

Artículos seleccionados

Repensando la práctica profesional durante la emergencia sanitaria: Consideraciones acerca de la categoría de cuidado y la gestión de riesgos.

Paula Ricciardi^a y Gisela Scelzo^b

Fecha de recepción:	26 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	4 de octubre de 2020
Correspondencia a:	Paula Ricciardi
Correo electrónico:	paula.ricciardi95@gmail.com

- a. Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM). Residencia de Trabajo Social, CABA. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero.
- b. Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM). Residencia de Trabajo Social, CABA. Hospital Donación Francisco Santojanni.

Resumen:

El presente artículo reflexiona sobre la intervención profesional del Trabajo Social en el contexto de la emergencia sanitaria a partir del COVID-19, analizando las transformaciones sucedidas en las modalidades de atención de dos CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria) ubicados en la zona sur de CABA. En su desarrollo se reconocen las limitaciones institucionales y estructurales que determinan los propios procesos de trabajo, producto tanto de las relaciones intra-institucionales como de las políticas públicas y el contexto barrial, destacando la fortaleza que implica la integración de los corpus teóricos a partir de la interdisciplina. Asimismo, incorpora desarrollos teóricos de la gestión de riesgos y de la categoría de cuidado como ejes transversales a la inter-

vención profesional, alentando a complejizar los marcos conceptuales de las prácticas profesionales con el objetivo de contribuir a mejorar la atención sanitaria y fortalecer la autonomía de las/os usuarias/os.

Palabras clave: Gestión de Riesgos - Cuidado - Emergencia sanitaria.

Summary

This article explores professional interventions of Social Workers in the context of the COVID-19 health emergency, by analyzing all transformations occurred in the care modalities of two CeSACs (Health and Community Action Center) located in southern City of Buenos Aires. Throughout this analysis, it is easy to acknowledge institutional and structural limitations that make up working procedures, as a product of both intra-institutional relations and public policies and the neighborhood context, highlighting the potential of the interdisciplinary work where the interdisciplinary characteristics are combined and integrated. To do this, risk management concepts and the care category are considered cross-cutting in the professional intervention, encouraging to make conceptual frameworks on professional practices more complex, with the objective to improve health attention and promote the autonomy of users.

Key words: Risk management - Care - Health emergency.

Introducción

En el marco de la pandemia COVID-19, varias fueron las preguntas y reflexiones que surgieron dentro del colectivo profesional de Trabajo Social sobre cómo formular estrategias de intervención frente a un contexto de incertidumbre. Encontrarnos transitando dicha coyuntura como residentes de Trabajo Social en dos centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) ubicados en la zona sur de la CABA, ha permitido que elaboremos ciertas reflexiones sobre cómo pensar la intervención profesional en un contexto de emergencia sanitaria, donde se agudizaron aún más las situaciones de pobreza estructural preexistentes a ella.

Creemos necesario profundizar, (re)construir y convalidar conocimiento reflexivo sobre la intervención profesional en el campo de la salud a fin de continuar fortaleciendo al colectivo de Trabajo Social en sus marcos teóricos y de poner en valor el trabajo que se realiza cotidianamente desde los servicios sociales pertenecientes a efectores sanitarios.

Abordaremos a la salud desde una perspectiva integral, reconociendo que la misma se configura como un

proceso de interacción entre la salud, la enfermedad y las modalidades de atención y cuidado (PSEAC). Asimismo, proponemos iniciar una aproximación analítica sobre la emergencia sanitaria y la atención social en contexto de emergencia/desastre, utilizando los aportes de una temática poco visibilizada desde el campo profesional como lo es la gestión de riesgos, incorporando de manera dialógica la categoría de cuidado como eje transversal a la intervención profesional. Para esto iremos recuperando las transformaciones que se fueron sucediendo en las modalidades de atención de los CeSACs a lo largo de estos meses, lo cual habilitará el diálogo con los campos teóricos mencionados.

Geográficamente, la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires representa un territorio donde el acceso a los servicios esenciales para la vida se convierte en un terreno de disputa social, económica y política. Esto hizo que la emergencia sanitaria adquiriera una particularidad de desafío y complejidad en este territorio, lo cual nos llevó a repensar nuestra práctica profesional. Consideramos pertinente poner en diálogo las experiencias vividas con la gestión de riesgos, para problematizar las respuestas institucionales -que se confeccionaron bajo la modalidad de protocolos- conjugadas con la toma de

decisiones locales por parte de los equipos de trabajo. Convalidamos la idea de que el concepto de cuidado debe ser incorporado dentro de las dimensiones de la intervención profesional para abrir camino a aproximaciones reflexivas sobre las posibilidades de reinención crítica de la acción frente a la urgencia.

Algunas consideraciones conceptuales sobre la gestión de riesgos de desastres

Hablar de la gestión de riesgos implica un posicionamiento y una manera integral de pensar las situaciones de emergencias y/o desastres. Entendemos a dicha perspectiva como “un proceso por medio del cual un grupo humano toma conciencia del riesgo que enfrenta, lo analiza, lo entiende y considera las opciones y prioridades en términos de su reducción, mitigación y considera los recursos disponibles para enfrentarlo” (Lavell, 2002:9)

Tomando estas palabras se adjudica en este escenario analítico un concepto intrínseco: el riesgo. Lavell (2002) desarrolla que el riesgo es una construcción social que refiere a la posibilidad de daño o pérdida tanto material como humana ante un evento adverso, adquiriendo contundencia cualitativa cuando dicho evento entra en contacto con sociedades o sectores de la sociedad previamente estructurados social, cultural y económicamente.

Es decir, entendemos al riesgo no como un hecho objetivo y aislado, sino como una categoría potencial estructurada por un contexto social, que se explica por la interrelación de condiciones preexistentes: amenazas y vulnerabilidades. La amenaza es la posibilidad de que ocurra un evento adverso, mientras que la vulnerabilidad es la propensión de una comunidad a sufrir daños ante el evento (Lavell, 2002). Estos conceptos se relacionan de forma dialéctica, ya que no existe amenaza sin la preexistencia de una sociedad vulnerabilizada y viceversa.

Es por esto que Lavell (2002) afirma que tanto la amenaza, como la toma de conciencia de los riesgos posibles, solo se pueden entender en términos relacionales entre el potencial evento adverso (en tanto amenaza) y los componentes organizacionales, tanto macro como micro sociales, que implican vulnerabilidades -o fortalezas- en las comunidades afectadas.

La manera en que se definen los riesgos sanitarios, -o socio sanitarios- va a dar curso a diferentes acciones

(tanto desde el estado, como desde la sociedad civil) para encarar la problemática. Es decir que se ponen en disputa distintas formas de elaborar respuestas a las necesidades de la población y cómo éstas interferirán en los PSEAC.

Las amenazas epidemiológicas pueden ser abordadas estrictamente bajo la perspectiva lineal del modelo médico hegemónico o desde una perspectiva integral de la salud que incorpore la gestión de riesgos. El primer modelo, sesga las lógicas de cuidado bajo pedagogías normativas y de control social, ancladas en la atención estrictamente biomédica de los cuerpos y en la reducción de la curva de contagios como forma prioritaria -y a menudo, única- de abordar la situación. Mientras que, por otro lado, desde el paradigma de la salud integral se tiene en cuenta la complejidad de la situación socio sanitaria y el contexto en el que se desarrolla.

Al incorporar la gestión de riesgo a la perspectiva de la salud integral, toman un rol preponderante tanto el acontecimiento adverso, como las características propias de las comunidades (económicas, sociales, políticas, técnicas, institucionales, organizativas, etc.) en el que el mismo se desarrolla. Estas características funcionarán como fortalezas de la comunidad para superar la adversidad, o como vulnerabilidades que la tornen propensa a sufrir daños en el interjuego de relaciones y toma de decisiones.

Contextualizar la gestión de riesgos en el ámbito local reviste una importancia estratégica ya que es en esta geografía particularizada donde se siente el impacto de la situación adversa y se estructuran los modos de vida que delimitan las potencialidades colectivas. También es en este nivel donde se da efectivamente la participación de las actrices y los actores estatales y de la sociedad civil (Alva Hart y otros, 2016).

En la misma línea entendemos los PSEAC como “la expresión final de las equidades o inequidades sociales, ecológicas, económicas y de género” (Solíz Torres y otros, 2020:19). Esto implica que no todas/os estamos expuestas/os a transitar la situación de pandemia de la misma manera. Solíz Torres (2020) desarrolla que la enfermedad por sí sola no define nada en concreto, sino que se requiere leerla en interacción con los distintos territorios y poblaciones locales, así como también con la capacidad institucional sanitaria. En este caso, el COVID-19 demuestra ser un virus de alta tasa de transmisibilidad, pero para interpretar su mortalidad se necesita

vincularlo triangularmente con la composición demográfica de las distintas sociedades y con la capacidad de infraestructura sanitaria (pre)existente para dar respuesta tanto desde la logística, como desde las estrategias terapéuticas que se gestionen.

Identificamos que la pandemia expuso la situación macro social de precarización de los servicios públicos de salud en nuestro país y agudizó aún más las situaciones de pobreza estructural preexistentes a ella, tales como la vulneración del derecho a la vivienda digna (que sufre una amplia franja de la población), la falta de agua y servicios de saneamiento, la precariedad de las condiciones laborales o el abuso de las fuerzas policiales. Estas situaciones, que son expresiones de la determinación social de la salud (Breilh, 2010) convirtieron a la población de barrios populares -sistemáticamente postergada en la agenda pública- en población de riesgo epidemiológico. Asimismo, desde el boletín epidemiológico expedido por CABA se ha podido dar cuenta que los barrios ubicados en la zona sur de la ciudad presentan los números más elevados de contagios. Es necesario trabajar teniendo en cuenta el mayor riesgo al que están expuestas estas comunidades a causa de las vulneraciones de derechos que sufren. Las precarias condiciones materiales de existencia en los barrios convalidan vulnerabilidades de una trama sanitaria particular y compleja, demandando desde un posicionamiento ético, respuestas diferenciales respecto a otros sectores del área metropolitana. En otras palabras, "las formas en que reconocemos la precariedad de las vidas, adoptará de forma a la política social concreta respecto a cuestiones tales como el cobijo (...) la atención médica, el estatus jurídico, etc." (Butler, 2010:30).

Por ello consideramos que el enfoque de PSEAC sesgado desde la lógica biologicista resulta de una mirada de corto alcance, insuficiente para abordar la complejidad que demanda el cuidado de la vida y de las personas desde la particularidad de estos sectores. A nivel macro social, necesitamos poder asegurar las condiciones para que las personas puedan aislarse, y a nivel local, desde los equipos de salud debemos acompañar la complejidad del PSEAC y el padecimiento subjetivo que implica la pandemia y el aislamiento social preventivo obligatorio, que permean todas las dimensiones de la vida cotidiana.

Las estadísticas de la ciudad manifiestan que las comorbilidades que potencian la letalidad de una infección por COVID-19, se vinculan con las patologías de diabetes,

hipertensión arterial y problemáticas respiratorias. Teniendo en cuenta estos datos identificamos otra vulnerabilidad que incrementa el riesgo epidemiológico en los barrios que integran el área programática de los centros de salud en cuestión. Los mismos se caracterizan por presentar elevados índices de problemas nutricionales y en consecuencia de diabetes (vinculado directamente con la situación económica precaria en la que se encuentran las familias), así como también, manifiestan desde hace tiempo los índices más altos de tuberculosis en la capital, producto del hacinamiento y la vulnerabilidad habitacional en la que están inmersos.

Las malas condiciones habitacionales incrementan las posibilidades de transmisión del virus por no contar con recursos para mantener las medidas profilácticas de higiene y distanciamiento social. En esa misma línea, la alta tasa de precariedad laboral- trabajo no registrado o cuentapropista- que caracteriza las relaciones de trabajo en los barrios populares, obtura la posibilidad tanto de exigir equipos de protección personal adecuados en el ámbito laboral (incrementando el riesgo de transmisión en espacios de trabajo inseguros) como de gozar de remuneraciones económicas estables sin tener que dirigirse hacia sus espacios laborales.

No obstante, también reconocemos las fortalezas con las que cuentan dichas comunidades: las tramas comunitarias de apoyo social que se dan en los barrios para acompañar el impacto social y económico que implica una medida de aislamiento social preventivo y los procesos de lucha que desarrollan las organizaciones sociales barriales en pos de transformar estructuralmente sus condiciones de vida y de trabajo.

Con respecto a la relación de las condiciones de vida y de trabajo de las comunidades y sus PSEAC, Breilh (2010) sostiene que hay una "historicidad de lo biológico". Es decir que no existen espacios determinados por procesos puramente biológicos, sino que lo biológico se desenvuelve a partir de un condicionamiento estructurado por lo social, en un proceso dialéctico. Esta determinación social de la salud se refleja en los modos de vida -grupales y colectivos- y delinea los patrones epidemiológicos de exposición y vulnerabilidad. En la misma línea teórica, Laurell (1981) señala que el análisis a nivel colectivo de las maneras de enfermar y morir de las personas permite comprender los procesos singulares, ya que la historia social de cada una/o condiciona su biología y determina cierta probabilidad -no lineal, ni inmutable- de que enferme de una forma particular.

Si bien ahondar en aspectos epidemiológicos no es el objetivo de este trabajo, consideramos importante destacar que la epidemiología no es una ciencia objetivamente neutra, sino que está al servicio de intereses estratégicos y determinada por las relaciones de poder (Breilh, 2010). La investigación epidemiológica manifiesta una intencionalidad política al elegir qué aspectos poblacionales destacar, y en base a ellos construir información para diseñar políticas públicas.

Por ello, pensar desde la perspectiva de gestión de riesgos nos exige problematizar la construcción del riesgo desde la mirada de la política pública sanitaria, ya que a partir del contenido del que se cargue dicho concepto -como categoría aislada y objetiva o como construcción social contextualizada- partirán diferentes intervenciones en lo social: decidiendo qué acciones priorizar u omitiendo el contexto diferencial en el que se encuentran las poblaciones afectadas. Las decisiones políticas de los gobiernos responden a formas interpretativas de un proyecto social, encarnado en los modos de organizar las relaciones sociales y económicas. Esto determina las distintas formas de vivir, transitar las enfermedades, cuidar a las personas e incluso de morir.

Por otro lado, la gestión de riesgos exige incorporar el concepto de cuidado, el cual condensa todas las medidas necesarias a tomar por parte del Estado y de los demás actores intervinientes (comunitarios e institucionales) en pos de preservar la salud de toda la comunidad afectada. La complejidad de esta tarea reside en la diversidad de sentidos implicados en torno al cuidado de las personas y se agudiza por el contexto de un sistema sanitario fragmentado y en constante proceso de precarización.

Acordamos con Michalewicz (2014) que el cuidado de la salud supera lo que entendemos por atención, enfatizando la integralidad del PSEAC. Este enfoque, recupera la dimensión subjetiva de los/as usuarios/as y los reconoce como sujetas/os de derechos. Asimismo, promueve la participación de la comunidad en el PSEAC, diferenciándose del rol pasivo que se le adjudica a los/as usuarios/as desde el modelo médico hegemónico. Trabajar desde esta perspectiva implica generar un vínculo afectivo y horizontal con los/as usuarios/as, caracterizado por el buen trato, el miramiento y la empatía (Michalewicz y otros, 2014).

Frente a un contexto de multiplicación de casos de COVID-19 es entendible- incluso deseable- que el foco

de los servicios de salud esté puesto en la detección, atención y control de esta nueva enfermedad. Pero situándonos desde la lógica del cuidado, esto no debiera implicar que se deje de lado el acompañamiento psicosocial de las personas diagnosticadas con COVID-19 y sus familias o que no se contemple la situación individual-contextual de cada persona en su PSEAC.

Reorganización de las modalidades de trabajo en el primer nivel de atención

Los servicios de salud se organizan de forma escalonada en niveles ascendentes de complejidad, complementarios entre sí, con el objetivo de cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad (Ase y Burijovich, 2009). En este sentido, los CeSACs resultan un lugar privilegiado para construir intervenciones interdisciplinarias desde la estrategia de la atención primaria de la salud (APS), la cual pone énfasis “en una multi-dimensionalidad de la salud como también en la intersectorialidad, la integralidad, la equidad y la participación en salud que superan ampliamente las directrices de un modelo de atención basado en la enfermedad” (Lafit, 2016:7).

A partir de este entramado organizacional, los CeSACs aspiran a satisfacer las necesidades más frecuentes de la población, siendo el primer nivel de atención de una trama conformada por todos los servicios de salud, interconectados a partir de procedimientos de referencia y transmisión de información que posibilitan la circulación de los usuarios (Muntaabski y otros, s/f). Esto posiciona a dichas instituciones como los servicios sanitarios más próximos a la comunidad, emplazados en los propios barrios populares, lo que los hace actores clave en la gestión local del riesgo.

La medida preventiva de aislamiento social obligatorio declarada en el mes de marzo, implicó una seguidilla de protocolos para reorganizar las modalidades de trabajo dentro de los efectores de salud. A la exacerbada circulación de información y las dudas que nos encontrábamos atravesando como trabajadores esenciales, el recurso con el cual nos referenciamos para discutir cómo continuar la atención dentro de los CeSACs fueron los protocolos. El miedo y la incertidumbre parecía que podían ser contenidos a través de estas guías orientativas sobre cómo proceder ante este nuevo escenario desconocido que cuestionaba y demandaba atención en la inmediatez de lo cotidiano.

No obstante, frente a la protocolización del cotidiano, la población se encontró con un nuevo elemento a la entrada: los triages, dispositivos que podían funcionar como barreras de accesibilidad, o como espacios de orientación y acompañamiento. Definiendo a la accesibilidad como "el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad" (Testa, 1996:12), entendemos que en los equipos de salud conviven diferentes interpretaciones respecto al cuidado de la salud y la concepción de urgencia. Por consiguiente, los debates en torno a cómo interpretar -y disputar- los triages adquirieron protagonismo y exigieron el fortalecimiento de los acuerdos internos para garantizar la accesibilidad respetando el protocolo, pero problematizando así, la importancia de que los triages no se convirtieran implícitamente en técnicas expulsatorias de la demanda.

Asimismo, frente a un sistema sanitario que previo a la pandemia ya se encontraba atravesado sistemáticamente por una política de fragmentación, desabastecimiento y precarización de sus trabajadores, los protocolos nos sirvieron para exigir las medidas de protección necesarias para todo el personal de salud, sin distinciones jerárquicas. Aunque suene obvio - y sensato decirlo-, sin los equipos de protección personal suficientes, las posibilidades de intervención entran en conflicto con la realidad, generando dudas y disputas al momento de acompañar a la población. Incorporar como dimensión en la intervención profesional la categoría de cuidado, implicó no sólo problematizar las acciones orientadas al cuidado de la población usuaria de los servicios de salud, sino también la importancia del autocuidado de los equipos, revalidando la noción del cuidado desde la retórica de lo relacional.

Además de la irrupción del triage en la entrada de las instituciones, otras modificaciones que debimos de realizar fueron la suspensión de espacios grupales y/o comunitarios y la continuación de manera telefónica de acompañamientos que realizábamos desde los equipos de trabajo. Ante todas estas transformaciones que el contexto demandaba, preguntas similares surgían en ambos centros: ¿Quiénes debían usar los equipos de protección personal? ¿Qué equipos se usaban en triage? ¿Cuáles para realizar entrevistas? ¿Resultaría estratégico que Trabajo Social participara del triage? ¿Cómo definimos las urgencias? ¿Cómo continúa la atención de aquellas personas con enfermedades crónicas cuyos tratamientos se vieron suspendidos? ¿De qué forma

pensar intervenciones desde la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud frente a un contexto de emergencia sanitaria en curso?

A partir de la discontinuidad de las actividades grupales y extramurales, se resignificaron las tareas cotidianas de todos los equipos profesionales. Las posibilidades de abordaje en dicho contexto oscilaban entre fortalecer un modelo de atención que prioriza el trinomio enfermedad - urgencia - contagio o profundizar debates y preguntas operativas desde una perspectiva integral de la salud, recuperando los principios de la estrategia de la APS. Esta segunda aproximación es la que contribuye a poder reorganizar las tareas en clave de fortalecimiento de lazos para el trabajo interdisciplinario.

Asumiendo que las instituciones sanitarias debieron responder a una forma protocolar de atención dentro de la particularidad de cada territorio, la gestión local materializada en la organización de los equipos de trabajo gozó - y goza- de cierta autonomía relativa. Crear nuevas modalidades de atención que respetasen los protocolos, pero que a su vez no se limitaran a responder únicamente demandas vinculadas al COVID-19 nos situó frente a un desafío ético-político como profesionales de la salud. Pensar las nuevas modalidades de atención y viabilizar acuerdos en los equipos de trabajo, implicó explicitar posturas sobre cómo se reconoce a una/un otra/o, en tanto sujeta/o de intervención y/o de cuidado.

Es importante destacar que frente a la pandemia los posicionamientos profesionales están mediatizados no sólo por una mirada técnica y/o ético política, sino también por un sentir propio a partir de un contexto que nos avasalla a todas/os, tanto profesionalmente como desde lo personal. Aquí es cuando se ponen en valor las capacidades argumentativas y las convicciones profesionales para poder viabilizar acuerdos en los procesos de trabajo y capitalizar aquellas dudas y miedos para el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario. Construir la categoría de riesgos para pensar respuestas locales sobre cómo cuidar a la población junto a la que intervenimos, suscitó debates en los equipos de trabajo frente a las diferentes interpretaciones de dicho concepto. Estos debates nos permitieron reconocer la complejidad del contexto y las contradicciones anidadas en las prácticas de cuidado llevadas adelante.

Al transitar este tiempo, el miedo y las sensaciones de desborde son variables preponderantes a la hora de pensar la reorganización de la atención. Los llamados

telefónicos de seguimiento (tanto a personas diagnosticadas con COVID-19, como atravesadas por otras problemáticas) comenzaron a superar las jornadas laborales y los encuadres institucionales, generando desgaste emocional y corporal. Es por esto que las prácticas del cuidar deben ser comprendidas como acciones que siguen “cierta lógica u organización que incluye e intenta visibilizar tensiones, disrupciones y superposiciones con otras estructuras de significación de la vida cotidiana” (De Ieso, 2015:93). La capacidad de respuesta que como equipo de trabajo proyectamos en el horizonte ético, comenzó a conflictuarse con una realidad: el cansancio y la sobrecarga laboral. Para hacer frente a estos desbordes fueron fundamentales los espacios de reunión de equipo en los que pudiéramos organizar las tareas y la supervisión de las intervenciones. Asimismo, ante los eventuales contagios entre las/os profesionales, nos organizamos en cohortes. Esta medida de cuidado a los equipos, también nos sirvió para distribuir eficientemente las tareas y poder mantener los centros de salud funcionando a pesar de tener compañeros/as aislados/as por COVID-19.

Generamos nuevas modalidades de trabajo, las cuales con el pasar de los días se fueron organizando de forma superadora. Para ello debimos interiorizarnos sobre el funcionamiento de los dispositivos específicos para la atención del COVID-19, articulando con las unidades febriles de urgencia (UFUs) de los hospitales del área programática y los dispositivos del operativo Detectar del territorio. Estas acciones revalidaron la importancia de la comunicación al interior de los equipos de trabajo, con otros efectores y también con la comunidad.

Ante la abrumadora crecida de casos positivos de COVID-19 nos encontramos frente a la disyuntiva de cómo acompañar la singularidad de las familias del barrio, ya que si bien existían protocolos de atención de COVID-19 en barrios populares (confeccionados por el Ministerio de Salud), la particularidad de cada situación que llegaba a los CeSACs presentaba matices locales que escapaban a las generalidades que puede abordar un protocolo.

Frente a las demandas de la población se conformaron grupos interdisciplinarios para el acompañamiento de personas y de familias con miembros diagnosticados con COVID-19. Estos equipos llevaron adelante tareas de acompañamiento y contención psicosocial, principalmente a través de llamadas telefónicas a las familias

aisladas (en domicilio, internaciones hospitalarias o en hoteles de la ciudad). También, de acuerdo a la organización de los CeSACs, en casos específicos se han realizado atenciones domiciliarias, tomando los recaudos necesarios para proteger la salud de las/os usuarias/os y de las/os profesionales.

Los equipos construyeron un vínculo con las/os usuarias/os mediante la escucha activa y el ejercicio de la empatía. Este vínculo funcionó como una herramienta para generar alivio y acercar información a las/os usuarias/os en pos de fortalecer su autonomía al momento de afrontar la adversidad. Consideramos que la impronta de acompañamiento integral que se le dio a estas intervenciones está fuertemente influenciada por la conformación interdisciplinaria de los equipos intervinientes, lo que enriqueció la mirada aplicada a la tarea y nos permitió intentar descentrarnos de la propia disciplina (sin perderla de vista) para centrarnos en la comprensión de la totalidad compleja sobre la que intervenimos.

Aquí consideramos importante recuperar los aportes de Fuentes y López (2014) quienes argumentan que el trabajo interdisciplinario demanda realizar lecturas estratégicas tanto de los escenarios institucionales, como de los actores intervinientes para generar viabilidad frente a la diversidad de saberes, recursos y poderes en juego. Esto conlleva a reconocer que el trabajo integrado no resulta homogéneo, ni está libre de conflictos, dado que cada profesión -y cada profesional- tiene su propia perspectiva de cómo cuidar a la población. Sin embargo, para poder abordar escenarios complejos y adversos ante la fragmentación de las miradas profesionales, es necesario construir un posicionamiento epistemológico que integre los corpus teóricos de las distintas disciplinas partícipes en un equipo de salud. En otras palabras: “Requiere avanzar en acuerdos político ideológicos de base sin los cuales se torna imposible transitar la multi-referencialidad teórica en la comprensión-construcción de problemas y sus estrategias de abordaje.” (Terzagui en Fuentes y Lopez, 2014:50)

La práctica interdisciplinaria es más que la yuxtaposición de intervenciones disciplinares. Esta tarea demanda construir un discurso que incluya aspectos metodológicos o de contenido de las diferentes disciplinas involucradas, poniendo en diálogo saberes que normalmente funcionan escindidos, para producir algo nuevo (Fuentes y López, 2014).

Consideraciones desde el Trabajo Social

Asumiendo que las prácticas sociales adquieren significado a partir de las lecturas situadas temporo-espacialmente, la reorganización de tareas en los CeSACs trajo consigo la apertura a nuevas discusiones sobre el ejercicio del Trabajo Social en el ámbito sanitario. Siendo una profesión que oscila entre dos fundamentaciones de su quehacer contrapuestas: un pragmatismo inmediato y un teorismo investigativo abstracto; el tránsito vivenciado estos meses ha reivindicado la necesidad de no caer en extremismos fatalistas y de incorporar en nuestro corpus epistemológico la actitud investigativa. La realidad social no se reduce a respuestas inmediatas ante la urgencia, pero tampoco a teorismos absolutos. La retroalimentación entre la investigación y la práctica permite formular nuevas concepciones para comprender la realidad, y así desarrollar nuevas estrategias de acción.

Muchos fueron los debates dentro de los equipos de Trabajo Social de los CeSACs frente a las modificaciones que se venían dando en la atención y en las decisiones políticas estatales en general. Los cuestionamientos sobre el rol del trabajo social han revitalizado ciertos diálogos, en clave de pensar intervenciones superadoras. Al hablar de rol profesional, coincidimos con algunos autores (Cruz, Fuentes y López, Zucherino, 2014) en que muchas veces se piensa la práctica profesional de manera estereotipada, bajo expectativas de respuestas genéricas que ocultan el potencial político de las lecturas profesionales que realizamos (dimensión investigativa de la intervención). Consideramos pertinente destacar que la rutinización de las prácticas, instala cierta matriz de conocimiento sedimentada en la experiencia profesional. Así como también, la rigidez teórica sesga las posibilidades creativas de reinención de la intervención frente a un contexto no solo adverso, sino completamente desconocido en el ámbito sanitario.

Esto implica abrir nuevamente diálogos dialécticos entre estas intervenciones históricamente pre-conceptualizadas -tanto desde otras disciplinas como desde la propia aprehensión del colectivo profesional- y la posibilidad de reconstruir lecturas estratégicas para crear nuevas intervenciones.

Los fundamentos de la práctica social adquieren su justificación en la dimensión teórica, la cual define cómo interpretar una situación problemática, adquiriendo razón de ser en la praxis operativa. No obstante, con-

sideramos que las cuatro dimensiones -teórica, práctica, metodológica y ético-política- propias del Trabajo Social, necesitan ser trazadas transversalmente con el concepto de cuidado. Esto nos lleva a cuestionarnos sobre la influencia de dicha categoría en nuestro quehacer profesional. Incorporar, consecuentemente, la gestión de riesgos dentro del debate, nos sirve para reflexionar sobre cómo interpretamos, desde el Trabajo Social, el riesgo sanitario en el que se encuentran inmersas las comunidades con las cuales trabajamos.

Para ello, consideramos pertinente destacar el bagaje político que presenta la categoría de cuidado-usualmente romantizada en prácticas nobles-, dado que desde el corpus teórico implementado atravesará implícitamente todas las dimensiones de la intervención profesional, manifestándose ulteriormente en la práctica social -o mejor dicho en prácticas del cuidar (De Ieso, 2015).

La disputa de sentido sobre qué atenciones considerábamos esenciales hizo que desde los servicios sociales debiéramos plantear(nos) qué actividades serían impostergables y qué demandas continuaríamos atendiendo. A las más identificables emergencias, como situaciones de violencia, abuso sexual o ILE, se le fueron sumando el asesoramiento para acceso a recursos, el acercamiento de métodos anticonceptivos a la comunidad, las consejerías sobre salud sexual y salud reproductiva, la difusión de información sobre medidas de autocuidado y circuitos de atención de COVID-19, el acompañamiento psicosocial en situaciones de duelo y estrés ligadas al COVID-19, entre otras acciones.

Mantener una visión integral de la salud responde a posicionamientos profesionales, así como también las formas en que se concretan estas prácticas. Esto implicó revalidar la importancia de la prevención y la promoción de la salud, como acto ontológico del cuidar la salud integral: lo que se posterga hoy, se agudizará en el futuro. Esta lectura política sanitaria no resultó de forma lineal, sino que demandó problematizar el contexto que nos atravesaba y las manifestaciones locales que estaba adquiriendo la coyuntura con el correr de los días. Algunas preguntas que nos disparaban a la reflexión-acción fueron: ¿De qué forma mantener las acciones de promoción de la salud, en conjunto con las acciones de prevención de la enfermedad, durante el aislamiento social preventivo obligatorio? ¿Por qué consideramos que las acciones promocionales deben mantenerse en este contexto?

Para abordar estos cuestionamientos es importante diferenciar los conceptos de prevención y promoción. Las actividades preventivas abarcan las medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, frenar su avance y atenuar sus consecuencias a través del diagnóstico precoz y el tratamiento temprano, a la rehabilitación y a evitar o atenuar las consecuencias de la intervención médica excesiva. Las acciones de prevención tienen por objetivo que las personas estén preparadas frente al riesgo de enfermar y puedan manejar las conductas asociadas a la aparición de la enfermedad (RIEPS, 2013).

La estrategia de promoción de la salud va más allá de la prevención de la enfermedad y el control de la misma, ya que implica el fortalecimiento de la salud por medio del desarrollo de la capacidad de elección de las personas y la utilización del conocimiento según la singularidad de cada situación y el contexto que atraviesan. Las acciones de promoción de la salud se enfocan en el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud, aspirando a transformar las condiciones de vida y de trabajo de las comunidades (Czeresnia, 2003). El compromiso con la promoción de la salud nos alienta a trabajar para fortalecer la autonomía de las personas, la organización social y la participación de las comunidades en el PSEAC.

Es importante señalar que estas dos perspectivas son complementarias. Consideramos que el fortalecimiento de la sociedad a través de la promoción de la salud genera que la misma pueda desarrollar hábitos protectores y capacidades para gestionar los riesgos. Esto le permite encontrarse en mejores condiciones para trabajar junto a los equipos de salud en las estrategias de prevención de las enfermedades.

Por otro lado, acordamos con la idea de que la construcción de los vínculos entre el equipo de salud y la organización de la población resulta de la tecnología principal para pensar las estrategias sanitarias (Testa, 1996). Por lo tanto, hemos tenido que repensar como equipo nuevas formas de mantener los lazos para sostener la cercanía con la población y así viabilizar el acompañamiento de situaciones de salud diferentes o complementarias al COVID-19, como la necesidad de esparcimiento en adultas/os y niñas/os, la promoción de hábitos saludables o la protección frente a la violencia de género e infantil en el contexto del aislamiento. Incluso empezamos a reinventar otras maneras de sostener los espacios grupales que no podían mantenerse, haciendo activida-

des con usuarias/os a través de grupos de WhatsApp o plataformas virtuales.

Estar con el/la otro/a sin la mediación del contacto físico conlleva sus desafíos, pero fue la forma que encontramos para mantener vivos los lazos comunitarios. Desde los llamados telefónicos de seguimiento a personas y familias con miembros con COVID, a las actividades de promoción de la salud en las redes sociales, fuimos encontrando formas de comunicación viables en este contexto, que nos permitieran acompañar sin exponer, pero a la vez sin dejar vacante la necesidad de información y de contención que expresan las/os usuarias/os de los servicios de salud cuando se acercan a los CeSACs.

Cabe destacar, por último, que el contexto de pandemia nos llevó a interpelarnos acerca del rol del Trabajo Social como promotor de los derechos de las/os usuarias/os frente a las prácticas tutelares arraigadas en las instituciones sanitarias y los lineamientos genéricos que no contemplan la realidad macro social de las familias con las que trabajamos. Si bien es fundamental promover prácticas protectoras de la salud, estas deben estar centradas en el contexto singular y en el respeto por la subjetividad de cada persona, sin aferrarse acríticamente a los protocolos existentes. De hecho, cabe señalar que los propios protocolos de intervención fueron modificándose respecto a los cambios acontecidos en la sociedad y a los recursos disponibles.

Como colectivo profesional para poder pensar intervenciones situadas y respetuosas de las/os usuarias/os frente a la rutinización de las tareas y la sobrecarga laboral, fue necesario que pudiéramos darnos el tiempo para supervisar nuestro accionar al interior de los servicios sociales, con el objetivo de afianzar una práctica crítica y reflexiva desde la perspectiva de los derechos humanos.

Elaboraciones finales

Como se ha desplegado a lo largo del presente trabajo, resulta menester como profesionales de la salud y del Trabajo Social frente a un contexto completamente incierto y complejo recuperar las transformaciones en las dinámicas institucionales, a fin de abrir debates reflexivos. El Trabajo Social es una profesión a partir de la cual nos formamos para poner en la praxis cotidiana nuestros conocimientos e interpretaciones de la realidad, materializados en estrategias operativas frente a respuestas pre formuladas, asentadas en la rutina.

Tensionar el vínculo dialéctico entre el rol del Trabajo Social y la praxis investigativa que configura a la intervención profesional amerita reflexión, recupero de la actividad diaria y debate en torno a la misma. Consideramos que la pandemia ha venido a enfatizar en el juego de las relaciones sociales la importancia del cuidado, entendido como cuidar a otras/os y a su vez cuidarnos para poder continuar ejerciendo prácticas de cuidado.

Nuestra praxis cotidiana se conjuga en la interrelación -a veces tensa y conflictiva- de distintas dimensiones que dotan de significado a la acción: la dimensión teórica, metodológica, táctica operativa y ético-política. Este cuerpo de aristas que conforman la intervención profesional están atravesadas por nuestro posicionamiento sobre el cuidado. Este concepto es intrínsecamente relacional e implica reconocer la vulnerabilidad de la vida -la cual adquiere forma en un contexto situacional-, así como también la ontología de los sustentos teóricos que enuncian la precariedad de la vida. (Butler, 2010). La misma se encuentra atravesada por una realidad coyuntural política, económica, social y cultural, que moldea las formas de transitar subjetivamente los escenarios contextuales.

Es por esto que reivindicamos la importancia de trabajar sobre la determinación social de la salud, para poder hacer frente a las problemáticas sanitarias prevalentes en nuestro país, en general, y particularmente en los barrios populares. Consideramos que es fundamental trabajar en la transformación estructural de las condiciones de vida y de trabajo de la población, ya que las mismas inciden en el riesgo de enfermar de las personas. De hecho, como hemos abordado durante el trabajo, la situación de vulnerabilidad habitacional, de saneamiento barrial deficiente y las condiciones precarias de trabajo inciden en el incremento de la transmisión comunitaria del virus. Así como la prevalencia de factores de riesgo en la población de barrios populares la coloca en una situación de mayor vulnerabilidad al momento de transitar la infección por COVID-19.

En relación a lo expuesto, la atención del COVID-19 nos hizo profundizar el compromiso con la construcción de respuestas integrales ante las problemáticas socio-sanitarias, que promuevan la organización social y la autonomía de las personas. Desde esta perspectiva el

PSEAC es abordado como un proceso integral, histórico y contextualizado que nos invita a desarrollar estrategias colectivas y situadas con la comunidad.

En esta línea, desde el comienzo de la pandemia hasta la actualidad, los equipos hemos recorrido un largo camino de organización acompañando reclamos para mejorar las condiciones de vida de la población y por nuestras propias condiciones laborales, pero también de reflexión sobre nuestros marcos teóricos y posicionamientos éticos entorno a mejorar la calidad de atención que brindamos a las/os usuarias/os.

Incorporar una perspectiva de gestión de riesgos brinda herramientas analíticas para reconocer los recorridos históricos de las comunidades y las fortalezas organizacionales que se visibilizan en sus tramas de apoyo comunitario, así como también para identificar los procesos de vulnerabilización que sufren, a consecuencia de las respuestas u omisiones estatales. En cuanto a esto último, reivindicamos la importancia del trabajo entrelazado y articulado con las organizaciones sociales del territorio y la necesidad de poner nuestros conocimientos técnico-profesionales al servicio de la población local con la que trabajamos, para potenciar las fortalezas que poseen y acompañar los procesos de lucha que llevan adelante en pos de mejorar sus condiciones estructurales de vida.

La construcción del concepto de riesgo para pensar la gestión local de emergencias/desastres requiere capitalizar los diferentes saberes disciplinares para ponerlos a dialogar entre sí, consolidando respuestas integrales. La construcción cualitativa de los riesgos, permite pensar -así como también reafirmar- la importancia de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud para mitigar el impacto negativo que genera un contexto de emergencia sanitaria, con todas las consecuencias que genera en la vida cotidiana de la población.

A modo de concluir con el presente trabajo, consideramos pertinente continuar revalidando posturas teóricas que fundamenten nuestra acción y que a la vez reivindiquen una actitud investigativa frente a las prácticas. Esta última motoriza inherentemente la búsqueda de nuevos marcos teóricos y filosóficos que nos permitan construir reflexiones propias desde la profesión, robusteciendo el corpus operativo y teórico del Trabajo Social.

Bibliografía

- Ase, I. y Burijovich, J. (2009). "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?". En *Revista Salud Colectiva* N° 5(1):27-47.
- Alva Hart, V., Hardoy, J., Almansi, F., Amanquez, C., Cutts, A., Lacambra, S., Di Paola, V. y Celis, A. (2016). *Una mirada de la gestión de riesgo de desastres desde el nivel local en Argentina*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Medio Ambiente, Desarrollo Rural y Administración de Riesgos por Desastres.
- Breilh J. (2010). Las tres "s" de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Seminario "Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde"; organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes, Salvador Bahía - Brasil, 19-20 marzo, 2010.
- Butler, J. (2010) *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
- Czeresnia, D. (2003). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: *Promoción de la Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- De Ieso, L. (2015) "Prácticas del cuidar en entramados familiares. Aportes desde un análisis situado en un núcleo urbano segregado del Gran Buenos Aires" en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Año 5 - Nro. 10.
- Fuentes, P. y López, M. (2014) *Lo Interdisciplinar: Discusiones e implicancias de un imperativo de época para el trabajo social*. Capítulo III en: *Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social*. Edulp, Libros de Cátedra: La Plata.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - N° 202. Año V / 3 de Julio de 2020. Información hasta SE 25. Gerencia Operativa de Epidemiología SSSPLSAN.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). "Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica". Buenos Aires: Ministerio de Salud del GCABA.
- Lafit, J. (2016) "Atención Primaria de la Salud: Una estrategia aún posible y deseable en el campo de la salud". Cátedra de Medicina Social. FTS, Universidad Nacional de la Plata.
- Laurell, A. (1982) *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales N° 19.
- Lavell, A. (2002), *Sobre la gestión de riesgo*. Apuntes hacia una definición. Documento digital.
- Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). "Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización". *Anuario de investigaciones* N° 21, 217-224.
- Mutaabski, G., Chera, S., Daverio, D. y Duré, I. (S/f). *El Plan de Atención Primaria de la Salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*.
- Solíz Torres, M., Durango Cordero, J., Yépez Fuentes, M, Solano Peláez, J. (2020) *El Derecho a la Salud en el Oficio del Reciclaje. Acciones Comunitarias frente al Covid-19*. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Testa, M (1996) *Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud*. Pensar en Salud. Editorial. Buenos Aires.
- Zucherino, L. y otros (2014). *Incumbencias y rol profesional: Dos nociones a problematizar en Trabajo Social*. Capítulo IV en *Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social*. Edulp, Libros de Cátedra: La Plata.

