



Código: PICYDT-HyCS-04-2016

“INTERVENCIÓN PROFESIONAL PARA LA
INTEGRACIÓN SOCIAL DE HOGARES CON
POBREZA PERSISTENTE EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD E
INSTITUCIONES DE LA POLÍTICA SOCIAL”

Directora: BELZITI, Maria Claudia

Integrantes: FONTELA, Mariano; SVERDLICK, Maria Victoria;
TORRES, Jorge; BRANDARIZ, Rocio; CARBAJO, Estela

Año: 2020



Informe Final de Proyectos de Investigación Universidad Nacional de Moreno

Identificación del proyecto

Tipo de proyecto y año de convocatoria:	Presentación de proyectos de investigación científica y desarrollo tecnológico: desarrollo integral con equidad del Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA), convocatoria de la Universidad Nacional de Moreno, 2016.
Nombre completo del proyecto:	Intervención profesional para la integración social de hogares con pobreza persistente en establecimientos de salud e instituciones de la política social.
Director/a:	María Claudia Belziti: Magister en Trabajo Social (Pontificia Universidad Católica de San Pablo – República Federal de Brasil).
Lineamiento prioritario ¹	Igualdad e integración social. Políticas Sociales e Intervención Social-Derecho a la asistencia y jerarquización de la intervención profesional
Fecha de inicio:	Marzo 2018
Fecha de finalización:	Marzo 2020
Unidad de localización: Departamento/centro/ Programa	Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Moreno. Diseño y evaluación de políticas sociales para la superación de la pobreza persistente.
Resumen: <i>a(máx. 300 palabras)</i>	<p>Este proyecto pondrá énfasis en el “último eslabón” del proceso de implementación de políticas sociales, en establecimientos y servicios permanentes del Estado nacional, provincial y municipal orientados directa o indirectamente a la superación de la pobreza y al tratamiento, prevención y promoción de la salud de las personas.</p> <p>Asimismo el proyecto busca aplicar sus resultados para identificar logros y obstáculos de las políticas sociales orientadas a hogares con pobreza persistente que además presenten algún problema grave de salud, con el fin de aportar insumos para formular reformas para readecuar el diseño y los dispositivos de intervención de las distintas instituciones involucradas en cada sector.</p> <p>Las principales técnicas de abordaje del objeto de estudio serán matrices de análisis conceptual y documental y entrevistas a funcionarios y profesionales que trabajan en instituciones estatales y a personas que integran hogares con pobreza persistente y con problemas graves de salud.</p> <p>Se han realizado dos investigaciones previas como antecedentes de este proyecto, que permitieron afirmar que el conocimiento y el</p>

¹Según Resolución CS 326/17 Líneas de investigación científica y desarrollo tecnológico prioritarias 2016-21/óRes. R 449/18 Lineamientos estratégicos generales de Investigación y transferencia 2019/21 del CEDET

	<p>abordaje de las situaciones de pobreza, y de la capacidad y calidad de las instituciones para darle respuesta, son temas que investigó y desarrolló el Trabajo Social desde sus orígenes, y que cuenta con una abundante tradición en la elaboración de propuestas y modelos de intervención. conexión en la profundización de la eficacia de las políticas sociales para abordar poblaciones con pobreza persistente.</p> <p>Esta y las anteriores investigaciones (año 2013-2014 y 2015-2016) permiten afirmar que las personas que integran hogares con pobreza persistente son quienes más se enferman, quienes mayor porcentaje de sus ingresos deben invertir para recuperar su salud, quienes más necesitan de la ayuda de sus familiares al enfermarse y quienes más sufren las consecuencias laborales en el corto y en el largo plazo. Pero la situación de pobreza no solamente agrava los problemas de salud y sus consecuencias, sino además las enfermedades graves dificultan las posibilidades de los hogares para superar situaciones de pobreza persistente, e incluso afectan las dificultades de los hogares pobres para transformar los ingresos monetarios en bienestar.</p>
Palabras claves:	Pobreza persistente, integralidad, integración, intersectorialidad, temporalidad, accesibilidad, política social.

Parte I

Informe de resultados para el repositorio²

1. Introducción y objetivos (*mínimo 1 página- máximo 2 páginas*)

El objetivo general pretende analizar las formas en que los modelos y propuestas institucionales de salud promueven (o no) la integración social de personas en situación de pobreza persistente.

Entendemos que es un estudio de relevancia ya que en la actualidad se evidencian nuevas desigualdades que no se inscriben sólo en el plano económico, sino que se expresan en la dificultad de accesos y posiciones culturales y simbólicas.

Asimismo es de relevancia porque el aporte de la noción de sistemas complejos³ resulta de suma utilidad ya que el diseño, pero sobre todo la implementación de las estrategias de intervención para la integralidad social requiere la complementación simultánea de acciones que hemos denominado de reconocimiento, de sostén y de sociabilidad que someteremos conceptualmente y la pondremos en diálogo con los aspectos metodológicos y el trabajo de campo.

La finalidad de este proyecto es contribuir a la producción de conocimientos, indagando acerca de las intervenciones en las instituciones estatales para abordar la denominada “pobreza persistente” y aportando en un área de vacancia en Trabajo Social en relación al diseño y ejecución de estrategias de intervención profesional que permitan abordajes integrales y eficaces. Se intentará así construir marcos explicativos que sirvan como insumos para instituciones estatales o no estatales que procuren formular propuestas de reforma en el diseño de las políticas sociales, tanto en la producción del nivel de grado y postgrado del sistema universitario, como a través de la transferencia en áreas de gestión del sector público, en el ámbito legislativo y en organizaciones de la sociedad civil. Las reformas que de este proyecto puedan surgir necesariamente deberán involucrar los procesos de formación profesional, pero también las normas, recursos y protocolos que orientan el funcionamiento de las instituciones estatales y no gubernamentales.

En particular, se proyecta identificar y describir: a) modelos conceptuales, metodológicos y técnico-instrumentales que enmarcan el diseño y la ejecución de estrategias de intervención de las instituciones de la política social orientadas a la integración social de personas y hogares afectados por la “pobreza persistente” y que además padezcan algún problema grave de salud (enfermedades crónicas transmisibles o no transmisibles, enfermedades de alto costo y baja incidencia, discapacidades, problemas de salud mental, adicciones, etcétera); b) tipificaciones de prácticas profesionales en el Trabajo Social en relación a la calidad del funcionamiento de las instituciones vinculadas a la superación de la pobreza persistente de personas y hogares con problemas graves de salud; c) acciones específicas aplicadas en instituciones de la política social orientadas a la intervención profesional para el desarrollo de recursos, capacidades, valores y expectativas en al menos tres niveles: 1) relaciones entre las personas y las instituciones; 2) organizaciones sociales y relaciones de poder; 3) relaciones sociales y sociabilidad.

Este proyecto pondrá énfasis en el “último eslabón” del proceso de implementación de políticas sociales, que refiere al diseño y ejecución de estrategias de intervención y de abordaje con sujetos y familias afectadas por la “pobreza persistente” y problemas graves de salud, con especial énfasis en los aspectos conceptuales, metodológicos y técnico-instrumentales. El análisis incluirá referencias tanto a programas y áreas de gestión, como a establecimientos y servicios permanentes del Estado nacional, provincial y

²Se solicita brindar información detallada en los campos que componen esta Parte I, ya que será publicada en el Repositorio online de la UNM. Esto permitirá difundir de manera amplia la investigación, sus resultados y visibilizar la labor de los miembros del equipo de investigación.

³García, R. Existe complejidad cuando es imposible considerar aspectos particulares de un fenómeno a partir de una única disciplina específica. En sistemas Complejos. Gedisa. España. 2008

municipal orientados directa o indirectamente a la superación de la pobreza y al tratamiento, prevención y promoción de la salud de las personas.

Con sus resultados se espera: aportar conocimientos que puedan servir de insumo para quienes busquen realizar propuestas de mejora en la eficacia de las instituciones de la política social y de salud pública; potenciar las intervenciones del Trabajo Social en relación a la problemática de la pobreza persistente; aportar, revisar y consolidar los fundamentos teórico-metodológicos, sentidos y significado a la intervención profesional del Trabajo Social; y contribuir al mejoramiento de la formación académica, el enriquecimiento de la práctica profesional y la disciplina.

Pero sobre todo este proyecto aportar a recuperar algunas dimensiones y categorías conceptuales que permitan reflexionar sobre las capacidades y respuestas estatales en el campo de las políticas sociales, ya que su estudio resulta central para readecuar la organización de los diferentes recursos en la ejecución de sus políticas y sus efectos en las poblaciones.

2. Marco de referencia (min. 2 páginas- máx. 5 páginas)

La investigación se inscribe en el campo de las políticas sociales: su diseño y más que nada su implementación y la necesidad de readecuar las respuestas estatales acordes a las problemáticas sociales complejas que hoy se presentan.

Antecedentes

A partir de los aportes de los proyectos “Factores que inciden en la eficacia de las políticas sociales para afrontar las situaciones de pobreza persistente” (Belziti y otras, 2017) y “Aportes para el diseño y ejecución de estrategias de abordaje integrales frente a la pobreza persistente”, que han sido aprobados y financiados por la UNM, este nuevo proyecto busca aplicar sus resultados para identificar logros y obstáculos de las políticas sociales orientadas a hogares con pobreza persistente que además presenten algún problema grave de salud, con el fin de aportar insumos para formular reformas para readecuar el diseño y los dispositivos de intervención de las distintas instituciones involucradas en cada sector. Estos trabajos permitieron afirmar que el conocimiento y el abordaje de las situaciones de pobreza, y de la capacidad y calidad de las instituciones para darle respuesta, son temas que investigó y desarrolló el Trabajo Social desde sus orígenes, y que cuenta con una abundante tradición en la elaboración de propuestas y modelos de intervención.

Este proyecto también se enmarca en una línea de investigación referida a los fundamentos del Trabajo Social, su dimensión técnico-instrumental, sus implicancias en la intervención profesional y en su participación en el campo de la política social (Travi y Torres, 2012 y 2013), que nutrió el segundo de los proyectos detallados en el párrafo precedente.

El primero de los proyectos, ejecutado en la UNM en los años 2013 y 2014, buscó establecer criterios para analizar la eficacia para la resolución de situaciones de pobreza persistente de distintos modelos organizativos vigentes y de prácticas regulares de implementación de las políticas sociales. Con ese fin en él se identificaron dimensiones de análisis que permitieron agrupar indicadores de modelos organizativos y de prácticas regulares de implementación de políticas sociales, a fin de evaluar mediante el trabajo de campo en qué medida se aplican en la realidad en el diseño y la ejecución de políticas y cuál es su eficacia para la superación de la pobreza persistente: a) institucionalización, descentralización y coordinación entre distintos niveles estatales; b) diseño, planificación y evaluación; c) capacitación y coordinación de recursos entre distintas áreas de un mismo nivel del Estado; d) sistemas de derivación y responsabilidad nominada; e) flexibilidad de las políticas sociales ante situaciones complejas; f) prácticas que distorsionan los objetivos de las políticas.

El segundo proyecto, ejecutado en los años 2015 y 2016, permitió analizar la relevancia de seis posibles prioridades para incrementar la eficacia de las instituciones estatales para abordar la pobreza persistente, cuya validez fue evaluada durante el trabajo de campo: derecho a la asistencia social; jerarquización de profesionales; asistencia personalizada y continua; capacitación específica y desarrollo de redes de servicios accesorios y de apoyo; protocolización detallada; prevención de formas de padecimiento evitable provocado por las propias instituciones o servicios estatales. También ese proyecto se

complementó con el análisis de aportes conceptuales, metodológicos y técnico-instrumentales en autores clásicos y contemporáneos del Trabajo Social y en los enmarcados en el “pensamiento nacional y latinoamericano”.

En ambos proyectos pudo verificarse la frecuente importancia de problemas graves de salud en relación con las dificultades de los hogares y las personas para superar situaciones de pobreza persistente. Estos problemas resultaron recurrentes tanto en las referencias conceptuales al derecho a la asistencia social, en los aportes del Constitucionalismo Social latinoamericano o en el ideario del “buen vivir”, como en los resultados de los trabajos de campo referidos a la eficacia de las políticas sociales, la integralidad de los abordajes o el padecimiento evitable en las instituciones.

Estas y otras investigaciones permiten afirmar que las personas que integran hogares con pobreza persistente son quienes más se enferman, quienes mayor porcentaje de sus ingresos deben invertir para recuperar su salud o comienzan de lo contrario procesos de cronicidad, quienes más necesitan de la ayuda de sus familiares al enfermarse y quienes más sufren las consecuencias laborales en el corto y largo plazo.

Pero la situación de pobreza no solamente agrava los problemas de salud y sus consecuencias, sino además las enfermedades graves dificultan las posibilidades de los hogares para superar situaciones de pobreza persistente, incluso afectan las dificultades de los hogares pobres para transformar los ingresos monetarios en bienestar.

Este nuevo proyecto busca aplicar sus resultados para identificar logros y obstáculos de las políticas sociales orientadas a hogares con pobreza persistente que además presenten algún problema grave de salud, con el fin de aportar insumos para formular reformas para readecuar el diseño y los dispositivos de intervención de las distintas instituciones involucradas en cada sector.

Desde esta perspectiva también constituye un avance sobre el tema la línea de investigación que viene desarrollando la Lic Adriana Clemente desde el Centro de Estudios de la Ciudad- Facultad de Ciencias Sociales UBA-, el cual dirige, sobre Accesibilidad como problema de las políticas sociales, grupo de trabajo el cual formamos parte, participando en un proyecto financiado por la secretaría de Políticas Universitarias, compartido con la UBA; la Universidad Federal de Brasilia y la Pontificia Universidad de Uruguay. Allí los equipos compartieron sus preocupaciones sobre la necesidad de revisar las capacidades y respuestas estatales para construir igualdad e integración, por lo tanto justicia social, en el campo de las políticas asistenciales.

Marco teórico

Este proyecto procura complementar el análisis de las estrategias de las instituciones con el de las prácticas profesionales de intervención, en particular debido a que ambas explicarían algunas de las tensiones que presentan los programas institucionales para cumplir con la legislación vigente, especialmente con la sancionada en las últimas décadas en relación a los derechos sociales y la protección social. Las personas que integran hogares con pobreza persistente y que tienen problemas graves de salud frecuentemente sufren dificultades en sus trayectorias institucionales, en la accesibilidad o la continuidad de los servicios ofrecidos, lo que incide en los resultados de la acción de las instituciones y en las trayectorias de los sujetos.

Algunas instituciones estatales, tanto si son establecimientos de salud como servicios y programas de la política social, suelen seguir modelos institucionales que las habitúan a trabajar con “cuadros agudos”, de pronta resolución, pero no con problemas causados por rasgos socioculturales que no pueden ser modificados en pocas horas de intervención profesional. Lo “crónico” se presenta entonces como “lo inviable”. Este problema se relaciona en buena medida con otras dificultades que el propio sector público tiene para concebir sus acciones orientadas a sujetos con carencias o padecimientos de largo plazo, particularmente en los obstáculos referidos a las políticas que involucran más de un sector o nivel del Estado y a las que atraviesan simultáneamente varios campos profesionales. En este sentido, el Trabajo Social como disciplina tiene mucho que aportar, por cuanto su rasgo distintivo es la intervención profesional en escenarios complejos y de causas múltiples, donde la multisectorialidad y la multidisciplinariedad son la norma y no la excepción.

Por eso el presente proyecto de investigación no buscará únicamente describir y analizar modelos conceptuales, metodológicos y técnico-instrumentales de las instituciones y de las prácticas profesionales, sino además procurará identificar y analizar acciones específicas aplicadas en establecimientos sanitarios e instituciones de la política social orientadas a la integración social en al menos tres niveles: relaciones entre las personas y las instituciones; organizaciones sociales y relaciones de poder; relaciones sociales y sociabilidad. En este proyecto se pondrá el foco en las formas en que las instituciones modulan las relaciones sociales, en particular las referidas a las relaciones de poder social y la sociabilidad. Así, el eje pasará desde el análisis del funcionamiento y la cooperación intersectorial entre instituciones estatales hacia la manera en que facilitan u obstaculizan las posibilidades que tienen los hogares y las personas para superar la concurrencia entre pobreza persistente y problemas graves de salud.

La investigación que aquí se presenta producirá insumos para la readecuación de políticas públicas y para la construcción de nuevas institucionalidades y alternativas de intervención. Asimismo, la cuestión de la pobreza persistente es relevante en la región donde la Universidad Nacional de Moreno se halla situada. Se intenta con este estudio construir marcos explicativos que permitan formular propuestas de reforma, y para ello el desafío principal es potenciar la capacidad de transferencia con áreas de gestión del sector público y con organizaciones de la sociedad civil. A los fines del presente proyecto, se ha denominado pobreza persistente a la situación de hogares que no solamente se encuentran en situación de pobreza material (en términos de ingresos y activos) desde hace más de una década, sino que además sufren otro tipo de problemas que obstaculizan sus posibilidades de superar esa situación: adicciones, salud mental, enfermedades crónicas, baja calificación laboral, falta de “redes de apoyo”, vínculos familiares o barriales conflictivos, falta de documentos de identidad, dificultades para reclamar por derechos, conflicto con la ley penal, etcétera. Esto supone incluir en el análisis problemas no estrictamente económicos que se potencian en el contexto de pobreza y que interactúan con dimensiones culturales y sociales que se traducen en las trayectorias de esos hogares, lo que permite identificar, analizar y establecer criterios integrales de intervención en procesos de subjetivación (Clemente, 2014). Para dar respuesta a estas situaciones se requieren políticas eficaces, entendiéndose por eficacia de una política pública a la relación entre los objetivos planteados y los resultados observables.

Por otra parte, se asume en el contexto del presente proyecto que la integralidad de una política o una intervención profesional supone la combinación de algunas de las siguientes características básicas: territorialidad (Hamzaoui, 2005); interdisciplina en la formulación y en la ejecución; intersectorialidad entre distintos niveles y áreas del Estado, y con organizaciones de la sociedad civil; simultaneidad en la ejecución de las acciones; continuidad en el tiempo; sinergia en el uso de recursos y en la consecución progresiva de resultados. Recientes trabajos académicos y de organismos internacionales destacan que la integralidad de la política social requiere además la combinación de componentes que se complementan: protección social, promoción social, regulaciones y “políticas sectoriales” (Cunill Grau, 2013 y 2014). La protección social combina un conjunto determinado de políticas que tienen el fin de asegurar un umbral mínimo de bienestar a todas las personas en forma continua. Supone entonces identificar necesidades no cubiertas y nudos críticos de la oferta, y asegurar el acceso a bienes o servicios, velando por la cobertura, la continuidad y la calidad (Cecchini y Martínez, 2011). La promoción social involucra las políticas e intervenciones relacionadas con el desarrollo de capacidades de las personas, de las organizaciones y de las comunidades, o con el desarrollo del contexto en que dichas capacidades pueden efectivamente desplegarse. Por su parte, las regulaciones involucran las normas legales, los valores, los esquemas cognitivos y los procesos propios de las organizaciones estatales o comunitarias, así como las leyes y demás normas que regulan la interacción entre particulares. Esto supone incluir en el análisis no solamente las “normas formales” y explícitas, sino también las informales, que suelen tener incluso mayor estabilidad en el tiempo que las primeras. Por último, las políticas sectoriales (salud, educación, vivienda, etcétera) tienen como objetivo inmediato la provisión específica y especializada de recursos y el acceso a bienes y servicios especializados necesarios para el desarrollo humano.

Asimismo, a partir de la revisión de experiencias de implementación de políticas en América Latina, diversas fuentes (Acuña, 2010; Chiara y Di Virgilio, 2009; Clemente, 2011 y 2012; Dubet, 2006; Fernández, 2007; Martínez, 2010) permiten establecer que para que la integralidad de la política social sea efectiva se requieren varias condiciones adicionales: una planificación que adecue y combine la universalidad que exige la garantía de los derechos sociales con la protocolización y la focalización para

situaciones específicas, los sistemas de discriminación positiva y las acciones flexibles en el nivel local, especialmente ante situaciones donde se presentan varios problemas simultáneos; el desarrollo de estrategias y la determinación de unidades de intervención sobre la base de la heterogeneidad de la población y la atención diferenciada de trayectorias y situaciones particulares; la coherencia entre políticas de corto, mediano y largo plazo; la articulación entre los sistemas contributivos y no contributivos; la combinación de políticas de redistribución, reconocimiento y representación (Fraser, 2015); la concepción integral de los sujetos mediante la intervención sobre aspectos materiales y simbólicos, los factores socioeconómicos y demográficos y los psicológicos, sociales y culturales, lo que supone involucrar valores y expectativas, y no solamente el bienestar; la incorporación del ideal del “buen vivir”, que supone la armonía, la equidad, el respeto y la dignidad de la vida en comunidad, la persistencia de las culturas, la vida espiritual y la satisfacción de necesidades en equilibrio con la naturaleza (Silva Portero, 2008); la combinación de estrategias de intervención individuales, familiares, grupales, comunitarias e institucionales; y la simultaneidad de los perfiles preventivos, promocionales y asistenciales. También una política social integral requiere incorporar la perspectiva de género, una política de cuidados y el abordaje de la “feminización de la pobreza”, dado que históricamente el cuidado de niños, ancianos, personas enfermas o discapacitadas ha quedado en manos de las mujeres, disminuyendo sus oportunidades de desarrollo personal y educativo, su participación en el trabajo remunerado y su acceso a la seguridad social.

Por otro lado, existe un vínculo entre las llamadas “problemáticas sociales complejas” (Carballeda, 2006) y las respuestas estatales que deben involucrar distintos sectores: en contextos de pobreza persistente se requieren intervenciones más amplias que las estrictamente “sectoriales” para que puedan ser eficaces. En tanto las políticas públicas en las últimas décadas necesariamente implican las nociones de sector e intersectorialidad, interesa interrogar el proceso de construcción de sentidos que se despliega en los profesionales respecto de la pobreza persistente, y en esto también intervienen no sólo los colectivos profesionales y los esquemas de formación y capacitación específica, sino también los programas institucionales (Dubet, 2006). La institucionalidad social puede ser entendida como “el conjunto de reglas de juego formales e informales que se ponen en funcionamiento para procesar y priorizar los problemas sociales a la vez de enmarcar el contenido y la dinámica administrativa y política de las políticas sociales” (Repetto, en Chiara y Di Virgilio, 2009). Con frecuencia se evidencian procesos de baja o nula institucionalidad en la medida en que se fracturan los sistemas de protección social que afectan a los más débiles (Kessler y Merklen, 2013). La institucionalidad es por tanto producto de la experiencia acumulada, de los desafíos enfrentados, de los conflictos vividos y de las capacidades que se construyen (Acuña, 2010).

Ante poblaciones más pobres se requieren instituciones consistentes para construir sociabilidades y subjetividades más estables, lo que requiere la participación y la coordinación de varios sectores, a la vez que supone una reformulación de las intervenciones profesionales en las instituciones sectoriales. En particular en las políticas de salud pública y salud mental, la agenda de la intervención profesional debe incorporar la comprensión de la complejidad de los factores que interactúan en los hogares con pobreza persistente, lo que requiere intervenciones profesionales muy especializadas con capacidad de análisis y estrategias singulares, reformulando los subsistemas que tienen lógicas propias y que atraviesan al sujeto transversalmente (Clemente, 2012). Ulloa (2011) lo entiende como el modo en que un profesional, “sobre todo cuando se contextúan las distintas versiones de la pobreza, deberá presentar un equipamiento conceptual y metodológico nada pobre, capaz de representar alguna oportunidad para revertir la agonía del sujeto coartado”. Apela así a la noción de “violencia institucional”, donde no se oculta la crueldad y su influencia en los dispositivos asistenciales.

Por último, en el marco del presente proyecto se utiliza el concepto de “integración social” en un doble sentido: el de composición de un todo con partes diversas (que es el significado del verbo “integrar”), y el de no exclusión de ninguna de las partes que podrían componer ese todo (significado de “integral”). Merced a esta distinción, el concepto de integración social admite la posibilidad de incorporar la diferencia, lo indeterminado, e incluso el conflicto. De acuerdo a la ya clásica diferenciación de Robert Castel entre integración e inclusión o inserción social, la primera se alcanza mediante la búsqueda de grandes equilibrios sociales y de la “homogeneización de la sociedad a partir del centro”, tales como el acceso universal a los servicios públicos, la reducción de las desigualdades o el desarrollo de las protecciones sociales. La inclusión social se logra en cambio por la acción de políticas que obedecen a “una lógica de discriminación positiva: se focalizan en poblaciones particulares y zonas singulares del

espacio social, y despliegan estrategias específicas” (Castel, 1997). A los fines de este proyecto la integración social será analizada en una visión multidimensional que incluya no solamente los aspectos económicos, sino también los referidos a los conflictos de valores y las expectativas de las personas. Ello permite incorporar en el análisis los resultados de las acciones de las instituciones estatales y de las intervenciones profesionales que dependen de experiencias típicas a partir de las cuales las personas entran en relaciones frecuentemente conflictivas o incluso degradantes con las instituciones, de la capacidad y las oportunidades que diferentes grupos sociales tienen para organizarse en función de sus intereses y valores y eventualmente modificar las relaciones de poder social, o de los patrones de sociabilidad, solidaridad o conflicto que predominan en cada sociedad o en cada segmento de ella.

Se incorpora en esta investigación las perspectivas llamadas neoinstitucionalistas (Castellani, 2018), que explica que las intervenciones necesitan ser eficientes y autónomas, y relevantes para construir procesos de desarrollo social. Asimismo cree que la acción estatal, sus capacidades, deben ser revisadas y sometidas a análisis para construir relación con la sociedad civil, y que esto tiene que ver con mejorar las políticas públicas. Ofrece la categoría de densidad de intervención (Castellani, 2006) y le da especial importancia a la calidad y a la continuidad de las instituciones estatales y del personal existente para consolidar respuestas y capacidades estatales en la implementación de sus diferentes acciones.

En esta investigación adquiere una centralidad la producción de conocimientos pero a partir de la producción de acciones de los equipos asistenciales. Resulta interesante pensarlos en permanente tensión entre diferentes campos, por un lado no cuentan con los dispositivos necesarios para la reflexión y conceptualización rigurosa de sus prácticas, y asimismo se encuentran muy cerca de las demandas y necesidades de la población (Stolkiner, 1999).

La integralidad en su grado de operacionalización requiere de Interdisciplina, Intersectorialidad entre áreas del Estado, Sinergia de las acciones y uso de recursos y permanencia en el tiempo. Asimismo la integralidad exige incorporar la reflexión acerca de que el padecimiento de la población recorre caminos complejos que van desde la Singularidad, Lo territorial, entremezclándose con circunstancias que arcan el sentido de lo macrosocial. La preocupación, si bien ya fue enunciado de este equipo de investigación, está puesta en el último eslabón institucional y para eso construimos dimensiones que sometimos a campo, tanto desde la perspectiva de los trabajadores como de los usuarios que son: Accesibilidad, Hospitalidad de los equipos, la Continuidad y permanencia y la Temporalidad.

La accesibilidad desde una perspectiva relacional puede ser definida como el proceso de encuentros /desencuentros entre los sujetos y los servicios. Esta perspectiva implica tener en cuenta tanto las representaciones de los usuarios como de los trabajadores que ofrecen el mismo (Stolkiner, 2006).

Asimismo, Carballada (2017) la entiende como un analizador de las políticas públicas, ya que el no acceso a los requerimientos en salud de la población no integra y es un componente de desigualdad. Es decir, da cuenta de las dificultades o facilitadores que atraviesan las instituciones. Sin embargo, el aporte más interesante es entenderlo como lugar de encuentro entre lo micro y macrosocial articulado en el territorio.

Esta categoría también refiere a la elección del usuario de ese dispositivo y no de otros. Esta elección parte de aspectos como el tiempo, la distancia, los costos, los horarios de atención. Todas estas condiciones dan cuenta de la categoría de accesibilidad. En investigaciones pasadas, se concluyó que la política pública presenta una concentración de servicios en el horario de la mañana y no así en horarios de tarde y nocturnos.

Es necesario tener en cuenta en relación a la llegada de recursos públicos, que a menudo las burocracias estatales ejercen dominios sobre el territorio y las administraciones de manera dependiente de los rasgos ideológicos que constituyen a sus conducciones, aunque no de modo lineal ni unívoco y con niveles de autonomía (Rivas, 2016). Para nuestra perspectiva, identificamos el recurso público a las necesidades sociales no cumplidas, tradición heredada de los “estados de bienestar” y en nuestro país, también se suma la Fundación Eva Perón como acción reparadora de “injusticias sociales” (Lozano, 2002)

La continuidad y permanencia: Se trata de intervenciones que contienen uniformidad en la práctica, sistematicidad en sus intervenciones, y que trabajan con el usuario sin generar incertidumbre en relación a su padecimiento y su tratamiento, es decir, que no trabajan sobre el miedo y por lo tanto intentan

garantizar el servicio y su beneficio. La trayectoria de un paciente en una institución debería cumplir con tres fases, de carácter político y técnico: la accesibilidad, la permanencia y el egreso.

En los años en que esta investigación tuvo lugar, las condiciones de las instituciones⁴, la alta demanda hacia algunos servicios de salud estatal, y la baja calidad o densidad institucional pone en tensión los objetivos que se enuncian en el diseño de las políticas sociales, sobre la inclusión y la integración.

La Hospitalidad: dimensión que tiene que ver con las políticas de reconocimiento Derrida(2007) la entiende como esa capacidad de alojar y dar lugar al otro, otro que ni conocemos ni es igual a uno. Para esto es necesario desarrollar ciertas actitudes disciplinares que parten de la escucha permanente, de la observación y los indicios para pensar intervenciones conjuntas, entre otros (Piovani, 2018). En este sentido, entender que la responsabilidad desplegada por el trabajador es uno de los aspectos, entre otros, por los cuales la población vuelve a concurrir al dispositivo. El autor la entiende como una dimensión relacional con el otro que contempla dos nociones: la de la tolerancia y el alojamiento. Asimismo explica que ese encuentro con el otro a menudo no es pacífico, sino que puede resultar conflictivo, y donde suele ser una relación asimétrica (2007). "La hospitalidad es pues una situación de puesta en contacto con otro no tematizable y que exige una responsabilidad" (Derrida, pg 35).

Cuando hacemos referencia a esta dimensión no se está remitiendo a buenos sentimientos, sino que tiene que ver con el derecho al respeto, en tiempos donde es más común ignorar al otro y reducir el respeto (Fraser, 2015). La vincula a la categoría de dignidad, entendiendo que el sujeto que se presenta a las instituciones es un otro que se define con privaciones y que con las intervenciones profesionales hay que elucidar qué es lo que se debe restituir en cada uno de ellas/os.

La Temporalidad: quizás sea la dimensión más relevante y se pretende darle visibilidad ya que sería un elemento que permite repensar las capacidades estatales para lograr mayores densidades y capacidades institucionales (Castellani, 2018). Se suele relacionar con calidad, son conceptos ligados entre sí, pero se conceptualizan de manera diferente.

En primer lugar se puede referir a una secuencia que intenta adecuar la persistencia del servicio en el tiempo y sus profesionales, con la persistencia de la persona que percibe su propio padecimiento.

Para Castellani (2018) la eficacia de la intervención estatal y los marcos institucionales existentes son relevantes para dar cuenta del "éxito o fracasos de los procesos de desarrollo". La temporalidad construye identidad de los dispositivos de intervención, donde se deben tener en cuenta las capacidades humanas, los recursos materiales, el espacio físico, entre otros.

Asimismo, esta dimensión debe tener en cuenta dos cuestiones fundamentales propias de las capacidades estatales: la revinculación entre el mundo científico y las instituciones asistenciales, donde la categoría necesidad aparece como punto de encuentro entre ambos mundos (Stolkiner, 1999). La temporalidad exige otras condiciones que interpelan las regulaciones del sistema de salud, en cuanto a infraestructura y financiamiento.

Todas estas dimensiones constituyen un andamiaje conceptual que permite analizar efectos de la implementación de políticas sociales sobre las filiaciones simbólicas⁵ de las poblaciones. El tema de la filiación simbólica dialoga con la integración e igualdad. Implica políticas de reconocimiento, entendiendo que aquello que se construye por fuera de las instituciones, se separa de la sociedad, creando ciertas regularidades en los modos de relaciones sociales conflictivas y violentas. (Clemente, 2014). El desmantelamiento obscuro de políticas sociales necesita siempre políticas de crueldad y odio, poniendo a menudo un proceso de construcción de soledades donde cada vez uno queda más aislado, por lo tanto cada vez demanda y desea menos. (Fernández, 2007), debilitándose las posibilidades de construcción de los común.

⁴Las instituciones no están preparadas para hacer frente a la multidimensionalidad de problemáticas sociales complejas, y existe una transformación muy acelerada de sus sentidos.

⁵Viscaíno, A.: explica que representa un lazo social que le permite las relaciones con otro semejante e inscribirse en un sujeto intergeneracional y en una historia. En este sentido, las instituciones educativas y de salud aportan en ese proceso de construcción.

3. Métodos y técnicas (min. 2 páginas- máx. 4 páginas)

Se aplicaron las siguientes técnicas: estudios de caso, matrices de análisis conceptual–documental y entrevistas a autores, a funcionarios y profesionales que trabajan en instituciones estatales y a personas que integran hogares con pobreza persistente y en los cuales hay al menos una persona con problemas graves de salud.

Previamente se creará un panel de informantes calificados que identifiquen la relevancia de dimensiones, variables e indicadores a tener en cuenta para operacionalizar los objetivos de conocimiento establecidos. Esos mismos informantes servirán para priorizar las áreas gubernamentales, programas, servicios y establecimientos donde podrán realizarse los estudios de caso, aunque ello dependerá indudablemente de que tales organismos acepten formar parte del estudio.

Manteniendo una estrecha relación entre marcos conceptuales y metodológicos, hemos trabajado con dimensiones de categorías centrales que seleccionamos para la readecuación de políticas sociales: en función de la integralidad y la Protección sociales, e identificamos dimensiones que sometimos a campo: Accesibilidad, temporalidad, hospitalidad y continuidad en la atención y las llevamos a campo, desde los referentes de dispositivos de atención, pero asimismo desde la población usuaria de los servicios.

A partir de los diálogos con los informantes calificados, se seleccionaron 10 dispositivos para entrevistar usuarios/as de los mismos y la suma de 10 dispositivos más para entrevistar a equipos profesionales y técnicos.

Desde esta perspectiva se identificaron tres grupos con problemáticas de salud de tipo crónico: Enfermedades crónicas no transmisibles (específicamente diabetes)

Padecimiento mental.

Consumo problemático de sustancias.

Para el grupo de enfermedades crónicas no transmisibles se realizaron entrevistas en servicios estatales del Conurbano Bonaerense, de distinto grado de complejidad; los dispositivos seleccionados donde entrevistamos a usuarios/as de los servicios fueron:

- Hospital Balestrini – La Matanza: Dispositivos para personas con diabetes: El dispositivo funciona cada 15 días en el hospital Balestrini de La Matanza, el equipo está integrado por seis disciplinas profesionales. En el mismo se realizan los controles (peso, presión, medición de glucemia). Cada profesional explica desde su especificidad aspectos para prevenir y favorecer el proceso de diabetes de cada usuario/a. Se ofrece refrigerio y finalizando se realizan ejercicios físicos.

- Hospital de Rehabilitación Dr. Arnoldo Drozdowski – Tortuguitas: provee de distintas terapias para rehabilitación neuro-motora, tanto para pacientes internados como ambulatorios, bajo una modalidad de abordaje multidisciplinario del paciente y su grupo familiar desde el momento del ingreso.

Los dispositivos seleccionados para entrevistar a profesionales, en relación al grupo de enfermedades crónicas no trasmisibles, fueron:

- Servicios Sociales de la Secretaría de salud de la Municipalidad de José C. Paz: El organismo tiene dos funciones sustanciales, por un lugar coordinar y articular la tarea de las profesionales en TS en los diferentes Centros de Salud (CAPS) que integran el sistema de atención de salud de la municipalidad de José C. Paz. Por otra parte en la sede donde funciona el organismo, realizan atención a los/as usuarios/as que requieren ingresar a los programas de entrega de medicamentos para enfermedades crónicas que dependen de la PBA, y la tramitación de estudios de alta complejidad que no pueden hacerse en el sistema municipal.

- Servicio Social del Hospital Provincial Cetrángolo – Vicente López: El Hospital Público Provincial brinda atención especializada en medicina respiratoria. El criterio de atención está relacionado con las enfermedades de vías respiratorias, desde las agudas hasta las crónicas y graves.

- Servicio Social del Hospital Municipal B. Houssay - Partido de V. López: El hospital es un centro de mediana complejidad, abierto a toda la comunidad, gratuito y con servicios como el de ginecología, oncología, traumatología y pediatría.

- Hospital Posadas⁶ –Morón:Equipo Interdisciplinario de Pie diabético en Hospital de alta complejidad. Hospital Nacional de Complejidad-500 camas. El equipo disponible está compuesto por médica clínica, cirujano vascular miembros inferiores, fisiatras ,infectólogos y traumatólogos.

Para el grupo de padecimiento mental se realizaron entrevistas en servicios estatales del Conurbano Bonaerense, de distinto grado de complejidad; los dispositivos seleccionados donde entrevistamos a usuarios/as de los servicios fueron:

- Hospital D. Raul F. Larcade – San Miguel: Hospital que se encuentra dentro del sistema de salud de la Municipalidad de San Miguel, con atención a afiliados a PAMI, atención en el área de salud mental y neurología.

En relación a este grupo, los dispositivos para entrevistar a profesionales fueron:

- Hospital en Red especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte (Ex Cenareso): Hospital especializado en Salud Mental y adicciones. Cuenta con un servicio de internación y guardia 24hs para trabajar dichas temáticas. En dicho organismo se han entrevistado a profesionales, del Centro Monovalente - Centro de Salud Mental y de Adicciones que funciona en dicha institución y profesionales del Servicio Social.
- Centro Municipal de Rehabilitación Pilares De Esperanza - Pilar: Organismo que pertenece a la Municipalidad del Pilar, de la Dirección General de Inclusión se solventa con el presupuesto municipal y con el aporte de las obras sociales que poseen quienes concurren a tratamiento allí, el equipo en sus comienzos conformaba el equipo de trabajo aproximadamente 30 profesionales y brinda asistencia a personas con discapacidad motora y personas con espectro autista (TEA).
- Centro Educativo Terapéutico de 3 de Febrero: El CET es una institución que depende en términos administrativos de la DiPrEGeP de la Provincia de Buenos Aires, única en su tipo en la zona del partido de 3 de Febrero en el tipo de prestación para jóvenes y adultos con TES (Trastornos Emocionales Severos), y entre ellos TEA (Trastornos de Espectro Autista), es una institución de gestión privada, donde la prestación la asume la obra social, en su mayoría ProFe, cobertura social derivada de la pensión asistencial, en muchos casos único ingreso estable del grupo familiar de la persona con discapacidad.

Para el grupo de sujetos con consumo problemática de sustancias, se trabajo con dispositivos del ámbito estatal, como organizaciones de culto (Caritas-Hogares de Cristo, y ONG. Los dispositivos seleccionados para entrevistar a usuarios/as fueron:

- Hogar de Cristo – Barrio Piedrabuena – CABA: Centros Barriales dependientes de la Iglesia Católica. Dispositivo para la atención y prevención del consumo problemático de sustancias.
- Casa Puerto – Villa Luro, CABA: Dispositivo de alojamiento de adolescentes y jóvenes con problemáticas de salud mental y consumo problemático. Es un centro mixto y de puertas abiertas. Se buscan otras estrategias para el tratamiento de ambas problemáticas. Se realiza la terminalidad educativa si el/la que se aloja lo necesita.
- CPA Pilar: Los Centros Provinciales de Atención (CPA), dependen del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y constituyen uno de los servicios más cercanos a la comunidad que se ofrece, desde la esfera pública, para las personas que sufren distintos tipos de adicción.
- Comunidad Terapéutica “Vencer para Vivir” – Pilar: Asociación Civil sin fines de lucro, constituida para trabajar la problemática de las adicciones en su formato de “granja”, desde el año 1997.
- Centro Barrial “El Galpón” – Merlo: Espacio de trabajo comunitario que trata de abordar las problemáticas sociales que afectan al barrio en el que se insertan, en este caso, la problemática de consumo de sustancias.

⁶ El Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas es centro de Practicas para alumnos de la Licenciatura de Trabajo Social de la UNM en el programa de Tuberculosis.

En relación a las entrevistas a profesionales, en dispositivos con consumo problemático de sustancias se visitaron los siguientes organismos:

- Casa Puerto: Se entrevistó a 4 miembros del equipo de profesionales y técnicos de la institución.
- SEDRONAR – Hogar de Cristo Piedrabuena CABA: En el dispositivo de Hogares de Cristo, trabajan equipos profesionales que dependen de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Se entrevista a profesionales que dependen de dicha secretaría.
- DIAT Moreno: Dispositivo de Abordaje Territorial, de la localidad de Moreno. Dispositivo que trabaja la prevención y asistencia de los consumos problemáticos de sustancias. Se realiza entrevista con equipo de profesionales y técnicos del programa.

Se realizó un total de **21 entrevistas a usuarios/as de los dispositivos** mencionados de los tres grupos poblacionales, y **15 entrevistas a profesionales de los dispositivos indicados**.

En relación a la metodología aplicada para las técnicas de recolección de información, el equipo de investigación tomó la decisión de iniciar el trabajo de campo con la entrevista a la población usuaria de los dispositivos. Esto permitió tener una mayor consideración de la percepción de los/as sujetos en los dispositivos que habitan, para luego en una segunda instancia realizar entrevista a los/as profesionales e integrantes de los equipos

Las entrevistas a usuarios/as se realizaron durante el año 2018, teniendo como ejes, las dimensiones anteriormente citadas: Accesibilidad, temporalidad, hospitalidad y continuidad en la atención. Las mismas dimensiones luego se aplicarán en las entrevistas realizadas a profesionales, realizadas durante el 2019.

Vale señalar que si bien se ha identificado una serie de dificultades para repensar y readecuar en los dispositivos asistenciales, traducido a menudo en una brecha entre discursos y actos, la gratuidad de los servicios siempre se mantiene garantizada, aspecto no menor a señalar.

En relación a las formas de procesamiento y análisis de datos recolectados, se construyeron dos matrices de datos - población usuaria y profesionales - a fin de poner luego en juego aquellos aspectos más relevantes de las entrevistas con aquellos marcos conceptuales utilizados en la investigación.

4. Resultados y discusión (min. 5 páginas- máx. 15 páginas)

Del diálogo entre los elementos emergentes de los relatos de los pacientes y los marcos conceptuales construidos ha sido posible identificar señalamientos y reflexiones desplegadas en este proyecto de investigación. Las dimensiones que componen una concepción integral de la política social, desarrolladas en el marco conceptual fueron puestas a consideración de los profesionales y técnicos entrevistados. La mayor parte de las respuestas coincidieron con los postulados ya detallados líneas arriba, al mismo tiempo que algunos entrevistados aportaron otras dimensiones o características.

Por otro lado se identificaron una serie puntos de conflictos necesarios para reflexionar y readecuar las capacidades de las instituciones a fin de lograr los objetivos propuestos. Pero también hay que destacar el compromiso y responsabilidad de los equipos de salud, la alegría en la asistencia diaria, a pesar de que en ocasiones se presentan tensiones inter e intrainstitucionales, que ponen en dilema pensar en la intervención y la otredad.

Sobre **accesibilidad y continuidad**

Entendiendo la accesibilidad como una categoría relacional, ya que se trata de encuentros/desencuentros entre los sujetos y los servicios de atención:

Se identificó como un modo regular de atención en pacientes con consumo problemático de sustancias la puesta en marcha de espacios grupales, con un número predeterminado de reuniones.

La mayoría de los entrevistados coinciden en que el uso de tal dispositivo no tiene que ver con la mejor elección terapéutica, sino con que el recurso humano resulta insuficiente para atender tanta demanda. Una respuesta típica el uso inespecífico de los dispositivos grupales.

Asimismo, lo edilicio es una dimensión sustantiva en el proceso de asistencia, tanto en lo público estatal como las organizaciones de culto, que suelen compartir espacios con otros programas o instituciones. Esto también se ve afectado por los nuevos paradigmas y perspectivas en géneros que la política pública debe readecuar. En este sentido, una situación paradigmática encontramos en un dispositivo de salud mental y adicciones de CABA, que cuenta con un pabellón para población de “varones” (dicho pabellón tiene habitación para cada hospitalizado) y un pabellón que “no es de varones” en donde ingresan todas la diversidades de géneros que no contempla la categoría anteriormente citada: esto es mujeres, trans mujeres y varones, travestis, personas no binaries, entre otros, teniendo habitaciones compartidas. Es un desafío y un deber de la política pública readecuar sus marcos interventivos a las nuevas expresiones vinculadas a este tema.

La institución hospitalaria tiene una especificidad: la complejidad no está sólo dada por el uso de sus tecnologías, sino también por la multidimensionalidad de los problemas que los sujetos traen. Nuevamente entendemos la accesibilidad como una dimensión relacional, donde es necesario tener encuentra los discursos y las condiciones de los servicios y las trayectorias culturales y económicas de los sujetos. Si cuesta ejercer una demanda hacia los servicios de salud, si hay vergüenza para solicitar atención, entonces la noción de derecho se difumina⁷ (Danani, 2019)

La identificación de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, pone en evidencia lo complejo de construir un dispositivo de calidad, que les permita un acceso fácil a los sujetos. Da cuenta de esto el relato de quien organiza el Servicio de Pie Diabético que pone en evidencia una serie de cuestiones a tener en cuenta para readecuar o fortalecer y profundizar lo existente: así, armar un dispositivo donde intervienen muchas especialidades y que el paciente pueda ser abordado en un día (cirujano vascular, infectólogo, médico clínico, trabajador social, fisiatra) ha llevado años “Nos llevó 10 años armar un dispositivo que las especialidades estuvieran todas juntas el mismo día y el paciente sea visto con sus estudios pertinentes por ellas”⁸. Entonces, lo que se pone en juego es la sinergia de recursos humanos y tecnológicos para que en un mismo espacio y día el paciente sea abordado en sus diferentes especialidades.

Otra experiencia similar es la que se desarrolla en el Hospital Ballestrini, lugar en donde el dispositivo funciona cada 15 días y el equipo está integrado por seis disciplinas profesionales. En el mismo se realizan los controles (peso, presión, medición de glucemia). Cabe aclarar que se trata de un dispositivo que hace foco en promover la prevención antes que la asistencia puntual a la enfermedad.

Estas situaciones elegidas como ejemplos de prácticas habituales en las instituciones implica repensar la idea de lo crónico. En esta línea, en el marco de estos proyectos de investigación venimos reforzando la idea de que lo crónico debe desplazarse hacia lo territorial. ¿Se construye igualdad cuando un sujeto con

⁷ Mesa redonda de discusión en la Facultad de Ciencias Sociales-UBA : “Derecho a la asistencia en tiempos de neoliberalismo”- Debate entre Dra Ana Arias, Dr Gabriel Kessler y Dra Claudia Danani- Bs As,2019

⁸ Entrevista con la Médica responsable del consultorio Interdisciplinario de Pie Diabético.

alguna discapacidad debe viajar cerca de una hora en condiciones adversas para hacer una rehabilitación, quizás de media hora? Es necesario profundizar estos aspectos, para generar accesibilidad en relación a la territorialidad y las demandas y necesidades sociales. Se trata de ir generando las políticas, las condiciones institucionales para producir un cambio epistemológico, que consiste en desplazar los cuadros agudos, usualmente abordados en los hospitales, a los territorios, donde deben identificarse diferentes saberes, por demás valiosos por su enraizamiento en la vida cotidiana y la comunidad barrial que aloja al sujeto y construir respuestas de cuidados acordes a las características de los padecimientos. En estos saberes es necesario trabajar con las organizaciones de la sociedad civil, en estrategias de cuidado y con funciones diferenciadas y monitoreadas por los profesionales. Algunos sanitaristas lo denominan Clínica Ampliada, e interpela las formas de Atención Primaria de salud, que si bien no ha sido materia de análisis en este estudio, sí importa señalar, en tanto estos resultados aportan y suman evidencia en estas líneas conceptuales y prácticas.

Lo mencionado anteriormente nos lleva a otra dimensión: la de la temporalidad y las tensiones que se producen entre las claves asistenciales y las de investigación. Stolkiner (2006) explica que “al estar demasiado cerca de las demandas y necesidades sociales y demasiado lejos de los ámbitos destinados a la reflexión, la temporalidad de estos equipos suele carecer de dispositivos específicos en los cuales conceptualizar rigurosamente sus prácticas” (Stolkiner, pag 26). Delos trabajadores a cargo de dispositivos de asistencia es posible afirmar la necesidad de incorporar herramientas de investigación y que los mismos puedan incluirse, pero en los lugares donde se realiza la asistencia, ser parte de su trabajo asistencial. Se observa a través del trabajo de campo que los equipos tienen poco espacios destinados a la sistematización de sus prácticas, y su vinculación con marcos explicativos y referenciales, debido a la cantidad de tareas a desarrollar, hecho que no les permite generar instancias de documentación de la tarea de intervención. ¿Qué ocurre cuando los profesionales cambian de tarea? ¿Cómo se garantiza la continuidad y la calidad en la atención del dispositivo? ¿Cómo adquiere la institucionalidad un dispositivo de asistencia que no puede demorarse en reflexionar las prácticas e intervenciones que produce? ¿En qué tiempos es posible para un equipo evaluar, establecer condiciones de un diálogo que repiense los dispositivos para readecuar y/o fortalecer sus propias prácticas y sentidos? Estas interpelaciones recorren la cotidianeidad de los equipos y trabajadores con quien hemos podido dialogar.

La Temporalidad.

De las entrevistas, a partir de las prácticas de los sujetos transitando los dispositivos de salud, se identifica un componente regular en distintos espacios, incluida obras sociales, de diferente dependencia, y es la necesidad del “corte del tratamiento”. ¿A qué obedece esto? ¿Al propio proceso terapéutico o la dificultad del recurso humano de las disciplinas intervinientes en las instituciones? De las respuestas obtenidas parecería que sería más por esta última razón. Es sabido que para determinadas problemáticas donde existen numerosas dimensiones que las conforman además de la variable salud, los procesos de ir resolviendo su situación de salud enfermedad son lentos, singulares, con avances y retrocesos, y que exigen un trabajo a largo plazo, con equipos sostenidos.

Para algunos profesionales, la construcción de un “modelo de trabajo en paquete”, induce a que la dimensión de la temporalidad se adecúe en ese esquema, dejando al azar lo que acontezca luego con el paciente. Hablamos de un esquema que sólo tendría en cuenta las posibilidades de los equipos de salud y no los perfiles de los pacientes. Esto no lleva a pensar la problemática de la salud mental, que de acuerdo a la Ley Nacional 26657, pone en evidencia una serie de sufrimientos mentales, y si la dimensión de la accesibilidad es relacional en tanto entiende que hay que tener en cuenta a las personas en función de sus necesidades, algunos trabajadores subrayan la importancia de construir otras formas de temporalidades en los tratamientos.

En este sentido las temporalidades de los sujetos y de los dispositivos de asistencia pueden funcionar favorablemente o entran en tensión, de acuerdo a las condiciones culturales, económicas en que los sujetos construyen sus trayectorias y también teniendo en cuenta en cómo se han construidos históricamente como pacientes de ese padecimiento. A menudo los tiempos del sujeto para traccionar ciertas subjetividades con trayectorias en condiciones de desigualdad (Kessler, 2013), son muy heterogéneos de los que plantea la institución. Ciertas intersubjetividades en condiciones de inestabilidad

y precariedad “producen y reproducen vínculos alrededor del consumo y la violencia” (Kessler, 2004). Así, en numerosos procesos de intervención, los pacientes padecen de otras temporalidades. No siempre van a la consulta de las instituciones con modos tradicionales. Esta falta de reconocimiento atraviesa los diferentes niveles y subsistemas de salud: puede acontecer en una Unidad Sanitaria, en un Hospital, o en un sistema de obra social.

De lo estudiado a partir del trabajo de campo, y comparando formas de asistencia de subsistemas, vemos cómo la organización de algunos dispositivos de atención se construyen para el corto plazo: esto limita la posibilidad de construir relaciones de confianza más perdurables en los procesos asistenciales (Sennet, 2006). Esta reflexión la vamos a desarrollar en las recomendaciones, pero entender que hay una estrecha relación y diálogo entre temporalidad-accesibilidad e igualdad y es central para entender cómo son las instituciones hoy y qué construyen. Resulta difícil medir la calidad de la asistencia y la temporalidad de sus dispositivos, que ocasionan efectos en los procesos de segregación poblacional⁹ (Kessler, 2019).

Castellani (2018) hace referencia sobre la necesidad de realizar rigurosos análisis de la dimensión cualitativa para ver limitaciones y posibilidades de las instituciones de asistencia para su eficacia, lo que va a determinar su éxito o fracaso. A partir de lo aportado por los profesionales y por los pacientes, sobre todo en el caso de patologías crónicas se evidencia que, cuando existe la anomia y la improvisación, la desigualdad en salud y la falta de eficacia serán sus efectos de mediano plazo.

Se observa que, en dispositivos que trabajan con población joven e intervienen sobre el consumo problemático de sustancias, hay una propuesta de construir nuevas temporalidades de los/as jóvenes. Esto nos parece interesante a los efectos de proponer una línea de intervención que permita que el/la joven pueda revisar el desarrollo de su vida cotidiana, su temporalidad en relación a sus vínculos, lazos sociales y consumos, y que pueda tener espacios para transformar / re-veer dichas temporalidades. Esto nos parece que es una manera de plantear nuevos objetivos de intervención con una población que, según profesionales entrevistados, se encuentran en los márgenes, con complejas relaciones sociales-subjetivas (Fernandez, pág 15). Dichos profesionales trabajan sobre la categoría de “conciencia de la situación”, como forma de plantear temporalidades en el tratamiento y a partir de ello, nuevas temporalidades.

Por último, se analiza principalmente en el relato de los/as usuarios, los dispositivos que tienen anclaje territorial, principalmente los dispositivos de organizaciones eclesíásticas, tienen mayor adecuación con la temporalidad de los sujetos, que otros organismos del estado local, provincial o nacional. Del trabajo de campo se identifica que los dispositivos que despliegan las organizaciones de culto (Hogares de Cristo-Cáritas) garantizan un mayor acompañamiento en términos de filiación simbólica, en tanto estrategias de reconocimiento hacia el otro, con más arraigo en lo territorial, con una actitud desprejuiciada y de “no condena moral”. Existen en estos equipos más vacancia de profesionales, pero más personal, voluntario o no, con otros tipos y formas de saberes que garantizan acompañamiento de más cercanía. En este sentido es que se señala líneas arriba la importancia de por un lado fortalecer estos saberes dada su eficacia y hacerlo en articulación y corresponsabilidad con el sistema de salud. Sin duda, se pueden ver aquí de manera germinal nuevas formas de abordaje, acompañamiento y prácticas respecto a la pobreza persistente por un lado, y por otro la reconfiguración -en situación- de la relación del Estado con las organizaciones socio comunitarias y de la sociedad civil que van trazando diversas formas de lo público.

Acerca del **acompañamiento**:

De los relatos surge que el acompañamiento es una tarea que se le asigna a los pasantes, becarios o residentes, con un grado menor de formación respecto a profesionales de planta. Esto puede tener otra mirada: a menudo los residentes más avanzados pueden elaborar nuevas ideas o evidenciar la posibilidad de puesta en marcha de nuevos espacios de intervención, o el fortalecimiento de los que ya están en marcha. De investigaciones anteriores del equipo recomendamos a partir de lo relevado que si

⁹ Mesa redonda de discusión en la Facultad de Ciencias Sociales-UBA : “Derecho a la asistencia en tiempos de neoliberalismo”- Debate entre Dra Ana Arias, Dr Gabriel Kessler y Dra Claudia Danani- Bs As, 2019

bien los equipos jóvenes pueden desplegar ciertas estrategias novedosas y de sostenimiento, la conducción de esos equipos deben estar a cargo de personas con competencias, tanto teóricas como prácticas para contener y provocar la reflexión y una suerte de diálogo entre intervención y la investigación.

En los espacios de asistencia se identifica con claridad la necesidad de pasar de la clásica interconsulta, (muy demostrada en el tema del padecimiento mental) a la integración y diálogo entre los servicios con la intencionalidad de revertir la desobjetivación a menudo de las prácticas tradicionales. Es frecuente escuchar “le di turno y no vino”. Sabemos que en pacientes con sufrimiento mental y en condiciones familiares, económicas y culturales desfavorables, usualmente no concurren al turno pactado, sobre todo si el tratamiento les ha sido impuesto por algún Servicio Local de Niñas, niños y adolescentes, o algún programa vinculada con los jóvenes bajo régimen penal juvenil (18-21 años). Desde esta perspectiva se necesita desplegar otras maneras de motivar la necesidad de la asistencia, y podemos hablar de Accesibilidad ampliada (Stolkiner, 2006), en tanto permite incorporar todo el proceso de atención de salud, incluyendo de manera relevante en perfil de ese paciente en ese momento. Este concepto se entrecruza con la dimensión de la temporalidad, en tanto existe una heterogeneidad en el uso del tiempo para la construcción y consolidación del vínculo entre la población y los servicios.

Una de las preguntas realizadas a la población usuaria y a los/as profesionales tenía que ver con que si el dispositivo trabaja la categoría de cooperación. Se evidencia que los dispositivos que trabajan consumo, principalmente con población juvenil, trabajan en la construcción de la referencia de los jóvenes que pudieron “salir del consumo” hacia los/as otros pibes. La política de identificación juvenil, podría verse como una instancia de acompañamiento de mayor eficacia, no es solo el profesional quien interviene, sino que hay un par, un vecino/a que lo pasó y con el que puede generar mayor empatía y adhesión a un posible tratamiento. Esto es una estrategia que se ha observado más en instituciones de culto (Hogares de Cristo) y organizaciones de la sociedad civil. Desde esta perspectiva es posible pensar en una suerte de “saberes no disciplinares” (Stolkiner, 1999), en esta propuesta de cambio epistemológico que consiste en desplazar la patología a una red de cuidados progresivos en la comunidad.

Hospitalidad.

Esta categoría no suele ser visible, pero frente a situaciones de desigualdad que para este estudio no sólo se refieren a la falta de ingresos para las familias, sino que se expresan en las diferentes formas de acceso a los escenarios que transitan, es necesario analizar cómo se evidencian en sus vida cotidiana. Los autores la relacionan con la dignidad, y que tiene que ver con las políticas de reconocimiento.

Los relatos de las tres problemáticas nos llevan a entender que una determinada cosmovisión del “otro” está todo el tiempo en juego y que se ponen de manifiesto dimensiones sociológicas que es necesario revisar, entre ellas las que sostienen que: instituciones cuando alojan permiten desplegar formas de cohesión social. Las poblaciones seleccionadas con condiciones de pobreza persistente ya definida, pero también la organización de los servicios de asistencia, nos hablan que a menudo se pone en tensión el tema de la otredad, pero también algunas dimensiones sociológicas como la de “estereotipo y prejuicio” (Allport, 1971), que lo entendemos como un proceso de categorización social. De las entrevistas a profesionales de enfermedades crónicas no transmisibles, cuando comenta que le llevó 10 años juntar un mismo día distintas disciplinas para garantizar temporalidad y accesibilidad, explicó “quién quiere atender un pie con hedor, a menudo con falta de higiene, en sujetos con poco capital simbólico cuya consulta demora tiempo?”. ¿De qué alojar estamos hablando? Alojar en términos de alojar la otredad.

En estas problemáticas los estereotipos¹⁰ juegan un papel importante, a veces sin ser consciente y sin ninguna connotación moral, sino desde la dimensión de naturalización de lo social.

Acontece en forma similar con los sujetos con consumo problemáticos de sustancias o padecimiento mental, construyéndose desde un carácter negativo la mirada de otro. “Es un antisocial” a veces se escucha en alguno de los profesionales de la salud mental. Para pensar capacidades estatales es

¹⁰ Se entiende por estereotipo una imagen estructurada y aceptada por un grupo de persona como representativa de un determinado colectivo.

necesario no simplificar los contextos y condiciones de construcción de lo social, sin embargo se suele trabajar con explicaciones simples, no complejas. Desde esta perspectiva, los sujetos no se vinculan con las instituciones por ser portadores de conductas problemáticas o desajustadas, quedando la acción exclusivamente en la esfera de su responsabilidad. Resulta necesario entender que existen intervenciones cargadas de prácticas estigmatizantes que en lugar de construir confianza y cohesión social, desvinculan y desestiman a los sujetos de los espacios comunes. Estos son feroces y crueles porque fortalecen los espacios de desubjetivación que la pobreza persistente conlleva.

Asimismo, aparecen ambivalencias sobre las prácticas: emerge una idea a partir de los entrevistados que la han denominado la “rectificación del otro”: esto es que muchos pacientes tienen una imagen negativa de los trabajadores o del dispositivo y eso puede ser una dificultad en el abordaje del tratamiento.

Es así que frecuentemente se producen sentimientos de frustración cuando las estrategias de intervención no son favorables. Deben tomarse decisiones que han sido producto de procesos de reflexión y de entender el lugar diferenciado y de responsabilidad (Dussel, 2012) entendiendo que las instituciones deben desplegar prácticas de cuidado: aunque el otro que padece se enoje o violento, nadie del equipo de salud debe desplegar ningún tipo de maltrato. “El maltrato se señala, se evidencia, pero no se devuelve”, exponen alguno de los relatos.

Para todas estas dimensiones y del trabajo de campo, y entendiendo la necesidad de repensar las respuestas estatales para readecuar la agenda pública y promover protección e integración, es necesario entender que el sujeto necesita de referencias institucionales en las cuales alojarse y sentirse protegido. La Protección Social puede ser entendida como el conjunto de instrumentos utilizados por el Estado con el objetivo de promover y mejorar el bienestar, como así también como un conjunto de mecanismos y actividades de organismos e instituciones destinadas a aligerar las cargas que representa para los hogares y sujetos sociales una serie determinadas de riesgos, problemas y necesidades, considerados inaceptables.

De los relatos de los jóvenes con consumo problemático de sustancias y padecimiento mental, emerge las dificultades de éstos en la construcción de procesos de filiación simbólica (Frigerio, 2020), en tanto “representa un lazo que excede la relación dual entre las partes para inscribirse en la historia” (Viscaíno, pag.13). Es así que las instituciones de salud tienen que desempeñar un rol en este proceso, son responsables de la construcción de prácticas que humanicen desde la perspectiva de construcción de instancias psíquicas de los sujetos, y que promueva un sujeto deseante.

Consideraciones finales del análisis y discusión

Con este estudio queremos hacer visible los límites reales de la accesibilidad y de la temporalidad, que en los enunciados y diseños de las políticas sociales suelen estarexpresados, pero que en el acontecer de la vida cotidiana del encuentro entre los pacientes y los sujetos en ocasiones no resultan favorables.

Una posible explicación es que se entienda que el sujeto reúne determinadas condiciones y realmente no lo son por los numerosos atravesamientos que padece.

Entendemos que el trabajo de campo pretende evidenciar cómo funcionan los dispositivos de atención en la práctica, pero asimismo queremos hacer algunas recomendaciones de cómo se pueden mejorar. Hemos visibilizado y destacado que en algunos casos los dispositivos de asistencia funcionan favorablemente, producto del esfuerzo, cosmovisiones, rigurosidad y compromiso de sus trabajadores. Se trata de experiencias concretas, no discursivas y de una nueva ética que sería prioritario enunciar en todo diseño de implementación de políticas sociales, pero sobre todo en su operativización, además de monitorearlo, para que un proceso de trabajo se materialice. Esto es, la necesidad de que las instituciones reúnan recursos humanos con competencias, entendiéndolas como habilidades y capacidades para gestionar.

Aunque sean las miradas más progresistas, debemos entender que el Estado es para todos, y no sólo para los que no tienen. Entendemos que éste es un concepto central. De lo que se trata es de

transversalizar la idea de que el Estado debe ser para todos, aunque no lo vayan a usar todos, en lo estrictamente pensado respecto a los servicios de salud. Existe una tendencia a construir diseños a partir de políticas estatales vinculadas a la atención mínima y de tratamientos a los pobres o sectores que “no tienen medios u obra social”. Esto es una cosmovisión que ha impregnado toda la estructura social, y que debe ser deconstruida, si queremos aportar a la justicia social y a la construcción de procesos de igualdad social.

Este tema tiene que ver con recuperar perspectivas neoinstitucionalistas (Castellani, 2018) quienes han instalado la calidad de la intervención como elemento principal para readecuar y repensar las capacidades estatales. Intentamos, pues, poner en el centro de la discusión la temporalidad y calidad de los dispositivos de asistencia en salud respecto a problemáticas específicas indagadas, con algunos aportes teóricos-metodológicos que nos permitan analizar y explicar el accionar del Estado y sus instituciones. La temporalidad y la calidad de las instituciones del Estado es uno de los elementos que aportan a la integralidad y a la pertenencia, destacando que ser portadores de derechos no es lo mismo que construir igualdad. El trabajo de campo ha demostrado que cuanto más débiles son las temporalidades de los servicios de asistencia, se construye menos filiación y más aislamiento de los sujetos a lo común, a la acción colectiva. La fragmentación operativa en las instituciones de salud respecto a la provisión de servicios, complementado con la heterogeneidad de las condiciones culturales y económicas de la población, constituye una causa de desigualdad en el acceso a los dispositivos y servicios de salud, por lo no construye integración e igualdad social.

5. Nuevos interrogantes y líneas de investigación a futuro

Este informe se presenta en un momento histórico en lo que representa a la salud pública mundial y de nuestro país: La pandemia del COVID-19. Algunos de los integrantes del equipo de investigación formamos parte de los equipos de salud en el nivel nacional¹¹. Destacamos esto porque la pandemia pone en evidencia alguna de las reflexiones e ideas que esbozamos en nuestra hipótesis de trabajo: la del rol de Rectoría del Estado en su función reguladora para ordenar las políticas sociosanitarias y repensar las respuestas y capacidades estatales en cuanto a problemas de salud. Nos parece importante no obviar este acontecimiento en este momento histórico de país y de región, en términos de igualdad, de temporalidad y accesibilidad.

De las consideraciones elaboradas en el proceso de análisis se abren algunos desafíos a futuro para seguir indagando y que le compete a la disciplina del Trabajo Social, junto con otras Ciencias Sociales. El trabajo Social, cercano a la vida cotidiana de las personas usuarias de los servicios públicos de asistencia como los educativos y los sanitarios, escuchan, observan e intervienen frente a los problemas que ocasionan la crisis existentes de los espacios de socialización, como la familia, la escuela, los centros de salud, complejizando las desigualdades.

Este equipo de trabajo mantiene una preocupación por avanzar en los estudios de las instituciones públicas, específicamente en este trabajo las de salud respecto a tres problemáticas que son crónicas, como el consumo problemático de sustancias, las enfermedades crónicas no transmisibles y el sufrimiento mental. Es necesario analizar el sistema de salud que estamos transitando ya que la cronicidad necesita ciertos cambios de modelos. En este sentido, quedan como desafíos algunas líneas de trabajo que recomendamos, la de una **Clínica Ampliada**, que consiste en pasar de la patología a un modelo de Cuidados Progresivos en los territorios.

En primer lugar, la necesidad de poner la preocupación más que en el enunciado, en la operativización de las políticas, lo que supone la creación de nuevas institucionalidades. Estas institucionalidades deben repensar el sistema de atención que estamos transitando teniendo en cuenta las **Temporalidades** que

¹¹ La Directora del proyecto desempeña funciones en un hospital de Referencia Nacional, de alta complejidad, de referencia para la atención del COVID-19. Otro de sus miembros está cumpliendo una tarea de funcionario en el Ministerio de Salud de la Nación.

hacen a la calidad de los dispositivos asistenciales, que pone en el centro de la preocupación la necesidad de **repensar la organización del trabajo humano**. En las capacidades, según Castellani(2018) deben considerarse una serie de elementos que la hacen posible

En este punto, se debe tener en cuenta los saberes profesionales como otros saberes, que incluyen las organizaciones de la sociedad civil y las barriales, que en los territorios no deben traducirse en una competencia, sino entender que es El Estado con las organizaciones quienes construyen acción colectiva.

Pero es el Estado el actor central quien puede financiar en forma sostenida los sentidos y las materialidades de los equipos de salud, y revisar los modelos de protección social, sus misiones y visiones.

Es necesario visibilizar la idea que desarrolla Stolkiner (2006) de que existe una separación entre el mundo científico y las instituciones asistenciales. El mundo científico suele inscribirse en los institutos y se acude a los dispositivos en el trabajo de campo. Quizás una vía de acceso para repensar esto es su propuesta de que la **Necesidad sea el punto de encuentro entre el mundo científico-académico y el de la gestión**. Y entonces el lugar de estudio sean las instituciones donde acontecen los problemas. Este esquema permite repensar con rigurosidad las capacidades estatales para dar respuestas a las problemáticas de los pacientes. Es en este esquema que encontramos elementos como las capacidades financieras, los equipamientos y el espacio físico, la especialización y la flexibilidad entre dependencias (Castellani,2006) para analizar cómo estos componentes se encuentran y hacen posible resolver con eficacia las problemáticas de salud para poblaciones con pobreza persistente.

Por último, profundizar la idea de que el **Estado no puede ser sólo para los que no tienen**, o para los pobres, porque esta perspectiva no tiene que ver con la idea de justicia social ni de igualdad. Aunque sean usuarios de las instituciones del estado aquellos que no gozan de los beneficios de la seguridad social, sus tendencias organizativas y protocolos administrativos y de intervención deben pensarse con la complejidad que implica pensar en los equipos de trabajo y en los heterogéneos perfiles de poblaciones existentes (Castellani, 2018). Porque sino hablamos de un Estado pobre para pobres.

6. Bibliografía(min. 2 página- máx. 4 páginas)

Consignar los textos y fuentes utilizados en la redacción de los campos anteriores.

Acuña, Carlos (2010): "Los desafíos de la Coordinación y la Integralidad para las Políticas y la Gestión Pública en América Latina. Una Introducción". En *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*. Buenos Aires, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.

_____ (2013): *¿Cuánto importan las instituciones? Gobierno, Estado y actores en la política argentina*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno.

Álvarez, A. Molinari, I. Reynoso D. (2004): *Historias de enfermedades, salud y medicina*, Mar del Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata.

Alvear, A. Reynoso D. (1995): *Médicos e Instituciones de Salud*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Mar del Plata.

Belziti, Claudia, María Victoria Sverdlick, Rocío Brandariz y María Noel Guidi López (2017): "Factores que inciden en la eficacia de las políticas sociales para afrontar las situaciones de pobreza persistente". En Jorge Etcharrán, editor, *Actas de Investigación*, número 1, Universidad Nacional de Moreno.

Carballeda, Alfredo (2004): *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad*. Buenos Aires: Espacio.
_____ (2006): *El trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención*. Buenos Aires: Espacio.
_____ (2002): *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Espacio.

Castel, Robert (1997): *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Paidós.

Castellani, Ana (2018): Debates en torno a la calidad de la intervención estatal. IDAES. Año 6 N 9 Universidad Nacional de San Martín.

Cecchini, Simone y Rodrigo Martínez (2011): *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile, CEPAL.

Chiara, Magdalena y María Mercedes Di Virgilio, organ. (2009): *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo.

Clemente, Adriana (2012): "Pobreza persistente. Una problemática poco explorada". En *Universidad y políticas públicas: el desafío ante las marginaciones sociales*. Buenos Aires, Eudeba.

_____ (2011): "Notas sobre las tensiones en el cambio de paradigma de las políticas de asistencia directa". En revista *Debate Público*, Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires, año 1, número 1.

Clemente, Adriana, coordinadora (2014): *Territorios urbanos y pobreza persistente*. Buenos Aires, Espacio.

Cunill Grau, Nuria (2013): "La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales: lecciones derivadas del caso del sistema de protección a la infancia en Chile". En *Polis*, Revista Latinoamericana, Volumen 12, número 36.

Cunill Grau, Nuria (2014): "La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual". En *Gestión y Política Pública*, volumen 23.

Derrida, Jaques (2007): *La Hospitalidad*. Ediciones de La Flor. Bs As.

Dubet, Francois (2006): *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona, Gedisa.

Dussel, Enrique (2012): *Filosofía de la Cultura y la Transmodernidad*. Editorial Docencia. Bs As.

Fernández, Ana María (2007): *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires, Biblos.

Ferrara, Floreal (1993): *Teoría Política Social y Salud*. Buenos Aires, Catálogos.

García, Rolando (2008): *Sistemas Complejos*. España. Gedisa editorial.

Ibáñez, Viviana B., comp. (2011): *Historia, identidad e intervención profesional*. Mar del Plata: Suárez.

Fraser, Nancy (2015): *Fortunas del feminismo*. Madrid, Traficantes de sueños.

Hamzaoui, Mejed (2005): *El trabajo social territorializado. Las transformaciones de la acción pública en la intervención social*. Valencia, PUV.

Kessler, Gabriel y Denis Merklen (2013): "Una introducción cruzando el Atlántico". En *Individuación, precariedad, inseguridad. ¿Desinstitucionalización del presente?* Buenos Aires, Paidós.

Lera, Carmen I. (2009): *Apuntes sobre trabajo social Contrayendo el oficio*. Paraná, Entre Ríos, Fundación de la Hendija.

Lewkowicz, I. (2004): *Pensar sin Estado: la subjetividad en la era de la fluidez*. Paidós, Buenos Aires.

Martínez, N. (2010): *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*. Jefatura de Gabinete, Presidencia de la Nación.

Melo, Cristina M. (2008): *Asistencia social crítica y esperanzadora*. Buenos Aires: Lumen.

Miranda Aranda, (2010): *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, interaccionismo simbólico y Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio.

Paugam, Serge (2007): *Las formas elementales de la pobreza*. Madrid, Alianza.

Piovani, Juna I. y otros (2018): *Manual de Metodologías en Ciencias Sociales*. Bs As. Siglo XXI

Silva Portero, Carolina (2008): "¿Qué es el buen vivir en la Constitución?". En *La Constitución del 2008 en el contexto andino*. Quito, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Sennet, Richard (2006): *La Corrosión del Carácter*. Bs As. Anagrama editorial

Stolkiner, Alicia (2006): *El concepto de Accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología. UBA. Anuario de Investigaciones.

Stolkiner Alicia (1999): *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Artículo publicado en El Campo Psi. <http://www.campopsi.com.ar>. Buenos Aires.

Travi, Bibiana (2008): "El Trabajo Social y las ciencias sociales. Aportes frente a la invisibilización y el 'epistemicidio' disciplinar". Segundo Foro Latinoamericano *Escenarios de la vida social, el trabajo social y las ciencias sociales en el siglo XXI*. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.

_____ (2006): *La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social*. Buenos Aires, Espacio.

_____ (2012): "El diagnóstico y el proceso de intervención en Trabajo social: hacia un enfoque comprehensivo". En: Ponce de León, A. y Claudia Krmpotic (coord.). *Trabajo social forense. Balance y perspectivas*. Buenos Aires, Espacio.

Ulloa, F. (2011): *Novela Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Libros del Zorzal.

Parte II

Dimensiones de cumplimiento del Plan de Trabajo

1. Balance de cumplimiento del Plan de Trabajo

Describir el grado de cumplimiento de las actividades planeadas. Dificultades encontradas y qué reorientaciones o soluciones se adoptaron para desarrollar el plan de trabajo. Actividades no planificadas.

2. Consolidación del equipo de investigación

Apellido	Nombres	Rol ¹²	Pertenencia
Fontela	Mariano	Docente	Universidad Nacional de Moreno
Sverdlick	María Victoria		Universidad Nacional de Moreno
Torres	Jorge Gustavo		Universidad Nacional de Moreno
Brandariz	Rocio	Becaria de Investigación científica y Desarrollo Tecnológico	Universidad Nacional de Moreno
Carbajo Estela	Estela	Becaria Estudiantil	Universidad Nacional de Moreno

(Agregar filas de ser necesario)

2.2. Cambios en la conformación del equipo

No se realizaron cambios en el equipo de investigación. Salvo la incorporación de Leonardo Zárate por el Programa Bec-AR, en el año 2019

2.3. Nuevas habilidades y capacidades adquiridas durante el proyecto

Por capacitaciones, cursos y seminarios, actividades de formación, etc.

Durante este proyecto nos hemos incorporado a la Red Nacional de Análisis Institucional. Universidades Nacionales de nuestro país forman parte (Rosario, Entre Ríos, Lanús, UBA, Patagonia, Córdoba, Mendoza, UNSAM, entre otras).

Durante este año se producirá el intercambio de formación, comenzando con Actividades de formación: **Reflexiones e intervenciones en tiempo de cuarentena**: la primera será a partir de un texto "Catástrofe: experiencia de una nominación" de Ignacio Lewkowicz.

Asimismo se espera presentar el informe entre los grupos de investigación de los que formamos parte en el punto 2.4

2.4. Vinculación con otros grupos de investigación

Durante el proyecto nos hemos vinculado con los siguientes equipos de trabajo:

- 1) Centro de Estudios de la Ciudad- Facultad de Ciencias Sociales -UBA. Directora: Dra Adriana Clemente.
- 2) Intercambios con Catedra de Estructura Social Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.
- 3) Intercambio con el equipo de investigación que dirige el Dr Alfredo Carballeda- Facultad de Trabajo social- Universidad Nacional de La Plata.
- 4) Equipo de trabajo de Comisión de trabajo de Análisis Institucional- Coordinadora: Mg Sandra Arito-Decana de Facultad de Trabajo Social- Universidad Autónoma de Entre Ríos.

¹² Director/a//Co director/a/docente investigador// Becario estudiante//Auxiliar estudiante. Si es becario/a, consignar institución otorgante y tipo de beca (de iniciación, estímulo, doctoral, postdoctoral, etc.)

3. Ejecución del presupuesto

Porcentaje de ejecución del subsidio si lo hubo. Consigne si hubo cambios y/o si tuvo dificultades.

Se utilizó un 40 % del presupuesto presentado. Existen dilación en la erogación presupuestaria por requerimientos administrativos, que en algunas ocasiones fueron informaciones explicadas en forma no favorable por el equipo de la Secretaría de Investigación (por ej., viáticos fueron presentados según las indicaciones y luego fueron rechazados).

Del presupuesto solicitado (34.000 pesos por año se utilizó el 40 %).

Es deseo del equipo, y una necesidad institucional contar con la posibilidad para realizar publicaciones que contribuyan al debate en las Instituciones Académicas Universitarias, Asistenciales y del orden de la Agenda Pública Nacional y Provincial. Esto queda pendiente.

4. Observaciones/ informaciones adicionales sobre la ejecución del proyecto

Parte III

Producción del Equipo

1. Publicaciones

1.1. Artículos publicados en revistas académicas-científicas

Autores/as ⁱ	Estado ⁱⁱ	Año	Título del artículo	Nombre de la revista	ISSN	Página inicial y pág. final	Referato (SI/NO)	Link ⁱⁱⁱ :

(Agregar filas de ser necesario)

1.2. Libros

Autores/as ⁱ	Estado ⁱⁱ	Año	Título del libro	Editorial	ISBN	Ciudad de edición	Páginas totales	Link ⁱⁱ :

(Agregar filas de ser necesario)

1.3. Partes de libros

Tipo de parte ^{iv}	Autores/as ⁱ	Estado ⁱⁱ	Año	Título de la parte	Título del libro	Editorial	ISBN	Ciudad de edición	Páginas totales	Link ⁱⁱⁱ :

(Agregar filas de ser necesario)

1.4. Trabajos en eventos C-T publicados

Autores/as ⁱ	Tipo de trabajo ^v	Año	Título del trabajo	Nombre del evento	Ciudad del evento	Tipo de evento ^{vi}	Tipo/ formato de publicación ^{vii}	ISSN/ ISBN	Link ⁱⁱⁱ :

(Agregar filas de ser necesario)

1.5. Demás producciones C-T publicados

Autores/as ⁱ	Tipo de producción ^{viii}	Año	Título/nombre de la producción	Ciudad de edición	Tipo/ formato de publicación ^{vii}	ISSN/ ISBN	Link ⁱⁱⁱ :

Referencias para completarlas tablas de la sección "Publicaciones":

ⁱConsignar los/as autores/as según el orden en que aparecen en la publicación.

ⁱⁱ Indicar si está publicado o "en prensa".

ⁱⁱⁱ Si es una publicación digital o está disponible en internet, poner el link desde el cual se puede descargar la publicación.

^{iv} Indicar si es un capítulo, introducción, prefacio, epílogo, conclusión, entrada de diccionario o glosario, etc.

^v Indicar si es una ponencia, un artículo completo, un artículo breve, un resumen, etc.

^{vi} Indicar si es un congreso, simposio, workshop, taller, jornada, seminario, encuentro, exposición, mesa de negocios, etc.

^{vii} Consignar si el formato es revista, libro u otro.

^{viii} Consignar si es una reseña bibliográfica, una traducción, material didáctico, material de capacitación u otro.

2. Desarrollos tecnológicos, organizacionales y socio-comunitarios (trasferencia y vinculación con el entorno)

Nombre o denominación del desarrollo:		
Tipo de desarrollo: (marcar lo que corresponda)	1. Producto	
	2. Proceso productivo	
	3. Instrumento de información, planificación, gestión y/o administración	
	4. Normas y regulaciones	
	5. Sistema o instrumento de información/evaluación/ monitoreo	
	6. Desarrollo pedagógico	
	7. Protocolo	
	8. Recomendaciones	
	9. Otro: (indicar cuál).....	
¿Fue registrado? (propiedad intelectual, patente, etc.)	SI	
	En trámite	
	NO	
Solicitante y/o destinatario/adoptante:		
Año de realización:		

Breve descripción del desarrollo: (hasta 300 palabras)	
---	--

(Repita el cuadro para agregar más desarrollos)

3. Otras actividades realizadas en el marco del proyecto de investigación

Explique en detalle el tipo y contenido de las actividades realizadas, indicando su vinculación con el proyecto (ej: elaboración de materiales audiovisuales, de capacitación, participación en medios de comunicación, organización de talleres, reuniones, actividades literarias, ferias, muestras, etc.)

Actividad 1	Tipo de actividad:	Primer Congreso Internacional de Análisis Institucional. Un acto Político. Organizado por la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos. Lugar: Paraná. 6 al 8 de junio 2019
	Descripción y vinculación con el proyecto (hasta 300 palabras)	Se presentó la propuesta de investigación en el Congreso Internacional de Análisis Institucional. Fue aceptada y el equipo tuvo participación y presentó su trabajo en la mesa de trabajo- Conversatorio 16, junto con equipo de trabajo de la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Rosario, equipos de la facultad de Psicología de la República Oriental del Uruguay y equipos de Residencia de Salud de la Pcia. De Bs As. La Coordinación estuvo a cargo de la Dra Cecilia Augsburguer. Expusimos la línea de investigación y las dimensiones que estábamos sometiendo a campo al momento de la realización del Congreso: Temporalidad, Accesibilidad, Hospitalidad y Acompañamiento.

Actividad 2	Tipo de actividad :	Actividad de cierre de la Materia Trabajo Social V de la Lic Trabajo Social de la UNM. Noviembre 2019
	Descripción y vinculación con el proyecto (hasta 300 palabras)	Como cierre de la materia Trabajo V, donde se abordan aspectos microsociológicos, se expuso la investigación y el primer análisis del trabajo de campo, centrado en la necesidad de repensar las capacidades y respuestas estatales para problemáticas crónicas de salud para hogares con pobreza persistente. Se incorpora como material del Programa a partir del 2020 el informe final.

Actividad 3	Tipo de actividad :	Material de discusión en la Mesa de Políticas Sociales y de Salud del Partido Nacional Justicialista para la preparación de las propuestas de Campaña Gobierno del Frente Para Todos- 2019
	Descripción y vinculación con el proyecto (hasta 300 palabras)	El material de discusión y trabajo acerca de la recuperación del sentido del Estado para todos y no sólo para los que no tienen recursos, aunque no lo usen todos; como la necesidad de hacer de revisar las institucionalidades que se encuentran con los sujetos que padecen, porque tienen efectos en la igualdad y en la

		<p>construcción de subjetividades favorables, se planteó como una prioridad para armar la agenda pública. El campo de lo común, de la producción social y material y simbólica es lo que permite subjetividades y filiaciones no violentas. Se presentaron las dimensiones que se sometieron a debate y que entendíamos desde este equipo de trabajo construyen calidad y mejoran la calidad de vida de los sujetos para algunos padecimientos crónicos.</p> <p>Por otra parte, se presentó la dimensión de la temporalidad como ordenadora de los requerimientos de las políticas de salud para que construyan eficacia, ya que habla de la necesidad de persistencia de los equipos de trabajo, de entender los perfiles poblacionales, sus condiciones de vida, y la necesidad de readecuar las formas de financiamiento y las infraestructuras.</p>
--	--	---

Actividad 4	Tipo de actividad :	
	Descripción y vinculación con el proyecto <i>(hasta 300 palabras)</i>	

Actividad 5	Tipo de actividad :	
	Descripción y vinculación con el proyecto <i>(hasta 300 palabras)</i>	

(Repetir el cuadro para agregar más actividades)