

## Reflexiones de una residente de Trabajo Social en Salud del Sistema de Residencias de la Provincia de Buenos Aires

Por Rocío Noemí Rocha

**Rocío Noemí Rocha**, Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN). Diplomada en Equidad de género en salud, Universidad Nacional de la Plata (UNLP). Residente de tercer año del programa de Residencias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

El siguiente escrito parte de los requerimientos del programa de la Residencia de Trabajo Social del Sistema de Residencias de la provincia de Buenos Aires, Argentina. La misma consta de un proceso de capacitación en servicio de tres años, siendo un ciclo de formación de posgrado en el campo de la salud pública. La acreditación de un año al otro se da, entre otras cosas, mediante un examen escrito obligatorio. Las consignas del último año tienen como objetivo dar cuenta de recorridos y reflexiones sobre las rotaciones realizadas que, en este caso, pasan por ser hospitalarias.

En este ensayo se pretende retomar esas consignas y desarrollarlas tomando en consideración no sólo el último año sino las reflexiones colectivas llevadas adelante en todo el proceso formativo, en el que se parte de los aportes disciplinares del área de docencia, espacio en el cual se ha promovido la inclusión de la perspectiva de género en forma constante como parte del posicionamiento de la profesión. Esto ha desafiado a la transversalización de la perspectiva de género y a la discusión del feminismo dentro de la formación profesional.

### Acerca de los procesos de trabajo del Trabajo Social en el campo de la salud: experiencia en el ámbito hospitalario

En la primera consigna del examen se solicitaba una reflexión sobre los procesos de trabajo de lxs trabajadores de la salud, en particular de Trabajo Social (condiciones laborales, incumbencias y derechos profesionales) de manera contextualizada.

Tomando como marco esta consigna, se inician las reflexiones haciendo evidente el lugar del cual se parte: el sistema de Residencias de la Provincia de Buenos Aires. Este dato es parte del análisis del proceso de trabajo de quienes ejercemos la profesión en el subsistema de salud pública<sup>1</sup>. Se señala este punto en tanto el sistema de residencias se considera un espacio de formación de profesionales y en este marco, la contratación se da mediante una beca. El tránsito del recorrido formativo tiene como objetivo *“garantizar la formación de profesionales del equipo de*

---

1 Habitualmente, se describe al sistema de salud como dividido en 3 subsectores: el público/estatal, el de la seguridad social y el de la medicina privada

salud, en función de las reales necesidades de la población de la provincia<sup>2</sup>”. A partir de esto, en cada sede de residencia se organiza el programa formativo y las rotaciones evaluando las necesidades de la sede. En el caso de la sede del Hospital Municipal I. Pirovano de la ciudad de Tres Arroyos (provincia de Buenos Aires), se trata de un subsistema de salud pública de gestión municipal que adquiere particularidades intrínsecas al territorio de influencia.

Se realizan unas aclaraciones acerca del subsistema de salud pública, qué se está mirando en este sistema, desde dónde nos posicionamos para su análisis. Se toman los aportes de Menéndez (2019), quien analiza el sistema de salud señalando que en él predomina el modelo médico-hegemónico (MMH)<sup>3</sup> tanto en las prácticas de lxs profesionales como en el organigrama de las instituciones que lo conforman. La salud pública, en cuanto a saber y sector, es definida históricamente a partir de la medicina. Menéndez afirma que esta última fue asumiendo la cientificidad a partir de lo biológico, ignorando los componentes sociohistóricos que constituyen cualquier proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. El MMH se caracteriza por la descontextualización y en este camino no incluye la perspectiva de género, desconociendo la diversidad de cuerpos y sentires de quienes transitan el sistema de salud. A partir de esto, lo que domina los espacios laborales en los que se insertan las residencias es un modelo biomédico (Madrid, 2019)<sup>4</sup> con un enfoque de género que reproduce asimetrías de poder asentadas en el modo de organización capitalista patriarcal<sup>5</sup> (Tajer, 2012).

En otros escritos caracterizamos al Sistema de Salud Municipal como hospitalocéntrico<sup>6</sup>. Sostenemos esto en tanto desde el inicio de la pandemia COVID19 las inversiones fueron mayormente destinadas a la atención de aspectos biológicos de la salud, se generaron modalidades de atención que priorizaron la atención en consultorios<sup>7</sup>, y se destinó un área para “patologías respiratorias”<sup>8</sup>. En este aspecto se pone en evidencia como se reafirmó el MMH en tanto se priorizó favorecer las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación (Menendez, 2019) del propio modelo.

En el Hospital Municipal I. Pirovano, la Residencia de Trabajo Social presenta su programa de rotaciones de tal modo que queda el último año a elección de la residente. En 2020, el sistema provincial de residencias extendió la misma por cuatro meses, quedando el pase a tercer año para octubre de 2021. En el contexto de emergencia sanitaria, las vacaciones del personal de salud a nivel provincial fueron suspendidas, incluyendo a las residencias. Hacia fines de 2021, desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (PBA) se anunció que quienes tuvieran

---

2 Artículo 2 del Reglamento de residencias para profesionales de la salud. Decreto 2.557/01 (2001).

3 Tomamos lo aportes de Menéndez (2019), que lo define como un sistema de prácticas, saberes y teorías generados por la medicina científica el cual logró identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por criterios científicos y por el Estado.

4 En oposición, partimos de entender que la salud no puede ser comprendida ni analizadas como categoría aislada, ahistórica, biológica e individual sino como parte de un proceso con múltiples determinaciones (Breillh, 2009).

5 El sistema capitalista además de estructurar las relaciones sociales, es un sistema patriarcal que establece relaciones jerarquizadas en función del sexo y género, consolidando roles y funciones que tienen como fundamento la “heteronormatividad”, otorgando privilegios a la identidad masculina en detrimento de las mujeres y disidencias (Polanco; 2019).

6 Piqueras, Rocha (2021). Revista Plaza Pública N° 25.

7 Programada e individual.

8 En concreto, el área de consultorios externos (donde funcionaban por ejemplo el servicio de medicina preventiva y la consejería de salud sexual integral) se limitaron los boxes para esos consultorios y fue destinada por más de un año a la atención de pacientes respiratorios.

vacaciones adeudadas<sup>9</sup> deberían tomarlas antes de octubre de 2021, es decir antes de iniciar el tercer año.

Estas cuestiones no fueron menores a la hora de elegir e iniciar la rotación correspondiente al tercer año. Si se piensa en los procesos de trabajo de la profesión, lo primero que tiene para aportar el Trabajo Social crítico es la contextualización de nuestras condiciones laborales; no solamente ejercemos en un sistema médico-hegemónico con ausencia de la perspectiva de género sino que lo hacemos como residentes en condiciones de vulnerabilidad laboral, lo que -en este caso- se acrecentó con la pandemia<sup>10</sup>. Si además decidimos *ponernos los lentes violetas* nos encontraremos más expuestas quienes ejercemos profesiones feminizadas (Tajer, 2012)<sup>11</sup> y precarizadas (Polanco, 2019).

En este contexto ingresamos a la Consejería de Salud Sexual Integral y a la guardia de Trabajo Social hacia fines de octubre<sup>12</sup>. La consejería se da en el marco del reconocimiento de los derechos sexuales y no reproductivos, realizando acompañamientos a personas ante embarazos no deseados. El consultorio se ubica en el área de externos, atendiendo los días martes en el horario de 8:00 a 10:00. Esta consejería recibe múltiples consultas otros días de la semana en el servicio del cual forman parte, pero la dedicación horaria se ubica en el contexto de trabajo y de las posibilidades, tanto del espacio físico como de dedicación de las profesionales que la conforman<sup>13</sup>.

El equipo está compuesto por una trabajadora social y una ginecóloga del Servicio de Ginecología y Maternidad. La Consejería se desarrolla desde 2018, previo a la aprobación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), con lo cual las profesionales que integran el equipo manifiestan un posicionamiento basado en el respeto y la garantía de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. En la Consejería se realizan acompañamientos integrales para quienes deciden la interrupción voluntaria del embarazo. En este sentido, se busca la prevención de embarazos no deseados mediante el acceso a la información, el acceso a métodos anticonceptivos eficaces y se realiza la atención posaborto. En el servicio, la mayoría de lxs profesionales son objetores de conciencia, lo cual representa un inconveniente en la atención de la Consejería, en tanto si estas dos profesionales se ausentan se puede ver vulnerado un derecho<sup>14</sup>. A las consultas asisten personas de diverso nivel socioeconómico, derivadas algunas por sus propixs médicxs

9 En nuestro caso teníamos 14 días de 2020 y 28 días de 2021, de los cuales sólo pudimos tomar los 28 días de 2021, perdiendo los 14 del año anterior.

10 Nos referimos a que el sistema de residencias es un espacio de formación y laboral en el cual la contratación se realiza mediante una beca. Esta modalidad de contratación no garantiza antigüedad ni aportes jubilatorios, agregando que con la emergencia sanitaria extendieron 4 meses los contratos, sin posibilidad de dar por finalizada la residencia cuando se venciera el plazo que firmamos. Si bien desde el Ministerio de salud provincial se produjeron medidas de cuidado dirigidas al personal de salud (14 días de descanso excepcional), entendemos que el cambio en las fechas de finalización contractual contradice las políticas de cuidado.

11 Tajer señala los perfiles de las disciplinas, visibilizando que las relacionadas al cuidado están integradas mayormente por mujeres.

12 Hay que hacer hincapié en esto dado que el ingreso de las residencias en este periodo del año constituye un cambio que perjudica los procesos de trabajo, tanto de quienes ingresamos como de quienes se encuentran trabajando en el sistema de salud.

13 Los consultorios externos se distribuyen para múltiples disciplinas, constituyéndose en espacios muy requeridos, lo cual limita los horarios de atención.

14 Desde la Consejería se ocupan de que esto no suceda y la dirección del hospital ha llegado a cumplir funciones en la misma para evitar la interrupción de la atención del consultorio y así dar continuidad a los tratamientos.

objetores de conciencia. En algunos casos, luego de la IVE dichos profesionales dan continuidad a la atención en el consultorio privado, lo que nos lleva a indagar acerca de cuál es el significado de la objeción de conciencia para estos profesionales en tanto previo a la derivación a la Consejería solicitan los estudios requeridos para la IVE (análisis de sangre, test positivo, ecografía) y lo único que no realizan es la entrega del *misoprostol* (o su receta).

En las guardias de Trabajo Social se realiza atención a la demanda. Durante el período de rotación adquieren relevancia las gestiones asociadas al transporte para garantizar turnos en hospitales de mayor complejidad. Esta función se requirió en tiempos de aislamiento, siendo una tarea que no le correspondía al Trabajo Social en tanto es una gestión netamente administrativa. El requisito de asistir a la guardia implicaba para los usuarios otra acción más para acceder a un turno médico programado, pudiendo demorarse su concreción. Esta función es revisada y cuestionada por los profesionales, en tanto se cree necesario disminuir las barreras para quienes solicitan esta prestación.

A partir de este tránsito por el hospital nos convocamos a reflexionar acerca de la necesidad de la transversalización de la perspectiva de género en el sistema de salud, ya que el derecho al aborto legal, seguro y gratuito está previsto por una ley cuya garantía corresponde a todos los profesionales de la institución. No obstante, un avance que se produjo con la aprobación de la ley de IVE es la legitimidad de este derecho desde el acceso a la información, en tanto a la Consejería son derivadas personas desde distintos ámbitos (CAPS, consultorios privados, Socorristas), respaldando este espacio y constituyéndolo en un referente a nivel local y zonal.

Por otra parte, considerando a la guardia del Trabajo Social dentro de un sistema de salud municipal, es ineludible pensar en qué lugar se le da a la profesión al no ser una profesión médico-hegemónica. De hecho, el trabajo social no constituye un Servicio hospitalario, aunque sí cumple con las funciones asignadas a esa categoría y resulta central a la hora de pensar en la accesibilidad de los usuarios al sistema de salud. Como profesión feminizada, el Trabajo Social tiene muchos obstáculos para acceder a la categorización en un MMH. En este sentido es que revisamos nuestras incumbencias, cuestionando el lugar que se le impone a la profesión, es decir dónde nos ubica el subsistema de salud pública. A continuación nos centraremos en la mirada hacia estos puntos.

### **Interrogantes de la intervención profesional en el ámbito hospitalario**

En este apartado -basándonos en la segunda consigna del examen- nos interrogaremos acerca de la intervención profesional, las tensiones en la práctica y los proyectos profesionales que habitan en el sistema de salud.

Pensamos el ejercicio profesional desde la racionalidad histórico-crítica con perspectiva de género feminista. Damos a conocer nuestro posicionamiento para el análisis de la práctica porque constituye un desafío y un compromiso que asumimos como parte de la formación de la residencia. La acción reflexiva nos permite revisar nuestros pasos para problematizar y desnaturalizar nuestras prácticas, construyendo nuevos saberes que parten de intervenciones concretas.

Mediante la rotación en la Consejería pudimos reconocer el lugar que se le brinda al derecho a la IVE al ser este dispositivo *centralizador* de la demanda. No estamos negando que haya otras vías de acceso al derecho a la IVE (u otros profesionales que lo garanticen) sino que exponemos que mediante esta Consejería se gestiona el *misoprostol* frente al Estado. La ley estipula que cualquier centro de salud del sistema público, obras sociales o prepagas debe garantizar cobertura gratuita del *misoprostol*. Esta medicación continúa siendo inaccesible, por su valor, por su disponibilidad en

farmacias y porque no todxs lxs profesionales del sistema de salud acceden a él. El sistema de salud provincial registra a las personas que accedieron a esta prestación y posteriormente envía la medicación, realizando un control de su uso. Este registro es centralizado en la Consejería, por lo que otrxs profesionales deben recurrir a la misma para su gestión. Ante esta circunstancia, se expone cómo el Sistema de salud público regido por el MMH genera -y reproduce- mecanismos de control de los cuerpos de las personas con capacidad de gestar, ya que la comunicación entre profesionales con la Consejería<sup>15</sup> puede significar un retraso en la atención, produciendo una espera ante un embarazo no deseado, generando malestares físicos, psíquicos, ambientales, que repercuten en la vida cotidiana<sup>16</sup> de lxs usuarixs.

La ley de N° 27.610 (2021) legitimó espacios que se encontraban en desarrollo en el marco de la interrupción legal del embarazo e incorporó nuevos equipos y/o profesionales en ámbitos públicos. No obstante, para que se dé la plenitud del derecho a la IVE, ésta debería ser accesible a todxs lxs profesionales del sistema de salud. A partir de esto nos preguntamos: ¿las formas/protocolos de registro se enraízan en el control o en la accesibilidad? Este interrogante surge en el marco de una nueva normatividad que propició un terreno para instituir nuevas prácticas, no obstante pareciera que en este terreno continúa prevaleciendo un orden enraizado en el MMH.

Al respecto señalamos que desde el trabajo social crítico reconocemos que nuestra profesión constituye un engranaje en la reproducción del sistema social en el cual nos encontramos inmersxs. No obstante, pensar desde este paradigma nos hace poner atención en cuándo reproducimos los mandatos desde la práctica profesional de manera automática e incluso cuándo nos quedamos conformes con los logros y avances en materia de derechos. En este sentido, las preguntas que emergen son en pos de asumirnos como profesionales críticxs que conforman parte de un cambio social que implica un cambio de paradigma en salud, que no se va a llevar adelante si no le ponemos letra -y cuerpo- a eso que estamos viendo en el desarrollo del acceso a un derecho como lo es la IVE.

Otra cuestión que emergió durante el tránsito en el ámbito hospitalario que nos llevó a pensar en los proyectos profesionales es el espacio que ocupa nuestra profesión, históricamente subordinada a otras profesiones biomédicas. El ámbito de salud pública es un espacio jerarquizado y como tal, otorga lugares diferenciales para quienes lo transitan, ya sean usuarixs o trabajadorxs. A partir de allí no es ingenua la demora en categorizar y constituir al trabajo social en Servicio. El colectivo profesional se encuentra compuesto mayoritariamente por mujeres; mujeres que en carrera hospitalaria difícilmente puedan acceder a cargos jerárquicos<sup>17</sup>. Nebra (2018) y Polanco (2019) tematizan sobre la profesión del trabajo social, su feminización en el doble sentido: cuanti y cualitativamente, en tanto es una profesión compuesta por mujeres en su mayoría y socialmente se la vincula a las tareas de cuidado. Con esto queremos evidenciar que no es casual el lugar que se le brinda al trabajo social, sino que es producto de una forma de reproducción social que jerarquiza y

15 La Consejería funciona un día a la semana, el resto de los días se puede acudir al servicio de maternidad si las profesionales se encuentran en el servicio. Agregamos que para acceder al *misoprostol* se debe realizar un test positivo y una ecografía que dé cuenta del tiempo del embarazo ya que la ley lo garantiza hasta la semana 14, por lo tanto es importante atender a la demanda de manera inmediata.

16 Si nos paramos desde los determinantes de la salud, estamos pensando en situaciones como: el peso que tiene el solicitar permiso en sus trabajos para acceder al consultorio, la organización familiar (quién queda al cuidado de familiares, hijos en su mayoría), si tienen recursos económicos para garantizar transporte, entre otras.

17 Las mujeres tenemos condiciones de mayor desventaja a la hora de insertarnos en el mercado laboral, concentrándonos en las profesiones y puestos más precarizados, con menor proporción de cargos jerárquicos y de cuotas de poder.

legítima la desigualdad de géneros. En este punto, la demanda de las colegas en el hospital es histórica, ya que jerarquizarse como un servicio hospitalario categoriza a la profesión y la coloca en condiciones de igualdad simbólica con otras profesiones<sup>18</sup>.

Para finalizar, como ejercicio recurrente, nos proponemos pensar qué movimientos podemos generar para orientar intervenciones en clave feminista teniendo presente que ejercemos en instituciones públicas donde los procesos de opresión se ven sedimentados. Nos encontramos en una trinchera cargada de contradicciones, por eso creemos indispensable el cuestionamiento, para que las políticas públicas con las que intervenimos sean fortalecedoras y no reproductoras de una lógica estatal heteropatriarcal, siendo tarea indiscutible el reconocer límites y posibilidades de las mismas.

### **Reflexiones sobre la interdisciplina**

En este último apartado retomaremos la última pregunta del examen, que sugería realizar una reflexión sobre los límites y posibilidades del trabajo interdisciplinario pensando en todo el recorrido formativo y no sólo en las rotaciones en el segundo nivel.

El Trabajo Social como disciplina tiene su desarrollo y génesis ligado a la racionalidad formal-abstracta, lógica hegemónica en el sistema social. Siguiendo a Montaña (2014), desde esta racionalidad se asume como “natural” la compartimentación de disciplinas y profesiones, se produce un divorcio entre conocimiento y acción y se segmenta la realidad. Cada profesión tiene su propia perspectiva (“específica”) sobre objetos parciales y se crean campos de saber especializados que no aprehenden la totalidad. En el orden de lo estatal, cada institución aborda parcialmente situaciones recobrando cada espacio cierta especificidad que, al responder sectorizadamente, propicia intervenciones de corte deshistorizante. Al mismo tiempo, cada profesión aborda de manera específica las situaciones que se le presentan, lo que se traduce en dificultades para la construcción de abordajes integrales.

Montaña nos convoca a la construcción de un TS crítico; como postura, una perspectiva crítica en el análisis de lo social y en su accionar. En esta línea es que reflexionaremos sobre la interdisciplina, reconociendo primero el dominio de la lógica formal abstracta en los ámbitos en los que interviene el Trabajo Social.

A partir de estos planteos nos preguntamos cómo poder integrar la totalidad si la socialización se encargó de atomizarla y presentárnosla como partes aisladas, segmentadas; cómo relacionarnos con otras disciplinas si los lentes con los que miramos responden a nuestros ojos: nuestra especialidad.

En nuestro tránsito por el primer nivel fuimos incorporadas a Equipos conformados por enfermerx, médica generalista, administrativa, promotora y trabajadora social. La construcción de abordajes interdisciplinarios en este ámbito fue una disputa que sólo se pudo superar en momentos de compartir miradas, reflexionar colectivamente y acordar criterios de intervención como equipo de salud. La interdisciplina fue un interés desde nuestra profesión y no una lógica cooperativa, por ende no se sostuvo en el tiempo y terminó resultando un encuentro casual entre disciplinas. A decir de Stolkiner (2012), una de las tareas que debíamos encarar era establecer un marco referencial común y coincidir con los objetivos de las tareas que nos proponíamos como Equipo. Si bien

---

18 Señalamos esto ya que en tanto el trabajo social no constituye un servicio, no forma parte de las convocatorias a las reuniones de la dirección del hospital con los Jefes de servicios. De otra parte, ante concursos públicos en los cuales se tiende a evaluar antecedentes, al no existir el cargo en nuestra profesión, más difícil será acceder a cargos jerárquicos.

coincidimos en los objetivos de los proyectos de promoprevención con las infancias, estuvimos lejos de establecer conceptos comunes. Las residentes teníamos un posicionamiento desde una perspectiva de género que no acordaba con el resto de las integrantes del equipo. Si hubiéramos construido un piso referencial, dialogando con los aportes que cada una desde su profesión podía hacer, quizás hubiéramos podido crear otras miradas en cuanto a lxs usuarixs del CAPS, hacia el proyecto que desarrollábamos y hacia nosotras mismas: nuestro rol como personal de salud, nuestra condición de mujeres, nuestra forma de trabajar con lxs usuarixs.

Con el Consultorio Amigable que iniciamos, gestionamos y organizamos como residencia desde 2019 hasta 2021<sup>19</sup> nos vimos envueltas en abordajes biomédicos. Esto se produjo porque la mirada de la interdisciplina se confundía con la consideración de los mismos conceptos, aceptando la subordinación de nuestra disciplina a las biomédicas, usando un lenguaje propio del MMH, disociada de los determinantes sociales de la salud y de una mirada interseccional. Sostenemos esto ya que se priorizaron los acompañamientos en procesos de modificación corporal hormonal (PMCH) y no la contextualización de lxs usuarixs, la consideración en cuánto del proceso medicamentoso atendía a un deseo y no a un constructo sobre las masculinidades/femineidades hegemónicas. En ese sentido, la interdisciplina no tenía lugar sino que se atendía en dupla a las personas que ingresaban al consultorio. La parte de gestión, carga de datos en el sistema e inicio de historias clínicas quedaba a cargo del trabajo social y la parte del PMCH quedaba bajo dominio de lxs mediques.

En el segundo nivel pudimos reconocer el trabajo interdisciplinario en la Consejería, desde donde las profesiones del trabajo social y de ginecología se encontraban realizando los abordajes de manera conjunta, habilitando diálogos disciplinares que conducían a interrogarse acerca de la atención. En este espacio, la disposición a generar acuerdos interdisciplinarios para la atención se da en el marco de la trayectoria del propio consultorio. A diferencia de los otros espacios, la Consejería tiene una consolidación del Equipo y de la demanda que adquiere relevancia a la hora de pensar en las posibilidades de construir abordajes interdisciplinarios.

Stolkiner señala que la primera condición para el trabajo interdisciplinario es que sea una actividad sostenida en el tiempo. En este sentido, afirmamos que en el marco del programa de Residencias este abordaje se ve limitado en tanto somos profesionales que “rotamos” por distintos espacios, que si bien enriquecen nuestra formación no nos permiten la proyección y la permanencia en los proyectos, consultorios, talleres, equipos de trabajo, de los cuales formamos parte en forma transitoria.

## **Palabras finales**

A lo largo de estas páginas intentamos realizar reflexiones profesionales que nos condujeron por todo el recorrido formativo. En el transcurso de la residencia aprendimos a incorporar una perspectiva de género feminista en la profesión y hoy la consideramos parte de nuestra mirada disciplinar. Entender nuestra posición en el ámbito de la salud, interrogarnos en nuestros espacios de trabajo, correr nos a nosotras de la naturalización de nuestros roles asignados no sólo profesionalmente sino como mujeres inmersas en una división social y sexual del trabajo, nos permite mirarnos y pensar nuestras intervenciones profesionales de manera integral.

---

19 El Consultorio Amigable desde fines de 2021 es gestionado desde el CPA (Centro Provincial de Atención en Salud Mental y Adicciones) dependiente de la Subsecretaría de salud mental y atención a las adicciones de la Provincia de Buenos Aires

En este ensayo no hablamos desde el endogenismo de mirarnos a nosotras mismas, sino desde la necesidad imperiosa de pensarnos dentro de los procesos de intervención, porque no sólo aportamos la mirada sino que nos situamos en espacios de manera diferenciada y ello repercute en nuestras intervenciones. Contamos con ciertos recursos que nos permiten realizar estas reflexiones, al tiempo que evidenciamos nuestras condiciones de desigualdad de género, de raza, de clase. Estas líneas se escriben en el marco del fin del proceso de formación profesional de posgrado, ante un futuro laboral incierto. A fines de agosto no se encuentra sobre la mesa la continuidad laboral de lxs residentes que finalizan sus trayectos y, en este sentido, el trabajo social está en clara desventaja respecto otras profesiones, como hemos reflejado a lo largo de este escrito. En este marco, la formación en la residencia es la que nos permite ver estas contradicciones y ponerlas en escena.

En este escrito se pretendió seguir el camino iniciado por Tajer, Pombo, Nebra (entre otras), que se posicionan y nos desafían al trabajo social feminista, a repensar nuestras prácticas en clave interseccional. Adherimos a esta mirada de la profesión y sostenemos que el camino iniciado con el recorrido por la residencia no fue sólo un espacio de tránsito sino que se constituyó como marco permanente de referencia.

### **Bibliografía**

Castrogiovanni, N; Simonotto, E; Viedma; G. (2016). “La precariedad en nuestras vidas. Pensando el Trabajo Social desde sus condiciones de trabajo”, Consejo Profesional CABA. Disponible en: [https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/castrogiovanni\\_gt\\_6.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/castrogiovanni_gt_6.pdf)

Dosso, D. (2015). Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo. En Libros de ensayos FUSA (Buenos Aires, 2017). Disponible en: <https://grupofusa.org/descargas/LIBRO-de-ensayos-FUSA-baja.pdf>

Ley N° 27.610 República Argentina (2021). Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Madrid, L. (2019) Concepciones en torno del proceso salud-enfermedad-atención. Malnutrición e intervención profesional. En: Paradela, L; Redondi, V. Salud y Trabajo Social: Procesos de intervención y organización colectiva por el Derecho a la Salud. CATSPBA.

Menéndez, E. (2019). Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Paradela, L; Redondi, V. Salud y Trabajo Social: Procesos de intervención y organización colectiva por el Derecho a la Salud. CATSPBA (Colegio de Asistentes Sociales de la Provincia de Buenos Aires). Disponible en: <http://bibliots.trabajosocial.unlp.edu.ar/meran/getDocument.pl?id=1810>

Montaño, Carlos (2014). “Teoría y práctica del Trabajo Social Crítico: Desafíos para la superación de la fragmentación positivista y posmoderna”. En: Mallardi, M. (comp) Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. La Plata: Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, pags.17-56.

Nebra, Julieta (2018). Feminización del trabajo social: implicancias en la construcción del perfil y la identidad profesional en estudiantes y docentes de la Universidad de Buenos Aires. Trabajo y Sociedad - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas, 31, 261-284. Santiago del Estero, Argentina. Recuperado de: <https://n9.cl/haeip>



Polanco, Nadia (2019): El feminismo como lente privilegiada para el análisis crítico del ejercicio profesional, de las políticas públicas y las prácticas cotidianas. En Riveiro Laura (Comp.), Trabajo Social y feminismos: perspectivas y estrategias en debate (Pp. 211-241). La Plata, Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <https://diariofemenino.com.ar/df/wp-content/uploads/2019/07/FEMINISMO-web.pdf>

Pombo, G. (2012) La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. En Revista Margen N° 66 (setiembre de 2012). Disponible en: [https://www.margen.org/suscri/margen66/06\\_pombo.pdf](https://www.margen.org/suscri/margen66/06_pombo.pdf)

Rodríguez Enríquez, C. (2019) Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. EN: Riveiro, L. Trabajo Social y feminismos. Perspectivas y estrategias en debate. CATSPBA.

Stolkiner, A. (2005) Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones, Argentina.

Stolkiner, A. (2012) Diálogo sobre interdisciplina. Periódico En Diálogo, Extensión, Universidad de la República Uruguay, octubre 2012 <http://www.extension.edu.uy/endialogo>

Tájer, D. (2012) Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud [en línea]. En: Género y Salud. Las políticas en acción. Buenos Aires: Lugar Editoria. [acceso 18 oct. 2016]. Disponible en: [http://200.51.229.20/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/educacion-permanente-en-servicio/construyendo\\_una\\_agenda\\_de\\_genero\\_tajer\\_genero\\_y\\_salud\\_las\\_politicas\\_en\\_accion.pdf](http://200.51.229.20/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/educacion-permanente-en-servicio/construyendo_una_agenda_de_genero_tajer_genero_y_salud_las_politicas_en_accion.pdf)

Zucherino, y otrxs (2014). Incumbencias y rol profesional: dos nociones a problematizar en TS. EN: Lo metodológico en Trabajo Social .Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social. Edulp, Libros de Cátedra: La Plata. Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/41855/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/41855/Documento_completo.pdf?sequence=1)