

margen N° 122 – setiembre de 2026

¿Y Cuándo se Va? Demandas a Trabajo Social en Largas Estadías Hospitalarias

Por Valeria R. Vera

Valeria R. Vera. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Especialista en Salud (CPSS). Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.

*“Dejar hacer, dejar ocurrir, dejar suceder,
pero, a la vez, que nada deje de hacerse”.*

Lao Tsé

Introducción

Como integrante de un equipo de salud de un hospital público de segundo nivel de atención, con el presente ensayo me propongo analizar, a la luz de la teoría, las intervenciones que se realizan particularmente en las largas internaciones que cursan ciudadanxs en los servicios de clínica médica en el área de adultos y de niñxs en el área de pediatría.

El Hospital Provincial Florencio Díaz se encuentra ubicado en la zona sudeste de la ciudad de Córdoba, provincia de Córdoba. Argentina. Es un hospital polivalente que cuenta con Servicio de Clínica Médica, Unidad de Terapia Intensiva, Cirugía, Ginecología, Programa IVE/ILE, Trabajo Social, Odontología, Oftalmología, Nutrición, Pediatría, Laboratorio, Salud Mental, Kinesio y Fisioterapia, Traumatología, Cardiología, Enfermería, Infectología, Vacunatorio e Imágenes. Tiene a su cargo la población aledaña al barrio José I. Díaz, aunque recibe derivaciones de otros centros de la ciudad y del interior de la provincia.

El Servicio Social al que me incorpoé en 2024 está integrado por dos profesionales y se coordina con los demás servicios, especialmente con el de Salud Mental, con el que se interviene de manera conjunta en muchos casos, experiencia sostenida por la Jefa del Servicio quien se desempeña en el mismo desde el año 2013.

Para este ensayo se analizaron intervenciones en casos de larga estadía atravesadas no solo por la situación actual en cuanto al campo de la salud sino además por el marco teórico que da sustento a la práctica.

Un poco de contexto social y político

A nivel país, a lo largo de la década del 90 los gobiernos implementaron políticas de privatización de empresas públicas y del parque productivo que hasta el momento estaban bajo control del Estado. La característica de este modelo neoliberal fue la desregulación del Estado, la

reducción del gasto público, la reforma de la Administración Pública y el incremento de la deuda externa. Estas políticas trajeron consecuencias a nivel social, como el aumento del desempleo y por consiguiente, de la pobreza. A nivel salud se produjeron los primeros grandes cambios: se provincializaron centros que tenían dependencia de Nación con el objetivo de que las provincias absorbieran al personal que componía dichos establecimientos, con el consiguiente perjuicio que ello significó. Tras la descentralización de estos servicios se desfinanció al sector, lo que tuvo efecto directo en la capacidad del sistema para brindar atención.

Más tarde, con la llegada de un gobierno en 2003 que avanzó con políticas que cobijaron a lxs más vulnerables y garantizó Derechos a los sectores más marginados, se comenzó a soñar con las garantías, con la concreción del deseo de garantizar la inclusión de todas las personas al respaldo del Estado. De este modo, los grupos poblacionales que habían luchado por una legislación progresista consiguieron su reconocimiento, así como los sectores más desfavorecidos pudieron acceder a la inclusión a partir de la creación de programas y políticas amplias. En el ámbito de la salud se avanzó en cuanto a legislación y ampliación de Derechos; tales son los casos de la Ley N° 27.044 de Discapacidad (2014), Ley N° 26.657 de Salud Mental (2010), Ley N° 26.743 de Derecho a la identidad de Género (2012) y Ley N° 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (2021).

En cuanto a tratamientos, se brindó cobertura a través de programas de enfermedades infectocontagiosas que garantizaban la disponibilidad de insumos y se enfatizó en investigación, ampliándose de esta forma notoriamente la presencia del Estado. En materia de previsión social se otorgó el beneficio de Jubilaciones y Pensiones a personas sin la totalidad de los aportes necesarios, teniendo la posibilidad de acceder a una moratoria para su cancelación. Tal fue el caso de las jubilaciones por Ama de Casa, Adultos Mayores, Pensión a Madres de Siete Hijos, etc.

Esas medidas lograron reparar, en parte, las secuelas de años de desastre y atropello generadas como consecuencia de una práctica basada en el Terror por parte del Estado (Dictadura Militar) y la ausencia de políticas sociales a favor de lxs ciudadanxs. En la actualidad, nuevamente asistimos al ascenso al gobierno de un modelo neoliberal que viene a socavar de manera profunda las políticas de un país que parecía querer enderezarse desde el mandato de actuar para garantizar el ejercicio de los Derechos.

La propuesta del actual gobierno determina un único escenario que instala y ejecuta la idea de la privatización de los servicios básicos; los Derechos se convierten muchas veces en una idealización que no logra materializarse. Así se observan a diario un listado de recortes en los presupuestos destinados a salud, educación, seguridad social, etc. Esto se evidencia en el cierre de Ministerios, en el desmantelamiento de organismos del Estado, en el ajuste a programas y asistencia, en las suspensiones de los beneficios previsionales adquiridos, en las bajas de contratos del personal de diferentes áreas estatales y en la no renovación de los cargos perdidos, entre muchos otros.

De ningún modo se está cumpliendo con las normas que tienen rango constitucional, como por ejemplo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹ (PIDESC) (Ley N° 23.313, 1986), que plantea obligaciones básicas que los Estados adherentes deben adoptar y respetar, tales como garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud no discriminatorios, especialmente de grupos vulnerables. Estos Pactos son los marcos a partir de los cuales se deben inscribir los Programas y Proyectos que den sostén a las políticas impulsadas desde

1 El acto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigencia en Argentina en 1986, con carácter consuetudinario.

el Estado, mas aun en estos tiempos caracterizados por la fragmentación social, la pérdida de la identidad colectiva, el aumento de la vulnerabilidad, la exclusión e injusticia social.

En este escenario social, lxs profesionales que nos desempeñamos en el campo de la salud pública observamos como desafiantes las situaciones de las personas que acompañamos en sus procesos y analizamos nuestras intervenciones a la luz de los aportes que podemos realizar sin caer en la trampa de convertirnos en la herramienta que utilice el Sistema Neoliberal imperante para favorecer su propósito de delimitar la garantía de los Derechos. Es muy delgada la línea en la que nos ubicamos los agentes de la administración pública al momento de representar en parte a un sector del Estado y no ser al mismo tiempo la mano ejecutora que pone en práctica las barreras al acceso.

No es novedad que las instituciones se encuentran en crisis por los recortes, la falta de profesionales, la ausencia de programas, la carencia de recursos; ahora bien, ¿qué hacemos como agentes de un Sistema que nos invita a ser partícipes de un plan que tiene como objetivo romper lo colectivo y obstruir los mecanismos de ciudadanía? Quizás la resistencia sea solo la manera de continuar, en nuestro caso, ejerciendo la profesión desde la militancia de los Derechos Humanos.

En relación a algunos conceptos y perspectivas que se ligan

Para comenzar a desarrollar el estudio de las intervenciones en el campo de la salud es necesario en primera instancia hacer referencia a las corrientes teóricas en las que se apoya este estudio.

A fines de los 60 y comienzos de los 70 la medicina social en Latinoamérica comenzó a estudiar de qué manera los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones tienen un carácter social y se relacionan con las formas de vivir y enfermar de manera particular según las condiciones sociales de ese grupo. Es decir, que la directriz es enfatizar los determinantes sociales (educación, condiciones de vida, empleo, etc.) para conocer los estados de salud.

Tal como señala Breith (2025),

Es hoy ineludible la responsabilidad de tomar conciencia de que la determinación social de la salud va más allá de los tan mentados “determinantes” (..) el paradigma latinoamericano de la determinación social de la salud (..) propone comprender la salud como un proceso histórico, complejo y multidimensional, determinado por las dinámicas de poder, desigualdad, territorialidad, cultura y colonialidad que atraviesan nuestras sociedades.

Considerando que la salud es un proceso dinámico, resulta imposible pensar que pueda ser entendida como un estado, es decir, como algo que se encuentra sin movimiento, estanco, quieto; ya que se trata de un proceso de construcción colectiva que se compone de diversos factores que interactúan y en el que se ponen en juego las experiencias, las creencias, las representaciones, los significados y hasta los temores en relación a ella. Esto que Brehil denomina Determinantes de la Salud, inciden en la manera en que las personas transitan sus procesos y, sobre todo, en la manera en que los integran a sus vidas cotidianas.

El concepto de medicina social/salud colectiva (MS/SC) hace referencia a las articulaciones que se dan entre las diferentes disciplinas e instituciones en el campo de la salud. Se considera como un campo repleto de complejidad, por lo que se integran conceptos de prácticas, creencias, género,

costumbres, entre otros, a la hora de comprender a la salud de manera integral. Al decir de Laurell (1986), en América Latina surge:

una corriente de pensamiento en el campo sanitario, conocida bajo el nombre de Medicina Social o Saúde Colectiva, que estudia la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales. Es decir, postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos.

Por su parte, Liborio (2013) afirma que

...la SC debe ser comprendida como una construcción permanente e inacabada, y desde un nuevo paradigma basado en la salud como derecho y en la promoción de la salud...La SC, así entendida, forma un nuevo campo de conocimiento en constante desarrollo, y se constituye en un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado.

De este modo, esta corriente de pensamiento que se instala para analizar los procesos por los que transitan las personas, aporta la idea de integralidad, permitiendo dejar atrás las segmentaciones que propone la teoría biologicista de la salud. Esta evolución en la mirada sobre la salud y la enfermedad abre el juego no solo a la incorporación de otras disciplinas sino que además favorece un análisis más acabado sobre las situaciones que se presentan demandando atención en nuestro campo.

Desde nuestra disciplina, en ese transitar que presenciamos como agentes de salud, nuestra intervención tiene un aporte específico e irremplazable, lo que hace que se diferencie de otros aportes y enriquezca de este modo los procesos que atraviesan las personas. No se aplica una receta, no se entrega una indicación, se apoya la problematización, la búsqueda de posibilidades, la toma de decisión, la reflexión, la autonomía, la conciencia de ciudadanía.

Siguiendo a Carballada (2016)

...es viable pensar que un enfoque de derechos apoyado en los Derechos Humanos, tiene capacidad de dar contención a los Derechos Sociales e incluso enriquecerlos, especialmente desde la posibilidad de conferirle movilidad e interacción a éstos y -desde allí- más y mejores perspectivas de aplicación....

Esta afirmación permite observar que los derechos son inherentes a las personas y que los distancia de ser meros destinatarixs, beneficiarixs o receptores de un sistema sino que, por el contrario, esta perspectiva permite colocar a las políticas sociales de un Estado como un derecho humano básico, en especial el derecho a la Salud. Entendida así, la intervención profesional gira alrededor de garantizar el acceso a aquellas personas que se encuentran como "usurixs" de los servicios públicos de salud y acompañar los procesos que atraviesan desde actividades de promoción y defensa de los derechos. Agilizar el acceso a través del asesoramiento, brindando la información necesaria, también es una manera de acortar el camino destrabando los obstáculos que distancian a las personas de los recursos/prestaciones, etc.

Al decir de Ase y Buriyovich (2009):

...La perspectiva de derecho en salud se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud. Los tratados internacionales brindan un marco normativo para que los diferentes actores locales y nacionales se articulen en torno al diseño de las estrategias de salud. De esta manera los derechos humanos actúan como un programa que pueden guiar u orientar las políticas públicas en los Estados...

Comprendida así, la perspectiva de derecho permite ver y tratar a las personas que utilizan los servicios públicos de salud como sujetos de derechos, alejándose de la mirada mercantilista de la salud que pretende instalar las políticas neoliberales que se vienen adueñando en estos contextos de recortes presupuestarios y desmantelamiento de las instituciones públicas, entre muchos otros como antes mencioné.

Retomando a Carballada (2016)

... Desde el enfoque de Derechos se considera que el marco conceptual, que da sentido y orientación tanto a las Políticas Sociales como a la Intervención, se apoya en las posibilidades de respaldo y garantía que brindan los Derechos Humanos en tanto derechos legitimados por la comunidad internacional. Y desde allí tienen la potencialidad de ofrecer un conjunto coherente de principios y pautas que pueden ser aplicables en las Políticas Sociales y en la Intervención del Trabajo Social. Desde esta perspectiva, los Derechos Humanos son pensados como una serie de propuestas que pueden guiar y orientar a las Políticas Sociales de los Estados y contribuir al fortalecimiento de las instituciones democráticas...

Y es esta la base desde la que parten los modos de intervenir en este contexto, entretejiendo la realidad con las posibilidades a veces existentes, otras por crear, por descubrir, por imaginar; realidades que vienen cargadas de significados, de fracasos, de negación de derechos, en algunos casos de decepciones; también de concreciones y de luchas ganadas que en definitiva representan las experiencias de "ser en el mundo". Se trata de experiencias que se convierten en aprendizajes, para fortalecerse a través de ellas y diseñar nuevos modos de gestionar.

Definido así el marco desde donde nos acercamos a las situaciones en las que se solicita nuestra presencia profesional, retomamos lo que expresa Carballada (2023):

En el contexto actual, la intervención en lo social se nos presenta como un "espacio de libertad" ya que se construye en pequeños hiatos, intersticios, lugares donde es posible reconstruir historicidad, entender a ese otro no como un sujeto a moldear sino como un portador de historia social, de cultura, de relaciones interpersonales. Tal vez la intervención en lo social no implique agregar ni quitar nada sino solamente "hacer ver" aquello que el contexto, el escenario, el clima de época impiden visualizar. Y acaso permita hacer que ese otro recupere historicidad, ubicándolo en el lugar de la verdad, corriéndolo del banquillo de la sospecha, entendiendo que se es en tanto efecto de la cultura, que es imposible pensarse

separado de los otros y que la diferenciación estriba en lo singular de las inscripciones de cada cuerpo.

Reconocer la historicidad de las personas y sus trayectorias es motivo más que suficiente para retomar esas experiencias y capitalizarlas, para aplicar los aciertos y convertirlos en herramientas para nuevas estrategias en el tránsito del procesos de salud-enfermedad-cuidado-atención. Este último se constituye en el objeto de estudio de la medicina social/salud colectiva, perspectiva desde la cual se apoya este escrito y la cual sostiene que la persona es mirada desde su integralidad; permite acercarse a la forma en la que nacen, viven y en cómo las circunstancias en las que se desarrollan sus vidas cotidianas influyen en los modos de enfermar/transitar los procesos y en las maneras en que buscan/gestionan la resolución los mismos.

Pasando Revista

Llegado el momento de la Revista de Sala, cada Servicio plantea el estado de las personas internadas, se comentan los avances, las dificultades, los pendientes, las interconsultas con otros Servicios y en el caso de las posibles altas sin familia, sin entorno, sin redes, aparecen como a través de un pase de magia los famosos “casos sociales”. Y ahí está nuestra disciplina, la más buscada y consultada por momentos, también la más demandada, a la que se le “encarga” la tarea de “ubicar” al caso social. Y se escucha: ¡está de alta clínica!

...la afirmación nativa hospitalaria “el paciente se tiene que ir” se constituye en una interpelación/demanda histórica y cotidiana al Servicio Social, requiriendo incorporar un abordaje a la salud desde una perspectiva integral que incluya a los determinantes, entendidos como “un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales, que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (Breilh, 2010).

Puede que al resolverse y ya no requerir de derivaciones a especialidades, las internaciones que ingresan por cuestiones clínicas no lleguen a la externación hasta pasado mucho tiempo. Tal cual lo expone Breilh (2010), las demandas al Servicio Social en estos casos son variadas y tienen como origen cuestiones familiares, de redes de contención (carencia de ellas en casi todos los casos), de gestión de recursos, institucionales, económicas, habitacionales, etc.

Si “lo social” de las internaciones prolongadas en los hospitales públicos tiene que ver con la falta de recursos, de redes, de espacios de contención, ¿qué podría aportar la disciplina de Trabajo Social para favorecer el bienestar de las personas que esperan la externación?, ¿qué de lo propio de nuestra disciplina se espera y qué está a nuestro alcance en lo concreto?

Los discursos de lxs diferentxs actorxs institucionales hacen referencia a que la persona “está en condiciones de alta”, desconociendo que las intervenciones ante problemáticas de salud no finalizan en la resolución de un episodio agudo si no que se da inicio -obligadamente- a un proceso transformación ya que “la resolución” de la permanencia de estas personas requiere visualizar objetivos de una atención integral. Desde el Trabajo Social se inicia un proceso de articulación y gestión con programas e instituciones en los que se evidencia una dinámica de retraimiento de las políticas sociales, la cual muestra la vacancia de las políticas públicas hacia estos grupos poblacionales. Esto se expresa fundamentalmente en la falta de dispositivos para esta población, así

como también para personas -denominadas por la misma política pública- como autoválidas (Jasuti y Podeley, 2020).

Tal cual lo plantean las autoras, al área de Servicio Social llegan casos en los que se requiere de nuestra intervención en la inmediatez, para apoyar el alta de personas en situación clínica aceptable para ello pero que no se encuentran en condiciones de afrontar la reproducción de la vida cotidiana por sus propios medios o aún ni siquiera con el apoyo de otrxs. Cuando habiéndose tratado y resuelto la causa de las internaciones en "agudos", surge la necesidad de dar respuesta al alta, es decir a la externación que deben enfrentar las personas. Tal es el caso de las personas que requieren de la asistencia de manera temporaria o permanente (dependiendo del diagnóstico) para retomar el ritmo de su vida. En este marco, nuestras intervenciones están atravesadas por la prolongación de las internaciones, las cuales abren el escenario a una variedad de situaciones que se suscitan durante las largas estadías en los hospitales. Ese transcurrir en las instituciones hospitalarias está cargado de las vivencias que las personas tienen en lo cotidiano y que al ingresar en la internación se ven interrumpidas. Surgen así los lazos rotos en cuanto a lo afectivo y lo social (con su correspondiente consecuencia), además de los inconvenientes en las diferentes áreas como: discontinuidad en los empleos, cobros pendientes, gestiones iniciadas sin seguimiento, etc.; todo esto sin contar con que desde lo disciplinar el objetivo a alcanzar con la persona no es solo apoyarla en el proceso de externación, sea ésta a través del ingreso a una institución como hogar, centro de rehabilitación, casa de convivencia etc. o regresando a su vivienda, sino fundamentalmente acompañarla a los fines de lograr el bienestar de modo integral.

En todos los casos, esta presencia que tenemos lxs trabajadores sociales desde lo disciplinar en los equipos de salud es lo que marca nuestro quehacer. Lo primero que realizamos desde la disciplina es la valoración de los diferentes grados de dependencia, a partir de dos ejes fundamentales: por un lado la consideración de los recursos, es decir de la dimensión material, y por el otro, desde los apoyos, esto es la contención familiar/vincular con la que cuenta la persona. De este modo, la valoración que se realiza se produce desde lo general a lo particular de cada situación. En caso de que exista apoyo, la intervención estará dirigida a garantizar el acceso en cuanto a recursos/prestaciones, pensando en la externación; en caso de personas sin referentes que acompañen, lo propio será la gestión del ingreso a una institución previo a la realización de los pasos necesarios para acceder. Y aquí también la gestión del recurso es fundamental. Al interior del equipo de salud, la interdisciplina permite armar una respuesta colectiva a la situación que busca la externación, ya sea para regresar al domicilio o para el ingreso a una institución de corta o larga estadía.

En este punto retomo las características de las instituciones que constituyen la red de salud pública con dependencia de la Provincia de Córdoba. La misma se encuentra atravesada por un profundo proceso de recorte presupuestario que se comienza a agudizar por las políticas nacionales, las cuales se replican en varias provincias del país y de la que Córdoba no es la excepción.

Con el cierre de instituciones destinadas a la atención de salud mental, sumado a la falta de profesionales en todas las áreas de la salud; además de instituciones abarrotadas de personas e incluso con largas listas de espera, son escasas las posibilidades para que se resuelvan en la inmediatez las necesidades de las personas en condiciones de alta clínica y en situaciones de vulnerabilidad social y/o habitacional.

En el caso de adultxs, la cuestión se complejiza cuando para el ingreso a determinadas instituciones de corta o larga estadía, el requisito de edad mínima es de 60 años. Ésta resulta una imposibilidad cuando se trata de patologías limitantes de las capacidades, como son los casos de secuelas por Accidentes, Enfermedades Degenerativas, Accidentes Cerebro Vasculares, Consumos

Problemáticos u otras relacionadas a la salud mental, etc., las cuales suelen presentarse en personas que no llegan a esa edad mínima.

En el caso de la provincia de Córdoba, la red pública contempla instituciones de larga estadía que se encuentran en la actualidad sin capacidad para alojar a más personas debido a su falta de recurso humano y sobre todo edilicio; tal son los casos del Hospital J.J. Puente de San Francisco de Chañar y Elpidio González de la localidad de Despeñaderos. En cuanto a los albergues y refugios de dependencia municipal y de la sociedad civil de la ciudad de Córdoba, los mismos no son suficientes para dar respuesta a las demandas de cada vez mayor cantidad de personas con requerimiento de espacios de alojamiento y cuidados.

En relación a las normativas, en nuestra provincia el Decreto Reglamentario 657 (2009) -así como otras normativas provinciales y municipales- establece los requisitos y las condiciones de admisión para lxs residentes de instituciones geriátricas. En cuanto a los hogares, refugios, centros de rehabilitación, comunidades terapéuticas, casas de convivencias, etc., cada institución redacta sus requisitos para ingreso y permanencia, dependiendo de la población con la que trabajan, los perfiles que admiten y sobre todo, los recursos con los que cuentan.

En este recorrido que realizamos en el acompañamiento de la resolución de las necesidades de alojamiento/tratamiento/rehabilitación presenciamos en más de una ocasión las contradicciones que las mismas instituciones ponen de manifiesto a la hora de admitir a personas en situación de vulnerabilidad, lo cual significa para ellxs un nuevo obstáculo a enfrentar. Aquí se observa la ruptura entre lo discursivo y lo que sucede en la práctica, sobre todo con las instituciones de larga estadía en las que por un lado se requiere de su compromiso, adherencia, responsabilidad y por el otro se dilatan los tiempos, se demoran las entrevistas, se solicita documentación que no resulta fácil reunir, se espera de personas que han roto sus lazos sociales que presenten contactos de referencia para iniciar un tratamiento y a la vez sean las responsables al momento del alta.

De este modo y con tales contradicciones, los profesionales que integramos los equipos de salud y nos desempeñamos en el ámbito público tanto de capital como del interior de la provincia, nos encontramos en muchas situaciones "contra las cuerdas", estamos siendo atacados sin posibilidad de defensa contra los avatares de la profunda crisis que transitamos. Este devenir de las políticas públicas a sus mínimas expresiones deja en nuestras manos las más variadas formas artesanales de intentar resolver las necesidades de personas sin perder de vista el objetivo primordial de garantizar los derechos a como dé lugar. En esta búsqueda de achicar los abismos que se nos presentan entre las realidades y las posibilidades concretas, como Trabajadoras Sociales tejemos, destejemos, hilamos y enlazamos, atamos y desatamos estrategias en las distintas intervenciones, siempre en busca de garantizar los derechos, siempre con la mirada puesta en contemplar todas las particularidades de lxs sujetxs con lxs que trabajamos en un presente caótico, burocrático, inaccesible, al que se naturaliza muchas veces y que se relaciona con el ingreso al mundo de la gestión de los recursos y la accesibilidad a la salud; mundo cargado de obstáculos que lejos de simplificar el acceso, a través de los requisitos y de las formas de gestionarlos, complejiza el encuentro de lo necesario/requerido con lo disponible a través del Estado y de las coberturas de las Obras Sociales y Programas de Salud.

Ante los recursos y/o condiciones que se indican desde el área médica se demanda una resolución por parte de Trabajo Social que no siempre va de la mano de lo esperado. Lo posible no siempre es lo esperado. Bien sabemos que los tiempos de las resoluciones de las gestiones, tanto en el ámbito público como privado, no necesariamente coinciden con los tiempos que el resto del equipo estima que se conseguirá lo necesario para dar el alta.

En caso de niñxs, la valoración siempre se relaciona a los cuidados y a lo familiar/vincular. Aquí las demandas vienen de la mano de situaciones de abandono, violencias, negligencias, consumos problemáticos, situaciones de conflicto con la ley de progenitores, etc.

Las estrategias de intervención desde nuestro campo específico se diseñan para cada caso particular, considerando las situaciones que caracterizan a las personas con las que trabajamos, desde la perspectiva de derecho. Se acompaña brindando un espacio en el que la persona pueda pensar-se en el presente y en la proyección de su vida, alentando sus intereses y sus capacidades, reduciendo las trabas administrativas y de gestión, brindando información, espacios de escucha, etc.

El aporte del manejo de redes, la mirada de lo particular de cada situación, el diseño de estrategias creativas e integrales y la participación desde la perspectiva de lo que decimos y hacemos es nuestro sello distintivo.

Experiencias en intervención

A continuación presento tres situaciones en las que relato de modo sintético, el motivo de internación y las intervenciones realizadas en torno a las mismas como parte del equipo del Hospital Florencio Díaz. Se trata de internaciones prolongadas por “casos sociales” en este último año, las cuales han sido variadas:

El caso V

Ciudadano de origen chileno de 59 años de edad que vive en esta ciudad desde hace 20 años, sin contacto con sus hijos y sus hermanos que continúan viviendo en Chile. Ingres a la Unidad de Terapia Intensiva por descompensación por consumo de alcohol. Se complejiza su situación por una neumonía atípica que le demanda más de 30 días de internación y que en condiciones de alta clínica no cuenta con espacio para alojarse debido a que la pensión que ocupaba ya no acepta recibirlo. Se indaga sobre su trayectoria laboral, encontrándose que se había desempeñado durante varios años en el rubro de la construcción. Se lo asesora para el inicio de trámite por Jubilación. Se trabaja durante ese tiempo en recabar información sobre personas allegadas para entablar contacto. Se logra establecer comunicación con un familiar directo en Chile que comienza a colaborar con el aporte de datos, hasta que finalmente la persona reconoce la problemática de consumo, acepta la consulta con profesionales de la Secretaría de Adicciones de la Provincia y se instala en uno de los dispositivos municipales del Programa de Situación de Calle para comenzar el tratamiento ambulatorio.

El caso K

Ciudadano de 47 años de edad de la ciudad de Córdoba que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva por intento autolítico con antecedente de tratamiento en salud mental por depresión. Se comienza a trabajar con él los vínculos familiares y afectivos, solo cuenta con el apoyo de dos personas que habían compartido el espacio en una pensión en la que se estaba alojando. Su internación se extendió por 35 días, en ese momento obtiene el alta e ingresa a una institución con dependencia de la sociedad civil con el acuerdo de que debía continuar con el tratamiento por salud mental. En ese lugar no se entregó la medicación psiquiátrica que tenía indicada y a las tres semanas reingresa por Guardia con un

desmejoramiento sobre todo en su movilidad en sus miembros inferiores. En esta segunda internación retoma su tratamiento con salud mental, se gestiona turno con Junta de Discapacidad en la que obtiene Certificado de Discapacidad (CUD) y a partir de allí, luego de numerosos intentos para que ingrese a una institución de larga estadía, sin éxito, se realiza la presentación del caso en la Asesoría Civil y mientras se continúa con las gestiones se consigue que acceda al Certificado Médico Oficial (CMO) y se realiza la solicitud de Pensión No Contributiva (PNC) por Invalidez Laboral. La Asesoría resuelve oficiar a Prosad (Programa de Servicio de Atención a la persona con Discapacidad) a que brinde cobertura en las instituciones que dependen del Programa, ingresando de esta manera a un centro privado que es solventado por el Programa hasta el momento en que se efectivice su PNC y acceda a la cobertura de Incluir Salud. Este largo recorrido implicó una hospitalización de 70 días. En ese tiempo se trabajaron además cuestiones relacionadas a recuperar su autonomía, a sostener el tratamiento psiquiátrico y a comenzar terapia psicológica.

El caso Z

Ciudadano de 41 años de la ciudad de Córdoba que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva por descompensación de Diabetes tipo 1. En su internación se diagnostica Tuberculosis y en las entrevistas por esta patología refiere tener consumo problemático de diversas sustancias. Comienza el abordaje de manera interdisciplinaria, se niega a realizar todos los tratamientos de manera ambulatoria al obtener el alta clínica, por lo que se comienza a trabajar en la información de la obligatoriedad del tratamiento de una enfermedad infectocontagiosa, las consecuencias para su propia salud y la de su entorno. Con muchas dificultades se comienza a citar a familiares, los que refieren mal vínculo a raíz de su continuo consumo y de las situaciones generadas por la ruptura de los lazos. Con el acontecer de la internación, en las entrevistas con salud mental se le comienza a sugerir el ingreso a una comunidad terapéutica, frente a lo que refiere desear pensarlo. En cuanto acepta, modifica su actitud y se comienza a trabajar de manera interdisciplinaria para su ingreso. Se realizan informes, se lo acompaña en entrevistas de Admisión e ingresa a la comunidad con dependencia de la Secretaría de Adicciones. Dos semanas después de su ingreso lo derivan a un hospital de la zona a causa de su mal manejo de la diabetes. Luego de su alta clínica, la comunidad decide no volver a recibirlo y retoma el tratamiento ambulatorio en nuestra institución. Desde el servicio social se realiza el acompañamiento en este proceso, junto a su grupo familiar y con las demás instituciones a los fines de garantizar la accesibilidad. De este modo, comienza tratamiento a través de los grupos terapéuticos a la vez que continúa con las indicaciones por sus otras patologías.

Análisis y aportes desde la disciplina

Tal como enuncié anteriormente, retomando las modificaciones que se vienen produciendo en las políticas públicas, atravesadas por recortes presupuestarios, cierre de ministerios, finalización de Programas Sociales y de Inclusión, en el ámbito hospitalario se articula desde Trabajo Social con otras disciplinas, con otras áreas, en principio favoreciendo la interdisciplina al interior y en relación a lo externo al hospital. Desde la disciplina, generando factores protectores en lo familiar/vincular y con diferentes instituciones en busca de posibilidades a la hora de la

externación. Se abre así el juego para que este paso sea, en lo posible, vivido por la persona desde el protagonismo de su propia realidad, convirtiéndose en el actor principal.

A través de las diferentes intervenciones puede observarse cómo el sistema imperante hace que las políticas respaldadas por el neoliberalismo, mediante distintos mecanismos, se interpongan entre lxs ciudadanxs y el derecho; cómo se “crean barreras” al acceso que para algunas personas en situación de vulnerabilidad implican la manera de no llegar, de perderse en el camino, de transitar todo tipo de obstáculos antes de conseguir el pleno ejercicio al derecho a la salud. La vulnerabilidad es entendida por las personas como lo susceptible de ser nuevamente dañadas, colocándolas en una situación de indefensión debido, por un lado al problema de salud que transitan y por el otro, a causa del camino que deben recorrer hasta conseguir la resolución del mismo.

Como Trabajadorxs Sociales valoramos el aporte de Barboza, Lucero y Vera (2024):

Ampliar la mirada es el desafío de la disciplina en los equipos de salud, integrar a la persona desde todas sus aristas y con todas sus potencialidades en los procesos en los que debe asumirse protagonista, en su propio espacio de pertenencia. Desde esta perspectiva es posible afirmar que el derecho a la protección de la salud no se reduce a la asistencia sanitaria, sino que se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de éstos, tales como el derecho a la alimentación, vivienda, educación, dignidad humana, vida, no discriminación, igualdad, libertad de elección, identidad cultural, entre otros.

De este modo, y luego de observar diferentes intervenciones en relación a las largas estadías hospitalarias y como aporte desde la disciplina, pensar en propuestas para los ingresos a las instituciones de estadía/alojamiento que tengan en cuenta la edad, las situaciones de vulnerabilidad de las personas, las valoraciones dentro de las mismas, quizás permitan la participación en espacios de actividades socioeducativas y brinden contención; que se contemplen las particularidades en torno a los requisitos de ingreso y que se haga efectivo el apoyo en el trabajo en red a los fines de integrar las instituciones de la comunidad a la que pertenece la persona. Trabajo Social aporta en relación a los cambios que se producen en el entorno en cuanto al apoyo para la autonomía de la persona y su grupo familiar/vincular.

En estos tiempos signados por las violencias, la exclusión, la pérdida de identidades colectivas, la ausencia de espacios de contención, las desigualdades y la falta de oportunidades, lo revolucionario es apelar a la solidaridad, brindar espacios de escucha y asesoramiento, estrechar lazos de unión en los territorios locales, proponiendo actividades con las instituciones de la sociedad civil, del mismo modo que hacia el interior de las propias instituciones, que fortalezcan las autonomías y la conciencia de clase. Que garantizar los derechos de la ciudadanía sea para el Trabajo Social la fortaleza que lleve a resistir en estos tiempos. Que la defensa de la salud pública así como los demás servicios esenciales nos siga encontrando, animando, uniendo...

Bibliografía

- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de la Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? UNL. *Salud Colectiva*. Vol 5. N° 1.
<https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/229>

- Barboza, N., Lucero, Y. y Vera, V. (2024). La intervención a partir del acceso a un Derecho: Tuberculosis desde la mirada de Trabajo Social. *Revista Margen* N° 112.
<https://www.margen.org/suscri/margen112/Vera-112.pdf>
- Breilh, J. (2010). *Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y de la salud*.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/server/api/core/bitstreams/c69d9dbe-6f1d-466a-857e-4d254f9d8798/content>
- (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Disponible en <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637>
- (2025). Más allá y desde el hospital: una ciencia crítica y valiente para transformar la salud junto a los pueblos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* N° 43.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/361764>
- Carballeda, A. (2016). El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. *Revista Margen* N° 82.
<https://www.margen.org/suscri/margen82/carballeda82.pdf>
- (2023). *La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Ediciones Margen, Argentina.
https://www.margen.org/epub/Intervencion_losocial.pdf
- Jasuti, M. y Podeley, L. (2020). Intervención del Trabajo Social e internaciones prolongadas. Un aporte para repensar la práctica profesional en el ámbito de la salud pública. *Revista Margen* N° 98. <https://www.margen.org/suscri/margen98/Jasuti-98.pdf>
- Laurell, A.C. (1986) El estudio social del proceso de salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médicos Sociales* N° 37.
<https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n37a138.pdf>
- Liborio, M. (2013). Por qué hablar de salud colectiva. *Revista Médica de Rosario* N° 79.
https://www.academia.edu/105977272/Por_qu%C3%A9_hablar_de_salud_colectiva

Textos legislativos

- Decreto Reglamentario 657/09 (2009). *Régimen de establecimientos geriátricos privados de la provincia de Córdoba*. Ministerio de Salud, Gobierno de la provincia de Córdoba.
https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/wp-content/uploads/2022/08/DECRETO-REGLAMENTARIO-No-657_09.pdf
- Ley N° 23.313 (1986). *Aprobando los Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Civiles y Políticos y su Protocolo facultativo*. Honorable Congreso República Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23782/norma.htm>
- Ley N° 26.657 (2010). *Ley de Salud Mental*. Honorable Congreso República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

- Ley N° 26.746 (2012). *Derecho a la identidad de género de las personas*. Honorable Congreso República Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- Ley N° 27.044 (2014). *Otorga jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Honorable Congreso República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/norma-239860/texto>
- Ley N° 27.610 (2021). *Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*. Honorable Congreso República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/ley-no-27610-acceso-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive-obligatoriedad-de-brindar>