

La trama institucional en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados

The institutional fabric in the processes of health, illness, care, and treatment

PAULA MARA DANIEL *

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de La Plata, Argentina

JUANA VALVA **

Universidad Nacional de La Plata, Argentina

RESUMEN. Este artículo examina la trama institucional en procesos de salud-enfermedad, atención y cuidados en Argentina, en contexto de gubernamentalidad neoliberal durante la pospandemia. El objetivo es analizar intervenciones de trabajadores sociales en efectores públicos, privados y seguridad social en la zona Sur del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA – Argentina), en el periodo comprendido entre 2021 y 2024. Se trató de un estudio cualitativo con 10 entrevistas semiestructuradas a profesionales de atención primaria, hospitales y obras sociales, complementadas por observaciones participantes en dichos dispositivos (2024); análisis temático y contextual. Los resultados se concentran en identificar tres procesos: 1) destituciones laborales / retracción estatal; 2) complejización de itinerarios terapéuticos; 3) declive institucional (brechas entre normativas y prácticas, reconfiguraciones pospandemia). Las discusiones que se presentan destacan tensiones entre la retórica de derechos y la precariedad material, con profesionales del Trabajo Social mediando para reconstruir accesibilidad. La conclusión establece que la accesibilidad emerge como relación disputada, exigiendo instituciones robustas para materializar derechos en salud.

PALABRAS CLAVE: Trabajo Social; accesibilidad; pospandemia; neoliberalismo; declive institucional

ABSTRACT. This article examines the institutional fabric of health-illness, care, and treatment processes in Argentina, within the context of neoliberal governmentality during the post-pandemic period. The objective is to analyze the interventions of social workers in public, private, and social security institutions in the southern zone of the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA, Argentina), between 2021 and 2024. This was a qualitative study based on 10 semi-structured interviews with primary care professionals, hospital staff, and social security providers, complemented by participant observations in these settings (2024), alongside thematic and contextual analysis. The results focus on identifying three processes: 1) job losses and state retrenchment; 2) the increasing complexity of therapeutic pathways; and 3) institutional decline (gaps between regulations and practices, and post-pandemic reconfigurations). The discussions highlight the tensions between the rhetoric of rights and material precariousness, with social work professionals mediating to rebuild accessibility. The conclusion establishes that accessibility emerges as a contested relationship, requiring robust institutions to realize the right to health.

KEYWORDS: Social Work; accessibility; post-pandemic; neoliberalism; institutional decline

* Dra. en Trabajo Social. Investigadora del CONICET con lugar de trabajo en el Instituto de Estudios en Trabajo Social y Sociedad (IETyS), Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. E-mail: danelpaula@hotmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-7401-1720>

** Becaria Doctoral de la Universidad Nacional de La Plata, Instituto de Estudios en Trabajo Social y Sociedad (IETyS), Facultad de Trabajo Social. E-mail: valvajuana@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0004-5188-1503>

Introducción

Este artículo presenta reflexiones sobre la configuración de la trama institucional en los procesos de atención en salud, derivadas de una investigación cualitativa en curso desde el año 2023. Se realizaron entrevistas a 10 trabajadores sociales de efectores públicos, privados y de seguridad social en la zona sur del área metropolitana de Buenos Aires¹ (AMBA), complementadas con observaciones en esos dispositivos, en el marco de una indagación más amplia que aborda los campos educativos y judiciales.

El objetivo de la investigación es conocer y analizar las intervenciones profesionales de trabajadores sociales en el marco del entramado estatal e institucional en contexto de la gubernamentalidad neoliberal en el AMBA, durante el periodo 2021/2024. Para el cumplimiento de los mismos se realizó trabajo de campo durante el año 2024, recuperando las voces de trabajadores sociales² que se desempeñan en atención primaria de la salud, hospitales generales, hospitales monovalentes, instituciones del subsector privado, obras sociales, entre otros espacios socio ocupacionales.

En trabajos anteriores (Ageitos, Carosella y Danel, 2023; López, Savino, Daca y Danel, 2021) señalamos el carácter heterogéneo que asume la trama pública en la producción de políticas y servicios de salud. La confluencia de efectores estatales, de la seguridad social y del subsector privado complejizan el modo en que se producen demandas, respuestas y financiamientos, sumado a las interacciones entre jurisdicciones que brindan servicios de salud. Al mismo tiempo, y en consonancia con las preocupaciones del propio sector se producen tensiones en torno a cómo se configura la autoridad sanitaria. ¿Quién regula los servicios que se brindan? ¿Quién arbitra en los intereses contrapuestos de la población usuaria y los prestadores? ¿Cómo se ubican los equipos de salud en relación a las regulaciones? ¿Inciden en la configuración de las agendas institucionales sus trabajadores? ¿Cómo se construyen los problemas de abordaje en las instituciones?

El trabajo social pulsa sus debates en estrecha relación con las expresiones históricas de la cuestión social (Rozas Pagaza, 2001 y Carballeda, 2010). Cada coyuntura redefine los problemas que se identifican como urgentes, a su vez que también reconfigura las fronteras de lo público, los sentidos de lo estatal y las modalidades de intervención que se vuelven posibles, legítimas o necesarias. En ese movimiento, las discusiones profesionales expresan disputas sobre cómo se concibe el bienestar, la responsabilidad colectiva, los modos de producir cuidado y los límites que asume la acción estatal frente a las desigualdades.

En el período analizado, esta dinámica se vuelve particularmente nítida. Se advierte una tensión persistente entre la retórica de las políticas en clave de derechos, consolidada en las últimas décadas en el campo de la salud y la protección social, y el avance de racionalidades neoliberales (Zuccaro, 2022) que reconfiguran la gestión institucional (Danel, 2025), restringen recursos, fragmentan dispositivos y reinstalan criterios de selectividad y control. Esta tensión no se manifiesta únicamente en el plano discursivo: se materializa en estructuras debilitadas, circuitos de atención saturados, decisiones clínicas condicionadas por la escasez y prácticas que, aun reconociendo la importancia de los derechos, no siempre logran sostenerlos en la cotidianeidad institucional.

En este contexto, la precariedad (Lorey, 2017) emerge como experiencia estructural y transversal, que se evidencia en varios planos. En sus trabajadores y trabajadoras cuando son sometidos a inestabilidad, sobrecarga y disputas jerárquicas en las instituciones, sea porque funcionan

¹ La Zona Sur del AMBA es una región geográficamente diversa y dinámica que conecta la Ciudad de Buenos Aires con la capital provincial, La Plata, mediante una intensa red industrial, comercial y residencial. La zona abarca desde densos cordones urbanos e históricos polos fabriles junto al Riachuelo y el Río de la Plata, hasta nuevos centros urbanos y áreas en expansión verde hacia el tercer cordón metropolitano. Esta zona cuenta con una red sanitaria estructurada principalmente bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La mayor parte de estos municipios se agrupan dentro de la Región Sanitaria VI (con sede en Lomas de Zamora), mientras que La Plata, Berazategui y Florencio Varela forman parte de la Región Sanitaria XI con sede en La Plata.

² La recuperación de las experiencias de los trabajadores sociales se desarrolló bajo estrictas normas éticas, con especial atención a la obtención del consentimiento informado para la producción y divulgación de hallazgos.

con recursos insuficientes o con normativas desactualizadas. Se expresa en los usuarios cuando sus trayectorias de atención están marcadas por interrupciones, demoras y desprotección (Baeza, 2021). Esta precariedad (individual y colectiva, laboral y subjetiva, institucional y territorial) se filtra en cada intervención, condiciona decisiones, produce desgastes y obliga a los equipos a inventar estrategias para sostener lo que las propias políticas estatales de salud dejan caer.

Nos interesa presentar indagaciones sobre cómo esa relación es recreada en el marco de un discurso que incluye la noción de derechos en un proceso de intensa reconfiguración en los modos de pensar, diseñar y ejecutar las políticas de salud. Analizamos los posicionamientos teóricos y las expresiones institucionales que han configurado la intervención profesional en relación a la cuestión social en el campo de la salud. E incorporamos la voz de distintos agentes: aquellos tributarios a la continuidad de las lógicas redistributivas y de quienes las cuestionan alentando lógicas de carácter restrictivo.

De este modo, el Trabajo Social se despliega en una doble exigencia: afirmar un horizonte de derechos en instituciones donde ese horizonte se fisura, y al mismo tiempo construir respuestas situadas frente a escenarios en los que las protecciones públicas se retraen y las desigualdades se intensifican. Es justamente en esa tensión -entre derechos proclamados y condiciones materiales que se deterioran- en las que se vuelve visible la trama institucional que este trabajo busca analizar.

El período *pospandémico* ha implicado una revisión de las dinámicas de trabajo en equipos atravesados por la precariedad y un acentuado declive institucional (Dubet, 2006). Concepto que refiere a un hondo proceso asociado a la erosión de las instituciones como espacios capaces de generar vínculos duraderos, principios comunes y protección para sus miembros. En el Trabajo Social, esto se traduce en equipos que operan sin redes de sostén, donde la precarización material se combina con la pérdida de referentes simbólicos compartidos. La *pospandemia* actuó como catalizador, evidenciando y agravando fisuras preexistentes: el aumento de la demanda no fue acompañado por un fortalecimiento de las estructuras institucionales, sino por su mayor fragilización.

Los debates en relación a la accesibilidad (Wagner, 2013), la gestión de recursos, los circuitos institucionales tensionados y los abordajes renovados han sido una constante en la investigación señalada. Nos encontramos frente a un escenario que nos invita de manera constante a revisar las coordenadas que adquieren los procesos de atención de la salud en clave de época. Como dijimos anteriormente la *pospandemia* abrió el camino a la revisión de los modos en que se sostienen los procesos de trabajo en equipos con un alto componente de trabajadores que han visto deprecia sus salarios desde diciembre 2023.³

Comes (2006), por su parte, define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (2006: 202). La accesibilidad será entonces el vínculo que se produce entre los servicios y la población. El mismo se construye a partir de una combinación entre condiciones materiales, simbólicas, narrativas, disposiciones y sujetos en recorrido por las instituciones de salud (Comes, 2006, Branca, 2024).

Así, analizar la accesibilidad en este contexto implica reconocerla como un campo en disputa donde se expresan las tensiones más profundas del sistema de salud: entre lógicas redistributivas y restrictivas. También entre derechos proclamados y protecciones que se desvanecen y entre un Estado que define regulaciones y otro que desfinancia los dispositivos para sostenerlas. En ese entrecruzamiento, el Trabajo Social se encuentra interpelado a producir intervenciones que, sin desconocer los límites estructurales, puedan ensanchar los márgenes de lo posible, sosteniendo la apuesta por un acceso que no se conforme con la gestión de la escasez, sino que afirme, en cada trámite, en cada derivación, en cada escucha, la vigencia de una responsabilidad colectiva por el cuidado. La investigación que aquí presentamos aspira a contribuir en esa dirección: iluminando

³ Para ampliar sobre la depreciación del salario desde el inicio del gobierno de Javier Milei, se sugiere consultar: <https://centrocepa.com.ar/informes/718-analisis-sobre-la-situacion-del-empleo-registrado-privado-datos-a-julio-2025>.

las coordinadas institucionales que configuran la accesibilidad, pero también las prácticas que, en sus pliegues, resisten a la fragmentación y reinventan, día a día, modos de hacer valer el derecho a la salud.

Metodología

El estudio se enmarca en un diseño cualitativo con enfoque interpretativo, orientado a comprender los significados, prácticas y tensiones que configuran la trama institucional en los procesos de salud-enfermedad, atención y cuidados en el contexto de la *pospandemia*. Se adoptó una perspectiva etnográfica (Guber, 2012) flexible que combinó entrevistas semiestructuradas con observación participante, permitiendo una aproximación amplia a las experiencias institucionales y profesionales en el campo de la salud. Se advierte que la investigación que cobija este desarrollo configuró un trabajo de indagación en los campos de salud, justicia y educación. En total se desarrollaron 50 entrevistas, de las cuales 10 corresponden al sector salud. Para la definición de los participantes/interlocutores se definieron criterios que aportaron a la muestra general. En el caso de salud se definió convocar a 10 trabajadores sociales (7 mujeres y 3 hombres) que se desempeñan en diferentes efectores de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), en la búsqueda por capturar la diversidad del territorio. La selección se realizó mediante muestreo intencional por criterios, considerando el tipo de efector de salud, a fin de dejar en evidencia el carácter heterogéneo del campo. Por ello 4 interlocutores se desempeñan en instituciones públicas (atención primaria y hospitalaria), 3 del subsector privado (clínicas, sanatorios y centros de día) y 3 de obras sociales o sistemas de seguridad social. En cuanto a la experiencia profesional, mayormente contaban con más de 3 años de experiencia en el campo de la salud, con un promedio de 8 años en el ejercicio profesional. De manera sostenida prevaleció en la selección quienes poseían funciones de intervención directa con usuarios, gestión de casos y articulación intersectorial.

Para la recolección de información se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales entre marzo y agosto de 2024, con una duración promedio de 60-90 minutos cada una. La guía de entrevista se estructuró en cuatro tópicos asociados a: i) las condiciones laborales e institucionales, ii) las intervenciones profesionales, iii) la percepción de los cambios institucionales y iv) la accesibilidad y los derechos. Las entrevistas se realizaron en espacios acordados con los participantes (lugares de trabajo, espacios públicos o virtualmente según preferencia) y fueron grabadas previo consentimiento.

En cuanto a las observaciones se realizaron en salas de espera, gabinetes de atención, salas de internación, salones de usos múltiples, servicio de turnos, oficinas del servicio social y halles centrales. Para tales observaciones se trabajó con un guión que permita captura la dimensión espacial, circulaciones urbanas y temporalidades.

El análisis supuso un proceso interpretativo que conllevó el trabajo de transcripción de las entrevistas, el abordaje de los registros de observación y la lectura flotante para identificación de temas emergentes. La codificación fue temática de tipo abierta inicial, identificando una treintena de códigos que posteriormente se agruparon en categorías analíticas. El proceso incluyó la codificación independiente por cada investigador, luego la discusión de discrepancias, resonancias y reflexiones, y posteriormente se reagruparon los códigos posibilitando un diálogo en duplas. Este proceso lo realizó el equipo del mencionado proyecto, durante 2025. El proceso interpretativo fue ampliado con investigadores de temas afines y socializado en eventos disciplinares. Esto posibilitó que el trabajo de puesta en diálogo y relación de los hallazgos con el marco conceptual sea enriquecido con debates del campo específico. Se vienen desarrollando presentaciones preliminares de hallazgos a alguno de los interlocutores para la validación interpretativa. Destacamos que la investigación respetó los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las normativas nacionales. Se rubricó consentimiento informado escrito de todos los participantes, junto al establecimiento de garantías de confidencialidad, usándose

seudónimos para participantes e instituciones. Y se expresó a todas las personas entrevistadas que tenían derecho a retiro en cualquier etapa del proceso.

Resultados

El análisis del material empírico permite reconstruir los saberes que las y los trabajadores sociales elaboran en torno a los interrogantes planteados. A partir de sus relatos y de las transformaciones institucionales que se profundizan desde el cambio de gobierno nacional en diciembre de 2023, emergen tres procesos centrales que estructuran las prácticas y los sentidos de la intervención profesional. Los mismos son destitución laboral/retracción estatal, complejización de itinerarios terapéuticos, y declive institucional.

En primer lugar, un proceso de destitución laboral y retracción del Estado, expresado en despidos masivos, discontinuidades programáticas⁴ y condiciones de trabajo crecientemente restrictivas. Tal como señalan Mendoza *et al.*, (2024) el actual gobierno expresa similitudes con el gobierno del período 1989-1999, pero con diferencias en torno al gesto refundacional que propone para la ocupación de la gestión pública. Por ello, siguiendo a Gené *et al.* (2021) señalamos que los “saberes de Estado” o saberes públicos enunciados y producidos en y desde las instituciones de salud son heterogéneos y no se circunscriben a la expertise médica o a las competencias certificadas por títulos universitarios. Por lo que la destitución y pérdida de puestos de trabajo y de carácter rector del estado en el sector, invitan a explorar los saberes profesionales y plurales que se ponen en juego para la toma de decisiones, con los desafíos territoriales y epocales.

En segundo término, la complejización de las trayectorias vitales e itinerarios de atención de las personas usuarias, atravesados por la fragmentación del sistema de salud, la precariedad socioeconómica y las dificultades de acceso efectivo a los dispositivos existentes. Los itinerarios terapéuticos constituyen el conjunto de decisiones que toman individuos o grupos ante un malestar, integrando prácticas y sentidos. Los mismos son racionales y mediados por emociones, recuerdos y expectativas. En contextos de precariedad, y a partir de estudios etnográficos en América Latina, como los de Baeza (2021), Buzzi & Sy (2020), se ilustran recorridos fragmentados en migrantes o niños, donde la situación migratoria, la pobreza socioeconómica entre otras desigualdades generan negociaciones entre sistemas públicos debilitados y redes informales. La precariedad se expresa en la profundización de las brechas de acceso y la imposibilidad de satisfacer las necesidades de salud. En este contexto, el espacio se corporiza en largos trayectos de los usuarios que trasponen fronteras municipales invisibles, donde la distancia geográfica se mide en el tiempo de espera del colectivo o en el costo del pasaje, transformando el mapa sanitario en una geografía del esfuerzo cotidiano por alcanzar la atención en salud.

Finalmente, se observa un marcado declive institucional que se manifiesta de manera palmaria en la progresiva ampliación de la brecha entre las narrativas de derechos que sostienen las normativas vigentes — promesas discursivas de igualdad, protección y agencia que pueblan los textos legales y los programas oficiales— y las prácticas cotidianas que las instituciones logran efectivamente garantizar. Esta disyunción no es mera discrepancia formal, sino una fractura profunda que revela la obsolescencia de los marcos normativos frente a las dinámicas reales de poder y exclusión. Las políticas de derechos se diluyen en rituales burocráticos que, lejos de habilitar subjetividades plenas, reproducen mecanismos de control y precarización, dejando a los cuerpos -especialmente los más vulnerables- expuestos a la deriva y sin garantías. Así, el declive no sólo mide la precariedad operativa de las instituciones, sino que interroga la propia viabilidad de esas

⁴ La discontinuidad programática que más fue identificada es el cambio de pertenencia ministerial de la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE) que proveía de medicamentos de alto costo y oncológicos a personas en tratamiento médico que no contaban con cobertura de seguridad social. Para ampliar sobre el tema se sugiere: <https://soberanasanitaria.org.ar/wp-content/uploads/2024/07/FSS-Informe-79.-Julio-2024.pdf> y <https://soberanasanitaria.org.ar/dos-anos-de-gestion-del-gobierno-de-javiermilei-en-el-sistema-de-salud-argentino/>

narrativas en un contexto donde el derecho se convierte en simulacro y la garantía, en promesa sin cumplir. El declive se devela en las texturas de los efectores de salud, en las ventanillas de turno custodiadas por nylons que sobrevivieron a la emergencia sanitaria, en el rumor constante de las salas de espera saturadas y en el peregrinaje de los sujetos que transitan entre salones de usos múltiples reconvertidos y oficinas de servicio social desbordadas.

Estos tres procesos, imbricados entre sí, configuran el escenario en el cual se inscribe la intervención del Trabajo Social y permiten leer la trama institucional contemporánea en clave de accesibilidad, tensiones políticas y disputas por el sentido de lo público.

Eje Destitución

En primer lugar nos interesa mencionar que del análisis de las entrevistas se desprende que se experimentó un proceso de destitución laboral y retracción estatal que operó como trasfondo de las prácticas profesionales en el campo de la salud. La reducción de equipos, la discontinuidad de programas y la pérdida de saberes acumulados impactan directamente en la posibilidad de sostener circuitos de atención estables y en la capacidad de las instituciones para garantizar accesos efectivos a la salud. En este sentido, la destitución no se limita a la pérdida de puestos de trabajo, sino que supone una erosión de la densidad institucional que sostiene los procesos de atención. Este proceso produce una reconfiguración silenciosa de la accesibilidad. La posibilidad de acceder a prestaciones deja de depender exclusivamente de la existencia formal de servicios o programas y pasa a estar condicionada por la capacidad efectiva de las instituciones para sostenerlos. En contextos de retracción estatal, la accesibilidad se vuelve entonces un proceso incierto, atravesado por vacancias institucionales, tiempos administrativos dilatados y respuestas fragmentadas.

En este escenario, el trabajo social se ubica en una posición particularmente tensionada. Las y los profesionales no solo intervienen frente a las necesidades de las personas usuarias, sino que deben operar en instituciones cuya capacidad de respuesta se encuentra debilitada. Esto implica desplegar estrategias de mediación, articulación y gestión de recursos que buscan sostener el acceso allí donde la institucionalidad se retrae. Sin embargo, esta capacidad de agencia profesional no puede ser interpretada como sustituto de la responsabilidad estatal. Por el contrario, su propia existencia evidencia las brechas que se abren entre la enunciación de derechos y las condiciones materiales necesarias para garantizar su efectividad.

Comprender la destitución laboral en estos términos permite inscribir dentro de la trama institucional más amplia que este trabajo analiza. No se trata únicamente de un fenómeno laboral, sino de un proceso que reconfigura las capacidades públicas, altera los circuitos de atención y redefine las condiciones en las que se produce —o se obstaculiza— el derecho a la salud.

En línea con lo planteado por Mendoza *et al.* (2024) el escenario contemporáneo incorpora un gesto refundacional que no se limita a reformar o racionalizar estructuras existentes, sino que impugna sentidos previos de lo público y tensiona la legitimidad de dispositivos construidos en las últimas décadas. La retracción no se manifiesta únicamente como reducción del gasto, sino como cuestionamiento del principio mismo de intervención estatal en determinadas áreas.⁵

En este contexto, la noción de “saberes de Estado” desarrollada por Plotkin y Zimmermann (2012), y retomada por Gené *et al.* (2021), resulta particularmente pertinente para interpretar los efectos de la destitución laboral. Los saberes públicos no se circunscriben a competencias técnicas certificadas ni a la expertise biomédica, sino que comprenden un entramado heterogéneo de conocimientos prácticos, administrativos, territoriales y relacionales producidos en y desde las instituciones. Incluyen la capacidad de sostener redes intersectoriales, garantizar continuidad

⁵ Un claro ejemplo son las barreras que se incrementaron para la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Argentina (Ley 27.610). Se sugiere consultar el libro: Arminchiardi S, Zorzoli A, Lorea MV...[et al.] Recuperando voces : experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2024. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4792>

asistencial, traducir marcos normativos en decisiones situadas y mediar entre jurisdicciones y actores con intereses diversos.

Desde esta perspectiva, la pérdida de puestos de trabajo no implica únicamente una disminución cuantitativa de personal, sino una descapitalización institucional. La interrupción de equipos y programas supone la fragmentación de memorias organizacionales, la disolución de circuitos de derivación consolidados y la erosión de competencias prácticas que no se encuentran formalizadas en reglamentos ni manuales. La destitución laboral afecta, así, la capacidad estatal de producir coherencia, sostener continuidad y ejercer rectoría en el sector.

Las entrevistas analizadas dan cuenta de esta erosión en distintos planos. Por un lado, se observa la paralización o demora en decisiones administrativas que impactan directamente en la garantía de derechos, configurando situaciones en las que prestaciones reconocidas normativamente quedan suspendidas en la práctica. Por otro, emergen relatos que refieren a instituciones sin conducción estable, programas cuya continuidad es incierta y dispositivos que funcionan en condiciones de precariedad organizativa. Estas dinámicas configuran un escenario de debilitamiento de la autoridad sanitaria entendida no sólo como potestad normativa, sino como capacidad efectiva de coordinación y orientación estratégica.

Asimismo, la retracción estatal se articula con un proceso de intensificación laboral. Diversos entrevistados señalan la ampliación de la demanda, la complejización de los casos y la expansión de servicios sin un correlato en la incorporación de nuevos equipos o recursos. Esta asimetría produce sobrecarga, obliga a priorizaciones permanentes y desplaza la intervención hacia la gestión de urgencias. En este marco, la acción profesional se desarrolla en condiciones crecientemente restrictivas, donde la planificación de mediano y largo plazo se ve tensionada por la administración cotidiana de la escasez.

Otro aspecto relevante que emerge del discurso de las y los entrevistados es el desplazamiento de problemáticas sociales hacia el sistema de salud como consecuencia de retracciones en otras áreas de política pública. La disminución de coberturas, el empobrecimiento de sectores previamente protegidos y la discontinuidad de programas sociales amplían el perfil de usuarios que recurren al subsector público. De este modo, la destitución no se presenta como fenómeno sectorial, sino como reconfiguración transversal del entramado estatal que recarga al sistema sanitario con demandas que exceden su campo específico. En relación a esto menciona una persona entrevistada:

Otra cosa que genera malestar y que no tiene que ver en sí tanto con la institución, sino con los que nos está pasando últimamente es que nosotros trabajamos con incluir salud y tenemos más de 30 personas, admisiones que se hicieron frenadas porque no hay firma. (TS Centro de Día PCD)

En conjunto, estos procesos configuran una retracción que produce la transformación de las modalidades de intervención estatal y de sus capacidades operativas. La persistencia formal de marcos normativos en clave de derechos convive con la disminución material de condiciones para su implementación efectiva. Esta brecha entre enunciación normativa y capacidad ejecutiva constituye las condiciones estructurantes de la intervención contemporánea en salud. No opera como telón de fondo, sino como matriz que reorganiza las decisiones profesionales, redefine los márgenes de autonomía y tensiona el horizonte de derechos. Analizar este proceso implica, por tanto, indagar no sólo en los recortes visibles, sino en la erosión de capacidades públicas, saberes institucionales y dispositivos de articulación que sostienen la producción cotidiana de cuidado.

Los testimonios recogidos permiten observar cómo estos procesos se materializan en la vida cotidiana de los dispositivos. En varios relatos aparece con fuerza un corrimiento de demandas sociales hacia el sistema de salud, donde problemáticas vinculadas a la subsistencia comienzan a tramitarse en espacios pensados originalmente para la atención sanitaria. Una trabajadora social lo expresa de la siguiente manera:

“Estamos empezando a recibir... personas sin comer... salir a buscar comida que tampoco tenemos.” (Trabajadora Social Hospital Interzonal)

Este tipo de situaciones revela cómo los efectores de salud se convierten en uno de los pocos espacios institucionales disponibles para alojar demandas sociales urgentes, aún cuando no cuentan con los recursos ni los dispositivos específicos para abordarlas.

Al mismo tiempo, los entrevistados describen una expansión de los servicios y de la demanda asistencial que no se corresponde con una ampliación de los equipos de trabajo. Esta desproporción produce escenarios de saturación institucional y obliga a los profesionales a sostener dispositivos debilitados con recursos humanos limitados. En palabras de otra trabajadora social:

“Se ampliaron los servicios... creció un montón todo, pero el plantel sigue siendo el mismo... cubrimos entre los pocos que quedamos todos los baches.” (Trabajadora Social Centro de Día PCD)

Estas situaciones permiten advertir cómo la retracción estatal se expresa no sólo en decisiones macro institucionales, sino también en la reorganización cotidiana de los dispositivos, donde los equipos deben absorber demandas crecientes y sostener circuitos de atención cada vez más exigidos. En este sentido, la destitución laboral y la retracción estatal se vuelven dimensiones constitutivas de la trama institucional contemporánea, condicionando las posibilidades concretas de intervención y las formas en que se produce (o se obstaculiza) el acceso a la salud.

Eje Itinerarios

La complejización de las trayectorias vitales e itinerarios de atención de las personas usuarias se vuelve un eje analítico central para comprender el acceso en la actualidad. Entendemos los itinerarios terapéuticos como el conjunto de decisiones y prácticas, racionales y mediadas por emociones, recuerdos y expectativas, que individuos o grupos despliegan ante un malestar (Alves, 2015).

Alves (2015) aporta una mirada fenomenológica crucial al destacar que estos recorridos están atravesados por nexos de significados en las que la experiencia de la enfermedad /dolencia se entrelaza con interpretaciones culturales, biografías personales y contextos relacionales, dando un situado sentido a cada búsqueda de atención. En contextos de precariedad socioeconómica y migratoria, estudios etnográficos en América Latina, como los de Baeza (2021) y Buzzi y Sy (2020), ilustran recorridos particularmente fragmentados. Por ejemplo Buzzi y Sy (2020) ponen en evidencia cómo las mujeres migrantes bolivianas en Buenos Aires articulan el sistema público con consultas a farmacias y saberes comunitarios, en un intento de sortear las barreras burocráticas y simbólicas de un sistema que, aunque formalmente inclusivo, reproduce exclusiones. La precariedad se expresa así en la profundización de las brechas de acceso y en la imposibilidad de satisfacer necesidades de salud, pero también en la creatividad de las estrategias de cuidado que emergen en los márgenes.

Esta mirada sobre los itinerarios permite visibilizar cómo la fragmentación del sistema de salud (Danel, 2021; Sande y Danel, 2021) se inscribe en los cuerpos y las biografías. Las personas usuarias, especialmente aquellas en situaciones de mayor vulnerabilidad por género, clase, migración o discapacidad, transitan por circuitos institucionales débiles, donde la falta de coordinación entre jurisdicciones y subsectores (público, privado, seguridad social) transfiere la responsabilidad de la integración del cuidado a los propios sujetos y sus redes. Venturiello (2012) evidencia esta dinámica al analizar los itinerarios de personas con discapacidad, donde las familias se convierten en las principales gestoras de un cuidado que el Estado provee de manera desarticulada y con múltiples barreras. En la misma línea, trabajos como el de Wagner (2013) sobre mujeres en situación de violencia confirman que los recorridos por las instituciones sanitarias, judiciales o de protección social suponen una negociación constante con sistemas debilitados y,

muchas veces, revictimizantes.

Comprender los itinerarios implica también desnaturalizar la idea de un sujeto universal de la salud. Investigaciones como las de Branca (2024) sobre las experiencias de personas trans y travestis en el sistema de salud bonaerense, o de Pombo (2012) sobre la disputa por la incorporación de la perspectiva de género, nos alertan sobre cómo las instituciones producen exclusiones específicas. Los itinerarios de estas poblaciones están marcados por la sospecha, la patologización o la negación de su identidad, lo que condiciona no solo el acceso efectivo a los dispositivos, sino también la construcción de un vínculo de confianza con los equipos de salud. En síntesis, atender a la complejidad de los itinerarios terapéuticos, enriquecida por estos aportes, nos permite pasar de una mirada centrada en la oferta de servicios a otra que coloca en el centro las experiencias, los significados y las estrategias de las personas, en un contexto en el que la trama institucional, lejos de garantizar cuidados, profundiza las desigualdades.

El trabajo de campo permitió constatar que, en los últimos dos años, los itinerarios terapéuticos han intensificado las marcas de esa sospecha, condicionando el acceso efectivo a los dispositivos y la posibilidad de establecer vínculos de confianza con los equipos de salud. Los propios trabajadores refieren que los procesos de atención configuran una trama intrincada del acceso que se revela como una marca estructural del sistema: fragmentado, produce recorridos signados por la incertidumbre y la negociación constante. En palabras de una trabajadora social de un hospital interzonal:

Las trayectorias de las personas en el sistema de salud tienen que ver con rebotar y rebotar muchas veces (Trabajadora social de Hospital interzonal).

Lo que pasa con los pacientes oncológicos, digamos, se están muriendo, no están recibiendo la medicación. Entonces es como que hay dos realidades, hay varias realidades paralelas. Una es la Nacional en el contexto en el que estamos y otra en la provincial que funciona un poco como paraguas (TS Servicio Salud mental).

Lo intrincado del acceso se expresa, entonces, en el rebote cotidiano de los sujetos por instituciones que los derivan sin alojarlos, en un peregrinaje que transfiere a las espaldas de los usuarios y sus redes la tarea de suturar lo que el Estado fragmenta. La accesibilidad, en este marco, no se juega solo en la posibilidad de entrada, sino en la capacidad del sistema de detener ese rebote y ofrecer una respuesta que, finalmente, anude el itinerario. La intensificación de esta cualidad intrincada fue narrada por las personas entrevistadas de manera angustiante y cíclica: sus relatos daban cuenta de un sistema que, lejos de articular respuestas, las sometía a un permanente ir y venir entre niveles de atención, jurisdicciones y subsectores. Este peregrinaje, lejos de ser excepcional, se había convertido en la regla, profundizando la precariedad de sus itinerarios terapéuticos (Baeza, 2021; Buzzi & Sy, 2020) y encarnando en sus cuerpos y emociones la fragmentación estructural del sistema de salud (Danel, 2021).

Eje Declive Institucional

El análisis de los discursos de trabajadores y trabajadoras sociales evidencia una distancia creciente entre los marcos normativos que orientan las intervenciones y las posibilidades reales de las instituciones para sostenerlos. Esta brecha -de índole estructural, política y organizacional- constituye uno de los núcleos más nítidos del declive institucional, el cual supone, según Danel (2025), un itinerario escalonado de la solidez hacia la fluidez, caracterizado por una precariedad que tensiona la articulación sistemática, las orientaciones y los sentidos colectivos de las instituciones. En este contexto, el trabajo social enfrenta dilemas de consistencia y longitud temporal,

donde las instituciones transitan hacia formas "astitucionales" o de segunda fluidez (Hupert, 2022), con crisis en la cohesión interinstitucional y la proyección de futuros estables. La profesión promueve en cambio intervenciones reflexivas que habiten la incomodidad para reconstruir lo común en sociedades fragmentadas.

Danel (2025) identifica dos dilemas centrales: el de la consistencia, ligado a la desinstitucionalización y la fluidez (en diálogo con Hupert, 2022), que genera hiperactividad territorial y precaria sin cohesión profunda; y el de la longitud, que problematiza memorias institucionales, presentes continuos y futuridad utópica. Propone que el trabajo social media entre sujetos e instituciones, democratizándolas mediante prácticas críticas que promueven autonomía, dignidad y resistencia a la deshumanización, invocando la utopía como herramienta para imaginar futuros inclusivos desde perspectivas de subalternidad.

Los hallazgos de las entrevistas indican que el obstáculo no reside en la ausencia de un corpus normativo. Los trabajadores sociales demuestran un conocimiento profundo y una actitud crítica hacia instrumentos como la Ley de Salud Mental, los protocolos sectoriales, las normativas de género, las leyes de discapacidad, los programas específicos, la ley de interrupción voluntaria del embarazo, y los marcos internacionales. Esto descarta la hipótesis de que el problema sea el desconocimiento del marco legal, la dificultad se encuentra en la imposibilidad de las instituciones para traducirlas en prácticas efectivas, recursos materiales y espacios de formación. Esta constatación evidencia la brecha estructural señalada previamente, donde el declive institucional -tal como propone Danel (2025)- impide la articulación entre marcos normativos y operatividad concreta, generando precariedad en la implementación. Así, las instituciones transitan hacia formas fluidas que tensionan la consistencia y la proyección temporal de las intervenciones sociales. Se evidencia una enunciación (en el campo) que contornea una interpelación hacia la asunción de la tensión como dilema ético-político, promoviendo prácticas reflexivas para mediar entre normas y realidades fragmentadas para reconstruir lo común y contrarrestar desigualdades.

Del análisis emergen cinco dimensiones del declive institucional, construidas a partir de la codificación realizada.

1. Instituciones sin capacidad formativa: normativas que "mandan", organizaciones que no acompañan

Un primer indicador del declive institucional aparece en esa brecha cada vez más amplia entre los marcos normativos que guían las intervenciones y la capacidad efectiva de las instituciones para sostenerlos. Observamos cómo se expande un horizonte jurídico robusto -en salud mental, género, discapacidad y niñez-, ampliamente reconocido por las trabajadoras sociales como un piso de derechos irrenunciables. Pero las narrativas que recogimos muestran otra realidad: muchas instituciones no solo no acompañan este avance, sino que carecen de dispositivos de formación continua, actualización profesional y supervisión efectiva para traducir esos marcos en prácticas cotidianas consistentes y transformadoras.

Así lo expresa una trabajadora social del subsector privado al señalar que *"no se ha hecho ninguna capacitación desde la institución respecto de estas problemáticas, y tenemos un marco normativo que nos insta a empezar a formarnos"* (Trabajadora Social en efector privado).

Esta afirmación condensa una paradoja estructural: mientras el marco normativo exige intervenciones específicas, interdisciplinarias y con fuerte anclaje en derechos, la institución no ofrece las condiciones para apropiarse críticamente de esas transformaciones. El esfuerzo queda librado a iniciativas individuales o a búsquedas informales dentro de cada equipo, generando una dependencia excesiva del compromiso personal y debilitando la responsabilidad institucional; librando disputas que exigen la ampliación de estrategias de colectivización.

Esta asimetría entre la norma y su posibilidad de implementación constituye una forma de declive institucional que no se expresa como "retroceso formal" de derechos, sino como pérdida de densidad institucional (Matus y Mariñez, 2017) para sostenerlos. En términos organizaciona-

les, la ausencia de formación sistemática produce prácticas heterogéneas, decisiones contradictorias y un aumento del desgaste profesional. En términos políticos, revela una tendencia a desplazar la responsabilidad hacia los equipos, desdibujando la obligación estatal o pública de generar condiciones efectivas para el cumplimiento normativo.

2. Programas que innovan sin estructura: políticas públicas que se construyen artesanalmente

Un segundo proceso de declive institucional se vincula a la implementación de programas innovadores —particularmente en salud mental comunitaria, infancias y juventudes— que surgen con perspectivas transformadoras pero sin la estructura necesaria para sostener su despliegue. Las entrevistas recuperan experiencias donde la política pública no se consolida como un dispositivo estable, sino como un proceso “artesanal”, dependiente de la creatividad, la trayectoria y la disponibilidad subjetiva de profesionales.

Según relata una trabajadora social de un programa para infancias, “*fue mucho ir armando de cero todo... el programa fue creando su propio material teórico a medida que transitábamos las experiencias*” (trabajadora social equipo de infancias). Lejos de tratarse de una etapa de ajuste inicial esperable, esta dinámica se prolonga y se vuelve estructural: documentos de trabajo, criterios de intervención, estrategias metodológicas y pautas organizativas se van produciendo “en tránsito”, sin sostenimiento institucional, sin espacios formales de supervisión y sin un andamiaje técnico-administrativo que garantice continuidad. Podríamos agregar que este caso en particular podría ser abordado en dos sentidos: por un lado las dificultades de encuadres previos que posibiliten cierta certidumbre sobre las tareas y funciones: por otro lado, se identifica el intrincado proceso de producir una política desde adentro, en el que el Estado se muestra fragmentado, desacoplado y en pugna. Tal como señalan Bohoslavsky y Soprano (2010) es necesario “percibir la pluralidad de las configuraciones y trayectorias de organismos estatales, cuyas políticas sectoriales aparecen diseñadas y gestionadas por funcionarios y lógicas irreductiblemente singulares” (2010: 20).

Volviendo a la narrativa de la persona entrevistada, señalamos que este fenómeno evidencia una forma silenciosa de precarización: la política pública existe, pero su estructura es débil, discontinua y altamente dependiente del esfuerzo individual de los equipos. En lugar de consolidar dispositivos de Estado capaces de acompañar de manera territorializada y sostenida, las intervenciones se vuelven frágiles, difíciles de replicar y vulnerables a los cambios de gestión. El declive institucional se expresa, entonces, no en la ausencia de políticas, sino en su baja institucionalidad, lo que produce un efecto paradójico: programas con enfoques progresistas que terminan funcionando en condiciones precarias, con alta carga emocional y escaso reconocimiento material.

3. Convivencia de normativas de derechos con prácticas regresivas: fragmentación paradigmática al interior de las instituciones

El tercer elemento que contribuye a caracterizar el declive institucional es la coexistencia de marcos normativos orientados por derechos con prácticas que reproducen lógicas restrictivas, jerárquicas o directamente *manicomiales* o *sin perspectiva de género*. Las entrevistas permiten observar que la Ley Nacional de Salud Mental opera como horizonte ético y jurídico ampliamente reconocido, pero su apropiación no es homogénea ni lineal.

Una trabajadora social de un hospital especializado lo sintetiza de manera contundente: “*La Ley de Salud Mental es el horizonte... pero no todos los colegas están sostenidos desde este paradigma. Sigue habiendo imaginario de encierro.*” (Trabajadora social hospital monovalente). Esta afirmación evidencia que la institución no logra construir una cultura organizacional coherente con su marco legal. Conviven equipos formados en abordajes comunitarios y desmanicomializa-

dores con otros que aún sostienen prácticas centradas en el encierro, el riesgo como criterio rector o la medicalización como respuesta predominante.

Esta fragmentación paradigmática tiene efectos concretos en la unicidad del sentido sobre las decisiones clínicas, intervenciones que dependen de las posiciones individuales más que de lineamientos institucionales, disputas internas por los sentidos del tratamiento y una profunda inestabilidad en la continuidad de los abordajes. En términos de política pública, esta tensión revela la incapacidad de las instituciones para producir alineamientos efectivos entre normativa, formación y práctica, lo cual constituye una marca central del declive institucional.

4. Regulaciones que controlan más de lo que garantizan: derechos formales sin materialidad operativa

Por último, el declive institucional se manifiesta en la creciente distancia entre la presencia formal de marcos legales y la capacidad de las instituciones para garantizar su cumplimiento. Este fenómeno se observa con particular fuerza en el campo de la discapacidad y en la atención primaria de la salud.

Los centros de día operan bajo un entramado normativo robusto -Convención Internacional, Ley 22.431, Ley 24.901, decreto 30/20, categorizaciones de ANDIS e inspecciones de obras sociales- que regula exhaustivamente sus obligaciones. Sin embargo, las entrevistas muestran que ese control convive con vacancias estructurales: dificultades para acceder a dispositivos de salud, escasez de especialistas, barreras administrativas, criterios restrictivos de admisión y debilitamiento de las trayectorias familiares. La regulación es intensa, pero la garantía estatal es débil.

Del mismo modo, en atención primaria de la salud (APS) los equipos señalan que la multiplicidad de programas, ordenanzas y lineamientos no se acompaña de recursos acordes, lo que genera escenarios donde “*hacemos de todo*” porque la institución no define con claridad prioridades, límites ni soportes operativos. En ambos casos, la norma funciona como imperativo de cumplimiento, pero el Estado no genera las condiciones necesarias para materializarla.

Esta asimetría produce un efecto corrosivo sobre las instituciones: los dispositivos quedan atrapados entre la obligación de cumplir con marcos normativos exigentes y la imposibilidad real de sostenerlos, lo que desgasta a los equipos, fragmenta las intervenciones y debilita el sentido público de las políticas.

5. La pospandemia como umbral crítico del declive institucional: huellas, reconfiguraciones y nuevos bordes de intervención

Las narraciones recuperadas permiten advertir que la *pospandemia* no constituye simplemente un período posterior al evento sanitario, sino un momento estructurante que reorganizó de manera persistente las condiciones bajo las cuales operan los dispositivos de salud. Más que un cierre, la salida de la pandemia funcionó como un umbral, un punto de torsión que modificó los cimientos materiales, simbólicos y organizacionales de las instituciones, y cuyas marcas siguen modelando las prácticas actuales.

Lo que emerge de las entrevistas es que la pandemia actuó como una fuerza de reconfiguración institucional, acelerando procesos de deterioro preexistentes y consolidando otros que, surgidos como medidas de emergencia, adquirieron carácter permanente. Espacios transformados en vacunatorios, ventanillas improvisadas que quedaron como dispositivo estable de atención, interrupciones prolongadas de tratamientos que derivaron en nuevos esfuerzos de revinculación y un incremento sustantivo de la demanda en salud mental son algunas de las huellas más visibles de este proceso.

Al mismo tiempo, la *pospandemia* redefinió los bordes de las incumbencias profesionales, ampliando de hecho las tareas que los equipos asumieron para responder a situaciones complejas que el sistema no lograba absorber. La “flexibilidad” que mencionan las trabajadoras sociales no

remite únicamente a creatividad o adaptación, sino a una expansión forzada de la intervención en un escenario donde las instituciones perdieron capacidad de sostén y las respuestas debieron ser reconstruidas desde prácticas comunitarias, territoriales y relacionales.

Las transformaciones subjetivas también forman parte de este paisaje pospandémico. Miedo, incertidumbre, agotamiento, sobrecarga, pero también formas renovadas de cooperación y sostenimiento mutuo aparecen en los relatos, mostrando que la pandemia alteró no sólo la organización del trabajo, sino las formas de vincularse, percibir el riesgo y habitar la institucionalidad.

En este sentido, la *pospandemia* funciona como un prisma desde el cual se vuelve visible el declive institucional: no sólo dejó consecuencias, sino que produjo nuevas formas de funcionamiento, consolidó desigualdades, profundizó la fragmentación y obligó a los equipos a reinventar estrategias para sostener vínculos, accesos y continuidades de cuidado. Antes que un tiempo superado, es un orden organizacional en curso, que estructura -y condiciona- la intervención profesional en el presente.

Las cinco dimensiones mencionadas las articulamos con tres efectos/expresiones en las dinámicas institucionales. Por un lado, la fractura del lazo asistencial y el trabajo de revinculación; por otro el aumento de la demanda y la complejización de las necesidades y en tercer término la reconfiguraciones físicas y organizacionales: dispositivos que quedaron “convertidos”.

En cuanto a la fractura del lazo asistencial y el trabajo de revinculación, señalamos que en numerosos relatos aparece con fuerza la idea de “desvinculación”: usuarios que perdieron contacto con el sistema de salud, tratamientos interrumpidos, controles no realizados, situaciones que se agravaron por miedo al contagio o por el cierre parcial de servicios. Una trabajadora de salud mental lo sintetiza de manera elocuente: *“La pospandemia es la revinculación. Fue ir a buscar a quienes habían quedado por fuera del sistema.”* (Trabajadora social Hospital monovalente).

Esta fractura del lazo asistencial no solo involucró a los usuarios, sino también a las instituciones, que debieron rearmar circuitos, reconstruir vínculos y reorganizar prioridades con recursos escasos y equipos sobrecargados. El declive institucional se expresa aquí como erosión del entramado relacional que sostiene el trabajo en salud.

Y en cuanto al aumento de la demanda y complejización de las necesidades, destacamos que otra marca pospandémica es el crecimiento exponencial de la demanda, tanto en cantidad como en complejidad: personas que perdieron obra social, aumento del malestar psicosocial, consultas por salud mental en primera escucha, situaciones familiares desbordadas, jóvenes y adultos afectados emocionalmente por el aislamiento, incremento de barreras para acceder a IVE e ILE,⁶ entre otros. Una trabajadora social de un servicio comunitario lo expresa así:

“Antes atendíamos más lo asistencial; ahora la demanda es salud mental, escucha, situaciones más complejas”

Este incremento colocó presión adicional sobre dispositivos ya debilitados y profundizó la distancia entre los marcos normativos orientados a la integralidad y las capacidades reales de los equipos.

Y la reconfiguraciones físicas y organizacionales: dispositivos que quedaron “convertidos”, muchos testimonios muestran cómo la pandemia produjo transformaciones en la infraestructura institucional que no fueron revertidas. Lo que surgió como respuesta de emergencia se volvió estructura permanente. Por ejemplo, en un centro de atención primaria la salud la sala de espera se transformó en vacunatorio y nunca se volvió a habilitar el espacio confortable para la espera. Donde se colocaron ventanillas y nylon aún persisten. Esta persistencia de configuraciones improvisadas expresa un proceso de institucionalización de la precariedad, donde medidas transitorias se transforman en la nueva normalidad.

⁶ Para ampliar se sugiere: <https://amnistia.org.ar/noticias/se-triplican-en-2025-las-denuncias-recibidas-por-amnistia-internacional-sobre-barreras-para-acceder-al-aborto>

Finalmente decimos que la *pospandemia* deja una marca doble: visibiliza la fragilidad institucional para garantizar derechos y reafirma el papel del Trabajo Social como actor que disputa condiciones de dignidad en contextos restrictivos.

La *pospandemia* no solo reconfiguró las instituciones, sino también las fronteras de lo que se espera del Trabajo Social. Ante el aumento del malestar y la caída de protecciones estatales, se amplían las demandas hacia el Trabajo Social muchas veces sin claros límites institucionales: “*Me pedían que consiga trabajo de un día para otro, como si fuera inmediato*” (Trabajadora social atención primaria de la salud).

Esta ampliación convive con procesos de cercenamiento de otras demandas, dado que ciertos dispositivos redujeron funciones, cerraron espacios o se concentraron en aspectos administrativos, dejando menos margen para intervenciones comunitarias o de acompañamiento sostenido. A la vez, en otros casos se observa el movimiento inverso: equipos que, ante el vacío institucional, abren prácticas más flexibles, territoriales y comunitarias, como talleres, propuestas lúdicas, actividades de revinculación, etc. La *pospandemia* habilita, en algunos casos, una mayor permeabilidad a enfoques innovadores, aunque siempre sobre bases frágiles.

Los testimonios resaltan también la huella emocional de la pandemia: el miedo al contagio, la incertidumbre permanente, el trabajo en soledad o con planteles mínimos, el uso de celulares personales para sostener vínculos y el fortalecimiento del cuidado entre pares como soporte central. Estas marcas subjetivas no son anecdóticas: forman parte del declive institucional porque configuran condiciones reales del trabajo, afectando la disponibilidad, la motivación, el compromiso y la capacidad de sostener intervenciones complejas.

Discusión

Los hallazgos de esta investigación revelan una trama institucional en salud profundamente tensionada por la confluencia de tres procesos estructurales interrelacionados: la destitución laboral y retracción estatal, la complejización de los itinerarios terapéuticos, y el declive institucional acelerado por la *pospandemia*. Esta discusión explora cómo estas dinámicas reconfiguran la accesibilidad en salud, transformándola de un atributo técnico a un campo de disputa política donde se juega la materialidad de los derechos.

Los resultados muestran que la destitución laboral en el sector salud no constituye un simple ajuste cuantitativo, sino una reestructuración cualitativa de la presencia estatal. Los despidos masivos, la precarización contractual y la depreciación salarial documentados coinciden con lo señalado por Mendoza *et al.* (2024) sobre el gesto refundacional para redefinir los límites de lo público en términos restrictivos. Sin embargo, este estudio aporta una dimensión adicional: esta retracción estatal configura la propia noción de accesibilidad, transformándola en una experiencia intermitente marcada por discontinuidades programáticas y circuitos de atención saturados y respuestas artesanalmente delineadas.

La paradoja que emerge es significativa: mientras el marco normativo se expande hacia horizontes más inclusivos (Ley de Salud Mental, protocolos de género, convenciones de discapacidad), la capacidad institucional para sostenerlos se contrae. Esto genera lo que Hupert (2022) conceptualiza como formas *astitucionales* o de segunda fluidez, donde las instituciones mantienen su existencia formal pero pierden densidad operativa. En este escenario, el Trabajo Social no solo gestiona recursos escasos, sino que debe mediar entre mandatos normativos progresistas y condiciones materiales regresivas, una tensión que define su posición ético-política contemporánea.

En cuanto a la complejización de los itinerarios terapéuticos observada revela cómo la precarización socioeconómica se traduce en fragmentación sanitaria. Los hallazgos coinciden con estudios etnográficos latinoamericanos (Baeza, 2021; Buzzi & Sy, 2020) que documentan recorridos discontinuos donde migrantes, poblaciones en contexto de pobreza y grupos vulnerabilizados deben negociar entre sistemas públicos debilitados y redes informales de cuidado. Sin

embargo, este estudio profundiza en una dimensión institucional clave: la fragmentación no es sólo territorial o administrativa, sino marca estructural.

La coexistencia dentro de una misma institución de enfoques comunitarios y prácticas manicomiales, de protocolos de derechos y criterios restrictivos de acceso, genera lo que hemos denominado "fragmentación estructural". Esta no se reduce a diferencias individuales entre profesionales, sino que expresa la incapacidad institucional para producir coherencia entre normativa, formación y práctica. Como señala una entrevistada: *"la Ley de Salud Mental es el horizonte... pero no todos los colegas están sostenidos desde este paradigma. Sigue habiendo imaginario de encierro"*. Esta disputa intramuros por los sentidos del cuidado y la intervención constituye un núcleo del declive institucional contemporáneo.

Y finalmente, el mencionado declive institucional no se expresa como desaparición de las instituciones, sino como creciente distancia entre su mandato normativo y su capacidad operativa. Esta brecha adopta al menos cuatro formas interrelacionadas: Primero, instituciones sin capacidad formativa, donde las normativas "mandan" pero las organizaciones no acompañan con dispositivos de formación continua. Esto desplaza la responsabilidad hacia iniciativas individuales, debilitando la responsabilidad estatal. Segundo, programas que innovan sin estructura, dependiendo del esfuerzo "artesanal" de los equipos. Esta precarización de la innovación revela una paradoja: políticas con enfoques progresivos que terminan funcionando en condiciones regresivas. Tercero, convivencia de normativas de derechos con prácticas regresivas, donde la Ley de Salud Mental coexiste con imaginarios de encierro, y protocolos de género con estereotipos persistentes. Esto es producto de cambios normativos que no han sido acompañadas por transformaciones organizacionales profundas. Cuarto, regulaciones que controlan más de lo que garantizan, especialmente visible en discapacidad y atención primaria. La intensa regulación convive con vacancias estructurales, produciendo lo que Dubet (2006) denominaría simulacro institucional: formas sin contenido, rituales burocráticos que no garantizan derechos.

La pandemia de COVID-19 no funcionó como un paréntesis, sino como un umbral crítico que aceleró y consolidó tendencias preexistentes. Dos dimensiones merecen especial atención: la reconfiguración física y organizacional que devino permanente y la fractura del lazo asistencial y el posterior trabajo de revinculación, que expuso la fragilidad de los vínculos institucionales.

En este escenario, el Trabajo Social emerge como un actor *fronterizo* que opera en el límite entre lo institucionalmente posible y lo éticamente necesario. Su intervención se caracteriza por al menos tres movimientos: por un lado la traducción situada de normativas, interpretando marcos generales en contextos específicos, llenando vacíos regulatorios con criterios profesionales. Por otro, una invención de dispositivos en intersticios, creando respuestas donde las instituciones fallan, desde talleres comunitarios hasta estrategias de revinculación. Y por último, disputa por los sentidos institucionales, cuestionando prácticas regresivas y proponiendo alternativas desde el paradigma de derechos. Sin embargo, esta capacidad inventiva presenta una paradoja peligrosa: cuando la sostenibilidad de derechos depende de la sobreimplicación profesional, se naturaliza la retracción estatal. Como señala Wagner (2013), la accesibilidad no puede reducirse a gestión individual de recursos, sino que debe anclarse en garantías institucionales robustas.

En relación a la accesibilidad afirmamos que es una relación disputada con implicaciones teóricas y políticas. Los hallazgos permiten reformular la noción de accesibilidad más allá de su concepción tradicional como disponibilidad de servicios. Proponemos entenderla como una relación social disputada que se produce en la interacción entre los marcos normativos, las decisiones de gestión, las condiciones laborales, las prácticas institucionales y las trayectorias de usuarios o itinerarios terapéuticos. Esto nos permite superar visiones tecnocráticas para situar la accesibilidad en el campo de conflicto político donde se definen los límites de lo público, la intensidad de la presencia estatal y la materialidad de los derechos.

Reflexiones finales

En este artículo hemos sostenido que la accesibilidad en salud —en la pospandemia y bajo la gubernamentalidad neoliberal actual— se redefine en la confluencia de tres procesos entrelazados: la destitución laboral creciente, el deterioro institucional y las estrategias profesionales que intentan suturar la brecha entre la retórica de derechos y las prácticas efectivas. Los materiales empíricos analizados muestran que ya no alcanza con mirar la accesibilidad como un problema de “puertas abiertas” o de existencia formal de dispositivos, sino como el resultado de una trama institucional tensionada, donde se juegan disputas por el sentido de lo público, por la intensidad de la presencia estatal y por las condiciones concretas en las que se produce cuidado.

En primer lugar, la destitución laboral y la retracción del Estado no sólo implican despidos, contratos desfinanciados o salarios depreciados: reconfiguran la forma misma en que se organizan los procesos de trabajo, reducen la capacidad de respuesta de los equipos, fragmentan los programas y desdibujan la posibilidad de proyectar intervenciones sostenidas en el tiempo. La accesibilidad se vuelve así una experiencia intermitente, marcada por discontinuidades, listas de espera, cierres parciales y reacomodamientos constantes de los dispositivos.

En segundo lugar, el deterioro institucional se expresa en la creciente distancia entre marcos normativos robustos —en salud mental, discapacidad, géneros, niñez— y la débil capacidad de las instituciones para sostenerlos. La coexistencia de protocolos de avanzada con prácticas regresivas, la multiplicación de regulaciones que controlan más de lo que garantizan y la persistencia de dispositivos de corte manicomial o selectivo configuran un escenario donde la promesa de derechos convive con formas renovadas de exclusión, segmentación y estigmatización. En este paisaje, la pospandemia no funciona como un capítulo cerrado, sino como un punto de inflexión que consolidó reordenamientos edilicios, organizacionales y simbólicos que siguen operando sobre los circuitos de atención y sobre las posibilidades de las personas de vincularse con el sistema de salud.

En tercer lugar, las estrategias profesionales de las y los trabajadores sociales aparecen como un intento persistente de suturar esa brecha entre el horizonte normativo y las condiciones materiales de intervención. La lectura situada de los marcos legales, la construcción artesanal de programas, la invención de dispositivos comunitarios, las disputas por la interpretación de las normativas y la defensa de espacios de escucha y acompañamiento dan cuenta de una práctica que, lejos de limitarse a ejecutar reglas, disputa sentidos, reinterpreta encuadres y produce accesibilidad allí donde las instituciones tienden a retraerse. Sin embargo, esta capacidad inventiva se despliega en condiciones de precariedad y desgaste que no pueden ser naturalizadas ni romantizadas: cuando la accesibilidad depende casi exclusivamente de la sobreimplicación de los equipos, lo que se revela es, justamente, el declive de las garantías institucionales.

Desde esta perspectiva, la accesibilidad en salud se vuelve un analizador privilegiado de la trama institucional contemporánea: permite ver cómo se combinan las racionalidades neoliberales con restos de políticas redistributivas, cómo se reinscriben viejas formas de control bajo lenguajes de derechos, y cómo las instituciones públicas, privadas y de la seguridad social reordenan selectivamente quiénes acceden, cómo y en qué condiciones. Lejos de tratarse de un atributo estable de los servicios, la accesibilidad aparece como una relación en disputa, producida en la interacción entre marcos normativos, decisiones de gestión, condiciones de trabajo y prácticas profesionales concretas.

El aporte del Trabajo Social, en este contexto, no se reduce a “gestionar recursos” o “acompañar trámites”, sino a hacer legible la trama de desigualdades que organiza los accesos, interrogar los encuadres institucionales que limitan o habilitan derechos, y disputar los modos en que se configura lo pensable y lo posible en los dispositivos de salud. En un escenario signado por la destitución, el deterioro institucional y la intensificación de las vulnerabilidades, las intervenciones profesionales se vuelven, a la vez, campo de conflicto y lugar de creación de nuevas formas

de hospitalidad, cuidado y presencia estatal.

En suma, la accesibilidad en la *pospandemia* es un campo de disputa política e institucional donde se juega, de manera concreta, la vigencia -o el vaciamiento- del enfoque de derechos en salud. Reconocer esta complejidad permite nombrar las tensiones, visibilizar los límites de las respuestas actuales y, sobre todo, afirmar la necesidad de fortalecer instituciones capaces de sostener, y no sólo enunciar, el derecho a la salud.

Bibliografía

- Ageitos, P.; Carosella, V. y Danel, P. (2023). Entre el respeto y el desprecio en los procesos de atención en salud. *Actas del IV Foro Latinoamericano de Trabajo Social*. FTS UNLP. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/190884>
- Alves, P. C. (2015). Itinerário Terapêutico E Os Nexus de Significados Da Doença. *POLÍTICA & TRABALHO Revista de Ciências Sociais*, 42, 29-43. <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>
- Baeza, B. (2021). Memoria e Itinerarios Terapéuticos De Mujeres Migrantes Andinas en la Cuenca Patagónica Del Golfo San Jorge (ARGENTINA). *Diálogo andino*, 65, 307-320.
- Bohoslavsky, E. y Soprano, G. (eds.) (2010) *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina desde 1880 hasta la actualidad*, Buenos Aires, Prometeo.
- Branca, M. V. (2024). Reflexiones sobre la accesibilidad a la salud de personas trans y travestis: prácticas y experiencias en las instituciones de salud de la provincia de Buenos Aires. *Ficha de cátedra*. Facultad de Trabajo Social: Universidad Nacional de La Plata.
- Buzzi, P. & Sy, A. (2020). Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes de origen boliviano en la ciudad de Buenos Aires. *Anthropologica*, 38(44), 187-208. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202001.008>
- Carballeda, A. (2010). La cuestión social como cuestión nacional, una mirada genealógica. *Revista Palabra. Palabra que obra*, 11(11), 12–23. <https://doi.org/10.32997/2346-2884>
- Comes, Y. (2006). *Redes de apoyo social y salud: el lugar de los vínculos en las representaciones y prácticas de los equipos de salud y de los usuarios*. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Danel, P. (2025). Trabajo social e instituciones. Dilemas contemporáneos en contextos de fluidez y precariedad. *Ts. Territorios-REVISTA DE TRABAJO SOCIAL*, (9), 39-54. <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/ts/article/view/2038>
- Danel, P. M. (2021). Discapacidad, infancias y desigualdades en el Gran La Plata. *Cátedra Paralela*, (18), 57–79. <https://doi.org/10.35305/cp.vi18.269>
- Dubet, F (2006) *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. España. Gedisa
- Gené, M.; Heredia, M. y Perelmiter, L. (2021). El carácter múltiple de la racionalidad estatal: ministerios, funcionarios y desafíos de gobierno en la Argentina. *Sociohistórica*, 48, e139. <https://doi.org/10.24215/18521606e139>
- Guber R. (2012) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Hupert, Pablo (2022). *Esto no es una institución*. Vicente López. Red Editorial.
- López, S.; Savino, G., Daca, C. & Danel, P. (2021). Itinerarios de la producción de salud y de las intervenciones sociales en pandemia. *Actas de las XII Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional*. La Plata, 18 al 22 de octubre. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/129964>
- Lorey I. (2017). *Disputas sobre el sujeto: consecuencias teóricas y políticas de un modelo de poder jurídico: Judith Butler*. Adrogué. Editorial La Cebra
- Matus, T., y Mariñez, C. (2017). Una Innovación crítica para enfrentar la desigualdad. En T. Matus y F. Cortez-Monroy (comp.), *Innovación Social Efectiva* (p. 65-104). Santiago de Chile:

Editorial Librosdementira.

- Mendoza, M.; Cassaglia, R.; Nercesian, I. (2024). Élités estatales en la era Milei: entre la restructuración del Estado y la reedición de los 90. *Entramados y perspectivas*, 14 (14), 27-62.
- Plotkin, M. y Zimmermann, E. (comps.) (2012). *Los saberes del Estado*. Buenos Aires: Edhasa.
- Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. *Margen*, 66, 1-11.
- Rozas Pagaza, M. (2001). *La cuestión social y el campo problemático en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Sande, S. y Danel, P. (2021). Experiencias rioplatenses sobre modos sociales del cuidado en el Alzheimer. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (8), 12-31. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/32871>
- Venturiello, M. P. (2012). Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22 (3), 1063-1083.
- Wagner, M. (2013). Volviendo sobre el concepto de accesibilidad en diálogo con el territorio. Apuntes de experiencias extensionistas en clave de investigación. En Testa, M., *Trabajo Social y Territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones* (90-101). Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Wagner, M. A. (2013). "Has recorrido un largo camino, muchacha...". *Reconstrucción de itinerarios de mujeres en situación de violencia en el ámbito doméstico*. La Plata, Provincia de Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria (página 64 a 70)
- Zuccaro, A. (2022). Intervención social del Estado, Discursos y gubernamentalidad neoliberal en Argentina (2015-2019). *Postdata*, 27(2), 271-304. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96012022000200271&lng=es&tlng=es

Fecha de Recepción: 7 de marzo 2026
 Recibido con correcciones: 3 de junio de 2026
 Fecha de Aceptación: 11 de junio de 2026