

## Artículos seleccionados

# Trascender la urgencia: diálogos necesarios en tiempos de pandemia

**Daniela Teveles<sup>a</sup>, Natacha Levisman<sup>b</sup> y Daiana Musi<sup>c</sup>**

Fecha de recepción:	31 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	23 de octubre de 2020
Correspondencia a:	Daniela Teveles
Correo electrónico:	danuteveles@gmail.com

- a. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- b. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- c. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.

### Resumen:

El siguiente artículo propone una reflexión desde el trabajo social en el área de salud a partir de la transformación de las condiciones de vida de la población en general, y de nuestras condiciones de trabajo en particular, que marcó el aislamiento social preventivo y obligatorio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante la pandemia del Covid-19.

En primer lugar, analizamos la profundización de los procesos de precarización preexistentes a esta situación y su impacto directo en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Luego reflexionamos sobre las distintas medidas desplegadas por el gobierno nacional y local, el lugar de nuestra profesión en el acceso a estos recursos y la articulación con múltiples organismos gubernamentales y organizaciones sociales en el territorio.

Por último, pensamos cómo repercuten estos cambios en nuestras condiciones de trabajo y en las intervenciones sociales que construimos en tanto la urgencia de la atención asistencial relativa al Covid 19 pone en constante tensión la perspectiva de salud integral desde la cual intentamos situar las mismas.

**Palabras clave:** Aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) - Salud - Trabajo social.

### Summary

*This article shares a perspective of the transformation in the living conditions of the population in general, and on working conditions in particular, from the standpoint of social work applied to health areas, in the context of the Preventive and Mandatory Social Isolation installed in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires through the Covid-19 pandemic.*

*First, we address the enhancement of pre-existing precariousness processes within this situation and its direct impact on the health-disease-attention-care processes.*

*Then we reflect on different measures taken by the current administration and local governments, the place of our profession regarding the access to those resources and the articulation with multiple public agencies and social organizations in the territory.*

*Finally, we analyze about how these changes affect our working conditions and the social interventions that we build, as the urgency of care related to Covid 19 puts in constant tension the comprehensive health perspective from which we try to place them.*

*Key words: Preventive and Mandatory Social Isolation - health - Social Work.*

### Para empezar a pensar(nos)

Las fronteras son distintas. La puerta del hospital general lleva a un parque que parece, a esta altura, una pieza de museo. La del centro de salud, a una terminal de transportes que también ocupa una vitrina en este presente. La del hogar, el teletrabajo, permanece cerrada intentando cumplir con el mantra de esta era: "Quedate en casa".

La Residencia de Trabajo Social- en esta oportunidad, la de CABA- permite formarse en servicio, es decir, rotar por diversos espacios de trabajo dentro del sistema de salud, e ir elaborando de forma simultánea y a posteriori, reflexiones colectivas. El ejercicio de la revisión de la práctica a la luz de la teoría, de la observación, del retorno a los registros realizados de esas experiencias, aporta a una mirada tridimensional de la situación tan particular y a la vez tan cotidiana que atravesamos: la pandemia del Covid 19.

Si un dedo gigante hubiera bajado del cielo y hubiera tirado para abajo lo que ya estaba en las profundidades y elevado lo que gozaba de buena salud, sería una explicación muy gráfica de lo que observamos. El coronavirus, como evento excepcional e inédito porta muchas características conocidas y su llegada ha agudizado situaciones estructurales de desigualdad, que visibilizaron que el capitalismo patriarcal y colonial, ha llegado a ciertos límites que hacen insostenible la vida de las mayorías, tal cual se presenta hoy. En esas desigualdades que se han construido históricamente nos insertamos como traba-

jadoras sociales, y son esas desigualdades y su profundización, producto de la pandemia, a las que queremos poner nombre y apellido.

No ignoramos que los sujetos somos agentes de transformación. Las políticas públicas que han emanado del Estado, como resultado de la exigencia de los sectores populares, vulnerabilizados especialmente por esta situación, son una muestra de ello. Un análisis de las políticas que se han desplegado como respuesta a la situación actual, en esta clave, así como de las estrategias que se han desarrollado desde estos sectores y también desde los trabajadores en general, es fundamental. Esta multidimensionalidad puede ser una aproximación a imaginar que el paso del Covid 19 no sea un huracán que deje solo escombros, sino que de las grietas que se abran, puedan surgir territorios fértiles de disputa y creación.

### Del aislamiento obligatorio a las políticas de emergencia y la organización en los territorios

Aquellas situaciones excepcionales y casi fantásticas que veíamos por la televisión llegaron a nuestro país más temprano que tarde. El 20 de Marzo, el DNU 297/2020 que dictó el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) transformó la vida cotidiana de todos, trastocando las formas conocidas de socialización, producción y reproducción social del conjunto de la población. Resulta, entonces, necesario analizar las particularidades que esto conlleva en las condiciones de vida de la po-

blación en general, pero más precisamente, en aquellas usuarias de los efectores de salud públicos. Estos sectores, no casualmente son quienes más vulnerabilizadas encuentran sus existencias durante este período y en quienes los procesos de precarización preexistentes a la pandemia, se intensifican.

Teniendo como marco general que la expansión mundial del Covid 19 profundizó las desigualdades estructurales existentes, podría describirse como primer problema que el mundo del trabajo y de las posibilidades de subsistencia, se vieron modificadas o impedidas en su desarrollo. Esto se agudizó para quienes, como se mencionaba antes, se encuentran desempleadas, trabajan de forma no registrada, o incluso ven cómo la caída del valor de su salario sucedió estrepitosamente. A estas características del estado de trabajo en pandemia, se adiciona otra complejidad, que es el traslado del trabajo productivo al hogar, recargando el reproductivo o doméstico y de cuidado, mayormente en las mujeres, sujetas históricamente asignadas en la atribución de estas tareas. En este sentido, la caída de los ingresos resulta de gran preocupación. Según un informe de la OIT, trabajadores y trabajadoras informales sufrirán reducciones de más del 80% de sus ingresos en países como el nuestro (Abal Medina, 2020, p.15).

Para completar el mapa situacional respecto de la clase trabajadora en su conjunto (ocupada/precarizada/desocupada) habría que focalizar en aquellos que no solo son desocupados temporales, sino que posiblemente no lograrán insertarse nuevamente en el mercado de trabajo porque no lo han podido hacer tampoco en momentos donde la crisis socioeconómica y sanitaria no había alcanzado los niveles actuales. Con lo cual, existe y se engrosa una masa de población que sobrevive, o bien cuando logra acceder a algún recurso estatal, o gracias a las redes de solidaridad que se tejen en los barrios donde transcurren sus días.

Como conclusión, se puede observar un aumento de la pauperización de la vida de los sectores trabajadores, sea cual sea su situación de empleo, que tiene impacto directo y en mayor medida, en los sectores que no pueden vivir de su trabajo, en sus condiciones de vida, y por ende, en sus procesos de salud-enfermedad-atención-

ción-cuidado, como se desarrollará a continuación.

El gobierno nacional lanzó un paquete de medidas económicas para contener la situación social que producía este “parate” en el mundo laboral apelando a un subsidio estatal a la actividad privada, la prórroga de pago de servicios esenciales, y un aumento en los programas y planes sociales que constituyen la política social. Entre ellos podrían nombrarse el ATP (Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción) abonando una parte del salario de trabajadores de empresas y otorgando créditos a tasa cero para la producción; la Tarjeta Alimentar, el Bono a Jubilados, la posibilidad de suspender el pago de los servicios básicos sin que estos sean cortados: gas, luz y agua; la prohibición de desalojos por incumplimiento de pago; la prohibición de despidos y suspensiones, entre otras iniciativas.

Una de las medidas más importantes que dictó el Estado Nacional con el objetivo de contener la situación fue el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) que consta de una transferencia monetaria directa a trabajadores informales, de casas particulares, monotributistas sociales y de las categorías A y B, y aparece como “refuerzo” adherido a la Asignación Universal por Hijo y Embarazo (AUH y AUE). Si bien no cabe en los propósitos de este trabajo un análisis del mismo, como trabajadoras sociales que desempeñamos nuestra labor en el área de salud podemos adelantar que este programa resulta importante en tanto estrategia de contención social de emergencia- como su nombre lo explica- ante una situación inédita y espontánea, así como por el alcance que logró (8,3 millones de personas en el país según el Ministerio de Economía<sup>1</sup>).

Sin embargo esta política presenta otros conflictos, desde lo operativo en términos de la accesibilidad al mismo, y por su aparente dificultad de modificar a mediano plazo la situación socioeconómica de quienes lo perciben. Respecto al primer punto, desde el trabajo territorial resulta compleja su implementación por la virtualización de los trámites que se requieren para acceder: las oficinas de ANSES se encuentran cerradas y la atención así como la gestión de recursos es sólo virtual. En ese sentido, la imposibilidad de gran parte de la población, sobre todo la que reside en barrios populares o se encuentra en situación de calle, de acceder a una computadora,

1. "Impacto del Ingreso Familiar de Emergencia en la pobreza, la indigencia y la desigualdad". Ministerio de Economía, de Desarrollo Social y de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Nación. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el\\_impacto\\_del\\_ife\\_en\\_pobreza\\_indigencia\\_y\\_desigualdad.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_impacto_del_ife_en_pobreza_indigencia_y_desigualdad.pdf)

teléfono o conectividad, obstaculizan el ingreso al programa. Las escasas o nulas posibilidades de articulación con ANSES, desde los espacios de intervención que podrían colaborar en las gestiones, se suman a las dificultades descritas. En lo que concierne al segundo punto, el lanzamiento del IFE fue con una temporalidad de dos pagos, que se ha ido extendiendo con el simultáneo alargamiento del ASPO y la imprevisibilidad de regreso a las tareas de empleo/trabajo habituales. Sin embargo, los problemas de continuidad de pago, o de inscripción tardía para muchas personas, resultó en la no continuidad del cobro o la no percepción del mismo. Por otra parte, si bien la suma otorgada es un monto que resulta inédito en la transferencia de dinero (\$10.000) por parte del Estado a la población sin contraprestaciones- aunque sí con requisitos- no hay aún un rumbo claro donde pueda verse cómo este programa redundaría en transformar de cierto modo la situación laboral de la población destinataria que aún no puede regresar a sus empleos o trabajos, y sobre todo, que posiblemente no logre hacerlo en su totalidad cuando el ASPO finalice. La irregularidad, junto con la arbitrariedad que esta arrastra, quedó al descubierto:

Patrones que querían pagar solo la diferencia entre el IFE y el salario habitual, patrones que no querían pagar nada. Patrones que pagaban pero exigían que fueran. Y ellas del otro lado, braceando entre la falta de trabajo y los problemas que también aguardan del lado de sus casas (...), y entonces de todos modos tuvieron que salir a trabajar porque el trabajo en negro es mayoritario (Tordini, 2020, p.71).

Gran parte de estos recursos, especialmente los centralizados en ANSES, han sido gestionados desde los Servicios Sociales de los hospitales y Centros de Salud, debido a que fueron unas de las pocas puertas que se sostuvieron abiertas presencialmente durante este período. El rol de las trabajadoras sociales, quizás con una fuerza inédita, fue la de facilitar el acceso a la gestión de estos recursos y la articulación con múltiples organismos que funcionan de forma remota o virtual, para intentar construir con les usuaries formas de supervivencia durante el ASPO. El centramiento en el cuidado de la salud de forma integral, poniendo en relieve la posibilidad real y material de les sujetes de cumplir con las normas prescritas por el Estado en este período, fue

de las actividades más complejas que nos tocó atravesar como trabajadoras sociales de la salud en contexto de pandemia. Pensar el cuidado, cómo la prevención del contagio de Covid 19 tensiona de forma permanente en situaciones donde no existe posibilidad de llevar adelante lo necesario como el acceso al agua, a espacios aireados, o a una vivienda, o incluso contar con dinero para alimentarse o conseguir productos con los cuales higienizarse.

La contracara de la respuesta estatal son los procesos organizativos comunitarios que se desarrollaron en los barrios. Las ollas populares, la proliferación de comedores comunitarios, las acciones que espontáneamente se produjeron, resultaron respuestas autónomas a una situación de crisis absoluta que visibilizó lo antedicho. Un ejemplo de esto son los "Comités de crisis" existentes prácticamente en todos los barrios populares, como grupalidad que aglutina vecines, organizaciones sociales, Iglesias, profesionales de la salud en algunos casos. Asimismo, y como anociamiento por parte del Estado de esta organización barrial y comunitaria, se creó el Programa "El barrio cuida al barrio", desde la Secretaría de Economía Social, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, con el objetivo de articular las acciones de ambas esferas<sup>2</sup>.

Los equipos de salud han avanzado en las articulaciones con estas diferentes iniciativas, como continuidad de lo que se realiza de forma cotidiana desde los CeSAC, pero con una mayor premura y necesidad- mutuas- dadas las condiciones de emergencia. Lo más relevante fue la inserción propiamente territorial de las organizaciones en un momento en que se dificulta el acceso concreto a las viviendas de les vecines y la capacidad de trabajo conjunto, entre CeSACs, promotores de salud y las organizaciones sociales.

Como se mencionaba, el Estado se acerca a la organización vecinal a través del apoyo a su trabajo pero también se presenta en los barrios de otra manera. Una de las certezas que va arrojando la situación actual es que el Covid-19 y la implementación de la estrategia de ASPO refuerza la individualización y la soledad, acentuando el control y dando un lugar fundamental a las fuerzas de seguridad en los territorios. Esto se desarrolla plagado de contradicciones, entendiéndose que: "ni control ni vigilancia suponen, necesariamente, cuidado. En todo

2. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/arranco-barrio-cuida-al-barrio>

caso se trata de tecnologías sociales que son formas de gobierno y producción de orden social” (Faur y Pita, 2020). Es decir, bajo la premisa de sostener el bien común se potencia el poder coercitivo del Estado interviniendo en el control de la población, dando lugar a lo que Svampa denomina un *leviatán sanitario* (Svampa, 2020) en tanto es evidente, por un lado, el retorno de un Estado social pero acompañado, por otro, del Estado de excepción que justifica la militarización y represión de las poblaciones más vulnerabilizadas.

Un tema interesante para graficar la profundización y agravamiento de situaciones de violencia que ya se desarrollaban pero que eclosionan durante la pandemia, son las violencias de género. Las políticas públicas en esta materia aparecieron de manera tardía y de forma limitada, considerando que está problemática aún continúa un tanto invisibilizada. El mensaje, nuevamente, de “quedarse en casa”, sin tener en cuenta las complejidades de implementación de esta estrategia en las poblaciones históricamente oprimidas y subalternizadas, tales como personas en situación de calle, personas con discapacidad o mujeres y niños para quienes el mayor peligro se encuentra justamente dentro de ese hogar, las expone a situaciones de violencias más agudas, de riesgo y sufrimiento tanto físico como psíquico preexistentes.

Según datos de la Línea 144<sup>3</sup> de asistencia a mujeres y femineidades en situaciones de violencia de género, entre Marzo y Junio de este año recibieron 25.310 llamados, de los cuales, 9.184 derivaron en intervenciones. En promedio diario, las comunicaciones subieron un 28%, en comparación a un lapso similar de tiempo anterior al ASPO. Estos números no sólo indican que el acercamiento a alguna instancia de asesoramiento, ayuda, protección aumentó, sino que de todas las consultas que se realizan, sólo alrededor del 25% termina en una intervención. Es claro que no todas las comunicaciones deben de forma lineal derivar en una acción, porque existen múltiples factores que pueden llevar a que esto no suceda, pero invita a pensar qué ocurre con aquellas personas que logran acceder al 144 y luego no pueden avanzar hacia resoluciones posteriores porque no hay instancias para lo que podrían necesitar. En concreto, espacios para poder salir de un hogar con agresor conviviente, dinero para acceder a otra vivienda, o incluso a alimentos, cuidados necesarios de la sujeta o de sus hijos en caso de tenerlos, un empleo, atención psicológica estable en caso de necesitarla, grupos de apoyo, entre otras cosas. De nuevo,

la preexistencia de estos problemas se ve transparentada en este período.

A raíz de estas urgencias es que el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación lanzó una batería de programas entre los cuales se encuentran algunos focalizados en esta temática. Aún no se han comenzado a implementar de forma plena por lo que es muy pronto aseverar su pertinencia.

## Sistema de salud: viejas tensiones, nuevas realidades

Las condiciones de vida también se ven afectadas por la dificultad en la accesibilidad al sistema de salud, en tanto los hospitales y centros de salud se dirigen casi en su totalidad a la administración de la pandemia, determinando qué situaciones deben ser atendidas y cuáles no según su grado de emergencia. Esto reactualiza el despliegue del Modelo Médico Hegemónico, definido por sus características de “biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada” (Menéndez, 2003, p.194). Así se desdibuja la defensa del derecho a la salud en los territorios que parece reducirse prácticamente a la atención de una dualidad que divide “pacientes covid - pacientes no covid”. Sin embargo, “para la intervención en lo social no hay un Covid 19 sino muchísimas expresiones sociales de éste que dialogan con otros problemas sociales de las personas que se contagian o que están desarrollando cuidados para no contagiarse” (Carralada, 2020, p. 23).

Esta tensión recorre también, y sobre todo, las políticas de salud desplegadas. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, da cuenta de la necesidad de implementar dispositivos específicos que se adapten a las necesidades de cada territorio. El caso del Programa Detectar- de origen nacional- tuvo como objetivo por un lado, dar respuesta a la situación sanitaria de un barrio popular de la ciudad donde los casos crecieron exponencialmente, y por el otro, articular el trabajo de Nación y Ciudad. Lo que se relevó a través de esta experiencia puede resumirse en que la gran cantidad de contagios y la muerte de vecinos tuvieron que ver con la rápida expansión del Covid 19 pero sobre todo fueron producto de las condiciones históricamente precarias de vida que impedían

3. Fuente: Línea 144, tres sedes. Elaboración propia de la Dirección Técnica de Registros y Base de Datos. MMGYD

la correcta prevención y atención de cualquier enfermedad, poniendo en evidencia las desigualdades habitacionales con su impacto directo en la salud de la población que desde hace décadas se viene denunciando desde distintos espacios de lucha en la Ciudad.

Asimismo, la coordinación entre el Ministerio de Salud de la Ciudad, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, la Secretaría de Integración Social y Urbana y las distintas Áreas Programáticas de cada Hospital con sus respectivos CeSACs, contó con numerosos conflictos de organización y articulación, atribuyendo un lugar de ejecución y pasividad para los trabajadores de la salud de estos últimos, aunque son quienes desarrollan su tarea de forma diaria en esos territorios y conocen las problemáticas, dinámicas y posibilidades de implementación de estrategias de trabajo en salud. Fueron los trabajadores de la salud, entre muchos otros, quienes lograron crear iniciativas para reinventar su tarea en este contexto, en contacto con actores barriales y tomando las necesidades y realidades del territorio. Entre estas creaciones se destacan los Comités de Crisis autoorganizados en los barrios con participación de vecinos, organizaciones sociales, trabajadores de la salud y educación, entre otros; las asambleas al interior de los lugares de trabajo, en este caso, los Centros de Salud, para organizar la tarea en función de la asistencia en cohortes y del aporte que cada disciplina podía contribuir en el desarrollo de la atención y gestión de la pandemia en el territorio; la articulación entre los CeSACs y diversos organismos estatales y organizaciones sociales para garantizar la alimentación y la higiene de las personas aisladas por Covid o en situaciones de precariedad y vulnerabilidad extrema frente a la agudización de la crisis económica.

El Plan Detectar, presentado como caso de éxito por el gobierno local y los medios de comunicación, se desarrolló entonces, plagado de conflictos en su implementación, y resultó nuevamente relevante el trabajo social en la articulación con las diversas instancias dentro de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales: "La capacidad del Trabajo Social de comprender el territorio desde sus diferentes expresiones, aporta, en este contexto la posibilidad de trabajar en la recuperación de lazos sociales, su fortalecimiento y fundamentalmente la posibilidad de conocer los problemas sociales desde una perspectiva situada" (Carballeda, 2020, p. 24).

Dentro del hospital, la supremacía del Modelo Médico Hegemónico condiciona la construcción de estrategias

e impone tiempos de intervención que no están acordes a la realidad a la que nos enfrentamos. Por ejemplo, la reducción a las altas exclusivamente por criterio clínico sin comprender a la salud desde su perspectiva integral, una de las disputas cotidianas dentro de la institución hospitalaria, se ve agudizada por la inexistencia de circuitos de externación o acompañamientos alternativos brindados por el Estado, tales como hogares, centros de día, entre otros. En este sentido, también la prioridad de atender la emergencia relegó las situaciones de cronicidad y seguimientos necesarios de otros padecimientos. Los tiempos de disponibilidad de camas de hospital no son los mismos que los de las personas, y esto es, una vez más, un viejo problema que alcanza nuevos horizontes recrudescidos por la pandemia.

La salud integral, perspectiva desde la cual intentamos trabajar, ha quedado circunscrita estrictamente a la atención asistencial en la urgencia relativa al Coronavirus. Desde este enfoque, entendemos que la determinación del proceso salud-enfermedad debe contemplar la unidad de este, en su carácter doble, biológico y social, lo cual implica reconocer la especificidad de cada uno y la relación que guardan entre sí (Laurell, 1982). Es claro que ante una pandemia de estas características los esfuerzos deben ir orientados a tratarla, pero esto ha generado un desplazamiento casi absoluto de lo que solíamos hacer, incorporándonos a tareas ajenas a nuestra cotidianidad, creando nuevos marcos y modos y redefiniendo, no sin conflictos y tensión, aún entre compañeras, nuevos ethos, dimensiones y horizontes de la práctica profesional.

Esto impacta en las trayectorias individuales, familiares y comunitarias de cuidado de la salud, y tiene consecuencias que ya se empiezan a percibir pero que podrán ser analizadas más a largo plazo, y que se derivan de la interrupción de muchas tareas (que ahora aparecen como secundarias) que se desarrollaban, principalmente relacionadas a la prevención y promoción de la salud, que apuntan al "fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de condicionantes de la salud" (Czeresnia, 2006, p. 6). Condenadas a la atención de la urgencia, programas como juegotecas barriales, talleres de educación sexual integral, grupos de crianza, encuentros de mujeres, entre otros espacios colectivos de construcción de salud comunitaria en las que nos insertamos, parecen una foto de un pasado lejano, y sus consecuencias ya empiezan a manifestarse en la salud de los usuarios del sistema público de salud.

## Sobre ser trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia

Hay una estrecha relación entre lo que sucede a nivel macrosocial a partir de la declaración del Covid 19 como pandemia, y lo que nos toca atravesar a les trabajadoras de salud- y en particular a las residentes trabajadoras sociales en salud- en nuestra tarea diaria. Todo lo naturalizado e instituido se ha profundizado a la vez que se han abierto algunos intersticios para la problematización o reflexión de esa normalidad en la que vivíamos.

Existe una característica que signa nuestra intervención que es la relación con otros, el trabajo y la construcción de alternativas antes situaciones concretas de forma conjunta con otros y en este sentido la importancia de la presencialidad y la forma en que en contexto actual el vínculo se ha trastocado por completo y ha modificado sustancialmente cualquier práctica profesional que solíamos ejercer. La relación que se establece, con la temporalidad y durabilidad que sea, es una pieza fundamental para la dimensión socio educativa que tiene la profesión y que implica un proceso de intervención basado en el diálogo, la pregunta, la problematización, la acción y reacción, el clima que se genera entre quienes participan sea individual o grupal la modalidad. Esos procesos no se dan nunca por fuera de cierta institucionalidad, que sin la presencialidad se disipa así como el encuadre que estructura el trabajo profesional.

A partir de eso, se han producido institucionalmente una batería de normativas ligadas a la distancia social en términos literales - porque el virus es aliado del contacto estrecho- que no necesariamente tuvieron como prioridad el cuidado de los denominados trabajadores esenciales, entre los cuales nos encontramos. Se vuelve evidente la contradicción entre esta esencialidad que tendríamos para la sociedad y la garantía de condiciones mínimas de nuestro cuidado que además conlleven a preservar la atención de les usuaries.

La construcción de protocolos de protección y atención dentro del hospital fue signada por dos puntos, que entendemos deberían ser repensados. Por un lado, la falta de convocatoria por parte de las autoridades a la participación del conjunto de les trabajadores en el proceso de creación del mismo. Esta tarea es llevada adelante por un número ínfimo de disciplinas médicas que conforman el Comité de crisis de la institución hospitalaria. Por otro lado, y producto del punto mencionado, el protocolo responde en primera instancia a la regulación

de las funciones del hospital, relegando las respuestas efectivas para el cuidado de les trabajadores y las estrategias de atención integral de la salud para el conjunto de la población.

A su vez, en el contexto de pandemia parecería que las tareas que forman parte de nuestras incumbencias profesionales como trabajadoras sociales, que exceden lo asistencial, se hubieran esfumado. Este contexto dificulta el desarrollo no solo de la dimensión socioeducativa de nuestra intervención, sino también de la construcción de participación activa de otros actores- usuaries, otras disciplinas, organizaciones- en la intervención.

No podemos escindirnos como sujetas sociales en un tiempo de incertidumbres y nuevas soledades, y es en ese marco que, atravesamientos subjetivos mediante, las fronteras de nuestros hogares se han visto invadidas por nuestros espacios de trabajo en un continuum, a veces inidentificable. Así, no sólo situaciones complejas, abrumadoras e incluso de violencias y abusos entran de alguna forma a la vida cotidiana del hogar, sino que además el contacto y acompañamiento de otras colegas para enfrentarlas es aún más difícil. Este nuevo escenario, donde los límites geográficos de nuestro trabajo fueron trastocados, significó en nuestra profesión que está conformada en su gran mayoría por mujeres, y sobre todo en las colegas que son madres, la constante combinación del trabajo profesional y los trabajos de cuidados que nos fueron atribuidos históricamente, generando situaciones de desgaste y aumentando las condiciones de precarización en la vida cotidiana.

Como contracara, hemos encontrado lugar en equipos de trabajo que antes no hubiéramos tenido la posibilidad de integrar, si bien con las trabas en la comunicación y articulación que el caos provocado en la organización del trabajo trajo consigo.

En este contexto podemos mencionar distintas estrategias de autocuidado que fuimos adoptando, que son vividas de formas distintas por cada una de nosotras: las restricciones en el trabajo que se realiza desde casa, la comunicación con otros colegas sobre las sensaciones que producen las limitaciones cotidianas, la participación en espacios colectivos tanto de nuestra profesión como del conjunto de profesionales, la lectura y visualización de distintos textos y conferencias de colegas que nos permiten generar una pausa en nuestra vida cotidiana para reflexionar sobre nuestras prácticas y vivencias, entre otras.

Nuestra inserción como trabajadoras y los procesos de precarización a los que somos sometidas como tales son parte de esta problemática. Reivindicaciones como la exigencia del equipo de protección personal adecuado, la garantía de las condiciones materiales de trabajo que exige el teletrabajo como acceso a computadora, internet y teléfono, el derecho a la desconexión y el respeto a nuestras incumbencias profesionales con todo lo que tenemos para aportar en este contexto, resultan fundamentales.

## Cómo construir una nueva (a)normalidad

Estas ideas, que surgen de largos diálogos virtuales, del encuentro detrás de una cámara y con un mate solitario en mano, intentan trascender la mera catarsis, tan necesaria en estos días, para empezar a construir nuevas prácticas a partir de la reflexión colectiva. Pensarnos

como sujetas sociales, trabajadoras, mujeres, usuarias del sistema de salud, con todos los atravesamientos que nos interpelan, nos impulsa a romper la inercia de la urgencia y trascender hacia una praxis superadora.

Para las que sostenemos que todo espacio es un ámbito de disputa y es posible de transformarse, pensar en cuál será la nueva normalidad que resulte de esta puja no sólo contra un virus sino en el marco de nuevas formas de trabajo, de relaciones y de producción de la sociedad, es un desafío que será de larga data. Poner en palabras y analizar las experiencias que en este contexto se presentaron es un insumo fundamental para reflexionar y tomar una participación activa en la construcción de esa nueva (a)normalidad con el afán de que la misma dentro del sistema de salud tenga otras voces, voces que muchas veces intentan ser silenciadas a fin de sostener un modelo médico que hace años se viene cuestionando y que necesariamente debe ser transformado.

## Bibliografía

Abal Medina, P, Barttolotta L, Gago, I, Sarraís Alier, G, Bercovich, A. Gelós, N, Golombek, D · González (2020) *La vida en suspenso, 16 hipótesis sobre la Argentina irreconocible que se viene*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI y Revista Crisis.

Carballeda, A. (2020). *Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19*. En CATSPBA - Palabras urgentes : dossier sobre Trabajo Social y Covid-19 / Julio C.Gambina... [et al.]. - 1a ed. - La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Libro digital, PDF Link: <https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/04/7.-Palabras-Urgentes.pdf>

Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2006) *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. En Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires Lugar Editorial.

Decreto de Necesidad y Urgencia N°297/2020 (Poder Ejecutivo Nacional). Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335741>

Faur, E y Pita, M. V. (2020). *Lógica policial o ética del cuidado*. Revista Anfibia. <http://revistaanfibia.com/ensayo/logica-policial-etica-del-cuidado/>

Laurell, A. (1982). *La Salud-enfermedad como proceso social*. Mexico: Cuadernos Médicos Sociales N°19. Recuperado de <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>

Mallardi, M. (2020). *El cotidiano en crisis: Algunas notas para repensar el Trabajo Social en tiempos de pandemia*. En CATSPBA - Palabras urgentes : dossier sobre Trabajo Social y Covid-19 / Julio C.Gambina... [et al.]. - 1a ed. - La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Libro digital, PDF Link: <https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/04/7.-Palabras-Urgentes.pdf>

Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciencia y salud colectiva, V. 8.

Svampa, M. (2020) *Reflexiones para un mundo post-coronavirus*. En: VVAA. La Fiebre. Pensamiento Contemporáneo en Tiempos de Pandemia. Editorial: ASPO.