

Artículos seleccionados

Entre lo esencial y la subalternidad: disputas del trabajo social en salud en contexto de pandemia desde una perspectiva de género

Candela Heredia^a y Julieta Nebra^b

Fecha de recepción:	16 de mayo de 2022
Fecha de aceptación:	30 de mayo de 2022
Correspondencia a:	Candela Heredia
Correo electrónico:	candelarheredia@gmail.com

- a. Magister en Antropología Social, Lic. en Trabajo Social. Instituto de Investigación "Gino Germani", Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- b. Dra. En Antropología, Lic. en Trabajo Social. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Resumen:

Al decretarse una pandemia y comenzar el aislamiento social, preventivo y obligatorio, se produjeron fuertes modificaciones en los efectores de salud y en las condiciones laborales de sus trabajadores. En este artículo, ahondamos desde una perspectiva de género, en la tensión existente entre dos fenómenos ocurridos en ese contexto: el trabajo social en salud fue considerado "esencial" y las labores diarias que se venían realizando desde la misma profesión fueron prescindibles desde la primacía biomédica. A partir de la narrativa de once trabajadoras del sector público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, identificamos las resistencias profesionales a los avances de miradas/normas biomédicas, las (re)organizaciones de sus tareas cotidianas y la emocionalidad emergente en dichas condiciones.

Palabras clave: Trabajo Social - Salud - Pandemia.

Summary

When the pandemic was declared and the social, preventive and obligatory isolation began, strong changes were made in the health institutions and in the working conditions of their workers. In this article, we analyze from a gender perspective, the tension between the two phenomena that occurred in this context: social work in the health field was considered "essential" but the daily work that had been carrying out by social workers became dispensable since the primacy of the biomedical approach. Based on the narrative of eleven female social workers in the public health field in the City of Buenos Aires, we identify the professional resistance to advances in biomedical viewpoints/norms, the (re)organization of their daily tasks and the emerging emotionality under working conditions.

Key words: Social work, Health, Pandemic.

Introducción

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia a la epidemia de una nueva infección de síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS- CoV-2), que causa la enfermedad por coronavirus (COVID- 19). En el marco de esta pandemia, los efectores de salud se vieron fuertemente modificados en su demanda, impactando directamente en las exigencias, medidas y condiciones laborales de sus trabajadores y trabajadoras. En nuestro país se designó al personal de salud como "esencial" teniendo que prestar tareas presenciales obligatorias. Esta obligatoriedad en relación con la tarea presencial trajo consigo también una serie de cuestiones a considerar: por un lado, al principio supuso una valorización positiva de la labor de quienes ejercían en el campo de la salud, pero, por otro lado, siendo en el imaginario únicamente profesionales médicos/as quienes detentaban este estatus diferencial. También la posibilidad de transitar por la ciudad "libremente" cuando el resto de la población lo tenía prohi-

bido; y por sobre todas las cosas la mayor exposición a un virus del que poco se sabía y al miedo de ser quienes contagiarían a sus familiares y personas cercanas.

Con esto en consideración, las trabajadoras y trabajadores sociales que se desempeñaban en el sector salud fueron "esenciales" en dicho contexto. En este artículo, analizamos cómo fue el trabajo del trabajo social durante el aislamiento y distanciamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO y DISPO) -momentos que comprenden de marzo de 2020 a mayo de 2021- en centros de salud y hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Específicamente nos interesa hacer foco en la tensión existente entre dos fenómenos ocurridos: si bien por un lado el trabajo social en salud fue considerado "esencial", por otro lado, las labores diarias que se venían realizando desde la misma profesión fueron consideradas prescindibles asignándoles otras tareas distintas mayoritariamente del orden de lo administrativo. El fuerte centralismo del paradigma biomédico en las directivas estatales del Ministerio de

Salud (CABA) hicieron del trabajo social algo esencial al tiempo que la intervención de lo social (prevención, promoción, asistencia, etc) quedaba relegada en un papel secundario en relación al aspecto biologicista de la enfermedad por coronavirus.

Entenderemos estas tensiones a partir de pensar el campo de la salud considerando la propuesta de Pierre Bourdieu (1994) sobre los campos; es decir, en tanto espacios sociales en los cuales operan relaciones de fuerzas objetivas impuestas a quienes conforman dicho campo de. En el campo de la salud, se ponen en juego los capitales que detentan sus agentes en la lucha por hablar e intervenir legítimamente y de manera autorizada. De esta manera, las distintas profesiones ocupan posiciones adquiridas a lo largo de la historia y de luchas anteriores en dicho campo, a partir de las cuales disputan o reactualizan sus posiciones. Entonces, podemos pensar el lugar del trabajo social en este campo considerando sus distintas posiciones históricas y las formas en las que en un contexto como el de pandemia, se reactualizaron las relaciones desiguales de poder.

A partir de las narrativas de once trabajadoras sociales del sector público de salud (a las cuales accedimos mediante entrevistas virtuales), identificamos las resistencias profesionales a los avances de miradas/normas biomédicas, las (re)organizaciones de sus tareas cotidianas y la emocionalidad emergente en dichas condiciones. A partir de este análisis, sostenemos que el trabajo social en salud durante la pandemia penduló entre su jerarquización mediante el estatus de “esencial” y la reactualización de su subalternidad en relación al modelo biomédico hegemónico en el campo de la salud.

Sobre las intervenciones del trabajo social en salud durante la pandemia, hay un gran caudal de publicaciones al respecto. Esto se debe a que, prematuramente, hemos reflexionado sobre las experiencias profesionales en este inusual contexto¹. En las producciones existentes ya se ha señalado, por ejemplo, la incongruencia de la política “quédate en casa” como estrategia universal de mitigación de los riesgos, con las necesidades y posibilidades concretas de los sujetos; y la artesanía por parte de los equipos de salud para construir respuestas y asumir de manera autogestiva el desafío de la gestión local de la pandemia (Acerbo & Larrache, 2020). También se ha interpretado el paso de la virtualidad de la

atención de algunas oficinas como expulsión de las poblaciones más vulnerables al acceso a las políticas públicas, por no tener un celular, internet o las herramientas para utilizarlos (Bezzecchi, 2021). En ese momento, fue clave el trabajo de las organizaciones sociales (referentes, comedores, merenderos, centros comunitarios, etc.) con las instituciones del sector salud para el armado de un sistema de apoyo y protección a las personas y familias (Chiara, 2020), sosteniendo el trabajo territorial para el abordaje de los consumos (Córdova & Martino, 2021) y la salud mental (Rolando, Wagner, Moyano, & Di Cianni, 2021), el compromiso con la construcción de respuestas integrales promoviendo la autonomía de las personas (Ricciardi & Scelzo, 2020), entendiendo que la participación social no es solamente hacer actividades comunitarias en los equipos territoriales sino todas las intervenciones realizadas desde la perspectiva de APS, buscando estrategias asertivas, colectivas, reflexivas (Fariña, 2021) y “reinventándose” constantemente (Fernández, 2020).

Las experiencias de intervención en salud fueron diversas entre los municipios, entre los efectores y entre los distintos momentos de la pandemia. Pero ha quedado evidencia que existen lógicas institucionales fragmentadas y que por ello son importantes las redes, las articulaciones (Madeira, Bogliano, & García Godoy, 2020), la interdisciplina y la comunicación (Martin et al., 2021). También se ha hecho evidente que el primer nivel de atención posee un lugar estratégico frente a otras estructuras sanitarias para garantizar la continuidad de la atención en los barrios (Jiménez, Ariovich, Crojethovic, & Balaña, 2021).

Las condiciones de trabajo también han sido analizadas por algunas autoras, para quienes, durante el año 2020 no hubo negociación paritaria, lo que implicó que los salarios permanecieran desactualizados durante todo el año y hasta los primeros meses del 2021 (Quintela, Spinelli, & Fernández, 2021). El desgaste y el costo de sostener la actividad profesional fue de tal magnitud que un coloquio de residentes fue titulado “Juntando nuestros pedazos: La (re)configuración del Trabajo Social en contexto de pandemia Covid-19” (Cuesta, Feldman, Povedano, & Serafini, 2021).

Desde una perspectiva histórico-crítica que busca situar al trabajo social en una alianza con los proyectos socie-

1. En efecto, la Revista Debate Público ha lanzado (en 2020) un número temático “Reconfiguraciones de las políticas públicas, las instituciones y las prácticas en el escenario de la pandemia” (Núm. 20). Y la Revista Plaza Pública también lanzó un número (en 2021) titulado: “Trabajo Social y Pandemia-Covid-19: Estado, cuestión social y procesos de intervención profesional” (Núm. 24).

tales de la clase trabajadora, han interpretado el trabajo profesional en pandemia como un trabajo en la urgencia de las mediaciones de la vida cotidiana marcada por la fragmentación. Quienes escriben desde allí, señalan necesario reforzar la dialéctica de la intervención operativa profesional, usando toda nuestra instrumentalidad, creando nuevos modos de adaptación (Chaves, 2021) y bogando por "conquistas profesionales de los procesos de intervención" (Cimarosti, 2020).

Los antecedentes en la temática nos invitan a reflexionar sobre las estrategias y vínculos del trabajo profesional, que podrían ser interpretados como "gérmenes de contraembujos" (Volpi, 2021), donde surgen preguntas por la normalidad y una posición en la complejidad, lo colectivo, la singularidad, las alternativas y la creatividad. Desde esa posición pueden construirse resistencias y "hacer refugio frente a las intemperies que son y vienen" (Volpi, 2021: 116)

Ubicándonos dentro de este campo que se pregunta por el trabajo social, las estrategias, resistencias, conquistas y particularidades de la intervención de lo social en salud durante la pandemia, sostenemos que el trabajo social fue "esencial" y "subalterno". Para dar cuenta de este proceso pendular, en primer lugar, expondremos las distintas prácticas que fueron dando lugar a lo que denominamos el desplazamiento de lo social: por un lado, de las intervenciones territorializadas a la virtualización y sus implicancias en poblaciones en contextos de alta desigualdad; y por otro, el desplazamiento de la concepción integral de la salud a una centrada en las cuestiones sanitarias y biomédicas. En segundo lugar, daremos cuenta de la relación entre las emociones que atravesaron las trabajadoras sociales en este contexto y las disputas y resistencias que dieron en sus ámbitos laborales ante dicho desplazamiento. Finalmente, presentaremos algunas reflexiones y nuevos interrogantes a considerar.

El desplazamiento de lo social en dos movimientos: del territorio a la virtualidad y de la salud integral a la biomédica

Ana Arias (2013) sostiene la importancia de pensar la "cuestión social" como una construcción histórica situada en nuestro contexto superando así las definiciones eurocentristas tradicionales. Aun así, destaca los aportes de Jacques Donzelot quien da cuenta del concepto de "lo social" desde la tensión entre la igualdad jurídica y

la desigualdad económica; es decir entre la democracia y el capitalismo. A nivel local, recupera los aportes de Alfredo Carballeda (2010) quien propone una alternativa al análisis de origen marxista sobre la cuestión social (centrado en la oposición entre capital y trabajo) al incorporar otros aspectos vinculados al proceso de conquista y colonización (disputa sobre la identidad y la cultura). En este sentido, sostenemos que lo social se configura en tanto tensión entre la enunciada igualdad entre los sujetos y la efectiva desigualdad producto de la intersección (Viveros Vigoya, 2016) de distintos vectores de poder (clase, género, racialización). El Estado en su configuración moderna ha sido el responsable de actuar ante esta tensión y lo ha hecho de distintas maneras a lo largo de la historia dependiendo del contexto local-global y de los lineamientos ideológicos de cada gobierno: la profesión del trabajo social ha ocupado un lugar central en esta tarea. Ahora bien, cabe destacar que el rol del Estado ante la cuestión social ocupa desde la instalación neoliberal en nuestro país, es considerado subsidiario de otros roles a los cuales se les adjudica mayor relevancia (la macroeconomía, la salud biomédica, la justicia, entre otras).

Siguiendo con la propuesta de Joan Scott (1996), el enfoque de género nos permite analizar las políticas públicas -como principal herramienta de gobierno de esta era-, las instituciones y los/as agentes de las mismas. Los aportes del feminismo han dado cuenta de las formas "engenerizadas" que toman las instituciones:

Decir que una organización, o cualquier otra unidad analítica, tiene género significa que las ventajas y las desventajas, la explotación y el control, las acciones y las emociones, el significado y la identidad son aspectos modelados por la distinción entre hombres y mujeres, entre lo masculino y lo femenino. (Acker, 2000: 124)

Es decir, que las instituciones que muchas veces se nos presentan como neutras están conformadas desde sus entrañas desde la distinción sexo/género (Orloff, 2009). A su vez, tomamos los aportes de Lynne Haney (1996), quien propone desde un enfoque de género dejar de pensar al Estado como una entidad monolítica y abstracta guiada por intereses masculinos, dando lugar a un enfoque situado que permita visibilizar los distintos contextos e interacciones institucionales y sus conflictos y tensiones. En este sentido, es fundamental señalar que el campo de la intervención en lo social ha sido históricamente un campo feminizado (Grassi, 1989; Lorente

Molina, 2000; Nebra y Heredia, 2019) y por ende, las articulaciones, tensiones y pujas de sentido de las intervenciones deben ser analizadas desde un enfoque de género: “(...) las historiadoras feministas enfatizan el papel de las mujeres en la construcción del estado de bienestar occidental: cómo las mujeres, inspiradas por el profesionalismo y el maternalismo, intervinieron las burocracias masculinas y los sistemas de bienestar con sus valores y normas” (Haney, 1996: 761).

Pierre Bourdieu ha denominado a este conjunto de agentes estatales abocados a la intervención en la cuestión social como la “mano izquierda” del Estado, mientras que los ministerios de finanzas, bancos, entre otros, conformarían la “mano derecha”. Siguiendo los aportes de las autoras que han reflexionado desde una perspectiva de género al Estado (Haney, 1996; Fraser, 2000) y a las dicotomías culturales de nuestra sociedad (Maffia, 2013) podemos vislumbrar cierto carácter engenerizado en estas manos estatales, la derecha encargada de lo material, económico y “productivo” y la izquierda encargada del cuidado y la reproducción de la vida de los individuos particularmente los más desfavorecidos. Esta mano izquierda, ocupa un lugar subalterno y en general ha sido pensada como residual o subsidiaria. En el caso del trabajo social, como agente central en la cuestión social y profesión feminizada, es notable observar como desde sus orígenes ha sido ubicado en relación a la auxiliaridad de otras disciplinas del campo médico y jurídico (Alayón, 1992). En las últimas décadas, producto de luchas profesionales y en especial de transformaciones locales y regionales de la mano de gobiernos con discursos en torno al “acceso a derechos” la mano izquierda del Estado se había reposicionado y obtenido cierta legitimidad al menos en los territorios.

No obstante, nuestra indagación nos ha permitido observar y sostener que esta subalternidad y subsidiariedad de lo social y de sus agentes, ha sido reactualizada en el contexto de ASPO y DISPO en el marco de la pandemia mundial por Covid-19 que priorizó las cuestiones biomédicas sobre las sociales, económicas y culturales. A esta reactualización situada en los territorios la hemos denominado “desplazamiento de lo social”.

Desde el comienzo de la pandemia el colectivo de trabajo social ha reflexionado sobre las experiencias profesionales en este inusual contexto. En este apartado profundizaremos en lo que llamamos el “desplazamiento de lo social”, entendiéndola como una acción estatal sobre determinados emergentes de la cuestión social.

Entendemos este desplazamiento en dos movimientos: primero, la virtualidad de la atención de ciertas instituciones (ANSES, centros de acceso a la justicia, RENAPER, escuelas, etc.) y del propio ejercicio profesional (uso de redes sociales para la promoción de la salud, interacciones virtuales/telefónicas con usuaries y colegas, etc.). En segundo lugar, con la pandemia se exacerbó la primacía de la biomedicina (Menéndez, 2003) que se manifestó en las directivas que llegaban a las trabajadoras sociales tornando aún más difuso los contornos de las incumbencias profesionales y reactualizando su lugar subalterno en el campo de la salud. Con estos dos movimientos, virtualización y primacía de la biomedicina, se generó un “desplazamiento de lo social” del que formaron parte activa trabajadores sociales de la salud. Ahora bien, sostenemos que es en el escenario local en el cual las políticas públicas se despliegan y se configuran de manera situada, dando lugar a que los actores las (re)interpreten, modifiquen, negocien y tensionen. De esta manera, presentamos algunas formas de resistencia de las trabajadoras sociales entrevistadas a este “desplazamiento de lo social”.

Del territorio a la virtualidad

En todos los relatos, las trabajadoras sociales que entrevistamos consideraron que trabajar en el marco del ASPO y DISPO fue una tarea compleja, difícil, que implicó una reorganización de las labores profesionales, de los equipos y de los efectores en general. En particular, nos centraremos en un señalamiento que presentaron todas las profesionales que ejercían su trabajo en Centros de Salud y Acción Comunitaria: el retiro de todas las instituciones y dispositivos estatales de los barrios populares y villas de emergencias donde estaban radicados. Esto supuso que a la tensión suscitada por la sobrecarga entre las tareas que venían realizando y las nuevas tareas asignadas en el contexto de pandemia, la población vulnerada concurría con una serie de demandas y problemáticas que anteriormente solían dirigir a otros efectores estatales: “nos encontramos con nuevos problemas en el trabajo, algunos con el tipo de demanda que empezó a generar la gente que se atiende en el CeSAC, y otro tipo de problemas en relación a la organización institucional y laboral en el CeSAC” (trabajadora de planta, CeSAC Piedra Buena).

El “tipo de demanda” al que se refirió aquella trabajadora (que coincide con lo dicho por todas las entrevistadas), es la derivada de la virtualización de ciertos

trámites. Tal como sostiene Chaves "De repente los recursos y prestaciones que se venían utilizando para implementar políticas públicas de sostenimiento de vida de los usuarios, quedan paralizadas" (2021: 10). Esta "parálisis" es la irrupción de un día para el otro de la presencialidad de la mayoría de las oficinas estatales, lo cual obligó a la virtualización de la gestión del DNI, del inicio de trámites para pensiones, jubilaciones, para el acceso al ingreso familiar de emergencia (IFE), a la tarjeta alimentar, inscripciones escolares, reclamos en la Defensoría, demandas por violencia de género, etc.

Este desplazamiento de las instituciones estatales del territorio a la virtualidad dificultó la intervención de las profesionales ya que solían "articular intesectorialmente" y en especial debido a que la población tenía "muy poca o nula conectividad" (trabajadora de planta, CeSAC 28):

"Es como que las políticas del Estado, las instituciones presentes en los barrios día a día, para la población, desaparecieron. Solo estuvieron los centros de salud y las organizaciones sociales. El resto siguieron trabajando, pero de forma remota, y esos accesos digitales no están" (trabajadora de planta, CeSAC 4)

La pandemia puso otra vez sobre la mesa la tensión entre el discurso de la igualdad que bajaba para todos por igual "quédate en casa" y virtualizaba nuestras relaciones y gestiones, con la realidad de la desigualdad: un amplio sector de la población no tenía las condiciones de posibilidad para poder hacerlo producto de las desigualdades del sistema moderno patriarcal colonial capitalista, y quienes permanecieron en los territorios fueron los centros de salud (y principalmente las trabajadoras sociales quienes recibían las diversas demandas de la población) y las organizaciones comunitarias territoriales. Esto generó un mayor malestar tanto en las profesionales como en la población:

"Los servicios sociales se convirtieron en una atención al Anses, con mucho enojo en su momento también, porque no había forma de entender ese circuito. La gente se frustraba porque nosotras tampoco sabíamos cómo hacer, aprendiendo a gestionar eso, tratando de encontrar contactos para que alguien nos explique..." (residente, CeSAC zona sur)

Todas las entrevistadas mencionan la diversidad de trámites y gestiones que tuvieron que realizar ante el des-

plazamiento de las instituciones a la virtualidad. Coinciden todas en que la mayor dificultad fue en relación al ANSES ya que tuvieron que aprender todo el circuito administrativo-burocrático también con conectividad deficiente en sus espacios de trabajo.

"Acompañamos muchísimas inscripciones al IFE, algunas cuestiones y problemas en ANSES en relación a la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo, todo lo que era la atención de ANSES, que cerró sus oficinas, repercutió directamente en el territorio y en las instituciones que estábamos trabajando en el territorio. Todo lo que fue la gestión de recursos, averiguación de cómo hacer trámites, como acceder a cierto beneficio social... las demandas giraron en torno a eso... Y así con otras cosas. Anses puede ser como la punta del iceberg" (trabajadora de planta, CeSAC Piedra Buena).

Se observa aquí, la porosidad de las incumbencias profesionales y la facilidad con la que por acción u omisión quienes quedaban a cargo de tareas administrativas vinculadas a la gestión de recursos ante el desplazamiento de Anses eran las trabajadoras sociales. Las entrevistadas mencionaban consternadas esta sensación de que sólo quedaban en el territorio el Centro de Salud y la policía como fuerzas estatales, mientras eran espectadoras del recrudecimiento de las condiciones de pobreza e incertidumbre de la población. Sin dejar de mencionar sus propios temores y malestares que analizaremos más adelante. A continuación, nos centraremos en el segundo movimiento que supuso el desplazamiento de lo social.

De la salud integral al modelo bio-médico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene en su constitución que "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1948:1). Y si bien diversos autores y autoras han cuestionado esta definición (por ejemplo, pensar en procesos en vez de un "estado de completo bienestar") podemos sostener como relevante la inclusión y legitimación de la dimensión mental y social a la ya tradicional y acotada dimensión física de la salud por parte de uno de los organismos de salud de mayor relevancia internacional.

Ahora bien, la emergencia de la pandemia puso en jaque esta conquista y disputa sobre el modelo médico hegemónico ya que aparentemente lo único relevante paso a ser la situación “sanitaria” general, en desmedro de otros procesos de salud integral:

“Tuvimos que abocarnos a tareas relacionadas al Covid como llamados telefónicos, hacer triage, asesorar a la gente en cuestiones de salud, “hacé tal fila”. Había muchas preguntas en relación al Covid que no podíamos responder, derivábamos al hospital. Actividades de promoción y prevención se hicieron de forma virtual” (residente Ce-SAC 12)

De esta manera, las trabajadoras sociales eran relevadas de sus tareas cotidianas de atención, acompañamiento y/o promoción de la salud para realizar tareas para las cuales no habían sido formadas o que en la mayoría de los casos podía realizar un trabajador o trabajadora administrativa:

“Yo le discutía eso al jefe, tengo esta situación de abuso sexual con una niña y estoy yendo a cargar datos a una computadora ¿quién va a atender los seguimientos de esta chica? Y de esos debates tuvimos un montón.” (Trabajadora de planta, Centro de día de adicción, Bajo Flores).

En varias ocasiones nos han mencionado relatos de situaciones de violencias y/o abusos que, debido al desplazamiento a la virtualidad de las instituciones, eran detectados únicamente por profesionales de la salud. Situaciones que debido al contexto se habían recrudecido y que no encontraban asidero para ser abordadas ya que la prioridad volvió a centrarse únicamente en el “bienestar” físico de la población. Si bien la mayoría de los/as profesionales de todas las disciplinas del campo de la salud vieron modificadas sus tareas, es destacable el poco o nulo lugar que se le dio a las demandas en torno a la cuestión social. Y atrapadas en ese movimiento quedaron las trabajadoras sociales del campo de la salud: modificando sus tareas, dejando de atender a personas en situaciones complejas (y padeciéndolo) o sobrecargándose de responsabilidades para poder cumplir con todo, asumiendo tareas administrativas, etc.

En un trabajo anterior (Nebra y Heredia, 2018) indagamos en torno a la historia y a las condiciones profesionales de ejercicio del trabajo social desde una perspectiva de género, y sostuvimos la existencia de un com-

ponente voluntarista en cuanto a su historia (vinculada a la filantropía y luego a la militancia) y por otro lado, un componente subalterno en cuanto a la relación de auxiliaridad entre disciplinas social/médica y social/jurídica, tradicionalmente asociadas a la relación asimétrica y auxiliar mujer/varón. Una vez institucionalizada la profesión, el carácter voluntario se fue desplazando hacia la aceptación del trabajo en condiciones de extrema precariedad, la sobrecarga de tareas y la asunción de roles por fuera de las incumbencias profesionales.

De esta manera este desplazamiento de lo social supuso un detrimento de las condiciones de vida de la población de los territorios más vulnerados y a la vez una sobrecarga en la responsabilización de las trabajadoras sociales, en un contexto macro de pérdida de valor de lo social en favor de la biomedicina.

Tensiones, negociaciones y emociones en torno a la (des)organización de la tarea cotidiana

La fluctuante organización de la tarea cotidiana en el marco de la pandemia generó incertidumbre, agotamiento y estrés en las trabajadoras. Hacemos mención en este apartado a la emocionalidad, no como mera exposición de sentires o intentando indagar sus motivos (cuestiones que tal vez pertenezcan al campo psi), sino comprendiéndola como objeto construido culturalmente, elemento de interacción social y utilizándola como herramientas analítica para un acercamiento a las dinámicas sociales (Coelho y Rezende, 2010; Sirimarco y Spivak L’Hoste, 2019).

“La primera parte tuve miedo, bronca: odiaba que la gente dijera que estaban en su casa aburridas de hacer budines, y yo estaba cansada. Creo que el miedo me daba cansancio. Mucho estrés, nervios, miedo...” (Trabajadora de planta, Centro de día de adicción, Bajo Flores).

Como dijimos anteriormente, el trabajo en la pandemia implicó modificaciones en las labores. Esto se tradujo en un incremento de las tareas, puesto que se sumaron nuevas a las que ya se realizaban, y se acrecentó el cansancio por múltiples factores. Uno de ellos fue el miedo. Todas las entrevistadas lo señalaron como una sensación que acompañó el trabajo. El miedo era a contraer el virus y enfermarse gravemente (en algunos casos traducido en el miedo “a ser entubada”), contagiar a seres

queridos, miedo a morir por Covid y miedo a la policía. Algunas salían por la mañana de sus casas, cuando aún era de noche y lo hacían en la soledad de las calles y los transportes públicos. Esa imagen nocturna de la ciudad desolada (en la cual aparecía la policía a quien el Estado había otorgado la gestión del "cuidado") era acompañada de miedo.

El cansancio también se observa asociado a la "sobrecarga" de trabajo producto de las distribuciones de las tareas, que para algunas no se realizaron de manera igualitaria y solidaria. En esos casos el cansancio se tradujo en descontento:

"Hubo mucho descontento entre compas de trabajo, ya que quienes asumimos tareas como las que mencioné, nos vimos sobrecargados" (trabajadora de planta, CeSAC piedrabuena).

En ese sentido, encontramos dos nudos problemáticos: uno pre-existente y uno novedoso. El pre-existente es la diferencia entre profesionales: hay quienes en un tiempo bien delimitado hacen asistencia, y quienes además hacen promoción y generan más vínculos interinstitucionales/disciplinarios acarreado una caudal mayor de trabajo. Esta diferencia que ya existía, con la pandemia se profundizó y este segundo grupo sintió una sobrecarga al tener que hacer más horas de teletrabajo y trabajo presencial (el cual estaba más recrudescido por las condiciones de vida de los barrios populares). El nudo problemático novedoso, fue la diferencia laboral dada por la maternidad. Quienes eran mujeres-trabajadoras-madres pudieron cubrir menos horas de trabajo con el argumento que ellas realizaban, además, cuidado infantil en sus hogares. Una forma de reconocer la carga de aquel trabajo de cuidado no remunerado fue aliviando sus horas de trabajo en los efectores públicos de salud. Pero aquellas horas que se aliviaban para esas mujeres, recayeron en otras.

Existen numerosas evidencias que dan cuenta de las desigualdades en la distribución de las responsabilidades del cuidado infantil según género, clase y raza, persistiendo un modelo maternalista del cuidado que se apoya en el trabajo cotidiano de las mujeres. Las mujeres se convierten en "malabaristas": coordinan múltiples tareas y con sus esfuerzos y desgastes permiten la producción y reproducción económica, social y familiar (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Faur, 2019). Si bien la medida que buscaba reconocer ese trabajo de cuidado tenía por meta una redistribución

que sea más justa para las mujeres, no resultó satisfactoria para todas las trabajadoras. Incluso, alguna de las entrevistadas señalaba con un poco de ironía que parecía una suerte de castigo por no ser-madre: debían trabajar más quienes no cumplían el "mandato de la maternidad".

El cuidado es ambivalente: en tanto "mano invisible de la vida cotidiana", puede reforzar pautas de estratificación social como generar formas colectivas de producir bienestar y vidas dignas de ser vividas (Paz Landeira y Gaitán, 2020). Dicha ambivalencia se hizo presente en la medida de reducción de jornada para las personas con hijos. La medida generó cargas diferenciales a trabajadoras sociales, al tiempo que buscaba una organización social del cuidado más equitativa. Esta tensión estuvo dentro de los equipos de trabajo conformados por mujeres madres y aquellas que optaron por no tener hijos. Tanto el cuidado como la intervención en lo social son trabajos centrales en la sostenibilidad y reproducción social de la vida de las poblaciones. Además, son trabajos feminizados y subalternizados. Fueron las mujeres (madres y no madres) trabajadoras sociales quienes se vieron, al final de cuentas, sobrecargadas por estas labores pocos visibles, infravaloradas y de gran importancia para el sostenimiento de la vida.

El malestar de habitar espacios infravalorados por la política pública al tiempo que, quienes ejecutaban las labores de cuidado y atención a las problemáticas sociales reivindicaban su importancia, se hacía carne en las trabajadoras. Lo social se hace carne incorporando estados de sensibilidades (Scribano, 2012) que en este caso se caracterizaba por el cansancio y estrés.

La infravaloración fue relatada por quienes se desempeñaron en hospitales y no fueron convocadas en los "Comité de crisis" (quedando por fuera de las decisiones que se tomaran de manera oficial en el abordaje de la pandemia), sintiendo desvalorizada su voz y mirada profesional (con las consecuentes medidas biomédicas y hospitalocéntricas); lo que se sumaba a las órdenes de no tomarse vacaciones y para las residentes, extender (por decisión unilateral) su contrato con el GCBA, suspender su día formativo en la residencia y volver obligatoriamente a la sede formativa (si se encontraban en rotación por otros efectores). En ese contexto, algunas entrevistadas nos relataron que sufrieron ataque de pánico en el primer año de pandemia y de las once entrevistadas, dos renunciaron a sus cargos para priorizar su salud mental.

Los malestares sentidos durante la gestión de la pandemia fueron muchos. Fue desde ese malestar (con cansancio, sobrecarga, estrés y miedo), que se desplegaron estrategias o “márgenes de maniobra” (Haney, 2002) en el quehacer profesional e institucional para resistir a los embates del biologismo y acentuar la relevancia de la intervención.

“Nuestro Centro lo quisieron cerrar para hacer un banco de plasma. Y que ni siquiera iba ir a la gente del barrio y querían cerrar un centro de salud... nos resistimos, fue una resistencia de verdad de nosotros. Vinieron una vez y nos resistimos. Y no vinieron más” (trabajadora de planta, Centro de día de adicción, Bajo Flores).

Pese a las limitaciones de recursos y a las condiciones del régimen laboral e institucional se construyeron acciones de resistencia impulsadas por el convencimiento de la necesaria defensa de espacios claves para garantizar derechos.

“En un momento parecía que nos iban a convocar como Servicio a ocuparnos a la derivación a hoteles de la gente Covid positivo y ahí empezamos también a discutir la pertinencia de nuestra inclusión en ese espacio, que finalmente fue ocupado por administrativos del GCBA” (residente hospital Tornú).

Todas las entrevistadas se vieron interpeladas y debatieron sobre la pertinencia de la profesión para el ejercicio de las tareas que solicitaba el Ministerio de Salud. Los debates y discusiones se dieron con otras colegas, otras profesionales, jefaturas y coordinaciones.

Reflexiones finales

La hegemonía del modelo biomédico en el campo de la salud se potenció en la gestión de la pandemia que ocurrió en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En ese proceso, las miradas sociales y más complejas de la salud fueron subalternas. Los trabajadores sociales en salud, en su mayoría mujeres, fueron consideradas personal “esencial”, por lo que se les permitía su circulación en el espacio público, se solicitaba su presencia y parecían gozar de importante capital simbólico en tanto “personal de salud”. Simultáneamente, se les excluía de instancias de toma de decisiones significativas (como los comités de crisis) y se les daba indicaciones de labores administrativas, subalternizando su tarea. En esa tensión se ubicó el ejercicio profesional en el ASPO-DISPO.

Entendemos que “las conquistas profesionales de los procesos de intervención del Trabajo Social no deben quedar ocultas tras la complejidad -y a veces la tragedia del cotidiano profesional” (Cimarosti, 2020: 67). Por esa razón, decidimos indagar las resistencias de los profesionales a las órdenes subalternizantes que les permitieron disputar intervenciones/visiones sobre los procesos de salud enfermedad atención cuidados. Esas resistencias tuvieron costos, asociados al desgaste y malestar sentidos por las trabajadoras. En este sentido, nos preguntamos ¿Cómo continuaremos disputando la relevancia de “lo social” en el campo de la salud en el escenario postpandemia? Nos queda como desafío continuar pensando estrategias colectivas que se conviertan en conquistas profesionales y puedan ser sostén de quienes diariamente trabajan por cambiar la precarización de las condiciones de vida y de trabajo instauradas.

Bibliografía

- Acerbo, S., & Larrache, C. (2020). Gestión local de la pandemia de COVID 19: Aportes desde el Trabajo Social. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 227-239.
- Acker, J. (2000). Jerarquías, trabajos y cuerpos: una teoría sobre las organizaciones dotadas de género. En: Navarro, M. Y Stimpson, C. (comp.) *Cambios sociales, económicos y culturales FCE*, pp. 111-129.
- Alayón, N. (1992). *Historia del trabajo social en Argentina*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Arias, A. J. (2013). Lo social situado y el Trabajo Social en Argentina. *X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales*, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Bezzecchi, M. S. (2021). La expulsión de las Instituciones Estatales. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(21), 197-202.
- Bourdieu, P. (1994). El campo científico. *REDES*, N° 2, Vol. 1, diciembre, pp. 131-160.
- Carballeda, A. (2010). La cuestión social como cuestión nacional, una mirada genealógica. *Revista Ciencias Sociales* N°76/UBA, Dic. 2010.
- Chaves, C. S. (2021). Trabajo Social y pandemia de Covid – 19: Estado, Cuestión Social y procesos de intervención profesional desde la mirada sanitaria. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, (24), 4-12.
- Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 27-40.
- Cimarosti, M. (2020). Conquistas profesionales de los procesos de intervención del trabajo social. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, (24), 56-69.
- Coelho, M. C. P., & Rezende, C. B. (2010). *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Córdova, M. P. D., & Martino, M. B. (2021). Reflexiones sobre intervenciones territoriales en salud: Construyendo lo colectivo en contexto de pandemia. *Margen*, (101), 8.
- Cuesta, L., Feldman, C., Povedano, S., & Serafini, M. (2021). Juntando nuestros pedazos: La (re)configuración del Trabajo Social en contexto de pandemia Covid – 19. Coloquio Anual de la Residencia de Trabajo Social Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”.
- Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES/UNFPA/UNICEF.
- Fariña, M. C. (2021). Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la participación social en salud y las estrategias de intervención comunitaria. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(21), 119-131.
- Faur, E. (2019). *El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI editores.
- Fernández, G. (2020). La intervención profesional en Atención Primaria de la salud en contexto de Covid 19. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 193-200.
- Fraser, N. (2000). ¿De la redistribución al reconocimiento? *New Left Review*, Edición en español. Londres.
- Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social*. Buenos Aires, Editorial Humanitas.
- Haney, L. (2002). *Inventing the Needy: Gender and the Politics of Welfare in Hungary*. Berkeley: University of California Press.
- Haney, L. (1996). Homeboys, babies, men in suits: the state and the reproduction of male dominance. *American Sociological Review*, 61 (5), pp. 759-778.
- Jiménez, C., Ariovich, A., & Crojethovic, M. (2021). Repensando el primer nivel de atención del conurbano bonaerense en tiempos de pandemia. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(22), 87-96.
- Lorente Molina, B. (2000). Género, profesión y cultura. Una aproximación al estudio de la identidad de los trabajadores sociales. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 49, pp. 97-115.
- Madeira, S., Bogliano, E., & García Godoy, B. (2020). La intervención profesional es siempre una pregunta abierta. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(19), 11-20.
- Maffía, D. (2013). *Contra las dicotomías: feminismo y epistemología crítica*, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: dianamaffia.com.ar/archivos/contralasdicotomias.doc.

- Martin, M., Salvaré, S., Gobello, F., Abadía, M., Gargiulo, M. L., Durán, E., & Piscopo, C. (2021). La construcción de un dispositivo de cuidado en la Pandemia de Covid-19. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(22), 211-218.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.
- Nebra, J. y Heredia, C. (2019). ¿Por qué nos proponemos jerarquizar el trabajo social? Reflexiones sobre la profesión desde una perspectiva de género. *Revista Debate Público*, Universidad de Buenos Aires, pp. 215-223.
- Orloff, A. S. (2009). Gendering the Comparative Analysis of Welfare States: An Unfinished Agenda. *Sociological Theory*, 3 (27), pp. 317-343.
- Quintela, M., Spinelli, L., & Fernández, F. (2021). Trabajo Social y Pandemia. Una crónica de nuestra experiencia en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, (24), 165-171.
- Ricciardi, P., & Scelzo, G. (2020). Repensando la práctica profesional durante la emergencia sanitaria: Consideraciones acerca de la categoría de cuidado y la gestión de riesgos. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 241-251.
- Rolando, P. D., & Wagner, K. (2021). Sistematización de una experiencia de Salud mental comunitaria en contexto de pandemia. *Margen*, (100). Recuperado a partir de <https://www.margen.org/suscri/margen100/Rolando-100.pdf>
- Scott, J. (1996). *El género: Una categoría útil para el análisis histórico*. En: Lamas Marta (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, PUEG, pp. 265-302.
- Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 91-111.
- Sirimarco, M., & Spivak L'Hoste, A. (2019). Antropología y emoción: Reflexiones sobre campos empíricos, perspectivas de análisis y obstáculos epistemológicos. *Horizontes Antropológicos*, 25, 299-322. SciELO Brasil.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. En: *Debate Feminista*, 52, pp. 1-17.
- Volpi, C. (2021). Trabajo Social en Salud: Conjuros posibles desde un necrocapitalismo brujo. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(22), 107-117.

