

Año 10
Número 10
Verano 2023

Revista de Políticas Sociales

Publicación semestral del Centro de Estudios de Políticas Sociales del Departamento de Humanidades
y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Moreno

ENTREVISTA

Maia KLEIN
mklein@unm.edu.ar

Coordinadora -
Vicedecana de la
Licenciatura en Trabajo
Social UNM

Alfredo Juan Manuel Carballada es trabajador social, docente e investigador. A lo largo de su carrera, se ha dedicado al trabajo tanto institucional como al asesoramiento en diferentes instancias nacionales y de la región en el planeamiento de políticas públicas, es supervisor de prácticas profesionales y formó parte de innumerables experiencias de trabajo. Además, se ha desempeñado en el ámbito de la salud, en especial dentro de la salud mental. Recuperando todas esas experiencias propone de manera continua la escritura como posibilidad de difusión del hacer profesional, pero también como su modo de aporte a las Ciencias Sociales.

En esta entrevista conversamos en torno a la democracia y a los avances y retrocesos en materia de salud mental y consumos problemáticos. Comparte aquí, con la generosidad que lo caracteriza, el vasto recorrido que tiene en esta materia.

Este año, la Argentina celebra 40 años de democracia ininterrumpida, marco que ha implicado una enorme serie de modificaciones, en tanto avances y retrocesos, en diferentes temáticas. Me gustaría que pudieras ceñirlo al campo de las políticas públicas en materia de Salud Mental y de consumos problemáticos y que pudieras contarnos cómo lo has vivido desde el Trabajo Social.

En principio 40 años es mucho tiempo. Son cuatro décadas y hubo toda una evolución en el abordaje de la Salud Mental y de los consumos problemáticos. Podríamos tomarlos como dos ejes diferentes. Con respecto a la Salud Mental, si bien durante mucho tiempo se siguieron las políticas previas a la dictadura, sí hubo un cambio sustancial a partir del gobierno de Cristina Fernández de Kirchner cuando se modificó la Ley de Salud Mental y eso generó un giro epistemológico clave en muchos aspectos. Esta nueva ley está vinculada a la perspectiva de Derechos Humanos y es importante tenerla en cuenta. Podría contar cómo cambiaron las prác-

Entrevista a Alfredo Carballeda



ticas de las distintas disciplinas. La ley derogada preveía internaciones a partir de órdenes judiciales. Un juez emitía una orden; esa orden era apoyada por un peritaje forense y así el cuerpo médico forense primaba el tema de la orden judicial para la internación. Esto implicaba que había obligatoriedad de internación para una persona, más allá de lo que el equipo de guardia o el equipo interdisciplinario evaluase. Si no aceptabas la orden judicial, implicaba el desacato, entonces los directores internaban a cualquier costo. Se sobresaturaban las guardias y uno llegaba -en mi caso al Hospital Alvear- y se encontraba con todas las camas ocupadas y hasta 10 colchones en el piso con personas internadas por orden judicial. Con toda la locura que eso implicaba, valga la redundancia. El poder judicial tiene mucha lentitud para resolver las cosas, entonces mucha gente era internada por orden judicial y habiendo pasado ya el criterio de emergencia o urgencia continuaban internadas. La persona no entendía por qué seguía internada. Mucha gente recurría a la instancia judicial para lograr una internación, lo que sobresaturaba el sistema también. El otro tema era el egreso, porque había que trabajar el alta, que tenía que ser aceptada por el juez. Una persona estaba para el alta y había que mandar una nota al Juzgado diciendo que estaba de alta y eso podía demorar meses, para que el juez avale que efectivamente se podía ir. Entonces fuimos generando estrategias, sobre todo desde el Trabajo Social, como un permiso de salidas prolongadas para que la persona viniera una vez por semana, mientras esperábamos que llegase la orden judicial. Eso con la nueva ley de Salud Mental terminó. El criterio de internación ahora es de los equipos de internación -esto para derribar el mito de que con la ley de Salud Mental no se interna-. La ley de Salud Mental prevé internaciones voluntarias e internaciones involuntarias. La diferencia es que, en lugar de ser un juez el que las ordena, es el equipo interdisciplinario que recibe al usuario el que decide si se interna o no. El criterio de internación sigue teniendo una lógica más clásica en cuanto se evalúa si existen riesgos para sí y para terceros. En el caso del Trabajo Social fue todo un desafío, porque había que justificar socialmente una internación o por qué no se interna. En mi caso, como trabajador social he firmado muchísimas internaciones en los equipos, porque son dos o tres las firmas que se requieren para una internación de acuerdo con la interpretación que se haga de la ley, y esto se debe a que la ley de Salud Mental implica una mirada interdisciplinaria. Permitió la salida del poder psiquiátrico, ya en diálogo con el Trabajo Social, con la psicología y también un poco con la Clínica Médica (que es el equipo básico de la guardia de la mayoría de los hospitales). La ley de Salud

Mental también sirvió para justificar la incorporación de trabajadoras y trabajadores sociales a la guardia de todos los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, cosa que debería extenderse al resto del país.

Hablabas del giro epistemológico que implicó la llegada de la nueva Ley de Salud Mental, y mientras lo planteabas en esos términos, pensaba en aquel modelo judicial o legal hegemónico y el traspaso a un abordaje desde la interdisciplina. ¿Qué lugar ocupa el Trabajo Social en este nuevo paradigma?

En principio, el giro epistemológico se vincula con el criterio de la nueva ley, que supone una perspectiva de derechos, lo que implica que una persona internada en un hospital psiquiátrico antes que nada es una persona privada de su libertad. Por tanto hay que justificar esa privación de la libertad. Cuando una internación es involuntaria -de acuerdo con lo que dice la ley- un cuerpo de abogados tiene una cierta cantidad de horas como para presentarse y analizar la historia clínica y preguntar a la guardia por qué esa persona fue internada. Ese es un giro que es muy novedoso a nivel mundial, es lo que propone la Organización Mundial de la Salud en ese sentido, creo que el mundo va hacia eso. Argentina es un país de punta en ese aspecto. La última vez que estuve en Cuba fui a un Centro de Salud Mental Comunitario (una especie de hospital de día en el barrio) y veía todo muy rígido, cuando hablo con la directora del Centro planteo lo que estoy observando todo es muy digno, pero es muy rígida la práctica. Y lo que me contestó la directora fue “ojalá nosotros tuviéramos la Ley de Salud Mental que tienen ustedes, podríamos hacer otras prácticas”. La nueva Ley de Salud Mental produjo un fuerte giro epistemológico. Por otro lado, la presencia del Trabajo Social implica la presencia de lo social en términos de condicionantes, predisponentes y desencadenantes para que el fenómeno que genera la urgencia en tanto internación o problemática de salud mental se vaya construyendo a través de la biografía de la persona. Hace falta una mirada social, sobre todo a partir de la perspectiva de la ley, es clave entender a la persona en contexto. En la Argentina es una tradición que viene de la salud mental de Goldenberg, de los trabajos de Pichón-Rivière. Nuestro país tiene mucha historia en ese sentido, mirar lo social y entender lo social como un elemento clave tanto en consumos problemáticos como en salud mental. Se planteó el tema de consumo problemático porque la ley es de salud mental y adicciones. Lo que propone la ley es que las adic-

ciones también sean atendidas en los hospitales o dentro del sistema de salud, como cualquier otra problemática de salud mental. Esto progresivamente se irá cumpliendo y es un tema bastante complejo, como es la atención de los alcohólicos o la persona en proceso de alcoholización en los hospitales generales. Generalmente ingresan por cirrosis hepática, es difícil que un alcohólico ingrese a una guardia por alcoholismo. Eduardo Menéndez en el libro de 1987 "Morir de alcohol: saber y hegemonía médica" se pregunta por qué pasa esto y trata de responder a partir del concepto de modelo médico hegemónico. A esto se agrega el impacto de reconocer el padecimiento subjetivo desde lo social. Hay un orden social del padecimiento subjetivo, eso se ratifica en la ley, pero ya venía siendo ratificado desde mucho tiempo antes. Por ejemplo a partir del año 83 el Hospital Alvear es el primero que tiene trabajador social de guardia en todo el país -es decir, un trabajador social 24 horas de guardia, separado del Servicio Social de planta-. Esto implica un reconocimiento de lo social en el proceso de internación y, por supuesto, dentro del proceso del tratamiento y el alta. Esto dialoga con el giro epistemológico que mencionamos antes. Así, la democracia lo que trajo fue un reconocimiento del tema. La Dictadura Militar negaba la existencia del problema de consumo problemático de sustancias. Incluso, si bien es cierto que no tenía la magnitud que tiene hoy o que tuvo 20 años después, el consumo problemático de sustancias existía y había una negación sistemática por parte de la Dictadura. Yo estudiaba Trabajo Social en la última etapa de la Dictadura y trabajaba en una institución que se especializaba en consumos problemáticos y no dábamos abasto. Era lo que hoy llamaríamos una asociación sin fines de lucro, el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) tenía equipo de Trabajo Social. Eso es algo que también caracteriza a nuestro país, desde el primer momento el Trabajo Social estuvo presente en lo que respecta a los consumos problemáticos. Desde la primera institución que se creó en 1966 que fue el FAT y en 1973 se crea el actual hospital Laura Bonaparte, ex CeNaReSo (Centro Nacional de Reeducción Social), que se crea con un Servicio Social de planta. Entonces hay una presencia real del Trabajo Social. En lo que respecta a los consumos, los primeros acercamientos se abocaron a reconocer la existencia del problema. Aparecieron las comisiones provinciales y la primera comisión nacional. En los últimos congresos de Trabajo Social que se realizaron en el marco de la Dictadura Militar se comenzó a hablar del tema como problema. Recuerdo un congreso en Mar del Plata de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), a mediados de 1983, donde se trató la Salud Mental y lo que hoy llamamos consumos problemáticos.

La primera conclusión de ese Congreso fue que iba a haber salud si había democracia. Sin democracia no hay salud. Era un congreso muy importante, en materia de salud el más importante de esa época. A partir de allí se crean las comisiones nacionales, en las cuales yo fui asesor, que dependían directamente del presidente Raúl Alfonsín. A partir del 85, hay una fuerte presencia de la geopolítica de los Estados Unidos para toda América Latina en este tema. Los expertos lo llamaban el enemigo externo: como Estados Unidos está atacado por quienes producen drogas, entonces hay un enemigo externo que ataca a ese país, por tanto las políticas tienen que estar vinculadas con la reducción de la oferta hacia Estados Unidos. Eso implica poner en primer lugar a la sustancia y cambia toda la lógica: la sustancia ocupa el primer lugar tanto en la comprensión y explicación del problema, pero también en la lógica de la prevención y de los tratamientos. Casualmente en 1986 renuncié a la Comisión Nacional y en ese contexto es cuando ingresan las comunidades terapéuticas en Argentina. Se trata de un sistema de tratamiento que va a poner el acento en la cuestión de la sustancia. Las primeras comunidades vienen vía Italia, a partir de un proyecto llamado Uomo, similar a un proyecto llamado Daytop Village que existía en esa época en Estados Unidos y que tenía que ver con un sistema de premios y castigos que era fuertemente represivo. Era extraña la idea de trabajar con adictos recuperados, con el sistema de premios y castigos que era una especie de juego de la oca: se avanzaba o se retrocedía según la conducta, el alta era una especie de graduación. Vinieron con ese proyecto cuando acá teníamos más experiencia que Italia en el tratamiento de drogas. En una reunión que tuve con el representante del Uomo en la Argentina, estaba recién graduado en Trabajo Social, le dije que no entendía “cómo ustedes, que tienen menos experiencia que nosotros, nos van a capacitar en un formato de tratamiento, porque la Argentina ya tiene experiencia desde el 66 y ustedes empezaron hace cinco años. Tal vez nosotros los podamos capacitar a ustedes”, eso enojó mucho al presidente del Uomo en Italia. Siguiendo con el recorrido histórico, después se va a sancionar en 1989, la Ley de Drogas que tenemos en vigencia. Es un acuerdo muy interesante -en ese momento era asesor de la Cámara de Diputados en la Comisión de Adicciones- porque es un acuerdo entre el justicialismo más ortodoxo de la mano de Lestelle (primer secretario de la Sedronar) y un diputado radical llamado Cortese. Lestelle reactivó una ley de Cortese que ya estaba vencida, actualmente en vigencia. Había transversalidad con respecto a cómo se entendía el problema, sobre todo la punibilidad de la tenencia para uso

personal y la creación de una Secretaría de Estado, que es lo que mandaba Estados Unidos. En ese momento en todos los países de América Latina se crean Secretarías de Estado. Si uno mira la legislación del momento, en toda América Latina se sancionan leyes muy similares. Está claro que hay una política del Departamento de Estado en ese aspecto. Lo que se logró con el kirchnerismo, puntualmente con el gobierno de Cristina, es que la Sedronar se divida en una parte que tiene que ver con asistencia y prevención y otra parte que tiene que ver con represión del tráfico de drogas (llamarlo narcotráfico es llamarlo con la semántica estadounidense de la década del 30 cuando se pensaba que las drogas tienen efecto narcógeno, que adormecen, entonces desde ahí queda narcotráfico, narcóticos anónimos, etc., vamos siendo colonizados por el lenguaje). En 1988, cuando Floreal Ferrara fue Ministro de Salud en la gobernación de Cafiero de la Provincia de Buenos Aires, tuve a cargo el área de drogodependencia del Ministerio. Ahí activamos una política que hoy la veríamos asociada con la reducción del daño, porque vinculábamos claramente la drogodependencia (que era la palabra que se usaba en ese momento) con salud mental. No hacíamos prevención porque entendíamos que la prevención tenía que ser integral y tenía que venir desde lo territorial, es decir, la atención primaria de salud, y si había alguna estrategia preventiva la vinculábamos con salud mental. Teníamos la política de no especificar la prevención e introducir, mediante capacitaciones, la asistencia en el campo del consumo problemático de sustancias en el sector público de la salud de la Provincia de Buenos Aires. Lo que hubiese implicado, si esto se llevaba adelante, una enorme capacidad instalada para resolver el problema, incluso sobrepasando la demanda. Esa fue la propuesta que hicimos cuando me hice cargo de esa área. Después ganó Menem y Ferrara renunció como ministro de Salud. Con Duhalde en la Provincia de Buenos Aires se creó la SADA (Salud Mental y Atención a las Adicciones). Hoy está bajo la esfera de la Dirección de Salud Mental de la Provincia. Es decir que hay una larga historia, 40 años son mucho tiempo. Hoy creo que estamos avanzados en este tema, porque la política de Sedronar (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas) es muy fuerte desde el punto de vista de la presencia del Estado. La Sedronar tiene más de 800 dispositivos trabajando en todo el país, la mayoría son territoriales. Desde el concepto de cuidado ha logrado articular la perspectiva de reducción del daño con la abstencionista. Creo que este es un debate que termina siendo académico, la población está reclamando ser escuchada, no importa desde qué lugar, y creo que hay que escucharla, ver cómo se entiende territorialmente el

problema e ir construyendo un modelo propio. En el caso del consumo problemático en nuestro país, en los últimos cuatro años se avanzó muchísimo con una conducción muy clara de la Secretaría de Estado actual, que es trabajadora social.

Hablabas de esta demanda del territorio y de la importancia de escuchar justamente a poblaciones ancladas a esos territorios, ¿cómo entendés al territorio? ¿Cómo entender el territorio desde el Trabajo Social y cómo sumar a nuestras prácticas esta postura no antagonica en el abordaje abstencionista y el de reducción de daños?

¿Qué saber está capacitado para escuchar el territorio? Creo que, dentro del saber académico, es el Trabajo Social. Porque el trabajador social escucha en clave de intervención y no en clave de análisis o de investigación. Es una escucha distinta de la que puede tener la antropología o la sociología, o incluso la psicología. Sin desmedro de esas otras escuchas, que son importantes y claves. El Trabajo Social tiene esa capacidad de escuchar el territorio en acción, problematizado, en clave de demanda. Ese es uno de los aportes que el Trabajo Social hace a los equipos interdisciplinarios. Esto es clave porque escuchando el territorio es posible pensar la convivencia de distintas perspectivas dentro de este campo. Valoro muchísimo el trabajo que hacen los hogares de Cristo, por ejemplo. Me interesa la capacidad de escucha, de comprensión, de acompañamiento, de sostén y de estar en territorio las 24 horas que tienen, más allá de su planteo teórico metodológico. Eso se ve en la práctica, eso es Trabajo Social. Ahora, si nos refugiamos en la academia, empezamos a analizar según las tendencias internacionales o nacionales cómo se van desarrollando los discursos, podemos hacer un hermoso trabajo para presentar en lindísimos congresos, pero estamos -de vuelta- lejos de la realidad. El Trabajo Social lo que hace es decirte “mira, está bárbara tu propuesta, pero acá la gente está pidiendo que la escuchen, acá los pibes están pidiendo un lugar donde estar, un lugar donde comer, un lugar donde pasar la noche, alguien que se preocupe, alguien que los escuche, alguien que converse con ellos, alguien que les dé cierta importancia”. Eso no quiere decir que la perspectiva de reducción del daño no lo haga, también lo hace, pero eso va a depender de los barrios, de las inserciones, de otras variables. Puede sonar pragmático y tal vez lo sea, pero nuestro país necesita respuestas concretas. Las respuestas concretas se van ajustando un poco a la propia realidad de cada lugar y territorio. Respuesta

no significa sólo escuchar, sino que significa contener, recuperar socialización y resolver o caminar la resolución del problema. Incluso entender el territorio como clínica. Lilia García fue una trabajadora social que escribió el libro “Perspectiva Clínico Territorial. Consumos problemáticos en Salud Mental” donde el eje es el territorio como clínica.

Hablás del territorio como clínica y usabas hace un rato la metáfora de “caminar la respuesta” en un territorio, idea empapada de mirada foucaultiana ya que encierra la noción capilar del poder, y lo que estoy pensando en esta línea es cómo pensar la política pública. Sobre todo en este contexto del país, donde se está discutiendo el lugar del Estado (o del mercado) en relación con temas como la salud, la salud mental y los consumos.

La política pública se da con un Estado presente, pero que también tenga la capacidad de escuchar, de comprender, de explicar lo que ocurre a nivel territorial. Es el estilo de la Fundación Eva Perón, de Carrillo, no es nada nuevo. Carrillo proponía un Ministerio de Salud que dependiera de Nación pero cuyas respuestas se adaptaran a las problemáticas sanitarias regionales. Cuando la Fundación Eva Perón escuchaba, por ejemplo, que había que construir un hogar, se construía en función de las necesidades del lugar donde ese hogar se iba a levantar. Incluso hasta geográficamente, se preguntaba en qué lugar se ponía, no se diseñaba desde una oficina en la ciudad de Buenos Aires. Estuve hace poquito en el Hospital Evita de Lanús, que tiene ese nombre porque se inauguró unos días después que muere Eva Perón, se inauguró en agosto del 52. Ese hospital lo hizo la Fundación porque un grupo de sindicalistas que trabajaban en la periferia de Lanús plantearon la necesidad de un hospital dada la cantidad de gente. Entonces Eva mandó a analizar esa necesidad, se acordó que era necesaria la construcción y la siguiente pregunta es dónde hacerlo. Y es la misma población la que sugiere hacerlo en un lugar donde se jugaba mucho al fútbol, donde había cancha de fútbol y los domingos se juntaba todo el barrio, se hacían campeonatos. Era un lugar que la gente ya conocía y que la gente misma del barrio construyó sus caminos. Fijate ahí el concepto de accesibilidad. Evita dijo que por supuesto que hay que hacerlo ahí y ahí lo hicieron.

Cuando comenzamos la entrevista, decías que 40 años son mucho tiempo, y proponías pensarlo por décadas. En la última de esas décadas, la que comprende 2013 –o 2015 por el cambio de gobierno– a 2023, ¿cómo ves los cambios que se fueron dando desde lo estatal y también desde lo regional?

De esa última década tenemos que descontar seis años, que cuatro son de la tragedia macrista y dos de la pandemia. Es una década de cuatro años, incluyendo los dos últimos años del gobierno de Cristina que implicaron un nivel de conflictividad y desgaste ante temas económicos que se estaban complicando y ante una presión fuertísima desde el punto de vista mediático, también de operaciones por parte de la embajada de Estados Unidos. Es la época donde empieza la persecución a todos los líderes de la región. En el 2003, 2004 y 2005 la Argentina no está sola: está Lula en Brasil, está Correa en Ecuador, con una Bolivia transformándose, con Lugo en Paraguay, incluso con Bachelet en Chile. Para 2013 ya la situación es totalmente diferente y también eso implica un desgaste y una fuerte soledad para el país y para el desarrollo de políticas sociales y también de políticas económicas. En ese punto hay un tema que es clave, y es que nunca se volvió al lugar donde se partió. ¿Qué quiero decir con esto? cuando en el año 1973 Perón asumió la presidencia de Argentina no logró volver al nivel de vida del 55. Y cuando Cristina llega a lo mejor, en términos de distribución de la riqueza, de logros de derechos, de todo lo que se logró no llegó a igualar ni el 73 de Perón, ni mucho menos al 55. Lo que siempre implica un retroceso. Y si sumamos al análisis el gobierno de Alberto Fernández mejoró, por ejemplo, el desempleo, tenés la tasa de desempleo más baja de los últimos años pero al mismo tiempo es la más horrible distribución de la riqueza que tenemos y por eso tenemos este nivel de pobreza. Eso también marca un poco el desgaste, marca un poco el desencanto y algunas decepciones. Incluso también las dificultades para llevar adelante las políticas públicas. No creo, como cree cierto sector político, que cuanto peor, mejor. Yo creo que cuanto mejor, mejor. Cuanto mejor alimentada esté la población, cuanto mejor distribución haya de la riqueza, más demanda habrá para estar mejor. Ahora si todo está peor, la cuestión se transforma en una guerra de todos contra todos. Eso impacta en todas las políticas que se llevan adelante desde el punto de vista de la política social, de salud, etcétera. Entre el 2013 y el 2023 está la pandemia. Hay que tener en cuenta que la pandemia continúa, sobre todo impactando en el campo de la salud mental. Hay una continuidad ahí y en epidemiología cuando se habla de

salud mental los acontecimientos se expresan subjetivamente de manera tardía. Estamos viviendo, tal vez, el peor momento de la pandemia en el sentido del impacto subjetivo de la misma. Ahora nos enojamos más con respecto al “encierro” que los que podríamos habernos enojado durante la pandemia en sí misma. El término de fragmentación social está muy presente en esa cuestión. Son dos años muy duros, que han impactado de una manera espantosa a nivel internacional. Después de la deuda que deja Macri, que también condiciona muchísimo a este gobierno. Y los cuatro años de Macri, que fueron tremendamente desastrosos.

La última pregunta la quiero hacer mirando hacia adelante, ¿qué desafíos identificás para el Trabajo Social pensando, de nuevo, en este eje que hemos desarrollado de la salud mental y de los consumos problemáticos?

Dentro de los desafíos creo que es necesario ir para atrás. Cuando discutimos el negacionismo también tenemos que discutir el negacionismo del bombardeo a Plaza de Mayo, hay vasos comunicantes entre los que bombardearon la Plaza de Mayo y la ESMA, por ejemplo, Massera, Suárez Mason era la persona que recibía a los aviadores que habían bombardeado la Plaza de Mayo en Uruguay, porque estaba exiliado por un atentado que había hecho junto a Carranza, ministro de Alfonsín, que estaba con un proceso judicial por haber puesto una bomba en el año 53 y habían muerto 8 personas en la estación de subte. La paradoja es que hay una estación de subte que también se llama Carranza, los homenajes Argentina son bastante paradójales. Me parece importante tener en cuenta la historia y no detenernos solamente en la dictadura, sino pensar en cómo fue perseguida la resistencia peronista, que hubo muchos muertos y cómo también se persiguió a la gente que se levantaba frente a dictaduras militares. Esos que se los pone ahora en lugar de los “tirabombas” como diría Milei. O los que se defienden “bueno, yo fui pero no fui”, como Patricia Bullrich. Con respecto al Trabajo Social, la cuestión es reconocernos como profesión y ahí la democracia nos trae muchísimo oxígeno. La democracia hace que formemos parte de la Facultad de Ciencias Sociales en la UBA y eso repercute en todo el país, incluso en la región, y hace que el Trabajo Social empiece a ser considerado una disciplina de las ciencias sociales, cosa que sigue siendo muchas veces discutida, porque desde un punto de vista formal lo es y no lo es, desde el punto de vista formal sí lo es, pero a veces cuando llegas a

un formulario no te aparece el Trabajo Social como disciplina. Entonces, ¿es o no es? Creció muchísimo, yo no me imaginé que iba a haber doctorados y maestrías en Trabajo Social. Y tanto interés en ese sentido de la producción de los últimos años, la cantidad de libros escritos y revistas en la Argentina. Los desafíos para el Trabajo Social son cosas que ya se vienen haciendo, incorporar también lo objetivo y lo subjetivo, seguir discutiendo, seguir construyendo dentro de la discrepancia la diferencia en función de distintos planteos teóricos o distintas posiciones ideológicas o políticas. Pero tener en cuenta que nuestro tema tiene mucho que ver con la intervención. Hacemos investigación, conocemos, pero construimos conocimientos desde la intervención. La intervención es nuestro eje principal, lo que más podemos aportar a la sociedad. Nosotros somos ciencia social aplicada, cuando estamos en un equipo interdisciplinario somos las Ciencias Sociales y creo que nos tenemos que posicionar desde ahí. En los equipos interdisciplinarios me siento Ciencia Social, diciendo Ciencia Social. Aunque muchos se enojen o muchos epistemológicamente digan que es un error, somos eso. Y también somos singulares, que también genera algunas discrepancias en congresos, eventos. Es decir, hay una singularidad propia que hace que el Trabajo Social tenga su propio modelo de entrevista, su propia forma de entender la realidad, su propia forma de construir conocimiento. Respecto del futuro, esta no es una época muy amable con las Ciencias Sociales, pero creo que el Trabajo Social sería aquello que puede salvar a las Ciencias Sociales. Las Ciencias Sociales necesitan del Trabajo Social en el sentido del contacto con la realidad inmediata. El Trabajo Social es una disciplina donde la práctica interpela a la teoría. Nosotros no comprobamos hipótesis cuando estamos trabajando, sino que lo que hacemos es tratar de dar respuestas lo más transformadoras posibles a las demandas que recibimos. Desde la práctica, vos tenés contacto con la realidad minuto a minuto; en cambio, en otros campos esa realidad se conoce cinco años después. La Ciencia Social necesitaría más Trabajo Social para actualizarse, estar en contacto con lo que está pasando en el día a día en nuestra sociedad, situarse en la realidad concreta de nuestro país y de nuestra región, en la perspectiva bien nacional y latinoamericana.