Oliva, A. Y Mallardi, M. *Aportes táctico- operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social.* Tandil, UNICEN

MALLARDI, M. W. (2013) *Cuestión social y situaciones problemáticas: aportes a los procesos de intervención en Trabajo Social,* Revista Cátedra Paralela, n°9.

MENÉNDEZ E. (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria (Ponencia) Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.* 30 de abril al 7 de mayo, 1988. Buenos Aires. Pág. 451- 464.

MENÉNDEZ, E. (2003) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones técnicas y articulaciones prácticas.* En Revista Salud Colectiva, vol.8, n.1, pp.185-207.

FOUCAULT, M. (1976) *Historia de la Sexualidad.* Tomo 1, La voluntad del saber, Madrid, Siglo XXI, 2006.

PALOMAR VEREA, C. (2004) *Malas madres: la construcción social de la maternidad.* En Debate Feminista, vol. 30, año 15, octubre, México, pp. 12-34

RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, A. M. (2018). *La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a.* Trabajo Social Hoy, 85, 7-26. doi: org/10.12960/TSH.2018.0013

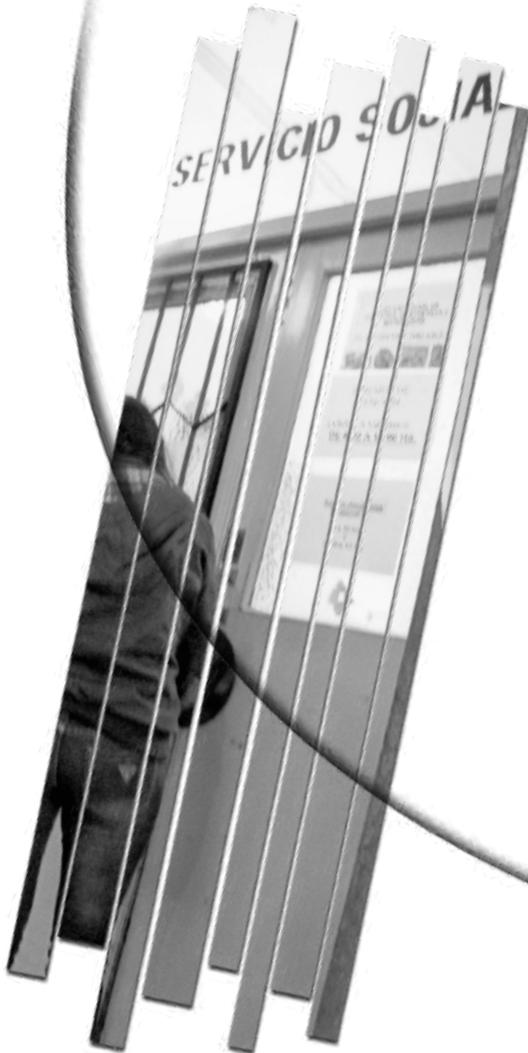
ROSAS PAGAZA, M. (1998). *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social.* Cap. IV: El proceso metodológico en la intervención profesional. Espacio Editorial. Buenos Aires.

LA DEMANDA ESPONTÁNEA HOSPITALARIA ¿UN POSIBLE DISPOSITIVO DE ACCESIBILIDAD Y DIGNIDAD EN LA ATENCIÓN?

* Lema, Débora; Quiroga, Celeste

“El sufrimiento es una experiencia fundante, una huella emocional que cambia la textura interna del sujeto y desgarrar la íntima coherencia de la propia existencia. Nadie es igual después de haber sufrido”.

ISABEL DEL VALLE



La atención de la Demanda Espontánea (DE) hospitalaria de este Servicio Social se alza como un dispositivo que intenta, inicialmente, brindar asistencia a diversas problemáticas sociales complejas¹. Se desarrolla en un marco de atención acotado, pero, tendiente a trascender esa instancia inicial para, a través del vínculo, promover la defensa de derechos relativos a la protección social de les usuaries que a ella concurren, sosteniéndolo de ser posible, en el tiempo.

***Débora Lema**- Lic. y Prof. en Trabajo Social. Diplomada en Cuidados Paliativos (I. Pallium). Especialista en Políticas del Cuidado con Perspectiva de Género (Clacso). Miembro del Comité de Bioética, del Equipo de Cuidados Paliativos y de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich".

***Celeste Quiroga**- Lic. y Prof. en Trabajo Social. Especialista en Gestión e Intervención Gerontológica (UNTREF). Miembro del Comité de Gestión de Calidad, de las salas de Cardiología, Unidad Coronaria y Cirugía Cardiovascular, y del Equipo de Implante Coclear del Hospital

Se expondrán algunos de los enfoques teórico-metodológicos que han nutrido la sistematización de esta intervención como son el Enfoque de Derechos Humanos (DDHH), Reducción de Riesgos y Daños, el Paradigma de la Complejidad, entre otros. Se mencionarán aspectos positivos, pero también adversidades y nudos que surgen en y desde este espacio. Al pensar el abordaje desde el Trabajo Social, no puede dejarse de lado la dimensión subjetiva que hace al mismo y que se pone en tensión en un espacio de encuentro. Concebimos que este espacio implica poner a rodar habilidades comunicacionales, relacionales y emocionales como son la empatía y escucha activa; a partir de las cuales nos vemos interpelados y atravesados como profesionales y, principalmente, como personas. No podemos dejar de mencionar que algo de lo “espontáneo” se pone en juego al momento de la atención. Aparece la incertidumbre de aquello que nos sorprende, desconocemos como se desarrollará esa demanda, que procesos desencadenará, y qué sensaciones y emociones nos generará el sufrimiento de ese otro.

Para finalizar nos resulta interesante compartir porqué creemos que un espacio que suele ser desvalorizado, automatizado y acotado a la exclusiva y tan naturalizada obligación que sentimos muchas veces los Trabajadores Sociales de dar respuesta, puede ser resignificado y reconstruido como posibilidad de encuentro y acceso a un proceso de protección social.

SINGULARIDADES Y COMPLEJIDADES DE LA DEMANDA ESPONTÁNEA

La Demanda Espontánea –conocida como “la atención de la puerta”– surge justamente con la intención de dar respuesta a diversas problemáticas sociales complejas y en estrecha relación con necesidades que trascienden al campo de la salud. Ha ido constituyéndose y afianzándose a través de los años, en un intento de superar la tensión generada entre acceso a derechos–insuficiencia de recursos. Esta ecuación suele aparecer en diversos espacios profesionales resultando aún funcional y asociada al surgimiento del Trabajo Social, al decir de Martinelli (1995), con una identidad atribuida que muchas veces responde a proyectos políticos de sectores dominantes y a los intereses del capitalismo, determinando un recorrido alienado, alienante y alienador de la práctica profesional.

Este dispositivo de atención abre su puerta de lunes a viernes, recibiendo demandas de pacientes internados como ambulatories, así como también de personas que nunca se atendieron en el hospital. Se presentan una versatilidad de situaciones que incluyen, entre otras, la orientación y asesoramiento relativos al acceso a medicamentos e insumos, gestión de elementos ortopédicos, inicio de beneficios relativos a la discapacidad (Certificado Único de Discapacidad, Pensiones No Contributivas), Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo ILE/IVE, problemáticas asociadas a procesos de migración, habitacionales, situaciones de violencia de género e institucional.

Para dichas intervenciones se requiere de la articulación intrainstitucional (con otros servicios del Hospital y del área programática), interinstitucional e intersectorial, a modo de facilitar y acompañar mecanismos de referencia-contrarreferencia a través de “derivaciones asistidas”².

Resulta importante tener presente que no siempre la demanda es explícita, en muchos casos hay que dar(se) el tiempo para poder co-construirla, contextualizando permanentemente la situación problema. Respecto a la variable *tiempo* vale mencionar que, en el encuadre de esta intervención, resulta acotado. Si es un imperativo la presencia de una escucha atenta a fin de conocer qué es lo que ese otro trae, constituye un momento y un tiempo enmarcado y en relación directa con la variable *espacio*. Un espacio físico que se ve atravesado por cuestiones ambientales como son las interrupciones, interconsultas profesionales, sonidos, falta de intimidad que se constituyen en distractores. Estas dos dimensiones, el *tiempo* y el *espacio*, deben ser advertidas y repensadas en nuestras intervenciones. De lo contrario, pueden llevarnos a prácticas repetitivas y alienantes que nos agotan subjetivamente, empobreciendo la práctica al empujarla al “respuestismo” asociado a nuestros orígenes profesionales. Si la demanda no pudo ser resuelta en ese instante, aparecerá otro desafío profesional: posibilitar la idea de reprogramar otro encuentro, permitiendo consolidar un vínculo que trascienda la idea de urgencia y facilitar un seguimiento posterior.

Sostenemos que uno de los principios que guían la intervención en este dispositivo es la promoción de la accesibilidad³ al Sistema de Salud, como instancia de acogimiento ante la vulnerabilidad, a partir de la construcción de un vínculo de confianza. Si bien se pueden hacer sugerencias/recomendaciones/derivaciones y ofrecer volver para un seguimiento, también puede ser la única oportunidad de que esa persona ingrese al Sistema de Salud. Es por este motivo que consideramos que este consultorio externo puede constituirse, no sólo como una puerta de entrada al Sistema de Salud, sino como como un momento de prevención, promoción y educación en todo lo relativo al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Claro que, de la reflexión sobre este espacio, no pueden dejarse a un lado consideraciones sobre su complejidad y que entran indefectiblemente en tensión. Inicialmente se alcanzan miramientos asociados a la frustración que genera la falta de equidad, la insuficiencia e ineficacia de las políticas públicas de las que muchas veces somos los profesionales protagonistas en tanto “facilitadores” de una paupérrima solución y las personas usuarias “prisioneras” de la misma. Cuando las políticas públicas no van de la mano de esas estrategias “de solución” surgen incomodidades, que representan una suerte de frustración, en tanto nuestras intervenciones no alcanzan los pretendidos objetivos; dándose lugar a una relación pendular omnipotencia-impotencia en el ejercicio mismo de la actividad profesional. Cabe señalar que tomando las palabras de Cazzaniga (2009, p.4) ***“la omnipotencia, puede convertirse rápidamente en impotencia. Si esta***

omnipotencia se funda en la concepción de la “resolución de los problemas sociales”, el no logro de esos “objetivos” lleva a la frustración profesional y al sentimiento de impotencia.”

Tensionar el rol que históricamente se nos ha asignado (y las más de las veces, hemos asumido) como dadores de respuestas (entendidas como recurso) que, como producto de un contexto estructuralmente injusto, hará que tengamos que navegar en contextos siempre adversos e insuficientes, ha generado que no se aprecie el valor simbólico que un encuentro puede significar para uno otre, en una trayectoria vital marcada muchas veces por la desafiliación⁴.

Sumando complejidad al espacio que analizamos y en estrecha relación ya que ocurre simultáneamente durante el encuentro, aparece nuestra vivencia como personas. Debemos poder tomarnos el tiempo para, a través del autoregistro, pensar y sentir qué nos pasa en ese instante: ¿da lo mismo iniciar una entrevista luego de un golpe violento y desesperado en la puerta? ¿Qué nos sucede cuándo la impotencia de nuestros usuarios se traduce en violencia hacia nosotros? ¿Qué sucede cuando nuestras vidas personales se encuentran vulneradas y aun así debemos encarar la tarea cotidiana? ¿Qué nos sucede cuando abrimos la puerta y nos encontramos con la sala de espera colapsada? Saber que dicha intervención necesita tener lugar, no quita que sea válido considerar esos actos que nos interpelan y movilizan, que se suman a las situaciones que escuchamos, que observamos, que sentimos, que olemos, que tocan la esfera de la corporalidad. Parafraseando a Danel (2020), el malestar y la incomodidad, que nos puede generar ese encuentro también es un aspecto que atraviesa la intervención y que necesita ser advertida, no para negarla, sino para asimilarla, poder atravesarla y de igual modo, construir a partir y a pesar de ellas.

ENFOQUES, ATRAVESAMIENTOS Y LINEAMIENTOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL

La intervención en lo social, en este caso desde el ámbito sanitario, se presenta como un instrumento de transformación, como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo, y es a través de ciertos enfoques ético-políticos y teórico-metodológicos que entendemos que ello puede tener lugar.

El paradigma de la complejidad se constituye en una herramienta privilegiada para el análisis de las situaciones que se presenta en la DE y, dada la multidimensionalidad de las necesidades observadas, se hace imprescindible pensar y actuar interdisciplinariamente. Si nos reconocemos como seres biopsicosociales y espirituales, complejos e incompletos, será entre muchos y diversos saberes que podremos construir respuestas complejas a problemas complejos. Esto implica un compromiso ético y moral, incluye hablar de corresponsabilidad de la tarea, abandonando la naturalización del recorte que cada disciplina efectúa.

Otro de los enfoques en los cuales basamos nuestra intervención profesional es el enfoque de DDHH. Éste implica considerar a las personas, no como receptores pasivos de programas de asistencia sino, como sujetos activos plenos de derechos frente a quienes el Estado tiene la obligación de responder positivamente. Atender y promover su exigibilidad es también hablar de empoderamiento, apuntalar en el ejercicio de su poder, de su potencialidad de cambio, de su participación y fortalecimiento de capacidades, como así también motivar el desarrollo de la dignidad. Claro que, ante situaciones de desigualdad y falta de acceso a necesidades básicas, los recursos de afrontamiento suelen verse vulnerados, amenazados y dañados. Por este motivo es necesario tener presente el enfoque de reducción de riesgos y daños, el que tiende al respeto por los modos de vivir de cada persona y, en la medida de lo posible, colaborar para reducir los condicionantes y consecuencias a las que a su integridad se expone. Este posicionamiento permite legitimar las vivencias de cada persona y respetar las elecciones personales desde un lugar más cercano, real y humano.

En relación a la puesta en juego de habilidades comunicacionales, relacionales y emocionales en la intervención, no sólo favorecen la posibilidad de alojar al otro sino también generar una escucha y una hospitalidad singular, considerando esta última como la aceptación del otro. En palabras de Arias y Sierra (2018; p.111) ***“es ofrecimiento a un ajeno que nos cuestiona, otro que nos hace demandas y nos hace preguntas, que nos incomoda. Pero sólo podemos ser hospitalarios con aquel a quien le reconocemos entidad de otro. Por otro lado, no hay acceso sin hospitalidad. En dispositivos hospitalarios hay un punto importante a considerar: el otro tiene que tener la posibilidad de elegir.”***

Finalmente afirmamos que, a partir del dispositivo de DE, podemos constituirnos como parte de la red de apoyo social de nuestros usuaries, funcionar como un “puente” en la reconstrucción y/o construcción de otros vínculos con los que esa persona pueda contar frente a otras situaciones futuras. Es interesante destacar que contar con una red de apoyo social influye en la recuperación de la salud, en la adherencia a tratamientos y en la prevención del aislamiento social. Es a partir del reconocimiento de la existencia o escasez de una red, en la que les usuaries se desenvuelven y transcurren su cotidianeidad, que podremos pensar estrategias para articular los diferentes procesos de atención y apoyo social. En palabras de Rodríguez I Molinet (2016; p.38) ***“el trabajo desde el apoyo social además de apuntar a la resolución de problemáticas concretas produce un beneficio adicional que se refleja en la autoconfianza, en la propia competencia, en la colaboración, la solidaridad y la pertenencia.”*** Creemos necesario posar la mirada en la modificación de realidades/percepciones y en la gestión del entorno, a fin de conocer aquello de lo social que pudo afectar y contribuir al padecimiento, como así también aquello de lo social que puede afectar y contribuir a la transformación.

A MODO DE REFLEXIÓN

Para cerrar el presente análisis, nos resulta interesante pensar como estrategia para la Protección Social en Salud, la accesibilidad de la mano del respeto a la dignidad en la atención. En palabras de Stolkiner (2007; p.205) ***“podría decirse que el concepto de dignidad en la atención aporta a la accesibilidad ampliada, en tanto cuando se respetan los derechos, se facilita la construcción y solidificación del vínculo entre población y servicios. Aunque exista accesibilidad, es necesario monitorear desde los servicios, la dignidad en la atención, ya que es la que permite que el vínculo entre población y servicios de salud se mantenga a lo largo del tiempo.”***

Debemos reconocer que, frente a la falta de respuestas por parte de las políticas públicas y la prevalencia de intervenciones que deterioran, vulneran y fragilizan, la accesibilidad a los servicios de salud, la dignidad en la atención, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado no son sólo un derecho, sino una obligación de los equipos de salud. Sin duda, intervenir con empatía, teniendo en cuenta la singularidad de cada quien, es humanizar nuestras intervenciones, es poder acompañar a los sujetos en los procesos de transformación y cambio social en salud, teniendo en cuenta el contexto, la historia de vida, las capacidades, las potencialidades y los recursos de cada persona y su entorno. Así como también, las limitaciones contextuales, institucionales y profesionales que también nos interpelan, condicionando nuestras prácticas.

Sostenemos que trabajar desde los enfoques que se proponen en la atención de la DE, se intenta trascender la urgencia, lo “espontáneo” y la búsqueda automática de soluciones. Esto permite y habilita otro tipo de abordajes, que pueden redundar no sólo en beneficios para les usuaries, sino también consolidarse en una práctica profesional significativa.

Creemos fundamental considerar al autocuidado profesional como un imperativo ético, no como una práctica que se realiza al salir del trabajo para “desconectar”, sino que necesita constituirse como una forma de estar presente y consciente durante el horario laboral. El autocuidado requiere autorreflexión y conciencia para identificar factores de estrés, limitaciones y apoyos relevantes –tanto en el ámbito personal como en el profesional– y constituye un acto responsable hacia les usuaries. Además, redundante en una práctica ineludible al momento de hacernos mejores en el arte de escuchar y acompañar en las demandas, bregando por brindar una atención de calidad cuando nos toca ***abrir la puerta.***



NOTAS

1. Problemáticas sociales complejas: surgen en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación. (Carballeda, 2008:2).

2. Implican el compromiso del/a profesional de conocer la institución a la que está derivando, establecer un contacto y poder articular de manera directa, evitando que la persona se sumerja en un sinfín de recorridos institucionales sin respuesta.

3. Accesibilidad: vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, y surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. (Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkiner, A.; 2007: 203).

4. Desafiliación: proceso mediante el cual un individuo se encuentra disociado de las redes sociales y societales que permiten su protección de los imponderables de la vida (Castel, 1992).

BIBLIOGRAFÍA

CASTEL, R. (1992). *De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso.* Revista Esprit. París.

CARBALLEDA, A. (2008). *Problemáticas sociales complejas y políticas públicas.* Buenos Aires.

CAZZANIGA, S. (2009). *Sobre la imposibilidad de la intervención profesional: reflexiones para "poder" repensar.* Ponencia Jornadas de Investigación en trabajo social Facultad de Trabajo Social UNER, Paraná.

CLEMENTE, A. (DIRECTORA). ARIAS, A.; SIERRA, N. (2018). *La accesibilidad como problema de Políticas Sociales. Universo de encuentros y desvinculaciones.* Cap. 4. Construcción de accesibilidad e instituciones. Ed. Espacio. Argentina.

COMES, Y.; SOLITARIO, R.; GARBUS, P.; MAURO, M.; CZERNIECKI, S.; VÁZQUEZ, A.; SOTELO, R.; STOLKINER, A. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios.* Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

DANEL, P. (2020). *Habitar la incomodidad desde las intervenciones del trabajo social.* Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires.

MARTINELLI, M. L. (1995). *Serviço Social. Identidade e alienação.* Editora Cortez. São Paulo.

NOVELLAS AGUIRRE DE CÁRCER, A.; MUNUERA GÓMEZ, M.; LLUCH SALAS, J.; GÓMEZ-BATISTE, X. (COORDINADORES). RODRÍGUEZ I MOLINET, J. (2016). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención social.* Cap. 2. Capital social, capital comunitario y capital familiar en situaciones de crisis. Edición Obra Social "la Caixa". Barcelona.

APROXIMACIONES A LA NOCIÓN DE CUIDADO EN CONTEXTO DE FIN DE VIDA

**Varela, María Constanza*

“El cuidado es una lente a través de la cual mirar al mundo”

J. Tronto



INTRODUCCIÓN

El presente artículo procura ser una aproximación para el análisis de las características que presenta la categoría de cuidado en el contexto de fin de vida. Resulta relevante problematizar este momento particular de intervención, en el marco de un proceso de acompañamiento de una trayectoria de enfermedad. En esta instancia es necesario redefinir objetivos y estrategias de cuidado tanto con la persona que atraviesa un proceso de enfermedad como con su familia. Por su parte, el equipo de salud también requiere reevaluar y volver a establecer diagnósticos pensando en el contexto de intervención próximo que va a adquirir características diferentes a los anteriores.

* **María Constanza Varela** - Licenciada en Trabajo Social (UBA). Magister en Cuidados Paliativos (Universidad del Salvador- Instituto Pallium Latinoamérica). Diplomada en Cuidados Paliativos y psico-socio oncología. (Instituto Pallium Latinoamérica). Trabajadora Social del Equipo de Cuidados Paliativos y de la Sala de Cardiología del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" (CABA)

El período de fin de vida hace referencia a aquel que abarca los últimos meses de un proceso de enfermedad, caracterizado por la incertidumbre, el progresivo nivel de dependencia de la persona enferma, la mayor necesidad de cuidado físico, el manejo síntomas y el acompañamiento en el sufrimiento, en la expresión de miedos y temores, y en algunos casos en un proceso de despedida.

Es decir, se trata del cuidado de una persona gravemente enferma, con una familia y/o vínculos afectivos que han atravesado un proceso de salud - enfermedad - atención-cuidado con diversas adaptaciones y toma de decisiones.

LA CONCEPCIÓN DEL CUIDADO EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles son la mayor causa de muerte y discapacidad en el mundo. Se estima que alrededor del 71% de las personas morirá a causa de una o varias enfermedades crónicas progresivas; tras un proceso evolutivo con crisis, con alta necesidad y demanda de atención sanitaria, creciente dependencia y frecuentes decisiones relacionadas a la organización del cuidado.

El desarrollo de la medicina en las últimas décadas ha estado centrado en la innovación tecnológica para alargar y extender la vida. Al mismo tiempo, las instituciones y profesionales de la salud focalizaron su atención hacia la curación y los tratamientos activos relegando, muchas veces, la función de cuidado que requieren las prácticas de salud. Principalmente en aquellas personas en las cuales los objetivos de curación no son posibles.

Los Cuidados Paliativos surgen en la década de 1960 como respuesta a esta tecnificación de la medicina, buscando una atención de salud centrada en la persona más que en la enfermedad. Integrando así, las diferentes dimensiones del cuidado de modo tal de facilitar a la persona que atraviesa una enfermedad avanzada, vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final. Este enfoque propone el abordaje integral de la persona enferma, familia y/o entorno significativo, considerando a estos últimos como sujetos de atención fundamentales en un proceso de salud -enfermedad- atención - cuidado.

Si bien en los últimos años los equipos de Cuidados Paliativos se han multiplicado, todavía no tiene el alcance necesario para garantizar los derechos de cuidado en fin de vida de la población que lo necesita. Esta forma de encarar la atención implica la articulación y coordinación de los diferentes equipos de salud, la inclusión de la familia y vínculos afectivos y el trabajo de los aspectos no sólo médicos sino también psicológicos, sociales y espirituales. En este sentido, los Cuidados Paliativos recuperan la noción de cuidado como estructurante en la práctica de salud.

Fisher y Tronto (1990) definen el cuidado como ***“una actividad que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro 'mundo' para que podamos***

vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro entorno, todos los cuales buscamos entrelazar en una red compleja que sustenta la vida", citado en Tronto (2006, p.5). Esta definición alude tanto al cuidado físico, como al cuidado emocional. El soporte afectivo de una persona en fin de vida es un aspecto central e implica lo que Fascioli (2016) plantea como **"morir con reconocimiento"**. La necesidad de cuidados es algo generalizado en el ciclo de la vida de todas las personas, sin embargo, en algunos momentos vitales no sólo son fundamentales si no que los mismos se complejizan y asumen características especiales.

FAMILIARIZACIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES DEL CUIDADO EN CONTEXTO DE FIN DE VIDA.

En el tratamiento de las personas con enfermedades en contexto de fin de vida, se observa una tendencia hacia la familiarización o familista del cuidado. Faur y Pereyra (2018, p.498) plantean que **"en un contexto en el cual las instituciones del Estado muestran una mayor debilidad, el papel de las familias y de las organizaciones de la sociedad civil cobra mayor relevancia y la contratación por la vía del mercado sólo alcanza a un sector de la población"**.

Ante esto, la responsabilidad del cuidado suele recaer en la familia, quien puede no tener los recursos prácticos y muchas veces tampoco el deseo de cuidar en fin de vida. Sin embargo, suele prevalecer la concepción de que los vínculos familiares generan relaciones de cuidado de calidad basadas en relaciones afectivas.

Una visión "romántica" del cuidar bien, que no hace más que reforzar estereotipos de vínculos familiares y acentuar el sentido de la responsabilidad familiar.

En este sentido, Faur, Pereyra y Jelin (2012, p.22) sostienen que **"las creencias y perspectivas 'familísticas' ponen el énfasis sobre el lugar de los afectos y del altruismo"**. Destacando que si bien mucho del trabajo de cuidado es **"hecho por amor"**, eso no implica **"que amemos hacerlo todo el tiempo"**.

Este proceso de familiarización se convierte en la principal estrategia de cuidado ante la falta de políticas públicas que lo garanticen, quedando las familias y/o vínculos afectivos de la persona enferma sin alternativas si no cuentan con los medios económicos para 'privatizar' el cuidado.

Shahra Razavi (2007) introduce el concepto analítico de **"diamante de cuidado"**. Se trata de un esquema que simboliza el rol y la interacción de las cuatro instituciones centrales en la provisión del cuidado: el Estado, las familias, los mercados y las organizaciones comunitarias. Este concepto permite evaluar el peso que tienen estos actores de acuerdo al contexto de cuidado, de qué manera se articulan y equilibran entre sí.

Cabe destacar que coexisten distintos **"diamantes de cuidado"** en una misma

sociedad (Faur, 2017) de acuerdo a la posición social, geográfica, cultural e histórica. El diamante va adquiriendo diferentes formas, principalmente, de acuerdo con la configuración de las políticas sociales.

El cuidado físico y emocional de las personas en este momento de crisis vital adquiere algunas particularidades; considerando que la enfermedad viene a irrumpir en los proyectos de la vida cotidiana sobre todo de la persona enferma, pero también de la familia y sus vínculos afectivos. Frente al diagnóstico de una enfermedad que limita o amenaza la vida, la cotidianeidad se reestructura y comienza un proceso de medicalización de la vida cotidiana que se va a ir configurando cada vez más en torno a la enfermedad (turnos médicos, horarios de medicación, vínculos creados en torno al hospital, apoyos institucionales). A medida que ello ocurre, comienzan a ponerse en discusión en la persona enferma, entorno, familia y equipo de salud algunas decisiones en torno a estrategias de cuidado. En este sentido Luxardo (2008) plantea que la atención de esta persona cada vez requiere más tiempo, entonces la nueva rutina de la enfermedad va “devorándose” la rutina previa, hasta que en la vida del cuidador todo gira alrededor de aquella.

Frecuentemente se observa que algún integrante de la familia debe dejar su actividad laboral o flexibilizarla para poder acompañar a la persona enferma a distintos turnos y estudios médicos o asistirle en el domicilio. Esto, sumado a que la persona que atraviesa un proceso de enfermedad, en la mayoría de los casos, va limitando su actividad laboral podemos asegurar que este proceso tiene un fuerte impacto en la economía familiar.

En este sentido, la distribución de las tareas de cuidado está atravesada por dos desigualdades centrales: la desigualdad de género y la desigualdad social (Krmptotic, 2008). Es decir, dentro de la tendencia familista debe incluirse la feminización de las actividades de cuidado, ya que son las mujeres las que asumen mayoritariamente los cuidados a partir de una construcción social que naturaliza este papel, dando un hecho el afecto o amor en el vínculo y añadiendo un mandato moral. (Comas D' Argemir 2015, p.378).

Y, por otro lado, en los sectores sociales que no pueden “mercantilizar” el cuidado, éste recae en las familias. La desigualdad social se genera ya que los sectores de clase media y alta tienen la posibilidad de contratar cuidadores que cumplen esta función, mientras los sectores más vulnerables no solo no tienen esta alternativa, sino que frecuentemente deben relegar su actividad laboral y económica para priorizar el cuidado.

Frecuentemente ocurre que ante la imposibilidad económica de contratar un cuidador y la ausencia de políticas públicas que garanticen el cuidado, algún integrante de la familia (principalmente mujeres), deben dejar su actividad laboral para las múltiples tareas que implica el cuidado de una persona con una enfermedad avanzada.

De esta manera se ve notablemente afectada la situación económica del grupo familiar, en un contexto de enfermedad donde los gastos aumentan considerablemente

(medicación, traslados en remisa al hospital, entre otros).

Existe además un fuerte mandato moral de responsabilidad familiar de los cuidados que los profesionales de la salud tendemos a reforzar, dejando poco resquicio para preguntarse respecto al deseo de cuidar o considerando cuestiones vinculares que inciden en la disposición y capacidad del cuidado. Se refuerza así el mandato simbólico, moral y cultural donde la familia debe cuidar cualquiera sean las condiciones y vínculos familiares preexistentes.

Muchas veces los profesionales de la salud depositamos en las familias (y principalmente en un único cuidador que es quien concurre al hospital) desde gestiones administrativas, cuidado físico, manejo de información con el paciente y apoyo emocional entre otras tareas. Esto, sin evaluar si ese cuidador tiene capacidad o deseo de ocuparse de tales funciones. Dado que el afecto y vínculos dentro de las familias se construyen socialmente, no debe darse como un hecho en todas las situaciones.

Luxardo (2008) problematiza el rol de cuidador principal, sugiriendo nominarlos como “**personas en situación de cuidado**” para así identificar que están realizando una actividad relacionada con el cuidado, pero que además tienen otros horizontes que deben atender más allá del rol del cuidar, evitando de este modo que el rótulo de cuidadoras redefina la propia identidad.

La historia personal, social, familiar y cultural suele ser poco contemplada en las intervenciones en salud, produciendo acciones aisladas, y fragmentadas, que dificultan una mirada integral sobre el padecimiento de los sujetos que se encuentran atravesando una enfermedad crónica o progresiva. Resulta importante tomar la narrativa que de estos aspectos trae el sujeto enfermo y su familia a fin de incluirlo en las decisiones clínicas que guían el acompañamiento, de acuerdo a las necesidades de información, deseos y trayectoria de enfermedad de la persona. (Novellas, Munuera Gómez, Lluch Salas, Gómez Batista, 2016).

No debemos olvidar que las familias en procesos de enfermedad progresiva, se enfrentan a su propia angustia y dolor, brindan apoyo emocional a su familiar enfermo (manejando más información muchas veces que el propio sujeto), colaboran con el cuidado físico, manteniendo también el funcionamiento familiar y organizativo. Es decir, es receptora del sufrimiento de la persona enferma y padecedora de su propio sufrimiento por atravesar una situación de enfermedad y muerte en el contexto más inmediato.

Como expresa Dolors Comas D'Argemir (2015, p.377) la tendencia a **“este proceso de familiarización oculta que los cuidados conciernen al conjunto de la sociedad ya que afectan a la reproducción social. Es necesario remarcar este aspecto porque la noción de familia como ideal imaginario es un concepto muy potente y de gran utilidad potenciado por las políticas públicas, que alimentan y fomentan la naturalización de la familia, partiendo de la certeza de que esta es la principal suministradora de asistencia y bienestar”**. Así también frente a la ausencia de políticas

públicas, las familias actúan como variable de ajuste, llevando a la esfera privada la responsabilidad del cuidado de aquellas personas que la medicina no puede ofrecerles un tratamiento curativo y negando así que se trata un problema público.

Cuando pensamos en personas que necesitan cuidados en fin de vida debemos considerar que hay familias que no pueden afrontar solas esta situación por diferentes factores que las hacen particularmente vulnerables: la existencia de problemas familiares previos a la enfermedad, ausencia de recursos personales para sobrellevar el estrés y las reacciones emocionales, hospitalizaciones largas y frecuentes, sobrecarga sobre un único cuidador, ausencia de apoyo familiar y social, situación socioeconómica desfavorable, historias personales de dificultad para afrontar situaciones complejas.

PALABRAS FINALES

Las personas que transitan el fin de vida, luego de una enfermedad progresiva, son uno de los grupos más vulnerables de la sociedad; y que además requieren una complejidad en la red de cuidados que no está lo suficientemente problematizada en la agenda pública. Las dimensiones propias del final de la vida exigen ser considerados en la formulación de políticas públicas que implementen lógicas de cuidados que tengan en cuenta las particularidades de este momento trascendente para las personas y sus familias.

Una de las explicaciones de la ausencia de políticas públicas de cuidado para las personas en fin de vida es la tendencia de la modernidad a ocultar la muerte convirtiéndola en algo vergonzoso de lo que es mejor no hablar, que provoca miedo o indiferencia.

Considero importante que los equipos de salud podamos poner en tensión algunos supuestos en relación al cuidado que refuerzan ciertos mandatos, que reproducen prácticas de cuidados sin la posibilidad de elección ni acompañamiento de las instituciones. Por ello, debemos considerar que no solo la persona que atraviesa un proceso de enfermedad, sino que las familias que cuidan a personas en fin de vida también deben ser consideradas como sujetos de cuidado para el sistema de salud.

El desafío para los profesionales de la salud, consiste en acompañar trayectorias incorporando la narrativa y gestualidad en la intervención que permitan construir estrategias de cuidados viables para cada situación de intervención. Principalmente cuando existe el deseo de cuidar por parte de las familias y/o vínculos afectivos, que en la instancia de fin de vida puede resultar inclusive un hecho sanador en función del duelo que deberán atravesar.

Ahora, donde no se evidencie capacidad y/o deseo de cuidar, es necesario la presencia del Estado garantizando el derecho a cuidar y ser cuidado en contexto de fin de vida.



BIBLIOGRAFÍA

COMAS D'ARGEMIR, D. (2015) *Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar*. Revista De Antropología Social. 24, 375-404. https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50663.

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

FAUR, E (2017) *¿Cuidar o educar? Hacia una pedagogía del cuidado*. Recuperado https://www.researchgate.net/publication/328031630_Cuidar_o_educar_Hacia_una_pedagogia_del_cuidado

FASCIOLI, A. (2016) *Los cuidados paliativos al fin de la vida: expresión del reconocimiento del otro*. Revista Enfermería: Cuidados Humanizados, Vol. 5, n° 2.

FAUR, E; PEREYRA, F. (2018) *Gramáticas del cuidado*. Recuperado en https://www.researchgate.net/publication/324942263_Gramaticas_del_cuidado [https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)

KRMPOTIC, C (2008) *Medicalización de la vida cotidiana y políticas de salud*. En Krmpotic "Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud" Argentina. Ed Espacio.

LUXARDO, N (2008) *El cuidado en el hogar de enfermos crónicos y/o terminales: implicancias y tensiones*. En Krmpotic, C Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud. Argentina. Ed Espacio.

NOVELLAS, A; MUNUERA GÓMEZ, P; LLUCH SALAS, J; GÓMEZ BATISTA, X. (2016). *Manual para la atención psicosocial y espiritual de personas con enfermedad avanzada*. Barcelona. España. Ed: Obra Social La Caixa.

RAZAVI SHAHRA (2007) *La economía política y social del cuidado en un contexto de desarrollo. Cuestiones conceptuales, preguntas de investigación y opciones de política*. United Nations Research Institute for Social Development. Gender and Development Programme Paper Number 3 June 2007

TRONTO, J. (2006) *Círculos viciosos de la privatización del cuidado*. Socializing Care: Feminist Ethics and Public Issues, Maurice Hamington y Dorothy Miller (eds.), Lanham, Rowman & Littlefield Publishers.

¿Y ELLOS CÓMO LO VIVEN?: REFLEXIONES SOBRE LA VIVENCIA DE LA MASCULINIDAD EN CONTEXTOS DE ENFERMEDAD

* Ricciardi, Paula

El escrito desarrolla breves reflexiones devenidas de la praxis profesional dentro del campo sanitario, analizando varones cisgénero que atraviesan enfermedades con pronóstico terminal o crónicas avanzadas. En el mismo se problematiza sobre la importancia de sostener la perspectiva de género como imperativo ético a la hora de construir estrategias de intervención profesional.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del presente trabajo surge de la elaboración del trabajo final de la Diplomatura de Estudios Avanzados en Género, cultura y poder de la UNSAM, incorporando reflexiones devenidas en el transcurrir como residente de Trabajo Social en el campo de la atención paliativa. Parte de dicha experiencia se caracterizó por formar parte dentro de un programa interdisciplinario de Cuidados Paliativos en un hospital general de agudos, como también dentro un equipo de cuidados domiciliarios perteneciente a un centro de salud y acción comunitaria (CESAC). La población objeto de análisis son aquellos varones cisgénero atendidos en el marco de los equipos, quienes transitaban una enfermedad con pronóstico terminal, o enfermedad crónica avanzada.

*Paula Ricciardi- Licenciada en Trabajo Social, UNLAM. Diplomada en Estudios avanzados de Género, cultura y poder, UNSAM. Residente de Trabajo Social en Salud, CABA.

A partir de un recupero de experiencias de abordajes, se ha podido observar que los varones suelen experimentar tensiones y conflictos subjetivos e intersubjetivos con respecto a sus propias construcciones de masculinidad frente a la vivencia de la enfermedad, la cual compromete al cuerpo a una fragilidad exponencialmente visible. Es allí, cuando la demanda de cuidado se cristaliza por completo, siendo la dinámica familiar o vincular, una de las dimensiones en las que directamente reviste el impacto de reorganización frente a los cuidados específicos y particulares que se requieren, así como también a la modificación de roles dentro de las dinámicas cotidianas.

En esta línea, a la hora de pensar cómo intervenir con este sector de la población, donde la vulnerabilidad y la debilidad no están inscriptas en las representaciones de virilidad y los estereotipos sobre el ser “hombre”, varios interrogantes (re) surgen desde la práctica ¿Qué aportes se pueden construir desde el enfoque de género con perspectiva interseccional junto con dichas familias? ¿Cómo intervenir con la construcción y el ejercicio de las masculinidades frente al padecimiento encarnado que habilita una enfermedad?

Para situar la lectura, se destaca que el escrito aborda el concepto de la masculinidad desde un enfoque intersectorial y relacional, entendiendo a la perspectiva de género desde un marco interactivo, donde las construcciones valorativas de los géneros se configuran desde un dinamismo relacional con otras/os. En dicha línea, se entrelazan los conceptos de la economía de la división sexual y social del trabajo, el enfoque de género interseccional y las masculinidades, junto con el enfoque de atención paliativa dentro de las modalidades de atención y cuidado en la salud y la enfermedad.

ATENCIÓN PALIATIVA: DE PERSPECTIVAS E INQUIETUDES EN SU ABORDAJE.

Según la Organización Mundial de la Salud (2007) los cuidados paliativos remiten a un enfoque de atención que aspira a mejorar la calidad de vida de la/os pacientes y familias frente a los problemas asociados a enfermedades incurables. De esta manera, las modalidades de atención desde el ámbito sanitario, se concentran en promover la prevención y el alivio del sufrimiento a partir de un tratamiento adecuado del dolor (tanto físico como socio cultural, psicológico y espiritual).

Asimismo, a partir de un informe realizado por la OMS en el año 2020, se ha podido identificar que el mundo va camino a incorporar necesariamente dentro de las modalidades de asistencia en el campo de la salud la perspectiva paliativa. Esto se vincula al aumento de carga que representan las enfermedades no transmisibles y el proceso de envejecimiento poblacional, atravesado principalmente por enfermedades crónicas y enfermedades sin tratamiento de cura. No obstante, dicho informe expone a su vez que a pesar de que la población que requiere atención paliativa representa un número superior a 40 millones de personas, solo el 14% lo recibe adecuadamente.

En tal sentido se puede inferir que incorporar el enfoque de atención paliativa dentro de los sistemas sanitarios, implica directamente interpelar aquello que Butler (2010) definió como la precariedad de la vida. Ontológicamente los cuerpos logran vivir y sobrevivir a partir de la interdependencia ontológica de la vida, siendo la vulnerabilidad de lo corporal

un hecho inmutable. Frente a ello, sí solo el 14% logra acceder a la atención adecuada, es factible destacar que el cuidado y la atención requerida para aquella población se encuentra delegada directamente al ámbito doméstico, y en consecuencia al mundo feminizado. Por ello, para poder pensar necesariamente un enfoque de atención paliativa dentro de las intervenciones sanitarias, indefectiblemente hay que transversalizar la perspectiva de género.

Complementario al concepto de precariedad de la vida, Fabbri (2020) desarrolla que la masculinidad funciona como mecanismo de **“expropiación de la salud de las mujeres para el bienestar y cuidado de los varones”**. Articulando ambas definiciones, y ponderando que las estructuras - estructurantes- hegemónicas sobre el ser **“hombre”** descansan en los argumentos de la fortaleza corporal y la virilidad física, el cuerpo frente al transitar enfermedades crónicas o sin cura, reviste ser el escenario de procesos emocionales, afectivos, así como también de posibilidad de agenciamiento. En otras palabras, desde el padecimiento encarnado que habilita una enfermedad, se puede pensar como un momento propicio para cuestionar los estereotipos legitimados sobre los roles genéricos.

MASCULINIDADES EN “JAQUE”: LA ENFERMEDAD COMO INTERPELACIÓN A ESTEREOTIPOS.

Se considera fundamental resquebrajar las investiduras de las definiciones generalizadas, estáticas, ahistóricas sobre la salud, la enfermedad y el padecimiento, adentrándose en las variables, y significados que configuran las experiencias y prácticas subjetivas vinculadas en los procesos de salud, enfermedad, modalidades de atención y cuidado. Tomar distancia de aquellas nociones pre -establecidas, a su vez demanda de reconocer y reflexionar sobre aquellas prácticas intersubjetivas que se van amalgamando recíprocamente entre la/os distinta/os actores y actrices que intervienen en dichos procesos particulares, mediados por prácticas culturales universales y territorialmente singulares.

En esta línea, varios interrogantes advienen a la hora de pensar las modalidades de intervención con aquellos varones que transitan confirmaciones diagnósticas de enfermedades crónicas con pronóstico terminal, así como también en el acompañamiento de sus respectivos procesos de atención y cuidado. Estas instancias irrumpen en las dinámicas cotidianas, tendiendo a transformar las tramas familiares y/o vinculares por completo de las personas en general, y de la vivencia de las masculinidades en particular.

La irrupción de una enfermedad oncológica, por ejemplo, situación adversa y muchas veces poco predecible, cristaliza aquello que Hartmann denomina **“las lógicas del patriarcado”, las cuales configuran la “jerarquía en la que determinadas personas ocupan determinados puestos”** (p.14). Algunos desarrollos teóricos complementan que, **“lo que se oculta no es el trabajo doméstico y las amas de casa, sino la relación producción-reproducción que caracteriza el sistema capitalista”** (Icart y Velasco, 2016, p.73) organizado bajo modalidades de relación patriarcal y estructurado bajo lógicas

raciales. Cuando estos engranajes que pusieron en marcha el mundo moderno, se ven intempestivamente fragmentados ante la particularidad de la vivencia de una enfermedad, distintas estrategias se van gestando para coaccionar la continuación del orden preestablecido. No obstante, también puede dimensionarse como un momento viabilizador para crear nuevos esquemas valorativos, con respecto a los estereotipos fuertemente arraigados acerca de la masculinidad.

Frente a situaciones de tanto padecimiento físico y emocional, algunas de las respuestas que se gestan por parte de los varones hacia las mujeres y niña/os de su grupo familiar, revisten conductas de violencia verbal, simbólica y en ocasiones físicas. La impotencia que genera la enfermedad, consolida una demanda –y necesidad- de reafirmar y resignificar el lugar de “jefes de hogar”. Kaufman (1999) desarrolla que la violencia es un eje organizador de las prácticas sociales, donde la naturalización del uso de la misma otorga un permiso “explícito o tácito para ejercerla”. El autor elabora la importancia de problematizar las formas en que los “hombres” construyen el poder y la dominación, dado que esta exigencia fundacional de ser quienes dominan, contradictoriamente resulta ser la fuente de su propia vulnerabilidad y dolores subjetivos. Este accionar proviene fundamentalmente de aquellos estereotipos hegemónicos con respecto a la masculinidad. La distancia emocional y la transformación de todos los sentires en ira, permiten la coexistencia de mecanismos justificadores de la amenaza o uso de la violencia, y así continuar sosteniendo el lugar que les proporciona virilidad y poder.

Coincidiendo con las ideas de Connell (s/f), para reconocer y analizar las masculinidades, resulta de suma importancia entender la construcción de las mismas dentro de una estructura mayor. Por ello, ante las definiciones normativas acerca de lo que hegemónicamente se espera sobre la masculinidad, se permite –y se empuja- a que los “**diferentes hombres se acerquen en diversos grados a esas normas**”, reconfigurando bajo distintas formas y modalidades el uso de su poder.

Debido al contexto geográfico donde está inserto el efector de salud, muchos de los varones con quienes se ha intervenido se caracterizan por ser migrantes, con empleos precarizados dentro de la esfera del trabajo informal. Resulta importante destacar esto, dado que las masculinidades y el lugar que ocupa cada sujeto dentro de la estructura jerárquica de la sociedad, sólo es posible de entenderse dentro de la interseccionalidad clase, raza, género y etnia. Por ello, es necesario incorporar en los análisis que fundamentan la intervención profesional, el reconocimiento de género dentro de una superestructura que predetermina distinciones jerárquicas de manera intersectorial, que son consecuente y complementariamente opresivas.

Resulta pertinente recuperar el concepto de “sujeto encarnado” desarrollado por Chagoya (2015). La autora explica que la subjetividad deviene de una experiencia de sujeto-cuerpo, donde las experiencias permean y habilitan la reconstrucción de la misma. Por ello, la encarnación del sujeto habilita a repensar y asumir a aquellos hombres, previamente como personas. Esto permite problematizar sobre aquellas situaciones que los coloca en procesos de subalternidad.

En otras palabras, la importancia de desandar los marcos de referencia con respecto a la masculinidad hegemónica, posibilitará reconducir nuevas valorizaciones sobre el ser “hombre” en un mundo organizado bajo el proyecto ideológico androcéntrico. Desandar normativas materializadas en representaciones hegemónicas, obliga a trabajar en la interrelación existente con el resto del grupo familiar, y reconstruir las trayectorias personales para dotar de sentidos contextuales, históricos y personales al padecimiento actual.

El sufrimiento de una enfermedad expone la importancia de aquellas actividades históricamente asignadas como naturales al género femenino: el cuidado de la reproducción de la vida. Hartmann (1988) afirma que **“la base material del patriarcado es el control del hombre sobre la fuerza de trabajo de la mujer”** (p.15). Por ello, la vivencia encarnada del padecimiento, la incertidumbre y el miedo puede conducir a respuestas esperadas tales como el equilibrio de las dinámicas familiares/vinculares por medio de la fuerza, la coacción y, la amenaza o el uso de la violencia tanto simbólica, como verbal y/o física. El fin primero y último de esto se asienta en revalidar la obligatoriedad del beneficio –y el privilegio- de ser cuidados. Pérez (2006) lo define de una manera muy clara: **“los hombres son socializados en ser cuidados, y las mujeres en cuidar al resto”** (p.77).

Sin embargo, también se puede pensar como un momento propicio para intervenir, como profesionales de la salud ante las transformaciones de sus cotidianos, mediante la implementación de tácticas profesionales de acompañamiento que incorporen un enfoque de género interseccional. Dicha intervención implica reconocer la importancia de la perspectiva teórica de la economía feminista de la ruptura, en donde se piense la división social y sexual del trabajo desde el enfoque de la interdependencia: la vida es sostenible si se reconoce vivida desde la vulnerabilidad ontológica que encarna la misma. Por ello, se debe trabajar de manera individual con las personas en cuestión, y de manera integrada para construir saltos cualitativos en las interpretaciones de las vivencias. Denunciar la tradicional división de los roles sociales por sexo, habilita a que los varones permitan conectarse con dimensiones propias de la esencia humana: el dolor y el sufrimiento.

Las intervenciones que se realizan en el terreno de la micropolítica dentro de las instituciones públicas conllevan de una gran responsabilidad ética en tiempos donde la desigualdad del género es un hecho, y repercute de manera diferente en los padecimientos y situaciones adversas. Por ello intervenir con grupos familiares, y sus dinámicas, incorporando el enfoque de género intersectorial obligaría a pensar **“un concepto alternativo de familia como un lugar de lucha”** (Hartmann, 2000, p.19). Es decir, como un ámbito dinámico en donde las opresiones pueden hacerse conscientes y de esta manera transformar o modificar las dinámicas de interdependencia.

BREVES CONCLUSIONES

A modo de concluir, se recupera que la mayoría de las instituciones del mundo moderno se esgrimieron a la luz de los valores de una cultura patriarcal, capitalista y estructuralmente

racial. Frente a ello es menester reivindicar el imperativo ético que demanda la coyuntura actual hacia la construcción de intervenciones profesionales con horizontes feministas.

El enfoque de la atención paliativa no solo es necesario, sino que se considera como un derecho humano. Por ello, y frente a la complejidad que reviste transitar enfermedades con pronóstico terminal o enfermedades crónicas avanzadas, se deben pensar intervenciones interdisciplinarias que estén a la altura. Incorporar una perspectiva de género interrelacional, de derechos humanos y de la economía social de los cuidados se considera un hecho político, profesional y ético necesario para continuar desestabilizando los pilares de las instituciones modernas, e instituyendo nuevos andamios valorativos que sostengan las paredes del sistema sanitario.

Esto demanda transversalizar el horizonte feminista a las lecturas analíticas que se realicen en las situaciones con las cuales se trabaja, entendiendo que así las prácticas profesionales pueden reconocer los modos diferentes en los que impacta los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. Reconocer estas diferencias, permite a su vez entender a las masculinidades como atributos socioculturales que encarnan las vivencias de los cuerpos, y su potencial de agenciamiento, pasible de ser interpelado y transformado.



¿Y ELLOS CÓMO LO VIVEN?

BIBLIOGRAFÍA

BRUNET ICART, I. Y SANTAMARÍA VELASCO, C. A. (2016) *La economía feminista y la división sexual del trabajo*. Culturales, 4(1), pp. 61-86.

BUTLER, J. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.

CONNELL, R. W. (2010). *La organización social de la masculinidad en: Valdés, Teresa y José Olavarria (eds.), Masculinidad/es: poder y crisis*. ISISFLACSO. pp. 31-48.

FABBRI, L. (2020). *Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas*. Salud Feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización.

FUNDACIÓN SOBERANÍA SANITARIA. Ed. Tinta Limón, Buenos Aires.

FERNÁNDEZ CHAGOYA, MELISSA (2015) *Hombres feministas: el escándalo de renunciar a la masculinidad en María J. Rodríguez Shadow y Beatriz Barba Ahuatzin (eds.), Trabajo y violencia. Perspectivas de género*. México, Centro de Estudios de Antropología de la Mujer-INAH, pp. 66-87

HARTMANN, H. (1996), *Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo*. Papel de la Fundación, 88, Fundación Rafael Campalans.

HARTMANN, H. (2000). *La familia como lugar de lucha política, de género y de clase: el ejemplo del trabajo doméstico*. *Cambios sociales, económicos y culturales*. Argentina: FCE.

KAUFMAN, MICHAEL (1999). *Las siete P's de la violencia de los hombres*. Disponible en: <https://www.michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2009/01/kaufman-las-siete-ps-de-la-violencia-de-los-hombres-spanish.pdf>. Fecha de última consulta: 14/08/2021

OMS (2007). *Cuidados paliativos. (Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; módulo 5.) II Serie*. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547343_spa.pdf. Fecha de última consulta: 14/08/2021

OMS (2020). *Cuidados Paliativos. Datos y Cifras*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Fecha de última consulta: 14/08/2021

PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN ANTE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS. UNA PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

* *Miño Vargas, Daniel F.*

Este artículo se propone la reflexión acerca de los fundamentos científicos y los principios de intervención ante los consumos; los cuales buscan no sólo servir de herramientas y metodologías que garanticen la efectivización de los derechos de las personas en el proceso de asistencia, prevención y tratamiento, sino plantear un claro e incuestionable posicionamiento fundado ante la intervención profesional



Los procesos de intervención ante los padecimientos de las personas, implican por parte del Trabajo Social así como de otras disciplinas, un claro posicionamiento ético, epistemológico, metodológico y político. En situaciones de consumos de sustancias psicoactivas y/o actos/prácticas que las personas realizan para obtener de ellas efectos psicoactivos (léase por ejemplo compras compulsivas, consumos problemáticos de nuevas tecnologías, juego compulsivo, entrenamientos deportivos compulsivos, etc. donde no media la ingesta de sustancias psicoactivas), la consideración y

***Daniel F. Miño Vargas**- Lic. en Trabajo Social. Maestrando de la Maestría de Políticas y Desarrollo de Flacso. Docente de la Universidad Nacional de Lujan. Docente de la Diplomatura en Adicciones de la UMSA. Docente responsable del Seminario y Curso "Los consumos problemáticos y la intervención profesional centrada en las personas. Desafíos para las Disciplinas Sociales" de la Universidad Nacional de Lujan.

separación, entre el sentido común y las concepciones y/o prácticas científicas o disciplinares, es más imprecisa e implica de las/os profesionales una especial atención o vigilancia. Los fundamentos científicos y los principios de intervención ante los consumos, buscan no solo servir de herramientas y metodologías que garanticen la efectivización de los derechos de las personas en el proceso de asistencia, prevención y tratamiento, sino plantear un claro e incuestionable posicionamiento fundado ante la intervención profesional¹.

La comunidad, la familia y las personas presentan sus problemas de consumos o “adicciones” y demandan atención desde presunciones o presupuestos válidos y legítimos para ellos, pero de revisión permanente para los profesionales del Trabajo Social. La representación² predominante en las comunidades ante los consumos, suele oscilar en ideas o concepciones lineales o ficticias del fenómeno, donde se presentarían “actos regulares y repetitivos ante los que una persona, predominantemente sola, aislada y vulnerable (también potencialmente peligrosa), establece relaciones problemáticas o adictivas con sustancias ilícitas”. Esta concepción “social” no sólo marca el carácter de los problemas, sino también las expectativas de resolución esperadas. Las políticas sociales, las organizaciones de la sociedad civil e inclusive las/os profesionales, responden a estas expectativas (expresados claramente en los diferentes paradigmas³ que desde principios del siglo XX vienen conviviendo con nuestras formas de ver, entender y actuar sobre el fenómeno) reduciendo la posibilidad de intervención a las manifestaciones o emergencias en un “aquí y ahora”. Intervenir sobre el acto de consumo en sí mismo, deja de lado las posibilidades y necesidad de conocer y acceder a las causas esenciales o sistemas de prioridades que las personas tienen y vienen transitando en su camino de consumos. La necesidad de consolidar una perspectiva de intervención multidimensional que aborde los procesos de vida y reproducción de las personas, donde además consumen, se convierte en una necesidad impostergable.

En relación a estas últimas ideas, es que se presentan los siguientes principios a considerar ante las intervenciones.

PRINCIPIOS DE RESPETO DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los avances en tema de Derechos Humanos de primera, segunda, tercera y cuarta generación (derechos civiles, políticos, sociales y especiales como los de las minorías, de raza, género, etc.), enfatizan, sugieren y dan marco a su materialización y concreción en actos. El Trabajo Social debe promover, asegurar y hacer efectivas, en todas las instancias de intervención ante los consumos de las personas y sus padecimientos, fundadas y respetuosas propuestas de resolución de los consumos. Una de las mayores críticas que hoy se presentan en los ámbitos de atención de las personas bajo padecimientos de los consumos es la inaceptable y condenatoria convivencia, en espacios terapéuticos o ante su falta, de prácticas, vejaciones, encierros, que son violatorias de los derechos. No puede

fundamentarse un “tratamiento” por fuera del ejercicio pleno de los Derechos de protección integral. Definir a un sujeto de derechos implica conocerlo, conocer su historia y la de su familia, su comunidad, territorio y desde allí z posibilidades concretas y abordables de intervención según posibilidades y entendimiento de todos los actores involucrados.

PRINCIPIO DE NO ESTIGMATIZACIÓN DE LAS PERSONAS QUE CONSUMEN

El estigma de las “drogas” conforma un conjunto de definiciones, afirmaciones y etiquetas que dañan cualquier proceso de revisión de la propia práctica de las personas. Etiquetar implica inmovilizar, fotografiar, deshistorizar a cuerpos individuales o colectivos. Quizás sirva para “definir administrativamente a un/a paciente, un/a enfermo/a, un/a inadaptado” u otro requerimiento de registro que cursan los espacios profesionales o burocráticos, pero nada dicen de las personas en sus procesos humanos, en los movimientos de sus resoluciones y transformaciones. Las “etiquetas” y estigmas maltratan, violan derechos y vulneran a las personas. Por eso instamos a una fuerte problematización sobre las denominaciones que se usan. “El borracho”, “el adicto”, “el enfermo”, “el delincuente” son personas. Abrumadas/os ante la problematización de las etiquetas, se podría preguntar entonces “¿cómo le decimos?”, la respuesta es sencilla “llamémosla/o por su nombre”.

PRINCIPIO DE INTERVENCIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las mujeres vienen militando, problematizando y redefiniendo todo aquello que se presenta como dado e inmutable en un sistema capitalista, con estructura patriarcal y valores machistas; en relación a estos avances es que planteamos los consumos con perspectivas de Género. El consumo de los hombres y de las mujeres pueden presentarse similares en sus aspectos cuantificables, al punto que hubo un fuerte crecimiento de los consumos de las mujeres en relación a los hombres, pero cuando las diferencias son analizadas en términos cualitativos, apreciamos abismales diferencias en las formas de afrontamiento de unos sobre las otras. A ellas todo les costará más, afrontarán su situación de padecimiento con la responsabilidad de ver qué hacer con sus hijos/as, sus padres/madres, terceros e inclusive h, deberán considerar sus tratamientos pensando en quienes la reemplazarán en las innumerables tareas de cuidados que realizan, se verán tensionadas por si deciden un tratamiento por la moral y estigmas que cargaran sobre sus decisiones. Entre varios factores, podemos sumar la falta de espacio de asistencia, prevención y tratamientos pensados para mujeres. Los/as Trabajadores/as Sociales debemos reconocer las diferencias sustanciales entre los géneros.

PRINCIPIO DE ENFOQUE INTERCULTURAL

Los consumos han sido parte de nuestras vidas siempre, al punto que varios de ellos se conforman como prácticas significativas de nuestras culturas (prácticas de iniciación

prácticas religiosas (“Dios se hizo pan y vino”) y ritos individuales y colectivos. Considerar al otro/a en su contexto implica reconocer estas prácticas y entenderlas. Cuando señalamos la importancia de la consideración del enfoque cultural, nos referimos al respeto por las prácticas nuevas o viejas, rituales o paganas, que las personas concretan en su vida. Todas son parte de la experiencia de la persona en su tránsito de vida. Entender es reconocer la particularidad de una práctica cultural y cómo ello puede transformarse en un problema o no. El “coqueo” en el norte argentino, implica no solo una costumbre ancestral sino un antídoto para el mal de altura. La “curandería”, las creencias y las diferentes manifestaciones de la fe constituye el arraigo cultural de las personas por ello no se puede intervenir sin su consideración y respeto.

PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

Una de las características que presentan las perspectivas o paradigmas del “consumo individual” es que estos actos “ponen en riesgo su /la salud pública y a circunstanciales terceros”, estas miradas establecen un marco de normalidad y moral, que es deseable y asegurable para que una sociedad se presente integrada bajo las normas acordadas. Consideramos importante aclarar que ningún consumo es individual, aunque lo practique una sola persona. Ella expresa sus valores sociales y encarna un sistema de acciones, que avaladas o no, son parte de su proceso de socialización. Así como la causa es social, la solución también debe darse bajo estas características. La participación social y comunitaria implica tener en cuenta lo que sucede allí, lo que contextualiza a la persona y su entramado social y comunitario. Valorar lo comunitario, implica ampliar recursos, torcer la lógica liberal del “sálvese solo” y del “mérito individual”. El proceso de tratamiento es social, o no es.

PRINCIPIO DE INTERSECTORIALIDAD Y CORRESPONSABILIDAD

Uno de los conceptos que ha marcado una verdadera impronta en el diseño y elaboración de las leyes que podríamos señalar como novedosas o “modernas” en nuestro país, es el concepto de “corresponsabilidad e intersectorialidad”. Ambos implican un cambio paradigmático respecto de las razones, causa y consecuencias de los problemas sociales, pero lo más importante es como debieran resolverse los problemas que afectan a las personas. La Ley 26.586 Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas, el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), la Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental, así como la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes, señalan el fundamento de la corresponsabilidad ante la vulneración de los derechos. Todos somos responsables ante la protección integral de las personas, sea la edad que tengan.

PRINCIPIO DE INTERVENCIÓN BASADOS EN EVIDENCIAS

Uno de los mayores problemas de los diagnósticos, y por ende de las acciones que de ellos

implican, es la dificultad o la falta de evidencias científicas válidas que avalen y fundamenten una intervención. En el caso de los consumos de sustancias, este aspecto es crítico por la recurrencia de prácticas interventivas basadas más en información y datos falsos o incorrectos que de la implementación de metodologías de investigaciones rigurosas. Uno de los ejemplos más evidentes son los porcentajes aproximados que desde el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de abordaje integral de las drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) informan. Si hablamos de sustancias, se señala que la más consumida en el país, en la población entre 12 y 65 años, aproximadamente un 70% es el alcohol, el 45% el tabaco, el tercero los psicofármacos con un 20% aproximadamente (todas legales) y recién en el cuarto lugar está el consumo de marihuana, sustancia ilegal, con un 17 % aproximadamente. El resto de las sustancias ilegales se ubican muy por debajo en la lista. El escenario entre la representación social y la evidencia científica en cuanto a las sustancias consumidas por la población es muy distinto de lo que la mayoría de la población cree.

PRINCIPIO DE CALIDAD Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL

Hay instituciones que tienen una presencia, cercanía y legitimidad histórica en la vida de la comunidad. La escuela, la salita, la iglesia, centros comunitarios y/o comedores de organizaciones barriales, clubes, etc. representan espacios reconocidos por la población para atender las diferentes necesidades que se van presentando en el desarrollo de la cotidianidad. Los consumos problemáticos presentan en la demanda de la población cierta “orfandad institucional” o carencia de referencias institucionales concretas. Como señaláramos en varias oportunidades, las comunidades viven el consumo de sustancias como un problema crónico y tardío; por lo cual, cuando asisten a las instituciones lo hacen con situaciones de difícil resolución. Considerando estos aspectos, entendemos imprescindible el diseño e implementación eficaz de políticas preventivas o de detección temprana que sean materializadas en las instituciones presentes en la población. A medida que estas sean parte del proceso de abordaje, acompañamiento y resolución de los problemas de consumos, ganaran grados mayores de transparencia y calidad en la resolución de los problemas de consumos asumiendo a la vez la potestad para la intervención prematura de los consumos.

PRINCIPIO O CRITERIO DE PROPORCIONALIDAD

El principio o criterio de proporcionalidad implica un reconocimiento o búsqueda de equilibrio entre un enfoque puesto en las políticas dirigidas a la oferta de las sustancias (lucha contra el narcotráfico) o a la demanda de las mismas, es decir políticas integrales destinadas a atender a la población afectada por los consumos. La situación de disparidad o desproporcionalidad entre los recursos que se destinan a “atacar” la oferta de sustancias en la comunidad y la que se destinan a instalar dispositivos, lugares, recursos a atender a la población es 90 a 10. Consideramos que esta desproporción sociosanitaria obedece a la histórica distribución de los recursos en este tema. Las

comunidades carecen de espacios necesarios para atender, no sólo la urgencia, sino aquellas situaciones que pueden presentarse de riesgos medios y altos. Esta particularidad representa un escenario carente de soluciones definitivas. Cuando decimos tener “**criterios de proporcionalidad**” señalamos la urgencia de las inversiones en las políticas públicas equilibradas, tanto en la atención de la oferta como de las demandas de intervención (espacios de atención y prevención para las comunidades). Hoy entendemos que es más importante trabajar sobre las demandas (población) que sobre la oferta (sustancia).

PRINCIPIO DE ESPECIFICIDAD Y ESTRATEGIAS INTEGRALES.

Este principio implica reconocer la correspondencia y coherencia entre una intervención profesional, una decisión política en esa línea y los recursos necesarios para efectivizar los tratamientos y atenciones. Pueden presentarse excelentes capacidades técnicas y profesionales pero nula decisión política para establecerlo dentro de la agenda pública o que sea parte de una cuestión social, sin presupuesto para desarrollar una política. Esto último sería solo una declamación de principios, pero sin sustento en lo concreto.

REFLEXIONES FINALES

La temática y/o problemática de los consumos conforma un campo de intervención y de conocimiento que presenta permanentes y renovados desafíos para las/os profesionales del Trabajo Social y otras disciplinas, que buscan o son llamados a acompañar los procesos de resolución de los padecimientos que las personas presentan. Si bien es esperable, que después de 100 años de historia en cuanto a la instalación del problema “**droga**” en la agenda pública, convivan en los espacios profesionales diferentes perspectivas o paradigmas de resolución, hoy se tiene más claridad respecto de que muchas de las estrategias que fueron y son llevadas adelante para atender a la población, presentan flagrantes violaciones de los derechos humanos, no contemplan las evidencias científicas para los diagnósticos y tienden a considerar a la persona por fuera de su esencia fundamentalmente social y multidimensional, entre otros aspectos.

Problematizar y desnaturalizar las falencias o límites de las intervenciones, tensiona el statu quo del tema “**adicciones**” y pone palabras como prácticas, al silencio de las personas, sus familias, la comunidades y las/os mismas/os profesionales. Enfatizamos la necesidad de desdramatizar la situación pero no vulgarizarla, dimensionarla con fundamentos científicos sólidos y en permanentes actualizaciones.

Los principios de intervención apelan a una deliberada consideración teórica, metodológica, ética y política que asegure el foco de las intervenciones en las personas y todo lo que ello implica. Las intervenciones no solo deben considerar al conjunto de actores que toman parte en este escenario, sino a la sociedad toda, como un momento fundante de de-construcción sobre la temática/problemática que debiera pasar de un significativo personal o privado hacia la instalación definitiva en la agenda pública marcada por la cuestión social y sus particulares manifestaciones.



NOTAS

1. Heller Mario (2001) tomado de Castoriadis el concepto de "Elucidación. *Pensar lo que se hace y saber lo que se piensa*".
2. Jodelet D.(1984) en Moscovici S. "Las representaciones sociales son sistemas cognitivos que tienen una lógica y un lenguaje propios, y que no son simples "opiniones sobre", o "imágenes de" o "actitudes hacia", sino "teorías" sui generis, destinadas a descubrir la realidad y su ordenación... Sistemas de valores, ideas y comportamientos con la doble función de establecer un orden que dé a los individuos la posibilidad de orientarse y dominar su medio social y material, la de asegurar la comunicación del grupo, proporcionándole un código para sus intercambios y para nombrar y clasificar de manera unívoca los distintos aspectos de su mundo"
3. Helen Nowlis (1975) "La verdad sobre las Droga. La droga y la educación. Unesco. Cap. 1.

BIBLIOGRAFÍA

BARATTA, A. (1994) *Introducción a una sociología de la droga. Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias* En: http://consumoconciencia.org/wp-content/uploads/2016/12/introduccion_sociologia_drogas.pdf

EPELE, M. (2007) *La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas: complots y barreras de acceso al sistema de salud.* En Cuadernos de Antropología Social (UBA). Buenos Aires. En: <file:///C:/Users/dminovargas/Downloads/Dialnet-LaLogicaDeLaSospecha-5264758.pdf>

SEDRONAR (2017) *Informe de los principales resultados sobre la población femenina. Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumos de sustancias psicoactivas.* Recuperado en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_zgnerozhogareszwebz.pdf

HELER, M. (2001). *La toma de decisiones responsables en la práctica del Trabajo Social; la reflexión ética como recurso.* En: *ConCiencia Social.* Nueva época 1. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

JODELET. D. (1984). *La representación social: Fenómenos, conceptos y Teoría.* En Moscovici S. (compilador) *Psicología Social II. Pensamiento y vida social.* Psicología Social y problemas sociales. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.

NOWLIS, H. (1975). *La verdad sobre la Droga. La droga y la educación.* Editorial de la Unesco. Extraído de internet el 30 de mayo de 2015 en: Capítulo 1 pagina 1 a 19 https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000013163_spa

TOUZÉ, G. (2017). *El derecho a la salud y a la integridad de los usuarios de sustancias psicoactivas.* Sistema integral e integrado de atención social y sanitaria a la dependencia de las drogas desde la atención primaria. COPOLAD.

VÁZQUEZ, A. (2009) *Estigma y drogas. Análisis de los efectos de exclusión en salud de personas con problemas de drogadependencia.* XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. En: <http://cdsa.academica.org/000-062/1557.pdf>

EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL Y LA PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO EN LA COYUNTURA

* *Basta, Roxana*

Este trabajo, desde una perspectiva histórico-crítica, constituye una propuesta de revisión sobre la producción de información que se realiza cotidianamente en la coyuntura de las instituciones y/o programas a partir del ejercicio profesional. Esta particularidad nos exige su sistematización para la elaboración de un conocimiento situado vinculado a ese devenir complejo y contradictorio. Interrogarnos con qué finalidad estamos pensando, haciendo y diciendo en los diferentes espacios que habitamos cotidianamente, nos posibilita preguntarnos y hacer preguntas a lo instituido de la realidad y a nuestra propia práctica profesional.

INTRODUCCIÓN

En el cotidiano del Trabajo Social se ponen en movimiento tanto una dimensión interventiva como una investigativa (Guerra, 2007), debido a que no hay posibilidad de objetivar el desempeño profesional sin producir información y conocimiento situado a partir del análisis de la coyuntura y sobre aquello que es necesario abordar.

Dar respuestas a las personas usuarias que recurren a las instituciones o programas en donde estemos insertos implica conocer la coyuntura que las atraviesa. A su vez, no hay que perder de vista que también desde esos espacios se nos adjudican funciones y tareas a las que hay que responder, por

***Roxana Basta**- Lic. en Trabajo Social y Dra. en Ciencias Sociales y Humanas por la Universidad Nacional de Luján. Profesora Adjunta Ordinaria en la Universidad Nacional de Luján y en la Universidad Nacional de Lanús. Directora y codirectora de proyectos de investigación.

lo que es necesario conocer estos lugares de inserción profesional en su organización y dinámica. Ambos aspectos los estamos proponiendo pensar y abordar desde una perspectiva histórico-crítica (Iamamoto, 2003; Pontes, 2003; Guerra, 2007), pero una perspectiva que recupere matices de la lucha presente en las relaciones contradictorias y antagónicas que organizan la realidad social contemporánea (Moljo y Siquiera da Silva, 2020). Estamos proponiendo aquí una forma de pensar la coyuntura recuperando las diversas dimensiones que configuran la vida cotidiana de las personas usuarias de las políticas sociales en los territorios, pero al mismo tiempo de nuestra propia existencia como profesionales del Trabajo Social en esos espacios, teniendo en cuenta las diversidades con las que se expresan las formas de reproducción social en su materialidad (formas de vivir y trabajar) y en su dimensión simbólica (formas de conciencia). De esta forma hablamos de un conocimiento situado en y a partir de cómo se configura la coyuntura cotidiana determinada por una totalidad histórica en permanente movimiento¹.

Atender estos requerimientos implica la necesidad de poner en juego la formación que se logró, pero al mismo tiempo, la necesidad de continuar formándose y capacitándose porque la realidad no es estática, por lo que las problemáticas tampoco son a-históricas y nos exigen revisar lo que hacemos, lo que pensamos y lo que decimos con recurrencia.

1. DESDE DÓNDE PENSAMOS EL EJERCICIO PROFESIONAL:

Para iniciar este recorrido necesitamos establecer algunas primeras consideraciones. Como señalamos más arriba, pensamos el trabajo y el ejercicio profesional desde una perspectiva histórico-crítica. Esto implica pensar a la *práctica profesional* como *trabajo*, es decir una práctica integrada en un *proceso de trabajo*, lo cual permite analizar las *mediaciones*² que se estructuran entre el *ejercicio profesional* y la práctica de la *sociedad*. En otras palabras, abordar y analizar el quehacer profesional inmerso en una *praxis social*, la que es expresión de la totalidad social en su movimiento y contradicciones.

Las profesiones, en tanto trabajo implican una actividad práctico-concreta, atravesada por un proceso de trabajo a partir del cual se producen cambios tanto en el objeto de trabajo como en quien realiza ese trabajo, es decir en la subjetividad de la persona que lo produce, ya que permite descubrir nuevas capacidades y habilidades humanas. De esta forma, y en el campo de las profesiones, la dimensión teórico-metodológica adquiere relevancia desde el inicio de la formación académica y continúa después de la graduación, porque el conocimiento es un medio de trabajo sin el cual no se pueden objetivar acciones y decisiones de intervención, por ejemplo, en la tarea cotidiana. . Estos conocimientos son fundamentales para analizar la realidad y al mismo tiempo -como parte del mismo proceso-, establecer líneas de intervención. Esto nos lleva a sostener que no hay una correspondencia directa e inmediata entre la *teoría* y la *práctica*, sino que existen sistemas de mediaciones entre estos polos cuya unidad es la realidad, es decir su sustento material.

El trabajo profesional requiere develar esos sistemas superando así la vieja dicotomía teoría-práctica, pensamiento-acción, objetividad-subjetividad. Por otra parte, y desde esta perspectiva dialéctica, la relación *sujeto-objeto*³ es concebida como una unidad, donde un polo nos remite al otro, siendo el estudio del objeto concreto la búsqueda de su estructura, fundamentos y movimientos. De esta forma, la relación sujeto-objeto no está atravesada por la preeminencia de uno sobre otro, sino por el contrario ambos constituyen y estructuran el proceso de conocimiento. Y es en esa relación contradictoria y en movimiento que se delinea el método para aprehender teóricamente la realidad en la que se encuentran inmersos sujeto y objeto. Intervenir frente a una demanda necesariamente nos lleva a conocer, lo que no se hace de cualquier manera y sin perspectivas teóricas en pugna.

Esto nos lleva a revisar y discutir los apriorismos metodológicos entendiendo, por ejemplo, que la elaboración y aplicación de un protocolo en sí mismo no resuelve la situación problemática que le dio origen. La racionalidad y lógica interna de un proceso de intervención si se establece con independencia del movimiento real del objeto no nos permite descubrir, analizar y establecer las mediaciones en el proceso de conocimiento del objeto concreto -la realidad-, lo que puede conducirnos a establecer la primacía de la teoría o de la práctica, desconociendo que ambas son polos de un mismo proceso, lo que tiene consecuencias directas sobre las acciones profesionales.

El cómo hacer y el qué hacer implican necesariamente comprender para qué hacer teniendo en cuenta las consecuencias que pueden desarrollarse a partir de la toma de decisiones. Así, la dimensión *operativo-instrumental* nos conduce a repensar la *instrumentalidad* del trabajo profesional si sostenemos que las profesiones no son exteriores a la realidad: ***“los análisis de coyuntura -centrados en la cuestión social- no son apenas un telón de fondo que enmarca el ejercicio profesional; al contrario, son partes constitutivas de la configuración del trabajo (...), por lo tanto, deben ser aprehendidas en esa forma”*** (Iamamoto, 2003, p. 73).

Entonces, continuando en esta línea de análisis podemos sostener que la instrumentalidad, en tanto capacidad humana, implica reconocer la posibilidad de tomar decisiones reflexivas acerca de las alternativas con las que se cuenta para desarrollar el trabajo.

Desde una dimensión *ético-política* el para qué significa conocer y revisar los valores ético-morales que están imbricados con las perspectivas elegidas para el accionar profesional. Si el trabajo como categoría fundante del ser social significa una actividad práctico-concreta racional y consciente a través de la cual -el/la profesional no sólo produce cambios sobre el objeto, sino que y por el mismo movimiento se producen transformaciones en su subjetividad- analizar las dimensiones teórico-metodológica, operativo-instrumental y ético-política es fundamental para comprender cualquier acción, debido a que las tres son constitutivas del ejercicio profesional tanto en su dimensión investigativa como interventiva.

En este sentido, en la coyuntura actual hay nuevas interpelaciones a partir de las condiciones en las que se ejerce la profesión. Si tomamos el contexto de pandemia, por ejemplo, intervenciones que se vieron mediadas por las TIC a partir de no poder estar/habitar los territorios y sus instituciones en función de las medidas del ASPO/DISPO, nos convocan a preguntarnos en términos instrumentales desde dónde nos paramos para pensar a las personas con quienes intervenimos, las situaciones problemáticas con las que trabajamos, las funciones profesionales adjudicadas por usuarios e instituciones y programas y las respuestas construidas por los propios trabajadorxs sociales en relación con otros profesionales. Al mismo tiempo que desde la ética nos interpela qué sucede con la información que intercambiamos sobre procesos de intervención, cómo se resguarda si los algoritmos se controlan desde plataformas y servidores que ni siquiera están en el país. Los mismos territorios y la territorialidad están en disputa, no solo desde lo ya conocido y experimentado cotidianamente a partir de nuestra presencia en estos espacios, sino por la propia virtualidad, la que reconfigura todo lo conocido. Y estas son solo algunas aristas de las transformaciones en la realidad que exigen revisemos nuestro quehacer cotidiano teniendo en cuenta las dimensiones teórico-metodológica, operativo-instrumental y ético-política en este particular momento.

2. CONSTRUYENDO CONOCIMIENTO A PARTIR DEL COTIDIANO:

En el quehacer cotidiano, desde las instituciones y programas se van -de alguna manera- naturalizando, instalando y reforzando intervenciones a partir de ciertas perspectivas que muchas veces no tienen relación directa con los objetivos profesionales, sino más bien en relación con objetivos institucionales o de las políticas que se deben implementar. En ese devenir cotidiano las entrevistas y observaciones constituyen los principales recursos para aproximarnos a las situaciones problemáticas con las que trabajamos. Sin embargo, poco espacio hay para la sistematización de esas intervenciones; y en este punto es preciso detenernos. La urgencia y emergencia marcan el ritmo de trabajo junto a las condiciones laborales, las que en su mayoría no prevén este tiempo necesario para revisar críticamente qué se hace, para qué se hace y cómo se hace; es decir no hay espacio para generar un conocimiento sobre la coyuntura sistematizado que nos permita revisar objetivos profesionales, institucionales, prácticas, perspectivas, entre otros, lo que nos potencia a hacernos nuevas preguntas sobre el quehacer profesional. En este sentido, es preciso detenernos en este aspecto: la sistematización y las posibilidades que abre al trabajo cotidiano.

Respecto a lo que se comprende por *sistematización* existen diversas posturas, lo que nos lleva a revisar qué, cómo y para qué sistematizar. La primera sostiene que la sistematización puede ser definida ***“en una primera aproximación, como un proceso de conocimiento que pretende aprender de la práctica, superando aquel obtenido mediante la mera participación en ella (...) Al método para obtener conocimiento científico de las experiencias en que hemos participado, lo llamamos sistematización. Presenta una serie de pasos diseñados para volver a mirar nuestras prácticas, descubrir sus elementos fundamentales, intentar una explicación, ponerlas en su***

contexto, explicitar los marcos conceptuales que han sustentado nuestra intervención, etc.” (Morgan, 1992, p. 35-36).

En este mismo sentido la autora sostiene que existen limitaciones en el tipo de conocimiento que produce, debido a que las conclusiones de una experiencia particular no pueden generalizarse directamente a otras experiencias igualmente particulares. Y continúa **“lo obtenido mediante la sistematización, si es producido con rigor, da lugar a un conocimiento científico que se verifica en nuevas prácticas. La acumulación de este tipo de conocimientos y su reflexión posterior, confrontando, relacionando, comparando una diversidad de productos de sistematización, puede aportar desde el conocimiento de lo cotidiano y lo particular, a enriquecer las concepciones teóricas vigentes”** (Morgan, 1992, p. 39).

Otras líneas argumentativas sostienen que la sistematización **“es una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, por qué lo han hecho de ese modo”** (Sandoval Ávila, 2001, p. 116-117).

Si bien ambas propuestas lo plantean como una experiencia que se centra en la dinámica de los procesos, la primera recurre a una relación de exterioridad, es decir será el método de sistematizar, organizado sobre una serie de pasos lo que dará sustento a los resultados de esa revisión. La propuesta parte de la dicotomía teoría-práctica, desconociendo que existe una imbricación entre teoría y método. Por eso sostiene que lo producido sería conocimiento científico si responde a la rigurosidad del método concebido con anterioridad a la relación con el objeto, cuya acumulación puede enriquecer concepciones teóricas vigentes.

Esta concepción de producción de conocimiento no considera que la producción y elaboración teórica implica una suspensión temporaria con el cotidiano. Es decir, que es un proceso en el que las/os profesionales deben elevar su singularidad a lo universal o genérico. Proceso que dista mucho de las posibilidades temporo-espaciales que estructuran el trabajo profesional en su práctica cotidiana, y que tampoco se produce a partir de la acumulación de conocimientos y su reflexión posterior.

Toda actividad práctica es una acción racional, la cual puede y debe ser sistematizada, pero consideramos que esa sistematización es anterior a la elaboración de teorías. A partir de ella se produce un tipo de conocimiento que posibilita el avance sobre algunas situaciones u objetos, apuntalando otras experiencias de intervención. La sistematización sería entonces una producción de conocimientos a partir de la articulación entre teoría y práctica, analizando qué se hace, cómo se hace, para qué se hace, tomando a la realidad como unidad de ambos polos y articulada a la propia inserción concreta y cotidiana en los procesos sociales singulares. De esta forma, no se desconoce que estos aportes pueden ser insumos de investigaciones sociales que trabajen desde categorías más generales: **“Cada uno, conocimiento teórico y**

situacional, tiene funciones y espacios propios de producción, y responden a necesidades diferentes (...) si el profesional de campo no produce teoría, pero (...) elabora un conocimiento situacional (...) para intervenir crítica y efectivamente en los procesos, entonces esta actividad no es subordinada o subalterna a la actividad "científica", sino que ellas se comportan como complementarias; siendo éstas igualmente importantes" (Montaño, 2000, p. 19).

Si la sistematización es un proceso de revisión crítica de la práctica, como fin se propone comprender la lógica de las acciones a través de las cuales se estructura, aportando a la producción de un conocimiento específico que implique la transformación de una situación dada, revelando las opciones que se asumieron en su transcurso. Para el desarrollo de este trabajo se proponen algunos ejes. Si bien la sistematización no es la narración de experiencias ni la descripción de procesos, es necesario realizar una breve descripción que recupere la dinámica profesional y del dispositivo institucional, debido a que es un insumo necesario para el inicio del proceso.

Requiere revisar las funciones y actividades adjudicadas por la institución, la organización del proceso de trabajo, y al mismo tiempo las funciones y tareas asignadas. Se propone así la reconstrucción del proceso de intervención en relación a la problemática que se trabaja desde el espacio institucional, la disponibilidad de recursos -desde insumos para el funcionamiento del servicio, como elementos a ser entregados a la población concurrente por ejemplo, estructuración de las relaciones intrainstitucionales y extrainstitucionales necesarias para la intervención profesional, tipo de vínculos establecidos con la población destinataria, organización del proceso de intervención, elaboración de objetivos, problematización de la situación que es inicio de la intervención, análisis de la problemática y su constitución como tal para la persona, instrumentos puestos en marcha. Describir estos puntos implica un primer paso para develar la matriz teórico-metodológica que sustenta la intervención profesional, la cual impactará en la operacionalización de las acciones y delinearé la finalidad que sustenta la intervención.

Por último, este análisis del proceso de ejercicio profesional se centra en su dinámica y no solo en los resultados obtenidos, por lo tanto, no es una evaluación⁴ -si bien puede incorporarse a esta última como un momento dentro de la sistematización-. Esta revisión sobre las decisiones tomadas a lo largo del trabajo cotidiano en un tiempo y espacio concretos confrontando alternativas, potencian un camino de reflexión sobre la emergencia y el reconocimiento de nuevos derechos, la construcción de nuevas identidades sociales, la disputa en la planificación e implementación en las políticas sociales, la resignificación de los objetivos y funciones profesionales en los espacios institucionales y/o de programa, entre otros.

3. PALABRAS FINALES:

En el recorrido por estas páginas nos aproximamos a la complejidad que atraviesa la práctica cotidiana en el ejercicio profesional. Y en ese cotidiano, en el que la mayor parte

del tiempo producimos información, poco tiempo disponemos para reflexionar sobre ella, sobre las técnicas e instrumentos con los que llevamos adelante la tarea, sobre los objetivos profesionales, sobre las perspectivas de conocimiento que nos atraviesan, sobre quién/es puede/n preguntar y cómo, desde dónde y para qué, y por qué no sobre nosotros mismos como personas atravesadas por la contradicción que configura la realidad en la cual vivimos y trabajamos.

Al interrogarnos con qué finalidad estamos pensando, haciendo y diciendo en los diferentes espacios que habitamos cotidianamente, nos debemos el momento para preguntarnos y hacer preguntas a lo instituido de la realidad, porque **“la sociedad instituida determina ciertas categorías esenciales de lo que pensamos y cómo lo pensamos, pero ese instituido no establece un cierre, una clausura de lo social. Sino que es posible cambiar ese pensamiento instituido mediante la elucidación, donde se intenta pensar lo que se hace y saber lo que se piensa”** (Weber Suardiaz, 2015, p. 75), lo que nos lleva a evitar una perspectiva fatalista -nada nuevo puede ser pensado y puesto en acción- o, por el contrario, una perspectiva voluntarista que tampoco se condice con lo complejo de la realidad.

La propuesta es entonces analizar cuáles son las posibilidades para el trabajo profesional en el actual contexto sociohistórico. Como sostiene lamamoto respecto al debate actual: **“trazar horizontes para la formulación de propuestas para enfrentar la cuestión social (...) que sean solidarias con el modo de vida de aquellos que la vivencian, no sólo como víctimas, sino también como sujetos que luchan por la preservación y la conquista de su vida, de su humanidad”** (2003, p. 95).



NOTAS

1. En las Ciencias Sociales latinoamericanas se está produciendo un intenso y enriquecedor debate sobre lo que se denomina las epistemologías del sur. Acerca de esto De Souza Santos plantea *“Por supuesto, la modernidad eurocéntrica también produjo una tradición crítica que desde el comienzo cuestionó tanto los problemas como las soluciones propuestas por la política burguesa y liberal; y el marxismo es el ejemplo más destacado de esa tradición. El problema es que el marxismo comparte mucho con la modernidad eurocéntrica burguesa.”* (2018, p. 27) No es propósito de este artículo entrar en este debate, pero sí plantear la necesidad de revisar la complejidad que atraviesa a las categorías como clase en los procesos contemporáneos que se dan en nuestras sociedades.

2. Esta es una categoría de análisis que permite recuperar experiencias, representaciones sociales, concepciones de mundo, proyectos de sociedad, relaciones sociales que atraviesan al conjunto social y que se expresan en la singularidad de la vida cotidiana de diversas formas, por ejemplo, en cómo trabajamos, cómo jugamos, cómo aprendemos, cómo enseñamos, etc., en un tiempo histórico particular. (Pontes, 2003)



NOTAS

3. En este caso se recurre al lenguaje convencional, sin perjuicio sobre la perspectiva de género y diversidad a la que se adhiere
4. Por evaluación se comprende no a una interpretación de la lógica del proceso realizado, si no principalmente la medición de los resultados obtenidos confrontados con el diagnóstico inicial, los objetivos y metas que fueron propuestos al inicio de la práctica profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- DE SOUZA SANTOS, B. (2018)** *Introducción a las Epistemologías del Sur*. En: MENESES y BIDASECA (coords.) *Epistemologías del Sur - Epistemologías do Sul*. CLACSO-CES, Bs. As.-Coímbra.
- GUERRA, Y. (2007)** *La dimensión investigativa en el ejercicio profesional*. Curso de Capacitación Continua para Asistentes Sociales. ABEPSS/CFESS. Traducción libre de Paola Morales.
- IAMAMOTO, M. (2003)** *El Servicio Social en la contemporaneidad*. Trabajo y formación profesional. Cortez, São Paulo.
- MONTAÑO, C. (2000)** *El debate metodológico de los '80/'90. El abordaje ontológico versus el abordaje epistemológico*. En: BORGIANI y MONTAÑO (orgs.) *Metodología y Servicio Social. Hoy en debate*. Cortez, São Paulo.
- MOLJO, C. y SIQUEIRA DA SILVA, J. F. (2020)** *Trabajo Social y tradición marxista*. En: *Revista Escenarios*, año 20, nro. 31. FTS-UNLP, La Plata.
- MORGAN, M. de la L. (1992)** *El concepto de sistematización*. En: AA.VV. *La sistematización en el Trabajo Social*. CELATS/ALAEYS, Lima.
- MUÑOZ ARCE, G. (2020)** *Teorías críticas, tiempos críticos y la tradición intelectual de Trabajo Social bajo un estado de "emergencia"*. En: *Revista Escenarios*, año 20, nro. 31. FTS-UNLP, La Plata.
- PONTES, R. (2003)** *Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social*. En: BORGIANI, E; GUERRA, Y. y MONTAÑO, C. *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Cortez, São Paulo.
- SANDOVAL ÁVILA, A. (2001)** *Propuesta Metodológica para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social*. Espacio Editorial, Bs. As.
- WEBER SUARDIAZ, C. (2010)** *La problematización como herramienta desnaturalizadora de lo social*. En: *Revista Escenarios*, año 10, nro. 15. FTS-UNLP, La Plata.



ENTREVISTA A MARÍA INÉS ALBERGUCCI

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

Por Clara Canavesi y Myriam Selman

DEMOCRATIZAR LOS LUGARES COMO POLÍTICA PÚBLICA

Concebir el Turismo como un Derecho Social desafía las concepciones que socialmente se construyen en torno a las necesidades pensadas desde la lógica de la reproducción social. ¿Por qué el turismo puede ser visto como un sector clave en la economía? ¿Qué relaciones existen entre la economía y el desarrollo social? ¿En qué medida el turismo puede contribuir a revertir injusticias? Estos son algunos de los temas que abordamos en la conversación con María Inés Albergucci, actual Subsecretaria de Calidad, Accesibilidad y Sustentabilidad del Turismo Nacional, del Ministerio de Turismo y Deportes de la Nación, quien accedió a dialogar como solo hacen quienes saben ver una oportunidad de transformación en cada encuentro social.

***Clara Canavesi** - Graduada del Museo Social Argentino, campos de intervención: promoción de derechos humanos acompañamiento y orientación a mujeres y disidencias sexuales en situación de violencia de género. Actualmente se desempeña en Secretaría de articulación de políticas sociales del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

***Myriam Selman** - Lic. en Trabajo Social (UNLaM) y Magister en Desarrollo Humano (FLACSO). Profesora Adjunta de la Cátedra de Trabajo Social I (UNLaM). Directora de un equipo de investigación dedicado a explorar temáticas asociadas a entornos de riesgo y desastres.

Nos reunimos vía zoom una tarde de septiembre, cuando todavía despuntaba el sol. Terminamos la entrevista siendo de noche. Nunca declinó la disposición de Inés para escuchar y compartir en torno a temas que la apasionan, un rasgo que invitó a zambullirse en sus argumentos y reflexiones que revisan la historia y tejen el presente. Recorrimos su trayectoria como Trabajadora Social, su militancia y formación en un contexto como el de los años 2000, siempre guiada por su aspiración de generar transformaciones a una escala cada vez mayor.

“En mi experiencia personal, el ejercicio profesional y la gestión pública siempre fue con un compromiso militante, no hubo una diferenciación taxativa. No siempre va de la mano”

Contás con experiencia en el ejercicio de la profesión de Trabajo Social, que es anterior a tu desempeño en cargos de la función pública. ¿Cómo fuiste orientando tu rol como funcionaria?

Buena parte de mi trayectoria la desarrollé en el ámbito de la gestión pública, no siempre con responsabilidad política. Desde las prácticas pre-profesionales me interesaba tratar de generar cambios desde el Estado, desde las políticas públicas, a una escala no digo macro, pero sí que supere el ámbito individual.

Cuando ingresé a la carrera de Trabajo Social en el año 2002, recuerdo que elegía espacios públicos para la inserción profesional vinculados al mundo del trabajo, de las cooperativas y el trabajo autogestivo. Pensaba que la transformación social tenía que ver fundamentalmente con la transformación socioeconómica. Creo que hay una conexión entre esas elecciones y el contexto pos crisis 2001. Sobre todo hacia el 2003, con un nuevo gobierno como el de Néstor Kirchner, en lo personal hago un click y empiezo a pensar que la economía está subordinada al poder político, que la

economía no es algo natural que nos excede y no podemos hacer nada contra o con ese sistema. La economía se trata de una construcción política, social y cultural. Desde el poder político es posible conducir el funcionamiento de ese sistema económico.

Lógicamente la afinidad política e ideológica exceden al ejercicio profesional. Tengo un compromiso político con una determinada gestión en la que asumí roles y funciones, algunas que quizás no hubiese elegido, y que no vinculas rápidamente con el Trabajo Social. Pero hay una línea de continuidad, siempre abordando la conflictividad social que define el territorio. Y en mi experiencia personal, el ejercicio profesional y la gestión pública siempre fue con un compromiso militante, no hubo una diferenciación taxativa. No siempre va de la mano.

¿Qué aspectos de la profesión de Trabajo Social se reflejan en tu rol actual?

Todas las herramientas que tenemos desde desde el Trabajo Social respecto a la planificación, la programación, el diseño de proyectos, la evaluación y el

diagnóstico, te permiten involucrarte en cualquier ámbito de la gestión pública.

Me parece que somos una de las profesiones más capacitadas para llevar adelante un verdadero trabajo interdisciplinario. Nadie podría decir que el campo de lo social se trata solo de una experticia del Trabajo Social. La interdisciplina no la sentimos una amenaza. Por el contrario, nos fortalece en términos de capacidad de trabajo y de ejercicio profesional, siendo un aspecto que se valora también en los ámbitos institucionales. Nuestra práctica profesional se concibe en articulación con otros actores y disciplinas.

En esta instancia del diagnóstico que mencionás ¿Dónde pone la mirada una trabajadora social que está ejerciendo también un cargo en la función pública?

Considero que nuestra profesión busca conocer, tomando como punto de partida la pregunta: ¿Dónde estamos parados?. Pensar en el diagnóstico es más que centrarse en la definición de un determinado problema social, es también considerar la política pública en términos de continuidad. No hay perpetuos comienzos, sino que hay una historia, una trayectoria profesional de gestión. Cuando alguien llega al lugar donde le toca trabajar, tiene que poder recuperar esa historia, porque es parte de un diagnóstico institucional.

En la gestión pública mientras estas tratando de comprender el escenario en donde estás parada, también estás definiendo hacia dónde vas a ir, con qué recursos estás planificando, a la vez estás evaluando y diagnosticando, es todo junto, al mismo tiempo y de modo permanente.

¿Podés identificar algo propio del quehacer político de las mujeres, en este contexto en que el movimiento feminista incide en la agenda pública?

Resultan innegables las conquistas que viene teniendo el movimiento feminista, la agenda y reivindicaciones de las mujeres y las diversidades; también, todo lo que todavía nos falta. Veo como positivo que somos el alfiler en la silla: incomodamos a los privilegios, a aquello que está instalado o que se resiste a ser modificado. Todavía no lo vemos materializado en muchos planos y lugares, pero no hay ámbitos en los cuales el tema no esté puesto en agenda.

“La interdisciplina no la sentimos una amenaza. Por el contrario, nos fortalece en términos de capacidad de trabajo y de ejercicio profesional, siendo un aspecto que se valora también en los ámbitos institucionales. Nuestra práctica profesional se concibe en articulación con otros actores y disciplinas”

En el ámbito de la política y de la participación de las mujeres queda muchísimo por hacer. Hay herramientas que permiten la incorporación de diversos actores, la paridad de género, pero todavía se reproducen estas lógicas en áreas o temas que siguen siendo de jurisdicción absoluta de los varones, en donde la rosca de lo político queda para los varones y la gestión de la política pública queda para las mujeres.

Tengo una tensión respecto a la relación entre la agenda feminista y las necesidades o prioridades que existen en los barrios. Para la agenda feminista también tiene que ser nuestro alfiler. Hay que estar todo el tiempo con una oreja puesta en los sectores populares que padecen muchísimas injusticias y desigualdades.

Trabajando con turismo ¿Podés reconocer desigualdades de género?

Sí, en la participación de las mujeres tanto en el ámbito empresarial, dirigencial, como en el ámbito sindical que corresponde a la actividad económica, o en múltiples actividades comerciales, productivas, económicas. En la actividad específica es bastante palpable la división de tareas según género. Las mujeres están en el ámbito de las tareas domésticas, de limpieza, rol de azafata o gastronomía, es decir, tareas relacionadas con el mundo privado

ahora mercantilizadas; y las otras, las credenciales, las directivas y demás, los hombres. Además pasa lo mismo que en otras actividades económicas: hay desigualdad en los ingresos y en los salarios.

Mediante herramientas de calidad turística, estamos impulsando acciones para que las organizaciones asuman parámetros de igualdad de género en su organización económica, como la eliminación de la desigualdad salarial por género, la equiparación de los ingresos, la participación de mujeres en los cargos directivos. Esto se instrumenta a través del Sistema Argentino de Calidad Turística (SACT) donde tenemos incidencia en los prestadores, propiciamos que el sector privado asuma prácticas organizativas de igualdad de género y que eso tenga reconocimiento en términos de igualdad. Lo complementamos también con acciones de formación a través de un campus virtual y capacitaciones en que incluimos género “hasta en la sopa”.

Para conocer un poco más sobre el turismo: ¿Cómo es que llega a ser considerado el turismo como un derecho? ¿Qué características tiene?

“Perón lo hizo”, hay que contestar siempre que digas “derecho”. Esto es así, hay que decirlo (risas). Tenemos una ley

“Resultan innegables las conquistas que viene teniendo el movimiento feminista, la agenda y reivindicaciones de las mujeres y las diversidades; también, todo lo que todavía nos falta. Veo como positivo que somos el alfiler en la silla: incomodamos a los privilegios, a aquello que está instalado o que se resiste a ser modificado”

“Estos complejos son un emblema del turismo social, materializan ese derecho al descanso, al bienestar, a la recreación. Es más, permiten garantizar ese bienestar que era impensado para los sectores populares, para los trabajadores, para los más excluidos que eran los que asistía la Fundación Eva Perón; es una política que democratiza el bienestar”

nacional de turismo, que dice dos cosas fundamentales: que el turismo es una actividad económica esencial y que también es un derecho. Si bien es una ley relativamente nueva, hay que irse un poco más atrás en la historia y por supuesto a la configuración de los derechos del trabajador que todavía muchos osan cuestionar, que fueron impulsados por múltiples movimientos sociales y políticos pero reconocidos por el peronismo. Y eso también fue acompañado de políticas concretas, no sólo de constituciones, normas y leyes.

La política del turismo social en nuestro país es una política del primer peronismo, en la que Perón además de propiciar el derecho al descanso, las vacaciones, el SAC, piensa y diseña en el marco del plan quinquenal las unidades turísticas de Chapadmalal y Embalse Río Tercero. No hay antecedentes en el mundo de una obra de semejante envergadura. Estamos hablando de más de 600 hectáreas en Embalse, más de 100 en Chapadmalal, una vista privilegiada en ambos casos, una directamente al mar, complejos con pileta, con servicio médico, tenían panaderías, lavanderías. Eran ciudades que al constituirse incluso generaron poblados.

También Eva es muy importante para pensar las Asistencias y los Derechos. Cuando se crean las unidades turísticas, inicialmente estaba pensada para la clase trabajadora. Cuando toma la gestión la Fundación Eva Perón se pensó para aquellos que aún no incorporados en el mercado de trabajo formal, también tenían derecho al bienestar, al descanso, a la recreación. Y entonces empiezan a ir los chicos, los que estaban en las colonias, en las escuelas, empiezan a ir los viejos y los que no estaban en sindicatos, buena parte de la población argentina que en ese entonces estaba por fuera de esas incorporaciones vinculadas a las protecciones que te brindaba la categoría de trabajador. Eva Perón a través de la Fundación hace de la obra mucho más grande todavía.

Es un poco la historia del peronismo, la historia también de cómo los sectores populares pueden desear conocer el mar, pueden desear tener vacaciones. Es un sueño que se democratiza. Chapadmalal es el mejor ejemplo de esa democratización. Estos complejos son un emblema del turismo social, materializan ese derecho al descanso, al bienestar, a la recreación. Es más, permiten garantizar ese bienestar que era impensado para los sectores populares, para los trabajadores, para los más excluidos que eran los que asistía la Fundación Eva Perón; es una política que democratiza el bienestar.

También hablabas del turismo en términos de calidad, accesibilidad y sustentabilidad. ¿Podés ampliarlo un poco?

Cuando decimos que queremos recuperar el valor de ese turismo social pensado por el peronismo, es difícil que podamos extrapolar eso a la sociedad que hoy tenemos porque es una sociedad distinta, con otras demandas, pero podemos recuperar el espíritu. Tenemos que incorporar en estos complejos y en estas unidades la posibilidad de que personas con discapacidad puedan acceder. Cuando se construyeron no había en los criterios arquitectónicos de la época ningún registro de que alguien tuviera que circular con una silla de ruedas. No estaba tematizado. Nosotros hoy tenemos que incorporar esas agendas, esas demandas, esas necesidades.

De la misma manera, tratamos de incorporar gestiones y usos que resguarden el ambiente, estamos haciendo todo un trabajo de revalorización de los bosques nativos de Embalse. Se incorpora la cuestión de la accesibilidad, la sustentabilidad, en lo social, en lo ambiental, etc., es reponer en una categoría del turismo esto del turismo y el desarrollo.

La actividad turística genera mucho trabajo, en muchísimas localidades y pueblos. Cuando estaban en funcionamiento estos hoteles generaban cinco mil puestos de trabajo. Cuando empezamos a recorrer nos encontramos con unas unidades turísticas devastadas, hoteles cerrados, realmente muy triste todo. Entonces volviendo a esta idea del turismo y del para qué del desarrollo, básicamente para que vivamos mejor y en las mejores condiciones posibles, nosotros, nuestros hijos, nuestros nietos y

los que vengan.

¿Cómo es entonces la relación entre la gestión turística y el desarrollo?

La vinculación se basa en cómo concebimos la economía. O sea, el turismo es una actividad económica. La economía es un sistema que nos damos para organizar recursos, administrarlos, distribuirlos, para básicamente satisfacer necesidades. No es una relación centrada en la oferta-demanda, esa sería una definición formal de la economía. Y nosotros decimos no a esa lógica. La economía se conforma en un sistema de organización y en un conjunto de instituciones que te permiten decidir, distribuir y administrar recursos. Recursos que a su vez te permiten satisfacer necesidades.

Un aspecto a considerar es la discusión acerca de qué son las necesidades; este es un tema recurrente en nuestra profesión. Podríamos decir que estamos pensando en necesidades que la propia gente, la comunidad define como sentidas, legítimas y resolubles. Esas necesidades de quienes integran las comunidades, las sociedades y también de las generaciones futuras. Creo que un sistema económico y una propuesta de desarrollo no pueden pensarse en un presente si no se piensan también en base a las generaciones futuras.

El ejercicio de la función pública y las políticas públicas tienen que buscar generar esos mecanismos, esas reglas de juego, esas herramientas que permitan llevar adelante esa distribución, esa administración de recursos que redunden en la satisfacción de necesidades. En particular, en este ámbito trabajamos sobre una actividad económica que es el turismo, que a su vez articula muchísimas otras

actividades. En el territorio implica movimiento de gente y de un montón de actores, de organizaciones, de trabajos y de recursos que circulan.

¿Cómo pensás esa relación entre el turismo, el territorio y la participación de los distintos actores?

Hay dos planos de participación en la actividad. Uno es lógicamente, el de la producción de las actividades turísticas, que incluye emprendedores, empresas pequeñas y medianas, cooperativas y comercios vinculados a diversos sectores. También hay un plano que es el de la demanda, del disfrute, de aquel que accede al turismo como un derecho, como un derecho a la recreación, al tiempo libre, al bienestar. Es a partir de estos dos planos desde donde tenemos que pensar la participación de los actores. Si lo dejás librado a la capacidad adquisitiva, como proponen las reglas de juego del mercado, sólo podrá participar un determinado sector desde el lado de la oferta y un determinado sector desde el lado de la demanda. Si por el contrario hacés una lectura en clave territorial, visibilizás actores, sujetos productores y también sujetos de derecho al turismo y al bienestar. De este modo, el turismo es un sistema que te permite mejorar las condiciones de vida.

Algo para resaltar es que la actividad turística en sí misma moviliza muchísimos recursos, pero también visibiliza cultura e identidad local. Ahí tiene un potencial hermoso porque es poner en valor los saberes, las riquezas no sólo materiales, sino también culturales y simbólicas de las localidades.

¿Cuál fue el impacto de la pandemia en el turismo?

La pandemia es la peor crisis en la historia de la actividad turística. Esta actividad implica circulación de personas y esta pandemia la frenó de cuajo, afectando a localidades cuya matriz productiva y de desarrollo está netamente vinculada a la actividad turística.

También puede pensarse como una oportunidad para trabajar propuestas basadas en un turismo más inclusivo, un turismo social y de cercanía. De hecho, promover el turismo social, es parte de lo que estamos haciendo. Si bien tenemos a nuestras unidades turísticas como emblema, como ejemplo, como orgullo y como joya del turismo social, estamos propiciando que las provincias impulsen y lleven adelante sus propios programas de turismo social, que empiecen a contar con infraestructura y esto permita que cualquier argentino pueda conocer diversos lugares del país, no solo las Cataratas. Hay que democratizar esos lugares a los que a veces solo algunos pueden acceder. Lo que nos moviliza es la búsqueda de la ampliación de derechos, de la resolución de las desigualdades.

“Hay que democratizar esos lugares a los que a veces solo algunos pueden acceder. Lo que nos moviliza es la búsqueda de la ampliación de derechos, de la resolución de las desigualdades democratiza el bienestar”

“Si la economía se escinde de lo social, no se puede pensar un desarrollo económico. El desarrollo económico, que algunos te pueden decir que es para unos pocos, para mí es para todos o no es para nadie”

En este contexto ¿Cuáles son los desafíos para revertir el deterioro y fortalecer los procesos basados en el desarrollo social? ¿Qué aprendizajes nos deja la pandemia en relación a las políticas de turismo?

Creo que se presentan aprendizajes y desafíos en todos los planos y escalas. En cuanto a las gestiones locales - municipales, el desafío es considerar una planificación estratégica de sus territorios desde la mirada local, desde la perspectiva de la gestión territorial del manejo de crisis y de diversificación productiva.

Frente a una crisis de esta magnitud, las cosas no suceden poniendo el piloto automático. Entonces, me parece que uno de los desafíos, es pensar en una planificación territorial, productiva, económica y social. Aclaro “lo social” pero no lo percibo escindido, si la economía se escinde de lo social, no se puede pensar un desarrollo económico. El desarrollo económico, que algunos te pueden decir que es para unos pocos, para mí es para todos o no es para nadie. Por eso, la ampliación de derechos es parte fundamental de nuestros desafíos.





NUEVAS MIRADAS:

LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL

La actualización de la disciplina se enriquece con los aportes de nuevas/os colegas que nos traen sus miradas e intereses. El ciclo Nuevas Miradas surge como iniciativa de la Secretaría de Recientes Matriculades y trae experiencias de investigación de grado de nuevas/os colegas. Para desafiarnos y nutrir las discusiones actuales, Con-Textos recupera esa iniciativa aspirando a la pluralidad en la producción teórica y a la difusión de nuevas inquietudes y posicionamientos.

MATERNIDAD(ES) EN CONTEXTO DE INTERNACION PSIQUIATRICA: ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

**Villacorta, Paula*

El presente artículo tiene como propósito recuperar algunas de las reflexiones esbozadas a partir del proceso investigativo emprendido con el Trabajo de Investigación Final -Tesina, realizado en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. El diseño, trabajo de campo y procesamiento de datos fueron realizados en el periodo 2018-2019.

Motivaron dicha investigación varios factores: por un lado, la persistencia de un modelo de maternidad tradicional, impuesto a las mujeres como mandato social y moral y, con ello, una serie de responsabilidades, obligaciones y exigencias a cumplir. Al mismo tiempo, las experiencias de maternidad alejadas a este modelo son obturadas y deslegitimadas, en tanto que resulta aún "inadmisible" pensar en nuestras sociedades la existencia de madres que no deseen, no amen, no cuiden, de madres que no puedan o quieran serlo. Esto se hace visible también en la escasa literatura e investigaciones que intentan dilucidar la temática en el ámbito de la salud mental en la Argentina, como se registró a partir de la elaboración del Estado del Arte a tal momento. Es decir, que incluso parecen ser "invisibles" para la comunidad científica local.

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA MATERNIDAD

Hacia fines del siglo XVIII y principios del XIX, se da inicio a un nuevo proceso de gestión de la vida por parte de las entidades estatales, a partir del cual los cuerpos son disociados de su poder y comienzan a ser blanco de políticas públicas (Michel Foucault, 1976). La entrada de lo biológico al ámbito de la política, proceso que tuvo lugar en todo Occidente, forma parte del conjunto de transformaciones sociales, económicas y políticas que propiciaron la consolidación de las sociedades capitalistas. En este contexto podemos ubicar la "maternalización" de las mujeres que, en términos de Marcela Nari (2004), remite a la progresiva confusión entre mujer-madre y feminidad-maternidad, la cual **"se fue**

***Paula Villacorta.** Lic. en Trabajo Social (UBA), Maestranda en Antropología Social (FLACSO) y Trabajadora Social en Supervisión de Equidad Social Municipalidad de Caleta Olivia, Santa Cruz.

construyendo y extendiendo gradualmente en diferentes ámbitos y planos de la vida social, del mercado de trabajo, de las ideas y prácticas científicas y políticas” (pp. 101). El relegamiento de las mujeres al ámbito privado, comprendido como espacio de la intimidad, los sentimientos y las relaciones afectivas, designa inevitablemente para ellas un espacio de subalternidad, baja productividad y escaso reconocimiento social (Fernández, 1989). Aun así, la participación en la esfera pública se da a costa de ocupar lugares de menor remuneración y mayor precariedad. Ello contribuye no sólo a la feminización de la pobreza, sino a que los efectos de las crisis y las responsabilidades de la supervivencia familiar recaigan de manera desproporcionada sobre las mismas (Aguilar, 2011).

La maternidad se construye socialmente, a partir de tal momento, como la función de la mujer en la sociedad, su principio de realización y sentido de vida, teniendo como contracara, a su vez, la asignación de una serie de obligaciones vinculadas al cuidado del resto del grupo familiar. Siguiendo a Ana María Fernández (1989), concebida de esta manera, es trasladada al plano de la naturaleza, bajo una ilusión de atemporalidad que oculta todo su contenido histórico, social y cultural.

En las sociedades modernas, la maternidad se convierte en una forma de inclusión y homogeneización de las mujeres, a la vez que es uno de los mecanismos más potentes de control social. Como plantea Marcela Lagarde (2003), su predisposición como destino inevitable, en muchos casos ha de relegar a las mujeres al ámbito doméstico y de cuidados, un espacio de baja valoración social y nula remuneración económica, generando así una situación de subordinación constante. El trabajo doméstico es concebido socialmente como un deber de la mujer para con su familia basado en el amor y el afecto, negando de esta manera su sentido productivo para la unidad familiar e importancia para la reproducción de la fuerza de trabajo al servicio del capital.

MALA MADRE

No obstante lo antedicho, la maternidad no parece ser el destino de las mujeres con discapacidad psicosocial ya que, por el contrario, usualmente se les es negada bajo distintos argumentos, en gran parte formulados y sustentados en el imaginario corriente. Encontramos aquí una paradoja ya que, si pensamos, por un lado, que la maternidad es planteada sociohistóricamente como inclusión de las mujeres a la sociedad, por otro, los padecimientos mentales operan como mecanismos de segregación y exclusión social en virtud de su patologización y codificación en términos de



NUEVAS
MIRADAS

peligrosidad.

Los discursos tradicionales referidos a la "locura", ubican en un lugar de estigmatización a aquellos quienes la padecen, reproduciendo la violencia aún fuera del hospital. Los **"diagnósticos psiquiátricos conllevan estigmas personales, legales y sociales"** (Rosenhan, 1973, p.4), de modo tal que se convierten en una suerte de etiqueta que acompaña a la persona en su vida y que permea en las percepciones que les otros tienen sobre ella y su conducta. El estigma es definido por Goffman (2006) como un atributo profundamente desacreditador, incongruente con los estereotipos que se sostienen acerca de cómo una persona que se encuentra en una determinada categoría social debe ser o actuar.

El estigma que acarrea una persona que atraviesa una problemática de salud mental crece cuando se trata de una mujer ejerciendo la maternidad. La obligación social de ser madre - y además ser buena madre-, niega y oculta sus implicaciones sociales, económicas y personales, así como también minimiza su propia subjetividad e historia (Fernández, 1989). Cuando no se logran cumplir las expectativas sociales construidas en torno, surge el espectro de "mala madre". Todo esto hace perder de vista que la maternidad, el puerperio y las responsabilidades de crianza son eventos desorganizantes que suelen traer dificultades para cualquier mujer, más allá de su diagnóstico de salud mental. No solamente aquellas que se encuentran atravesadas por un padecimiento mental precisan de algún apoyo para maternar.

De lo planteado se desprende que las situaciones de subordinación en las que se encuentran las mujeres en cuestión no se dan sólo alrededor de determinaciones del género, sino que se refuerzan por una yuxtaposición de opresiones vinculadas a la clase social, origen étnico/racial y, como vemos en este caso, su situación de salud. Es así que se encuentran con obstáculos en la vida cotidiana configurados como formas múltiples e interseccionales de discriminación que, potenciadas entre sí, dan origen a un tipo discriminación diferente y específica, colocándolas en un lugar de profunda vulnerabilidad. La interseccionalidad, concepto acuñado por Kimberlé Crenshaw, es expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas, y cuyos efectos tienen repercusiones específicas en la vida de las personas y grupos sociales (Citado en Cubillos, 2015).

DERECHO A UNA MATERNIDAD DIGNA

Si bien se propugna la eliminación de roles estereotipados y la

necesidad de implementar medidas que establezcan una paridad en las tareas de cuidado y crianza, se reconoce el papel central que ocupan las mujeres en el cuidado de los niños, fundamentalmente en los primeros años de vida. Se considera importante, en todo caso, poder hacer la diferenciación en el plano discursivo, entre el “deber ser” y el “ser”, y el reconocimiento y valoración de la aspiración de las mujeres de asumir esta función, si es que así lo desean. Esto habilita la posibilidad de ejercer control sobre sus propias vidas y cuerpos en los diferentes contextos en los que se encuentren, de modo que su negación implica una sobrevulneración.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce que, para que cualquier persona ejerza su derecho a tener hijos, la condición necesaria es tener la capacidad de paternar/maternar, es decir, acompañar el desarrollo del niño y brindarle la contención emocional que precisa. En caso de necesitar apoyos para realizar las tareas de crianza, es obligación del Estado garantizarlos.

A su vez, el Art. N° 23 expresa el compromiso de los Estados Parte de asegurar que los niños no sean separados de sus ma/padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes lo determinen necesario, mediante examen judicial, siguiendo el interés superior del niño o adolescente, entrando en juego así la Convención por los Derechos del Niño y la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Asimismo, los Derechos Sexuales y Reproductivos son parte de los derechos humanos y buscan garantizar que las personas puedan gozar de total libertad para decidir sobre su vida sexual y reproductiva, haciéndolo de manera saludable y libres de discriminación. Estos contemplan la posibilidad de decidir si tener hijos o no, el tipo de familia que se desea formar, además del acceso a información y métodos de planificación familiar expresados de forma clara, gratuita y sin presiones. Están presentes en la Ley N° 25.673/03 bajo el nombre de Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.



NUEVAS
MIRADAS

De los datos obtenidos a partir del trabajo de campo realizado, se arribó a que los padecimientos mentales no son un factor determinante de una “mala” relación entre madres e hijos, ya que ésta depende de la experiencia singular de cada mujer. La conciliación del sostenimiento de un tratamiento por salud mental y la maternidad es menos escabrosa cuando la paciente recibe algún tipo de acompañamiento por parte de una red o referente de apoyo. Este es el factor bisagra que marca una diferencia sustancial en las formas de transitar los procesos de maternaje en un contexto de internación psiquiátrica. Se puede decir que entre éstas y las situaciones de las madres que atraviesan el tratamiento siendo las únicas referentes para sus hijos, hay una enorme grieta, puesto que muchas de ellas acaban con la suspensión temporal de la responsabilidad parental.

La principal variable que pone en tensión la posibilidad de maternar es la presunción de incapacidad, a pesar de que las leyes y tratados internacionales, elaborados en las últimas décadas por fomentar la vida autónoma y en comunidad de las personas con discapacidad psicosocial, y deconstruir los estigmas que históricamente han estado detrás.

Respecto a la designación de apoyos al maternaje que establece la normativa, acerca de la provisión de recursos para llevar adelante las responsabilidades de cuidado y crianza, en función de la preservación de los vínculos fraternales en la unidad familiar, es precisamente donde encontramos una enorme vacancia. Tal escenario se encuentra presentado en el informe elaborado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), ***“Situación de las personas con discapacidad en Argentina”***, elaborado en el año 2017¹.

REFLEXIONES FINALES

La singularidad de cada maternidad se encuentra atravesada tanto por factores propios de la coyuntura social, económica y política, como también por determinaciones culturales, -históricas y sociales, de manera que cada una adquiere características que hacen a su particularidad. Es necesario abandonar las concepciones universalistas y habilitarnos a pensar que es posible “no poder”, sin que ello sea en un factor estigmatizante y determinante para la suspensión del vínculo con los hijos, ya que toda madre y todo niño tiene derecho a un hogar y una familia. De igual manera es importante reconocer y reconstruir la historicidad de cada mujer, entendiendo que los padecimientos mentales no son irreversibles y pueden afectar sólo de manera parcial el desarrollo de las actividades de la vida diaria. En fin, recuperando a De Sousa Campos (1997), descolocar el énfasis de la enfermedad

para traer al primer plano a la persona en su experiencia concreta, aunque el padecimiento sea parte de ésta.

Resulta imperativo que como profesionales de Trabajo Social asumamos como parte de nuestro proyecto ético político dar visibilidad a las situaciones de opresión y vulneración de derechos con las que trabajamos de manera diaria, comprendiendo e incorporando a su vez los atravesamiento de las dimensiones del género, la clase social y la etnia -entre múltiples opresiones- en estas relaciones de poder, y su impacto en la vida de las mujeres y disidencias sexo-genéricas

La ley Federal de Trabajo Social, sancionada y promulgada en Diciembre de 2014, establece entre nuestras incumbencias profesionales la participación, dirección y desarrollo de proyectos de investigación que tengan como fin la producción de conocimientos sobre la especificidad de esta disciplina y la teoría social, además de la generación de aportes que posibiliten la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de problemáticas sociales. En este sentido, podemos reforzar las estructuras de poder preexistentes, o bien, podemos contribuir a la democratización del poder en el proceso de construcción de una contrahegemonía. En definitiva, debemos asumir, desde los diferentes lugares que ocupamos, la responsabilidad de comprometernos con la dignidad humana reconociendo a les otros en su integralidad, con potencialidades y condicionantes, como sujetos de derechos. .



NOTAS

1. Se trata de un informe presentado al Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU para la evaluación del cumplimiento del Estado argentino de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Fue elaborado en colaboración con una multiplicidad de asociaciones e instituciones dedicadas al estudio de la temática. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/situacion-de-las-personas-con-discapacidad-en-la-argentina/z>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, P. (2011). *La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas.* En R. Katál, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 126-133, jan./jun. 2011.

CUBILLOS, J. (2015). *La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista.* *Oximora*, Revista Internacional de Ética y Política. Nro. 7. Otoño 2015 (pp. 119-137).

DE SOUSA CAMPOS, WS. (1997). *La clínica del sujeto, por una clínica reformulada y ampliada.* Recuperado de: <https://salud.rionegro.gov.ar/bibliote>

FERNÁNDEZ, AM. (1989). *La Mujer de la ilusión.* Buenos Aires. Paidós.

LAGARDE, M. (2003). *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción.* Congreso Internacional SARE: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. EMAKUNDE, Instituto Vasco de la Mujer.

NARI, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político.* Buenos Aires 1890-1940. Buenos Aires, Argentina. Editorial Biblos.

LIBROS

EL TRABAJO: ¿MEDIO DE INTEGRACIÓN O RECURSO DE LA ASISTENCIA?,

Autora: Malena Victoria Hopp

URL: <https://www.teseopress.com/trabajomediointegracionorecursodeasistencia>



*Reseña : * Cecmac, Camila A.*

* **Camila A. Cecmac** - Lic. en Trabajo Social. Defensoría del Pueblo CABA. Docente Carrera de Trabajo Social FSOC-UBA

Las políticas de promoción de la economía social han atravesado un proceso de gran desarrollo y transformación en nuestro país durante las últimas décadas, resonando con gran relevancia en el debate político contemporáneo. Son innumerables los sentidos, lógicas e interrogantes que se plantean en torno a su diseño, implementación y efectos en la vida cotidiana de los sujetos a quienes va dirigida. En sintonía con estos desafíos y debates, Malena Hopp nos propone, en un interesante y riguroso estudio en su tesis doctoral, preguntarnos en qué medida las formas laborales asociativas promovidas por las políticas de economía social, funcionan como modo de integración a las formas socialmente aceptadas de reproducción de la vida cotidiana, esto es el trabajo y la seguridad social. En ese sentido, su objetivo estará centrado en analizarlo en relación a las políticas generadas en el período 2003-2011. No obstante, no se trata de una descripción lineal, sino de un abordaje atravesado por un concepto central: el trabajo, en tanto el articulador social por excelencia de los últimos siglos en la sociedad capitalista occidental.

Para realizar este análisis, la autora nos invita a sumergirnos en esta profunda investigación, organizada en una introducción y cuatro capítulos. En la introducción, nos plantea abordar el problema de manera multidimensional, teniendo en cuenta las dimensiones sociales, políticas y culturales de la integración, en tres niveles simultáneos de análisis, abordando de manera conjunta la política social, las unidades económicas y las prácticas sociales. Se parte de comprender a este tipo particular de política como procesos complejos, que inciden en la vida cotidiana de la población y en las formas de trabajo asociativas, presentando significaciones particulares, potencialidades

y limitaciones. La hipótesis que acompañará la lectura, afirma que la política social orientada al fomento del trabajo asociativo encuentra limitaciones en tanto supone dinámicas muy ligadas a las políticas asistenciales tradicionales, que no cuentan con un marco legal, institucional y económico adecuado para que efectivamente cumplan con su objetivo de integración social de los destinatarios en igualdad de condiciones con los trabajadores formales, si bien los sentidos y formas que adquieren estas experiencias se ven influidas por los marcos políticos y organizativos en los cuales se desenvuelven.

Asimismo, en esta primera parte, se explicita la estrategia metodológica cualitativa para la construcción de datos y las técnicas de análisis utilizadas (estudio de caso).

En el primer capítulo, se presentan las definiciones teóricas centrales que guían el trabajo. Se aborda la relación entre política social y cuestión social, así como también el vínculo entre políticas sociales e integración social, pensando al trabajo como aspecto central de la misma, en tanto garantía de acceso a protecciones y reconocimientos sociales. También se profundiza en las distintas conceptualizaciones acerca de Economía Social y su relación con la política social, y los distintos enfoques que han surgido acerca de ella en América Latina, en discusión con las visiones clásicas de economía y trabajo, así como también se presenta la definición de trabajo asociativo y autogestionado. Las características de los regímenes institucionales de la asistencia y la seguridad social en la Argentina también serán un punto importante del capítulo, en miras de poder analizar las tensiones existentes en torno al trabajo y la asistencia que surgen de las políticas generadas para la promoción del trabajo asociativo en nuestro país.

En el capítulo 2, el análisis se centra en el desarrollo del trabajo asociativo y autogestionado en Argentina tras la caída del modelo de la convertibilidad y su rol en el modelo económico y productivo general. La hipótesis en este caso, afirma que esta forma de organización del trabajo no ocupó un lugar central en este aspecto, sino por el contrario, quedó relegada mayoritariamente a la esfera del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, como parte de políticas de inclusión orientadas a sectores de la población excluidos del mercado laboral formal. Continuando esta línea, en el siguiente apartado se analizan experiencias de implementación de los programas Manos a la Obra y Programa de Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja”, observando sus distintas líneas de intervención (subsidios, créditos, etc.), y los límites y potencialidades de este conjunto en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Local y Economía Social “Manos a la Obra”, al cual se sumaron el Programa de Trabajo Autogestionado del Ministerio de Trabajo, entre otros. En ese sentido, y a través del estudio de experiencias concretas analizadas en su trabajo de campo que permiten citar las voces de los protagonistas, Hopp plantea que las limitaciones de estas políticas obedecen a la falta de estructuras institucionales que brinden soporte a estas experiencias, al tiempo que las potencialidades se vinculan con la participación y organización social y comunitaria que puedan contar en los territorios particulares donde se implementen, así como de la articulación con otros programas y recursos estatales.

Si bien se desarrollaron nuevas políticas de Economía Social como las previamente mencionadas, y se fortalecieron las ya existentes (por ejemplo, el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social) se dio

lugar a un sistema “híbrido”, en el cual el trabajo asociativo se desarrolló tanto como propuesta de integración laboral, como recurso asistencial, también reflejado en la falta de transformaciones más profundas en el sistema productivo, que permitieran el fortalecimiento del sector.

El capítulo cuarto, habiéndose retomado en los anteriores las dimensiones económicas y sociales de la integración social, la autora nos propone adentrarnos en la dimensión cultural de ella, abordando los procesos asociativos y las construcciones de dos identidades laborales primordiales en torno a estas políticas: por un lado la existencia de una militancia cooperativista, y por otro una “asociatividad forzada”, impulsada como requisitos de acceso a las políticas socio-laborales. Las hipótesis en este caso son dos: la existencia de una relación entre las trayectorias laborales y de vida de los trabajadores con las significaciones atribuidas a las experiencias asociativas, y la relevancia de las políticas socio-productivas para el sostenimiento del trabajo asociativo y autogestionado.

Por último, en las conclusiones, se sintetizan los argumentos abordados en los distintos capítulos, retomando la hipótesis inicial y abordando las distintas formas de integración que se desarrollan en las experiencias asociativas y autogestionadas. En este profundo recorrido, esencial para la comprensión de la temática en nuestro país y la región, Malena Hopp nos invita a pensar el desarrollo de este tipo particular de políticas, en consonancia con las experiencias de sus protagonistas, permitiéndonos construir una mirada integral y compleja, captando la potencia de las estructuras políticas desarrolladas, así como también los desafíos pendientes para construir nuevas relaciones productivas y laborales desde la política estatal, más integradoras e igualitarias para las grandes mayorías.

INDICE ILUSTRACIONES



Tapa
"Infancia en foco"
Marcelo Madroñal



Páginas: 4
"Tajo refugio"
Marcela Motta



Páginas: 6
"Sin Título"
Cecilia Dalla Cía



Páginas: 18 y 24
"Fluír"
Silvana Barrabás de Bloch



Páginas: 25y 31
"Demanda"
Alejandra M. Juárez



Páginas: 32 y 38
"Ginkgos sobre el empedrado"
Minckas Vanesa



Páginas: 39 y 44
"Sueños"
Alejandra M. Juárez



Páginas: 45 y 51
"La mirada interminable"
María Cristina Arenas



Páginas: 51, 58 y 59
"El Basta de Carpani en cerámica"
Ofelia Gaciela Perez



Páginas: 68 y 74
"De- construcción"
Carolina Portel

Por nuestrxs compañerxs detenidxs desaparecidxs
y víctimas del terrorismo de Estado

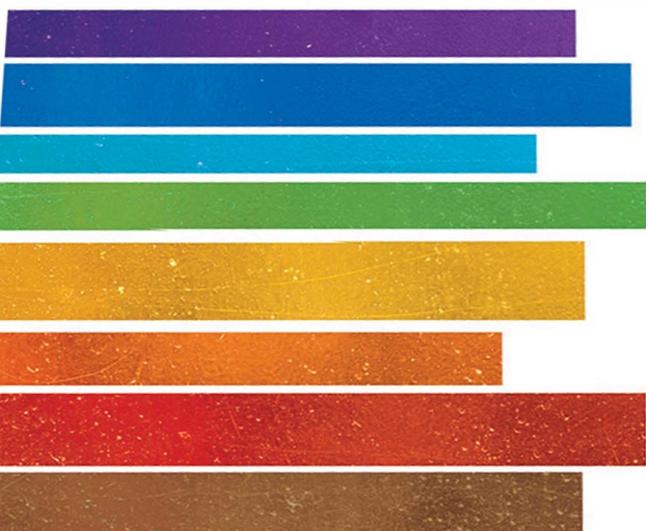
MEMORIA, VERDAD Y JUSTICIA ¡No olvidamos, no perdonamos!

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

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



Consejo Profesional
TRABAJO SOCIAL
C A B A



(011) 4371-1273



Consejo Profesional Trabajo Social



consejo@trabajo-social.org.ar



Bartolomé Mitre 1741-CABA/ Argentina



@Consejo ProfesionalTSCABA



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