



Ensayo

Andamiaje de Cuidados y Accesibilidad: la Intervención del Trabajo Social en Salud

Care Scaffolding and Accessibility: The Intervention of Social Work in Health

María Belén Bisso¹

Daniela Isabel Maresca²

Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCABA)

Argentina

Trabajo original autorizado para su primera publicación en la Revista RIHUMSO y su difusión y publicación electrónica a través de diversos portales científicos

María Belén Bisso, Daniela Isabel Maresca (2026) "Andamiaje de Cuidados y Accesibilidad: la Intervención del Trabajo Social en Salud". En: RIHUMSO n° 29, año 15, (15 de mayo de 2026 al 14 de noviembre de 2026) pp. 103-121. ISSN 2250-8139. <https://doi.org/10.54789/rihumso.26.15.29.6>

Recibido: 15.09.2025

Aceptado: 07.05.2026

Resumen

En el presente artículo nos proponemos sistematizar una experiencia de intervención del Trabajo Social en el campo de la salud, anclada en el acompañamiento a una mujer con un diagnóstico oncológico en un contexto de vulnerabilidad socioeconómica,

¹ Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires (UBA). Trabajadora Social en el Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Penna (HGAJMP). Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCABA). Correo: mariabelenbisso@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0086-883X>

² Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires (UBA). Residente de Trabajo Social en Salud del Hospital General de Agudos José María Penna (HGAJMP). Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCABA). Correo: danimaresca21@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5994-2289>

consumo problemático de sustancias y fragilidad en las redes socioafectivas. Desde un enfoque cualitativo y a partir de una situación singular en un hospital público de agudos, se analizan las tensiones entre las lógicas institucionales fragmentarias y la construcción de la accesibilidad al derecho a la salud. Se problematizan la crisis de la accesibilidad, la distribución desigual del cuidado y la necesidad de incorporar una perspectiva de cuidados paliativos tempranos. La intervención se visibiliza como una práctica de andamiaje que transforma la prescripción burocrática en itinerarios de cuidado practicables, promoviendo la corresponsabilidad interinstitucional. Finalmente, se recupera el sentido político de la sistematización como producción de conocimiento situada y memoria histórica de la profesión.

Palabras Clave: trabajo social, acceso a la salud pública, cuidados paliativos tempranos, consumo problemático de sustancias.

Abstract

This article aims to systematize a social work intervention experience in the healthcare field, centered on the accompaniment of a woman with an oncological diagnosis in a context of socioeconomic vulnerability, problematic substance use, and fragile socio-affective networks. From a qualitative approach and based on a singular case in a public acute care hospital, the article analyzes the tensions between fragmented institutional logics and the construction of accessibility to the right to health. It examines the crisis of accessibility, the unequal distribution of care, and the need to incorporate an early palliative care perspective. The intervention is presented as a scaffolding practice that transforms bureaucratic prescriptions into practical care pathways, promoting interinstitutional co-responsibility. Finally, the article highlights the political meaning of systematization as situated knowledge production and a historical record of the profession.

Keywords: social work, access to public health, early palliative care, problematic substance use.

Introducción

El presente artículo se sitúa en el escenario complejo de un hospital público de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, específicamente en la intervención desplegada desde el Servicio Social a partir de una interconsulta proveniente de la sala

de Ginecología. Este contexto institucional se encuentra marcado, como gran parte del sistema público de salud, por dinámicas de fragmentación y desigualdades persistentes, que obstaculizan el acceso efectivo a los derechos.

El objetivo de este escrito es sistematizar una experiencia de intervención centrada en el acompañamiento a una mujer que recibe un diagnóstico oncológico en un contexto atravesado por el consumo problemático de sustancias y la fragilidad en sus redes socioafectivas. Desde este anclaje, analizamos la intervención del Trabajo Social frente a las lógicas fragmentarias predominantes y las barreras institucionales y sociales que reproducen la vulnerabilidad. Se analizarán las estrategias profesionales orientadas a transformar la prescripción médica en un itinerario practicable, buscando asegurar la continuidad de los cuidados, promover la corresponsabilidad interinstitucional y construir accesibilidad real —entendida como proceso relacional y simbólico— como garantía del derecho a la salud.

La situación permite reconocer nudos críticos del campo de la salud pública, en este sentido recuperamos los siguientes ejes: la crisis contemporánea de accesibilidad en salud pública, que afecta de manera diferencial a las poblaciones más vulnerables; la distribución desigual del cuidado, que familiariza y feminiza las tareas de cuidado, evidenciando la crisis de los sistemas de protección social; y la necesidad de incorporar una perspectiva de cuidados paliativos tempranos, entendidos desde un enfoque integral desde el momento del diagnóstico de enfermedades, como una política de dignidad.

Nos preguntamos entonces: ¿cómo se sostiene el cuidado cuando la enfermedad, el consumo y la fragmentación institucional convergen sobre un mismo cuerpo? Asumimos el sentido político de escribir desde la práctica, entendiendo la narrativa y la sistematización tanto como un ejercicio académico, como una forma de producción de conocimiento situada y como parte de la memoria histórica del Trabajo Social. A través del relato detallado y el análisis crítico que sigue, nos proponemos aportar a la reflexión colectiva sobre los desafíos y potencialidades de nuestra intervención en el campo de la salud.

Consideraciones Metodológicas y Éticas

Las autoras escriben desde su participación directa en la intervención, en tanto trabajadoras sociales que se desempeñan en el ámbito de la salud pública, con posicionamiento feminista, de derechos e interseccional. Este encuadre orienta la

lectura de la situación, la selección de categorías analíticas y la crítica al modelo médico hegemónico y a la feminización y familiarización del cuidado.

La sistematización se realizó con enfoque cualitativo a partir de registros institucionales y de intervención del Servicio Social, notas de campo y articulaciones interinstitucionales. Se priorizó la reconstrucción reflexiva de las intervenciones profesionales. Para resguardar la confidencialidad, se anonimizaron los datos personales y se modificaron detalles que pudieran permitir la identificación indirecta.

Finalmente, la escritura asume la práctica como fuente de conocimiento y explicita su carácter situado, reconociendo los límites y las potencialidades de la propia posición profesional en el contexto actual de desigualdad y fragmentación del sistema de salud.

Relato de la Situación

Celeste entra al Servicio Social llorando. Todavía tiene la epicrisis en la mano: *Diagnóstico: Ca de cuello*. Las médicas se lo soltaron a la puerta de la sala, mientras firmaba el alta. *Esto es cáncer, acá tenés los turnos*. Ni una pausa, ni un asiento. Pide el teléfono. Llamar al padre de sus hijos, después a una amiga que pueda venir a buscarla. Ni siquiera la dejaron quedarse en la sala, hasta saber adónde y cómo irse. La escena abre la demanda real: necesita a alguien que la acompañe, entender qué sigue y, sobre todo, cómo hacerlo.

La intervención había comenzado un mes antes. En la primera entrevista, Celeste se encontraba internada en la sala de Ginecología, sin acompañamiento de ningún referente afectivo y manifestaba síntomas de abstinencia. Relató una historia de consumo problemático de larga data, iniciado a los 15 años, con uso de marihuana, cocaína y pasta base, minimizado con un “yo lo dejo cuando quiero”. Había atravesado períodos intermitentes en situación de calle, exponiéndose a múltiples situaciones de riesgo. Sus dos hijos de 12 y 8 años estaban al cuidado del padre desde hacía un año, cuando Celeste decidió abandonar el domicilio familiar para evitar exponerlos a su situación de consumo. Había perdido contacto con ellos durante meses, reencontrándose apenas dos semanas antes, en una visita supervisada. Su único vínculo activo era su pareja, con quien convivía en el barrio 21-24 y quien también mantenía consumo de pasta base.

Previo a esta crisis, una trayectoria de desencuentros con el sistema de salud. Ingresos por guardia por dolores abdominales reiterados, internaciones breves que finalizan

sistemáticamente en retiros voluntarios sin alta médica; así como la dificultad en sostener controles de salud.

Mientras tanto, en la sala circulan papeles. El equipo médico entrega indicaciones, listados de turnos y preparaciones complejas para estudios que deben realizarse en distintos hospitales. Nadie parece detenerse a comprobar si Celeste comprende la complejidad de los procedimientos, la preparación requerida, o si cuenta con las condiciones materiales y subjetivas para cumplirlos. El acompañamiento desde el servicio social se vuelve, entonces, una tarea por convertir la burocracia sanitaria en un camino posible.

Frente al último egreso sin alta del hospital de Celeste y el riesgo vital que implicaba la interrupción del proceso diagnóstico y tratamiento, la estrategia institucional se reconfiguró. Se fortaleció la articulación territorial, contactando a la trabajadora social del centro de salud, para un seguimiento activo en el barrio. El sostén desde el territorio aparece como la bisagra de la intervención. Una promotora de salud del centro de salud la localiza y acompaña de regreso al hospital, favoreciendo la gestión de analgésicos, la realización de tomografía y la planificación de la compleja agenda de turnos futuros.

Esta gestión del “cómo” y el acompañamiento cuerpo a cuerpo se volvió central. Tanto desde el territorio como desde el servicio social del hospital, las acciones se focalizaron en garantizar la continuidad de cuidados, activar recursos institucionales y favorecer la accesibilidad material y simbólica a su derecho a la salud.

Ante el diagnóstico confirmado, se habilita la propia demanda de Celeste, de reconectar con los vínculos afectivos que ella misma identifica. La intervención pasa a tejer una red institucional y afectiva, que la contiene donde el dolor, el consumo y la fragmentación del sistema de salud la dejan sola.

A este escenario complejo se le suman reiteradas situaciones de violencia, con quien en un principio era referenciada como su único vínculo activo. Hoy los ingresos a la guardia no son solo por el dolor, sino también por los hechos de violencia que se despliegan con esa persona. La intervención se complejiza aún más.

Los establecimientos algunas veces no alojan, expulsan. Hay personas usuarias que parecen no ser bienvenidas. ¿Acaso su derecho a la salud carece de valor?

¿Cómo pensar intervenciones que articulen lo disperso, que integren lo fragmentado? Intervenciones que alojen en lugar de expulsar. Que posibiliten recibir cuidados, que devuelvan al sujeto su derecho a transitar la enfermedad en condiciones dignas.

Nudos Críticos de la Intervención

La situación presentada condensa tensiones estructurales que atraviesan la intervención del Trabajo Social en salud. La articulación de problemáticas como el diagnóstico oncológico, el consumo problemático, la vulnerabilidad social y la fragilidad de las redes, suele ser leída desde la lógica hospitalaria de modo fragmentario e individualizante, reduciendo la complejidad a etiquetas como "paciente con consumo" o "falta de adherencia".

El análisis que sigue se propone desandar la intervención, no como hecho aislado sino como la expresión de nudos críticos recurrentes en la práctica profesional. El Trabajo Social interviene en la tensión entre el mandato institucional del alta hospitalaria, y un posicionamiento ético-político orientado al derecho a la salud y a la continuidad de cuidados. Desde esa tensión se desprenden las claves de lectura que organizan el desarrollo.

Trayectorias Interrumpidas

La situación que analizamos expone la reiteración de un desencuentro con el sistema de salud. Los retiros de Celeste de la internación sin el alta, leídos bajo la racionalidad biomédica como "fugas", constituyen un nudo crítico recurrente. Como advierten Gallini et al. (2017), esa conducta suele codificarse como "falta de adherencia" o "falta de conciencia de enfermedad", desplazando la explicación hacia el comportamiento individual y desresponsabilizando las mediaciones institucionales que la producen y la sostienen.

Siguiendo los desarrollos de Cunzolo (2024), la lógica institucional opera desde el protocolo, la *fragmentación* de la atención y una temporalidad administrativa. En contraposición, la lógica de la supervivencia, especialmente en trayectorias vitales como la de Celeste, marcadas por la vulnerabilidad socioeconómica y el consumo problemático, se ancla en la urgencia del padecimiento físico y la necesidad imperiosa de sostener la rutina cotidiana. Lo que se manifiesta en la 'fuga' es, en realidad, un choque entre la temporalidad y las prioridades de la organización sanitario-institucional y las estrategias de supervivencia de la vida cotidiana, más que un 'incumplimiento' individual (Ceminari y Stolkiner, 2018). En ese cruce se hace visible la tensión entre las expectativas institucionales y las posibilidades reales de las personas usuarias, condición que habilita interrupciones del proceso asistencial y lecturas reduccionistas.

En este punto, resulta pertinente recuperar la noción de *accesibilidad*, que opera como nexo entre la titularidad del derecho a la salud y su efectivización concreta. Comes et

al., (2006) refieren que la accesibilidad se construye en el encuentro entre condiciones y discursos de los servicios y las representaciones y posibilidades de las personas usuarias, y se expresa en los modos de uso del sistema. Cuando ese encuentro fracasa, las trayectorias derivan en “rutas críticas”, es decir, recorridos obligados y erráticos que las personas arman ante respuestas inadecuadas o inexistentes, con riesgo de exclusión institucional (Tajer et al., 2006). En este marco, las barreras económicas, simbólicas, administrativas y geográficas no son obstáculos individuales sino dimensiones estructurales que interrumpen procesos de atención y favorecen la búsqueda de salida por guardia o el abandono del tratamiento. Por tanto, situar la trayectoria de salud de Celeste en esta trama de barreras y mandatos institucionales permite correrse del incumplimiento individual y leerla como efecto de un sistema hospitalario.

A su vez, la problemática del consumo adquiere una centralidad que la rigidez hospitalaria no suele alojar. La lógica institucional, frecuentemente alineada con el modelo médico hegemónico que tiende al biologicismo y la ahistoricidad (Menéndez, 1988), suele operar desde un modelo abstencionista. Este exige la cesación total del consumo como condición para el tratamiento, sin continuar ofreciendo herramientas para gestionar la complejidad del padecimiento subjetivo o el síndrome de abstinencia (Carlini, 2023). Al no considerar las determinaciones sociales y la singularidad de las trayectorias, dicho enfoque entra en conflicto con la lógica de la supervivencia de la persona.

Tal como afirma Carlini (2023), el abordaje de los *consumos problemáticos* requiere un paradigma de complejidad, evitando miradas estigmatizantes o centradas exclusivamente en la sustancia. En esa dirección, la reducción de riesgos y daños se configura como un enfoque sanitario-social orientado a disminuir daños y vulnerabilidades sin exigir abstinencia previa. En Argentina, este corrimiento cuenta con reconocimiento normativo en la Ley n° 26.657, que enmarca las intervenciones en una perspectiva de derechos y prioriza estrategias integrales y ambulatorias, y en la Ley n° 26.934 que incorpora expresamente el modelo de reducción de daños como pauta asistencial, reorientando la práctica desde criterios prohibicionistas hacia objetivos de cuidado progresivo (Ley 26.657, 2010; Ley 26.934, 2014).

El enfoque de reducción de riesgos y daños se inscribe, además, en una comprensión histórica y socio-política de los consumos y en un modelo de promoción de la salud que sitúa a las personas y sus contextos como ejes de la intervención (Kornblit et al., 2010).

Cuando la institución hospitalaria fracasa en ofrecer un acompañamiento integral y situado que aloje el padecimiento ligado a la abstinencia, el espacio de internación se vuelve, en los hechos, inhabitable. En este contexto, el retiro sin alta es la manifestación de la incapacidad del sistema para construir una adherencia real, entendida esta no como el cumplimiento pasivo de indicaciones, sino como un vínculo terapéutico sostenido y co-construido que requiere tiempo, acompañamiento y reconocimiento de la singularidad.

Por último, nos parece pertinente retomar el concepto de *determinantes sociales* de la salud, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025c), definido como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen (párr. 1)”. Se distinguen en esta definición los determinantes estructurales, vinculados al contexto socioeconómico y político en el que se distribuye el poder y recursos valiosos de manera desigual según el género, la clase, la etnia; y, por otro lado, los determinantes intermedios, vinculados a las condiciones de vida, de trabajo y de empleo de las personas, como así las condiciones habitacionales y psicosociales, entre otras. En esta línea, el concepto *desigualdades sociales en salud*, refiere a las diferencias en la salud-enfermedad de las personas debido a “causas sociales”, tanto en relación a enfermar, como al modo de transitar la enfermedad (Herrmann, 2019). Esto nos lleva a reflexionar respecto a la historia de vida de Celeste, su diagnóstico y qué posibilidades tuvo o no, de acceder a servicios de salud preventiva y detección temprana. No es menor tener en cuenta que el cáncer de cuello de útero es un tipo de cáncer que si es detectado rápidamente tiene altas posibilidades de curación (OMS, 2025a). Podemos afirmar que los determinantes sociales hacen a la enfermedad, y generan desigualdades que expresan situaciones de inequidad e injusticia.

Estas inequidades e injusticias, producto de los determinantes sociales, se materializan de forma concreta y disruptiva en la vida cotidiana. En trayectorias como la de Celeste, el cáncer de cuello uterino no aparece únicamente como un dato clínico sino como un acontecimiento que irrumpe sobre una biografía ya tensionada por el consumo problemático, la vulnerabilidad socioeconómica, la ruptura de los lazos de cuidado y la violencia. El diagnóstico oncológico es, precisamente, el momento en que la falta de acceso a la detección temprana, entendida como falla estructural del sistema, tiene un correlato directo en la experiencia subjetiva del padecimiento. Es en ese punto donde el diagnóstico deja de ser sólo una categoría biomédica y se vuelve una disrupción biográfica que reorganiza sentidos, este pasaje se desarrolla en el apartado siguiente.

El Diagnóstico Como Disrupción Biográfica: el Padecimiento que el Sistema no Aloja

Cuando el diagnóstico finalmente llega, el impacto de la propia enfermedad se inscribe en un cuerpo que ya carga con el peso de las inequidades generadas por los determinantes sociales.

Es en este sentido que pensamos al diagnóstico oncológico en términos de *disrupción biográfica*, en tanto su aparición irrumpe drásticamente en la vida cotidiana del sujeto. Se genera un antes y un después de la enfermedad, que impacta en la dimensión subjetiva e identitaria de la persona y que a su vez exige una reorganización de su vida diaria, alrededor de nuevos circuitos de atención médica (Luxardo y Alonso, 2007).

Un diagnóstico de cáncer, sea el contexto en el cual se dé, moviliza el mundo de la persona, en tanto la vida se ve amenazada ante el diagnóstico de una enfermedad considerada grave. “El carácter finito de la existencia se hace presente como una amenaza palpable con un impacto directo en la identidad, la corporalidad, las percepciones sobre la vida y el tiempo y el entorno afectivo de la persona enferma” (Luxardo y Alonso, 2007, p. 79). Celeste se fue de la sala, sola y llorando. Le comunicaron el diagnóstico, le dieron turnos médicos y el alta simultáneamente. No se consideró que no estaba acompañada y su situación de vulnerabilidad social en general. No se construyó un espacio de cuidado para transmitir el diagnóstico.

En este marco, para ella el Servicio Social pasa a ser un lugar posible. Las intervenciones previas habilitaron que este sea un espacio al cual acudir. La práctica profesional se centra en alojar desde la escucha y el acompañamiento, en detectar cuáles son las necesidades abordables en ese momento. Celeste no sólo precisaba apoyo emocional y se encontraba sola, sino que tampoco contaba con los recursos necesarios para regresar a su barrio por su propia cuenta. Es así que, ante la confirmación del diagnóstico, se abre la posibilidad de contactarse con referentes afectivos, alguien a quien contarle lo que le está ocurriendo, y alguien a quien pedirle que la venga a buscar. Considerar el aspecto subjetivo y las condiciones materiales de la persona se vuelven fundamentales.

La categoría de *cuidados* y específicamente el derecho a recibirlos se torna fundamental en esta situación. En el marco de una sociedad donde existe una distribución desigual de los cuidados, que responde a patrones sociales y culturales entre los géneros y las clases sociales, la organización social del cuidado constituye un eslabón clave en los patrones de desigualdad social (Esquivel et. al, 2012). En tanto persiste una tendencia

familiarista y maternalista, las familias y especialmente las mujeres devienen en uno de los principales recursos para la salud (Echegoyemberry, 2016). De este modo, el Estado desplaza su responsabilidad de garantizar el acceso al cuidado, siendo este un derecho fundamental.

(...) debemos re-pensar los roles de cuidado, de-contruirlos, desnaturalizarlos, tanto en ámbitos formales como informales, desde una dimensión ética del cuidado que incluya las mujeres como sujeto de derecho y no como objeto o mercancía para la salud (...) el reparto y la retribución equitativa de tareas y actividades de cuidado entre hombres, mujeres, incorporando fundamentalmente la responsabilidad del Estado. (Echegoyemberry, 2016, p. 104)

Nos preguntamos aquí ¿qué posibilidades de recibir cuidados tienen aquellas mujeres que no cuentan con ningún tipo de red?

Esta lógica familiarista, que desplaza al —en este caso, al Hospital Público— de la responsabilidad de ciertas prácticas de cuidado, configura una ceguera institucional que se manifiesta en la falta de alternativas y en la no problematización de su responsabilidad de compensar la ausencia de redes y garantizar el acceso al cuidado, exacerbando así la situación de vulnerabilidad de aquellas personas sin red.

Paliativos Tempranos y Acompañamiento Integral

Frente al diagnóstico de Celeste y en un contexto signado por el acceso desigual a la salud y al cuidado, resulta necesario incluir una mirada de *cuidados paliativos*. De acuerdo con la OMS (2025b) los cuidados paliativos constituyen un abordaje que permite mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y su red socioafectiva, cuando afrontan problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal. Estos cuidados, previenen y alivian el sufrimiento de la persona a través de la identificación temprana, una adecuada evaluación y tratamiento eficaz del dolor, como así de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Resulta prioritario incorporar una perspectiva de cuidados paliativos temprana, que permita desarrollar un abordaje integral desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, en pos de mejorar la calidad de vida de la persona en todo el proceso de la enfermedad, independientemente de la criticidad del diagnóstico, o de que se trate del final de la vida. De acuerdo con Lema (2023) resulta necesario trascender la visión restrictiva que posiciona a los cuidados paliativos únicamente como una intervención de última instancia ante el agotamiento de las opciones curativas. Por el contrario, este

enfoque se constituye como un campo interdisciplinario que articula dimensiones clínicas, sociales y emocionales desde fases iniciales del proceso de atención (Lema, 2023). Se trata de una política de dignidad, en tanto se encuentra estrechamente vinculada con garantizar el acceso a la atención de la salud como Derecho Humano fundamental.

En el plano normativo, la Ley nro 27.678 reconoce a los cuidados paliativos como un derecho y modelo de atención interdisciplinario centrado en la persona, que obliga a integrarlos a todos los niveles de atención para promover su acceso oportuno. Su lectura en clave de derechos se articula con la Ley 26.529 de derechos del paciente en cuanto a la información clara, la autonomía, y el consentimiento.

El Trabajo Social, como actor clave en estos equipos interdisciplinarios, dispone de herramientas para evaluar desde un enfoque integral qué medidas pueden ser adecuadas para mejorar la calidad de vida de la persona. Aporta a la identificación y valoración de las necesidades sociales, considerando no solo lo referido a los cuidados en el marco del diagnóstico, sino también las otras problemáticas que atraviesan la vida de la persona, problematizando las condiciones materiales y simbólicas que obstaculizan el tránsito por el padecimiento.

Una constante indiscutible en el abordaje tanto del TS como de los CP es que la atención está dirigida a personas con necesidades multidimensionales de cuidado. En mayor o menor medida, de manera transitoria o permanente, el denominador común es la vulnerabilidad y fragilidad a la que están expuestos por el hecho de sentir su existencia amenazada por alguna necesidad básica, o bien, por la proximidad de la muerte. (Lema, 2023, pp. 10-11)

Desde un enfoque de cuidados paliativos tempranos, interdisciplinario e intersectorial, es posible planificar intervenciones y garantizar la asistencia de manera ambulatoria y durante la internación. Tejer redes ampliadas en el territorio con instituciones y organizaciones de base territorial permite acompañar trayectorias de vida como la de Celeste, atravesadas por el consumo problemático, violencias, escasez de redes socioafectivas y fragilidad habitacional. Se torna necesario construir equipos que posibiliten preservar y sostener la red, al sujeto, y a sus vínculos frente al dolor y la incertidumbre.

El Trabajo Social en el Andamiaje del Cuidado

La escena que abre el relato de la situación expresa la tensión en la que se inscribe la intervención del Trabajo Social. Por un lado, una lógica hospitalaria fragmentaria,

centrada en procedimientos y gestiones administrativas; por otro, la necesidad imperiosa de un abordaje integral del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de la usuaria. En este escenario complejo, signado por las desigualdades persistentes del sistema, la profesión busca construir, junto a la persona, un recorrido asistencial posible y viable.

Este pasaje exige una lectura de la situación desde la salud colectiva y la epidemiología crítica, que desnaturalice las problemáticas e incorpore determinantes sociales y subjetivos a la lectura del PSEAC. En el campo de la salud se juegan disputas donde diferentes agentes definen problemas, responsabilidades y recursos; en ese espacio relacional, las posiciones y hábitos institucionales condicionan la formulación de los problemas y los circuitos se habilitan (Bourdieu, 1995).

Frente a la fragmentación que el sistema reproduce en diferentes escalas, la articulación interinstitucional entre el hospital y el centro de salud se vuelve fundamental. Trabajar con perspectiva de red implica asumir que una sola institución es insuficiente para sostener trayectorias complejas y que, por lo tanto, el acompañamiento debe organizarse en clave interdisciplinaria y co-responsable entre efectores. Como afirma Fasano (2010), la noción de *red social en salud* aporta el criterio de fortalecer y articular los apoyos significativos de la persona usuaria, sean familiares, comunitarios e institucionales. En la situación de Celeste, la articulación es una estrategia central de la intervención y se vuelve la interfaz práctica donde esa red se teje y se materializa (Najmanovich, 2007) a través de la comunicación directa, el intercambio sistemático de información y la coordinación de acciones conjuntas, evitando así la fragmentación del proceso.

Este enfoque se alinea con la discusión contemporánea sobre “cuidados” como categoría analítica y campo de disputa. Lejos de una práctica privada e invisible, el cuidado es una relación social atravesada por arreglos familiares, políticas públicas, economías morales y desigualdades de género (Ierullo, 2022). Reconocerlo así implica politizar el concepto, desmoralizar las intervenciones y territorializar la mirada para inscribir cada decisión en las condiciones concretas de vida (Ierullo, 2022). En el hospital, esto se traduce en criterios de intervención que priorizan la continuidad y el sostenimiento por sobre la mera derivación, y que legitiman el trabajo cotidiano de coordinación y seguimiento que realiza el Trabajo Social.

En este punto, el rol profesional frente a la lógica fragmentaria del sistema de salud se visibiliza como la construcción de un andamiaje del cuidado. Este andamiaje como

estrategia profesional deliberada, busca convertir un listado de turnos y estudios en un itinerario practicable y con sentido para la persona. Implica un trabajo de acompañamiento, orientado a sostener y viabilizar la trayectoria de cuidado.

No obstante, este andamiaje solo se sostiene sobre la construcción de una accesibilidad de carácter relacional, que implica poner el foco en el vínculo específico que se establece entre las personas y los equipos de salud, vínculo que combina condiciones y discursos institucionales con las representaciones y trayectorias de salud (Barcala y Stolkiner., 2000). La accesibilidad ampliada implica posibilidades reales de sostener la atención y el tratamiento en el tiempo (Arias y Sierra, 2019). En la situación de Celeste, marcada por el estigma del consumo problemático y la hostilidad institucional, el vínculo construido con el Servicio Social resulta en condición de posibilidad para la intervención. La confianza y referencia construida previamente habilita que Celeste se acerque tras recibir el diagnóstico y que un espacio estatal, que ha sido expulsivo para ella, devenga en un lugar posible.

Esta práctica de *andamiaje relacional* se configura como una respuesta directa a la crisis de la accesibilidad y a la distribución desigual del cuidado. Al asumir activamente la tarea de sostener el itinerario, la intervención del Trabajo Social politiza el cuidado (Ierullo, 2022), se corre de la lógica familiarista y feminizada que la institución reproduce al dar el alta a una mujer sola, y asume la responsabilidad pública de garantizar ese cuidado.

En este sentido, el Trabajo Social asume una orientación ético-política de derechos al construir condiciones de posibilidad. Esto supone documentar las barreras que la institución produce, devolverlo a los equipos para introducir cambios y sostener una interlocución clara con la usuaria que nombre límites y ofrezca alternativas. Cuando estas piezas se articulan, el paso del diagnóstico a la acción deja de depender del esfuerzo individual y se apoya en un andamiaje institucional y relacional. La Tabla 1 sintetiza el recorrido analizado y permite visualizar la articulación entre los nudos críticos del proceso, las intervenciones desplegadas por el Trabajo Social y sus efectos en la trayectoria de cuidado.

Tabla 1.

Andamiaje de cuidados: momentos del proceso, acciones del Trabajo Social y efectos producidos

Momento del proceso	Acción del Trabajo Social	Efectos producidos
1. Internación de Celeste en Ginecología (mes anterior al diagnóstico). Sin acompañamiento socioafectivo, atravesada por problemático de consumo de sustancias, con trayectoria de egresos sin alta del hospital.	Primera entrevista en la sala; escucha del padecimiento subjetivo; identificación del consumo problemático y la fragilidad de redes socioafectivas; problematización de los egresos sin alta como efecto institucional.	Construcción de un vínculo con el Servicio Social; problematización de la categoría “falta de adherencia” como explicación del proceso; instalación del Servicio Social como espacio significativo para Celeste.
2. Egreso sin alta y riesgo de interrupción del proceso diagnóstico. Distancia entre la temporalidad institucional y las urgencias materiales y subjetivas que organizan la vida cotidiana de Celeste.	Reconfiguración de la estrategia de intervención; articulación territorial con la trabajadora social del centro de salud y la promotora de salud; planificación conjunta del seguimiento en el territorio.	Reencuentro con Celeste en el territorio mediante búsqueda activa desde el primer nivel de atención; reanudación del proceso diagnóstico interrumpido.
3. Retorno al hospital y gestión de la complejidad sanitaria. Burocracia de turnos, preparaciones de estudios complejos en distintos efectores.	Acompañamiento desde el Servicio Social y la promotora de salud; traducción del lenguaje biomédico; gestión de analgésicos, tomografía e itinerario de turnos.	Transformación de la prescripción médica burocrática en un itinerario practicable; materialización de la accesibilidad como construcción relacional y simbólica.
4. Comunicación del diagnóstico oncológico y disrupción biográfica. Diagnóstico transmitido sin espacio de cuidado, en el marco del alta y sin acompañamiento afectivo.	Alojamiento de la crisis tras la comunicación médica; identificación de necesidades subjetivas y materiales inmediatas; convocatoria activa de referentes socioafectivos a partir de los vínculos significativos de Celeste.	Tejido de una red institucional y afectiva que aloja la disrupción biográfica; tensionamiento de la lógica familiarista del cuidado; reconexión con vínculos significativos.

<p>5. Emergencia de situaciones de violencia con la pareja. Ingresos a guardia no sólo por dolor, sino también por violencia.</p>	<p>Recomposición de la lectura de la situación desde el paradigma de la complejidad; articulación con equipos de guardia y red territorial; sostenimiento de la intervención sin reducción a categorías aisladas.</p>	<p>Sostenimiento del cuidado frente a la complejización de la intervención; resistencia activa a la fragmentación institucional.</p>
---	---	--

Fuente: Elaboración propia

Reflexiones Finales

El recorrido analítico de la situación relatada permite reconocer las tensiones estructurales del sistema de salud que se materializan cuando las trayectorias vitales no se ajustan a la temporalidad administrativa de la institución. La situación de Celeste, lejos de constituir una excepción, condensa los efectos de un dispositivo sanitario que tiende a leer la complejidad bajo categorías individualizantes. La construcción de una adherencia real exige desplazar el foco de la conducta de la usuaria hacia la revisión de las mediaciones institucionales, reconociendo que el vínculo terapéutico requiere una temporalidad que aloje la singularidad y el padecimiento subjetivo.

La historia de Celeste expone los efectos de las desigualdades estructurales sobre los cuerpos feminizados y empobrecidos. Los determinantes sociales de la salud no solo condicionan las posibilidades de enfermar y sanar, sino también el modo en que las personas son recibidas o expulsadas de los dispositivos institucionales. La noción de accesibilidad nos permite observar cómo las barreras y mandatos institucionales operan obstaculizando el acceso a la atención. Sostenemos que el abordaje del consumo problemático de sustancias demanda un paradigma de complejidad que se aleje de las miradas estigmatizantes y que se apoye en la perspectiva de reducción de riesgos y daños como marco para sostener procesos de cuidado situados, allí donde la exigencia de cesación inmediata expulsa a las personas de los establecimientos de salud.

La emergencia del diagnóstico en tanto disrupción biográfica interpela al sistema sanitario en su capacidad de alojar el padecimiento desde el momento mismo en que el dolor irrumpe. Asumir una perspectiva de cuidados paliativos tempranos, interdisciplinaria e intersectorial, implica correrse del “no hay nada más que hacer” hacia una concepción del cuidado como acompañamiento integral que reconoce la dignidad y la autonomía desde el inicio del proceso. Desde el Trabajo Social se asume el cuidado

como categoría política y se busca construir condiciones institucionales y vinculares que hagan posible la vida en medio del padecimiento.

La sistematización de esta experiencia visibiliza, en clave política, las fallas estructurales del sistema de salud y las devuelve al campo para tensionar prácticas establecidas y disputar decisiones. Frente a un horizonte donde el cuidado se feminiza, se familiariza y se privatiza, es posible pensar la potencia transformadora de una práctica profesional que busca restituir vínculos, sostener procesos y traducir el derecho a la salud en accesos concretos. La intervención del Trabajo Social se vuelve una práctica de andamiaje que promueve la corresponsabilidad interinstitucional y construye la accesibilidad real -relacional y simbólica- como garantía del derecho a la salud.

Este proceso de escritura y análisis reafirma la necesidad de sostener la sistematización de las prácticas como estrategia de producción histórica de conocimiento situada. Narrar la intervención implica disputar el sentido de lo que cuenta como saber en el campo de la salud, inscribir la experiencia en la memoria colectiva del Trabajo Social y contribuir a la reconstrucción de un horizonte ético-político donde el derecho al cuidado no sea un privilegio, sino una obligación del Estado y una conquista social.

Referencias Bibliográficas

- Arias, A. y Sierra, N. (2019). La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones. *Revista Margen*, (92), 1–9. <https://www.margen.org/suscri/margen92/arias-92.pdf>
- Barcala, A. y Stolkiner, A. (2000). Reforma del sector salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En A. Domínguez Mon, A. Federico, L. Findling y A. M. Mendes Diz (Eds.), *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales* (pp. 281–301). Editorial Dunken.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Grijalbo.
- Carlini, C. H. (2023). Consumo problemático de sustancias y adherencia al tratamiento en TBC. Realidades complejas, desafíos vigentes. *Revista Margen*, (108), 1–34. <https://www.margen.org/suscri/margen108/Carlini-108.pdf>
- Ceminari, Y. y Stolkiner, A. (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. X Congreso

- Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, UBA.
<https://www.aacademica.org/000-122/142.pdf>
- Comes, Y., Czerniecki, S., Garbus, P., Mauro, M., Solitario, R., Sotelo, R., Stolkiner, A., y Vázquez, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, (14).
<http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Cunzolo, V. (2024). La internación como punto de inflexión. Pobreza, vida cotidiana y gestión de la enfermedad. *Socio Debate. Revista de Ciencias Sociales*, 9(12), 131–160.
<https://envejecimientosociedad.wordpress.com/wp-content/uploads/2025/02/6cunzolo-2.pdf>
- Echegoyemberry, M. N. (2016). Economía del cuidado: (In) visibilización del trabajo de las mujeres en el cuidado de personas con discapacidad. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 6(11), 95–107.
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8603>
- Esquivel, V., Faur, E., y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES.
<https://publicaciones.ides.org.ar/sites/default/files/docs/2020/esquivel-et-al-2012-laslogicasdelcuidadoinfantil.pdf>
- Fasano, L. (2010). *Tejiendo redes. El papel de las redes sociales en la salud y el bienestar*. Espacio Editorial.
- Gallini, A., Lacava, B., Lorenzo, C., Olocco, M., Paruelo, L. y Silver, D. (2017). Desigualdades en el acceso al tratamiento. Aportes y disputas desde el Trabajo Social. *Socio Debate, Revista de Ciencias Sociales*, 3(5), 63–81.
<http://www.feej.org/images/publicaciones/numero5/Gallini.pdf>
- Herrmann, J. M. (2019). Los determinantes y las desigualdades sociales de la salud: Posible marco para revisar las barreras de acceso a los servicios de salud. En D. Montenegro & J. M. Herrmann (Eds.), *La clínica y la gestión de la medicina general: El trabajo clínico y en gestión en situaciones de dificultad de acceso a servicios y desigualdades sociales en salud*. Editorial Nuevos Tiempos.
https://www.academia.edu/45100082/Los_determinantes_y_las_desigualdades_sociales_de_la_salud_Posible_marco_para_revisar_las_barreras_de_acceso_a_los_servicios_de_salud_1

- Ierullo, M. (2022). Cuidados y Trabajo Social: politizar el concepto, territorializar la mirada y desmoralizar la intervención. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 12(24), 25–32.
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8359>
- Kornblit, A. L., Camarotti, A. C. y Di Leo, P. F. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas. Ministerio de Educación, Presidencia de La Nación.
- Lema, D. (2023). Trabajo social en cuidados paliativos: aporte desde la perspectiva del care (cuidado). En V. Casal Passion y G. A. Solarz Di Cola (Eds.), *Cuestión de vida. La escucha y la perspectiva interdisciplinaria en cuidados paliativos, más allá de la hegemonía biologicista*. Editorial Raíces.
<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/5/cuestion-de-vida-la-escucha-y-la-perspectiva-interdisciplinaria-en-cuidados-paliativos-mas-alla-de-la-hegemonia-biologicista.pdf>
- Ley 26.529 (2009). Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 20 de noviembre de 2009. B.O. N° 31.785.
- Ley 26.657 (2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental. 3 de diciembre de 2010. B.O. N° 32.041.
- Ley 26.934 (2014). Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. 29 de mayo de 2014. B.O. N° 32.894.
- Ley 27.678 (2022). Ley Nacional de Cuidados Paliativos. 21 de julio de 2022. B.O. N° 34.966.
- Luxardo, N. y Alonso J. P. (2007). El Impacto Diferencial de Enfermedades con «Malos Pronósticos» en las Redefiniciones Biográficas de las Personas Afectadas. *VI Congreso Chileno de Antropología*. Colegio de Antropólogo de Chile A. G, Valdivia. <https://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/7.pdf>
- Menendez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segunda Jornada de Atención Primaria de la Salud.
- Najmanovich, D. (2007). El desafío de la complejidad: Redes, cartografías dinámicas y mundos implicados. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 12(38), 71–82.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162007000300006

Organización Mundial de la Salud. (2025a). *Cáncer de cuello uterino*. Recuperado el 30 de diciembre de 2025, de https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2025b). *Cuidados Paliativos*. Recuperado el 30 de diciembre de 2025, de <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Organización Mundial de la Salud. (2025c). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 30 de diciembre de 2025, de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Tajer, D. J., Gaba, M., Lo Russo, A., Fontenla, M., Reid, G., Attardo, C., Zamar, A., Cuadra, M. E., Cunningham, M. V., Jeifetz, V. y Straschnoy, M. (2006). Ruta Crítica de la salud de las mujeres: integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 14, 215–224. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/17226>