

Miradas sobre la intervención

La intervención profesional es siempre una pregunta abierta

Estrategias, dilemas y desafíos en el ámbito de salud en contexto de pandemia

Sandra Madeira^a, Eduardo Bogliano^b y Bárbara García Godoy^c

Fecha de recepción: 3 de julio de 2020
Fecha de aceptación: 5 de julio de 2020
Correspondencia a: Sandra Madeira
Correo electrónico: madeira_sandra@yahoo.com

- a. Lic en Trabajo Social. Docente en la Carrera Trabajo Social UBA. Hospital Piñero, GCBA.
- b. Lic en Trabajo Social. Docente en la Carrera de Trabajo Social UBA. Hospital Piñero, GCBA.
- c. Lic en Trabajo Social. Docente e investigadora UBA – UNAJ. Integrante de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud.

Resumen:

Este artículo expresa el interés y la necesidad de compartir experiencias e interrogantes que surgen de procesos de reflexión y de intervención del trabajo social en el campo de la salud, en la ciudad de Buenos Aires, en el actual contexto de pandemia y de aislamiento social preventivo y obligatorio. La pandemia por Covid 19 encuentra al país en una situación muy compleja a partir de la crítica situación económica, el incremento de población en situación de vulnerabilidad social y el deterioro del sistema de salud y de sus instituciones, que se encuentran complejizados e interpelados a partir de este evento epidemiológico. En este texto se describen algunos de los cambios que se han suscitado en las intervenciones del sector salud, y en particular en las estrategias

de actuación profesional del Trabajo Social. Se abordan como nudos problemáticos transversales los procesos de cuidado y el lugar del otro, y se caracterizan algunas tensiones y desafíos que se le presentan al Trabajo Social en este contexto.

Palabras clave: Trabajo Social – Salud pública – Pandemia.

Summary

This article expresses the interest and the need to share experiences and questions that arise from processes of reflection and intervention of social work in the field of health, in the city of Buenos Aires, in the current context of pandemic and preventive social isolation and mandatory. The Covid 19 pandemic finds the country in a very complex situation due to the critical economic situation, the increase in the population in a situation of social vulnerability and the deterioration of the health system and its institutions, which are complexed and questioned from of this epidemiological event. This text describes some of the changes that have occurred in health sector interventions, and in particular in the professional action strategies of Social Work. The care processes and the place of the other are approached as transversal problem knots, and some tensions and challenges that are presented to Social Work in this context are characterized.

Key words: Social Work - public health - pandemic.

Introducción

La escritura de este artículo expresa el interés y la necesidad de compartir reflexiones que surgen de procesos de intervención profesional del trabajo social en el campo de la salud, en la ciudad de Buenos Aires, en el actual contexto de pandemia y de aislamiento social preventivo y obligatorio. Nos interesa describir algunas de las estrategias profesionales desarrolladas en este escenario y, a partir de algunos nudos problemáticos que identificamos, componer algunas de las tensiones y desafíos que se nos presentan en estos tiempos. Nuestra disciplina tiene una vasta tradición en el ejercicio de la reflexividad, tensionando permanentemente el ejercicio profesional con sus bases teóricas y la renovada producción científico académica de las ciencias sociales en general. Bajo esa premisa, y sin la posibilidad de contar aún con cierta perspectiva temporal que permita un mejor decantamiento, haremos algunas reflexiones e interrogantes que queremos compartir y poner en discusión.

Notas sobre el escenario complejo que encontró la pandemia

La pandemia por el Covid 19 encontró a la Argentina en un incipiente proceso de re-direccionalidad de las políticas que llevó adelante la alianza conservadora Cambiemos en el período 2015-2019. Resultado de ese período son un endeudamiento superior a los trescientos mil millones de dólares, la mayor deuda externa contraída en toda la historia del país, al mismo tiempo que los sectores concentrados de la economía (particularmente, los vinculados al capital especulativo) incrementaron sus ganancias de manera sideral. La reorientación de las políticas del Estado hacia los sectores más poderosos, en simultáneo con la baja o retracción de prestaciones dieron lugar a una situación de crisis social y de debilitamiento institucional. Las medidas tomadas en estos primeros meses del gobierno de la presidencia de Alberto Fernández, están orientadas a la renegociación de esa deuda, impagable en el corto plazo, y a reconstruir condiciones institucionales para poner en marcha el aparato estatal bajo la lógica de restitución de derechos en sus diferentes planos. El fortalecimiento de las capacidades estatales y de su institucionalidad se destacan en las medidas con que la nueva gestión de gobierno inauguró esta etapa. La restauración de los Ministerios

de Salud, de Ciencia y Tecnología, y de Trabajo, que habían sido des-jerarquizados por la gestión de la Alianza Cambiemos -con la consecuente limitación de juego político-institucional con recursos y autonomía para la gestión- resultaron medidas claras, y esperadas, en tal sentido. (García Godoy, 2020)

En la Ciudad de Buenos Aires el macrismo gobierna ininterrumpidamente desde al año 2007, contando con un amplio consenso social aún de sectores que se ven perjudicados por las políticas neoliberales que en esta jurisdicción se despliegan. La mercantilización de lo público es impulsada sostenidamente, mientras los discursos en torno al merecimiento de las prestaciones sociales y al valor del emprendedurismo, como expresión del esfuerzo individual, han ido calando en las subjetividades de gran parte de la ciudadanía de a pie. La educación y la salud pública han ido perdiendo en estos años tanto reconocimiento de su valor social como recursos para su desarrollo. Esto ha producido en el caso particular del sector salud una realidad signada por múltiples limitaciones: presupuestos deficientes y sub-ejecutados, mayor superposición y fragmentación de programas, falta de coordinación intra e intersectorial, potenciación de la hegemonía biomédica, desinterés por la participación comunitaria, como algunos de sus rasgos salientes.

El coronavirus, una enfermedad que a principios del año 2020 conocimos de la mano de la trágica e inaugural experiencia china, fue declarado pandemia el 11 de marzo de este año por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹. Es decir, la propagación de la nueva enfermedad ya tenía un alcance mundial, sin que la mayoría de las personas tuvieran inmunidad contra él. (OMS, 2020). Boaventura de Sousa Santos (2020) señala en una publicación reciente que la pandemia muestra de forma cruel las condiciones en que los Estados se encuentran para responder a las emergencias, fruto de las experiencias neoliberales en la región. En el caso argentino, este evento epidemiológico de gran magnitud encuentra al país en una situación muy compleja, la crítica situación económica, el incremento de población en situación de extrema vulnerabilidad social, y el deterioro del sistema de salud - así como el de sus instituciones-, no se originaron con esta pandemia, pero sí se encuentran complejizados e interpelados a partir de ella. Resulta interesante el planteo de Clemente (2020) cuando observa que “el gobierno nacional frente a la amenaza sanitaria del Covid-19, más que un plan de emergencia, está

poniendo en acción una idea de sociedad”. Esta autora destaca “el protagonismo del Estado en el manejo de la crisis, la movilización de todos los recursos disponibles desde una perspectiva federal y con asesoramiento especializado, el refuerzo de ingresos a sectores vulnerables, son todas intervenciones que brindan contención a la población en una situación excepcional como la que estamos atravesando”.

Intervenciones en un hospital de zona sur de la Ciudad: replanteando estrategias profesionales y dispositivos

Lo que sigue es un relato preliminar, hecho en el fragor de la tarea, sobre una experiencia específica enmarcada en el sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires, en una zona candente de la enfermedad. Por tanto, las reflexiones que sugiere tienen todas las provisionalidades que la situación conlleva.

Es necesario primero situar que la zona sur de la Ciudad presenta los mayores indicadores de pobreza (Albergucci, 2019). En ella se verifica una profundización de las desigualdades: es la región con menor planificación urbana y mayor población (aluvional, transitoria, migrante, precarizada y excluida). Esta situación arrastra inequidades de carácter histórico, que se han agravado en forma sostenida y exponencial en la última década.

Decíamos al inicio del texto que el deterioro de la salud pública en la CABA no es un fenómeno nuevo, y reconoce una larga trayectoria con múltiples actores sociales y políticos involucrados. Sin embargo, en los últimos años de gestión PRO en la ciudad se profundizaron las diferencias de las condiciones de vida entre el norte y el sur de la misma, y esto también se reprodujo en los efectores sanitarios. Si bien es cierto que todos los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires han sufrido recortes presupuestarios, los de la zona sur se han visto especialmente afectados. Así mismo en los últimos cuatro años la política sanitaria hizo foco en los efectores de atención primaria de la salud, pero a la vez separando a éstos de los hospitales. Esto redundó conceptual y fácticamente en una mayor fragmentación del sistema, y por tanto las respuestas socio-asistenciales y sanitarias quedan sistémicamente desarticuladas, siendo el desafío constante (re)construir tramas desde la intervención.

1. <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

En esta zona de la ciudad se localizan cuatro hospitales generales de agudos y una mayor concentración de Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSaC)², emplazados principalmente alrededor de los asentamientos y barrios pobres. Estos efectores, previo al inicio de la pandemia, ya se encontraban al borde de su capacidad instalada, no pudiendo dar respuesta al total de la demanda de la población, a pesar de diferentes estrategias implementadas por los equipos de salud. Las principales problemáticas que se atienden habitualmente refieren a situaciones de población con tuberculosis, dengue, víctima de violencias, transitando consumos problemáticos o en situación de calle, entre otras problemáticas sociales y de salud. Hoy esas situaciones continúan existiendo, pero se les agrega el riesgo de contagio del Covid 19. Resulta claro desde esta perspectiva el planteo de Carballada (2020) cuando señala que en este contexto de pandemia se reconfiguran los problemas sociales, se hacen más complejos y de más difícil resolución, porque a los problemas ya existentes se les suma este componente. Al hacerse más complejo se singulariza de manera diferente, lo que tiene que ser visualizado en clave de intervención, así como el análisis de los mismos; la incertidumbre, la inseguridad social y el malestar dialoga con las prácticas en la construcción de los problemas sociales.

El equipo de Servicio Social del Hospital P. Piñero está conformado por trabajadoras/es sociales que desarrollan sus tareas en las distintas salas de internación y espacios del hospital, los equipos de Servicio Social de cada uno de los CeSaC, y el equipo del Servicio de Urgencias.

Un eje central en nuestra intervención se vincula con garantizar la accesibilidad a la población en clave de derechos, en sintonía con lo expresado recientemente, en virtud de la reconfiguración de los problemas sociales en este contexto. La omnipresencia del Covid 19 en los escenarios de la intervención resulta una alteración profunda, ya sea que estemos trabajando una situación de una persona contagiada -o no-, las modalidades de abordaje y los dispositivos de intervención se encuentran atravesados por protocolos y modalidades que ponen en primer término las estrategias de cuidado frente

a una posible transmisión de la enfermedad. En este sentido se tomaron decisiones de manera fragmentada tanto a nivel de instituciones de otros sectores como al interior de los dispositivos de salud impactando directamente en las posibles respuestas a demandas que se vinculen con otras problemáticas urgentes, obturando además su visibilización. A modo de ejemplo podemos referir el cierre de nuevas admisiones a instituciones, como hogares y comunidades terapéuticas, situación que pone aún más en tensión el lugar de lo social en el hospital. Éste habitualmente era considerado el ámbito institucional que podía - y debía- dar respuesta por la falta de dispositivos y políticas que aborden las problemáticas de manera transversal. En este contexto, las posibilidades de respuesta a esas demandas se ven obturadas y los dispositivos sanitarios se encuentran en proceso de reorganización, muchas veces caótica, para enfrentar la pandemia. Además, el contexto de exposición al Covid 19 que puede ocurrir en los efectores de salud, los vuelve un lugar inadecuado para alojar personas en situación de calle o niñas/os víctimas de maltrato, entre otros. Otro claro ejemplo es el cierre de los servicios en consultorios externos en la mayor parte de los hospitales, incluidas las admisiones para la atención en salud mental.

En relación a los servicios de urgencias y las demandas que se presentan en el mismo en este contexto, se han mantenido las consultas por padecimientos de salud mental, parte de los mismos vinculados con el aislamiento. A su vez, resulta preocupante la drástica disminución de las consultas por otros motivos, especialmente por las distintas violencias. A sabiendas que se han incrementado los femicidios³ durante este aislamiento alarma que en el caso de la/los niña/os, en relación a las situaciones de maltrato y abuso sexual infantil, esté sucediendo lo mismo. En este sentido resulta fundamental el trabajo con CeSaC y organizaciones sociales que, en el contacto directo con las familias, puedan agudizar la mirada para detectar estas problemáticas, abordándolas desde esos dispositivos. También, y en caso de ser necesario, operando para desarmar los temores a concurrir al hospital, donde tanto en el Servicio Social como en el de Urgencias se vienen construyendo estrategias, aunque no sin dificultades, para dar respuestas a las mismas.

2. En la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires se ubican los Hospitales Piñero, Santojanni, Penna, Argerich, Grierson. De los 48 CeSaC que tiene la CABA 30 dependen de estos hospitales (12 del Piñero, 8 del Penna, 7 del Santojanni y 3 del Argerich)

3. El Observatorio de las Violencias de Género «Ahora Que Sí Nos Ven» dio a conocer la cifra de 55 femicidios ocurridos entre el 20 de marzo, cuando se decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio, y el 24 de mayo de 2020. Asesinadas sólo por el hecho de ser mujeres, la mayor parte de los crímenes ocurrió dentro de la vivienda de la víctima.

Interesa destacar que los equipos interdisciplinarios de salud mental vienen operando activamente en la reorganización de los Servicios de Urgencias en cuanto a los modos de funcionamiento, acordando espacios de circulación diferenciados por especialidades y aportando en su operativización, con el fin de garantizar el distanciamiento y evitar contagios masivos por la exposición de las/os trabajadoras/es. También, en las gestiones para mantener áreas resguardadas, de modo de poder asistir situaciones que no se vinculan con el coronavirus en forma segura. En todo este proceso ha resultado central pensar las necesarias articulaciones, gestiones, acuerdos que se requieren para brindar respuestas -tanto al interior de la institución como con otros sectores- y para reclamar ante las falencias de la política pública en la Ciudad de Buenos Aires.

A su vez, el Área Programática del Hospital, departamento que tiene a su cargo coordinar la actividad extramural de los CeSac que trabajan con la población que se encuentra dentro del área de responsabilidad del hospital - cuenta con un dispositivo de epidemiología, con el que se intenta dar una respuesta a esta coyuntura, articulando a partir del mismo con los distintos servicios del Hospital y efectores de toda el área. El seguimiento epidemiológico de la pandemia requiere una circulación de información que puede ser una ventana de oportunidad para subsanar en alguna medida la fragmentación y la desarticulación que tiene el sistema. El dispositivo en sí es solo una ventana, la experiencia indica que depende de los profesionales involucrados expandir su horizonte. Los referentes de epidemiología manejan datos de una persona que suelen tener carriles separados. En el caso presente hay un efector que carga el evento epidemiológico (en este caso es quien realiza el hisopado), otro que carga el resultado del examen (el laboratorio) y otro que debe informar al paciente (si está internado lo hace la/el médica/o de sala, y si está aislado en su casa o en un hotel no está determinado quién). Esta circunstancia muchas veces redundante en dificultades para la persona contagiada, que queda aislada de su familia y sin posibilidad de implementar estrategias para resolver sus dificultades. El poder reunir esa información es un primer paso en restituir la integridad de la persona. Sin embargo, en la gestión concreta de esta información es que se abre la verdadera posibilidad de intervenir.

Desde el dispositivo propuesto por el área programática en conjunto con Servicio Social y los CeSaC, se dispuso un equipo que contacte a las personas contagiadas que residen en las áreas vulnerables de nuestro hospital

(Villa 1-11-14, Barrio Rivadavia I y II, Barrio Illia, Barrio Ramón Carrillo, Villa, Fátima, Los Piletones, Los Pinos, Villa Cildañez, Villa Soldati, Villa 20, etc). El seguimiento no es sólo para relevar situaciones de salud (síntomas) sino también aquellas circunstancias que en la coyuntura que atraviesan, surgen como problemáticas derivadas, procurando dar una respuesta a lo que se presenta. De este modo, se trabaja con situaciones en las que se presenta la falta de acceso a artículos de limpieza, medicamentos o alimentos dado el contexto de aislamiento, el re contacto con familiares que no cuentan con la información del lugar donde fue alojada la persona asistida, el armado de estrategias de cuidado con las/os niñas/os que quedan sin un adulto responsable por ser portadores de la enfermedad.

A este dispositivo se suma el Servicio de Urgencias, del cual las trabajadoras sociales constituyen el enlace con las salas de internación Covid, la Unidad de Febriles de Urgencia (UFU), aportando además en la contención y sostén de personas con resultado positivo y de sus familiares; y abordando las situaciones de urgencia que se suman a este problema de salud. Esta tarea no puede ser realizada por un equipo centralizado, ya que el número de situaciones y las circunstancias de la pandemia tornan imposible ese cometido. Por tanto, la articulación con otras instancias del sistema, en un ida y vuelta de información y acciones se torna imprescindible.

De esta forma poner en acto una red multicéntrica, que origina o que circula información y realiza acciones tratando de disminuir la fragmentación, vulneración de derechos y el aislamiento que sufren las personas, es el horizonte. No es sencilla la tarea que intenta superar años de rupturas, desconfianzas mutuas, resistencias y escasa articulación entre servicios del mismo sector salud.

Resulta ineludible en este punto hacer mención a los cambios profundos que se han suscitado en las estrategias de actuación profesional del trabajo social, dado este nuevo escenario que altera profundamente la vida cotidiana de las personas con las que trabajamos y la modificación en el modo en que las problemáticas sociales se presentan. Un aspecto refiere al desarrollo de la tarea de las/los profesionales mediante el uso de la intermediación tecnológica para realizar acciones específicas que antes eran presenciales; de hecho, realizar una entrevista de seguimiento de modo telefónico era una rareza para profesiones como la psicología o el trabajo social.

La premura que implica la tarea, los límites que conlleva el distanciamiento social y la cuarentena se imponen por sobre las dificultades de articulación, traccionando hacia el trabajo en red. Reconocer el alcance de las propias acciones, los límites que establece la realidad, y la necesidad de encontrar nuevas formas de intervención para lograr una respuesta, es lo que impulsa y moviliza la acción. Los cambios que trae aparejado el avance de la situación hace que ninguna modalidad de respuesta se pueda constituir en unívoca, pues lo que sirve hoy ya no sirve mañana. Este dinamismo e incipiente inicio de articulación es el que da marco a las reflexiones que vamos produciendo.

Dimensiones transversales para problematizar

Sin dudas, la intervención en tiempos de pandemia nos coloca ante nuevos desafíos. En este proceso, que está siendo, surgen algunas cuestiones que nos interesa problematizar. Aluden a diferentes órdenes, y son presentados aquí a los fines de enriquecer la discusión.

En torno a los cuidados de las/os trabajadoras

Un tema que nos interpela alude en particular a una de las dimensiones del cuidado, el autocuidado. Esa noción ha sido desarrollada desde la biomedicina y desde la salud pública especialmente a partir del concepto estilo de vida, de tal manera que por autocuidado se suelen entender las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de la salud. En enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión o la diabetes, por ejemplo, parte de la estrategia terapéutica se apoya en los cambios de hábitos de las/os pacientes, bajo el precepto del autocuidado. Autores como Arenas-Monreal y et al, (2011) señalan que desde las ciencias sociales "el autocuidado se refiere a las distintas actividades de la vida cotidiana que son realizadas por las personas, familias y los grupos sociales para el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y limitación de daños" Estos autores diferencian las acciones de autocuidado en intencionales y deliberadas, y fundamentan la necesidad en avanzar en la construcción teórica del autocuidado para ubicar este concepto dentro de una perspectiva social más amplia y no reducirlo al ámbito funcionalista y de responsabilidad individual. Menéndez (2003) señala que el uso del concepto de autocuidado que da el sector salud es marcadamente

individualista, y lo diferencian del concepto de autoatención, cuyo carácter es básicamente grupal y social. Lo importante a considerar aquí es que el concepto de autocuidado constituye una variante del de autoatención. Desde esa perspectiva, las actividades de automedicación y autocuidado son parte del proceso de autoatención, pero no son equivalentes ya que autoatención constituye un concepto y proceso más inclusivo.

Desde otras perspectivas, al hablar de la noción de cuidados en salud, se han distinguido dos niveles básicos interconectados: por un lado, los practicados dentro del sistema público de salud (cuidados médicos o profesionales), y por el otro los que realizan los propios sujetos en su vida cotidiana (autocuidados, cuidados cotidianos). (Domínguez Mon, 2014). En torno a este tema observamos que la particularidad que reviste este momento radica en que parte de la estrategia de abordaje del Covid 19 requiere de un desarrollo simultáneo de los dos niveles descritos por Domínguez Mon, como condición necesaria para todos los actores del proceso de salud/enfermedad/cuidado/atención.

A su vez, hay otra dimensión del autocuidado que la coyuntura de la pandemia expone con crudeza y que nos parece necesario problematizar: la centralidad que ha adquirido en este contexto el reconocimiento de las precarias condiciones laborales, y los daños que produce la vulnerabilidad de quienes tienen la responsabilidad de cuidar a las/os otras/os. Durante años las/os trabajadoras que atienden a poblaciones vulnerables han sufrido enormes deficiencias en las condiciones de trabajo. Bajos salarios, condiciones de contratación precaria, deficiencias en la infraestructura, carencia de recursos, constituyen un paisaje habitual para quien desarrolla funciones en esos ámbitos. En circunstancias como las actuales, la dificultad en el acceso a los elementos personales de protección, la falta de capacitación y el pluriempleo en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, ponen en tensión permanentemente el derecho laboral y el acceso a la atención.

En la ciudad de Buenos Aires la situación va del pluriempleo de las/os trabajadoras/es para poder asegurar su subsistencia, ante los magros salarios que perciben, al desarrollo de la tarea de cuidado a otras/os sin las condiciones mínimas necesarias para cumplir la tarea en condiciones de seguridad. Resulta acertada la reflexión de Cazzaniga (2020) cuando advierte "Lo sabemos, necesitamos todos los insumos: barbijos, guantes, alcohol en gel, desinfectantes varios como derecho a la pro-

tección mínima de nuestras condiciones de trabajo. Esta demanda no debe ser encarada sólo desde lo individual, debe ser colectiva y motorizada por Colegios Profesionales y sindicatos en los que estamos afiliadas/os, entre otras organizaciones que pueden denunciar las faltas, pero también pueden proponer otras estrategias de cuidado. Las intervenciones necesitan ser más que nunca interdisciplinarias y necesarias de poner en reflexión lo que es “necesario hacer”, lo “que se puede hacer”, de “quién es la responsabilidad” (del equipo de salud, de trabajo social, de los funcionarios, de las asociaciones) y “hasta donde”. De esta manera el autocuidado es siempre colectivo y por lo tanto “político” formando parte de toda estrategia de intervención.

Con respecto al autocuidado, desde nuestra perspectiva incluimos aquí no solo los aspectos materiales, sino también los cuidados subjetivos que el adecuado desempeño profesional necesita. El caudal de angustia que en este escenario conlleva la tarea profesional es otro aspecto puesto dramáticamente de relieve en estos días. El interrogante está en cómo abordar esta contradicción, evitando extremos como la auto-inmolación en el servicio. Resulta claro entonces que es necesario repensar profundamente el horizonte ético-político de nuestra intervención.

El reporte del Ministerio de Salud de la Nación del día 20 de mayo pasado⁴ indicaba que del total de personas con Covid positivo, 1061 correspondían a trabajadores de la salud (14,9 % del total). Un mes después, el porcentaje disminuyó a un 8,2 pero el universo de contagiados se cuadruplicó⁵, por tanto el número absoluto es considerablemente alto. A su vez, la mayor parte de los mismos se produjo por contagio entre trabajadores, y no a partir de la atención a las/os pacientes. Esta ha implicado que servicios enteros se vean desafectados por la indicación de entrar en “cuarentena”, situación que impacta directamente en la atención que se puede brindar a la población que asistimos. Nos encontramos con que una reacción posible frente a esta situación es la de responsabilizar absolutamente a las instancias superiores de gobierno por los riesgos de realizar una tarea sin condiciones de seguridad, y desde ya no pretendemos quitar en absoluto la responsabilidad de las autoridades de la Ciudad sobre condiciones de vida y condiciones

laborales. Sin embargo, creemos que enfocarnos exclusiva o centralmente en esta dimensión nos deja en una situación de inacción, ya que todo depende de lo que otro pueda hacer y nosotras/os sólo reclamar que lo haga. La estrategia de resistencia, como única táctica, paraliza haceres y miradas en tanto se trata de no perder lo que se tiene y no de construir, sólo es activa a corto plazo y luego se torna desvitalizante, pues impide avanzar. Toni Negri decía: “en la cárcel sólo resistir me hubiera matado” (De la Aldea y Lewkowicz I., 1999). A su vez, otra reacción posible -y tampoco conveniente- resulta aquella categorizada como subjetividad heroica (De la Aldea y Lewkowicz, 1999), posición que da cuenta de una postura de salvador/a que realiza su acción en forma solitaria, ignorando riesgos y sin tener en cuenta las particularidades que plantea la persona asistida. Este posicionamiento subjetivo se ve alentado por el discurso bélico (enfrentar a un enemigo invisible) y la apelación directa al heroísmo. De lo que se trata, es de producir estrategias colectivas de cuidado y de reconocimiento de derechos, sin que se desdibuje el centro de nuestra intervención en esta emergencia: el cuidado de ese otra/o vulnerable que requiere de respuestas estatales y de acompañamiento profesional en este devenir incierto.

En torno al “otro” y los modos de vinculación en la intervención profesional

En relación a la práctica profesional del trabajo social, la distancia social requerida por la contagiosidad del virus ha instaurado la atención mediada por elementos personales de protección o incluso remota a través de herramientas tecnológicas, esto sin dudas otorga un nuevo marco a la escucha y la contención, elementos claves de las entrevistas. Lejos de nuestra intención se encuentra cuestionar dichas prácticas, simplemente es reconocer que nos interpelan y dar cuenta que, en este contexto, los equipos profesionales realizan grandes esfuerzos y desarrollan creativas formas de vinculación con las/os usuarias/os de los servicios. También que en las reflexiones posteriores a la intervención aparecen los límites que se presentan y las insatisfacciones que tales modos de intervenir suscitan. Es frente a ese malestar que surge el interrogante ligado a los modos de posibles de fortalecer las intervenciones ante estas condiciones

4. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informe-diario/mayo2020>

5. Fuente: <https://www.iprofesional.com/health-tech/318219-coronavirus-en-argentina-ya-se-recuperaron-mas-de-13-mil-personas>

de vinculación. Nos preguntamos acerca de las huellas, marcas o inscripciones que en las prácticas cotidianas la pregnancia del discurso de la salud pública dejará, y cuánto o qué de lo que estamos atravesando permanecerá, aún resignificado.

La apuesta está en que esas resignificaciones tiendan a dejar establecida la necesidad de garantizar nuevos derechos; sin embargo, preocupa saber que también pueden conducir a nuevas estigmatizaciones y consecuentes segregaciones, en especial de la población más vulnerable; mientras estas reflexiones se producen, observamos cotidianamente con alerta el recrudecimiento en la ciudad de Buenos Aires de discursos de estigmatización hacia pobladoras/es de villas y asentamientos, a partir de la elevada propagación de los contagios en esos territorios vulnerables. Ese discurso en gran parte de la ciudadanía porteña construye un otro peligroso, ahora en términos sanitarios, y posibilita instalar la creencia, desde la diferenciación, del estar a salvo de la pandemia. Necesitamos "repensar con cierta urgencia cómo opera en el mundo de lo real el concepto de otredad, que parte de la construcción de un nosotros diferente. En un sentido general se pone en evidencia que la clave para el resguardo personal es la acción responsable de ese otro, y a su vez nos implica en la propia responsabilidad hacia ese que es diferente a uno. ¿Cómo somos cuidados, cómo cuidamos? El discurso gubernamental tiene como soporte y refuerza permanentemente la idea de que el otro es imprescindible para la propia existencia, poniendo así en cuestión la esencia misma del liberalismo. Como contracara se observan también algunas reacciones públicas sostenidas en la idea de peligrosidad, como vemos en los hostigamientos a profesionales de la salud por parte de algunos vecinos" (García Godoy, 2020). Sin dudas, asumir la intervención profesional en el campo de la salud desde la perspectiva que otorga el reconocimiento de procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, implica otorgar un lugar de centralidad a los vínculos con las/os otras/os, lo que en las ciencias sociales abordamos con la categoría de lazo social. Este contexto provoca múltiples interrogantes en esta clave, entre ellos preguntarse cómo se configura el lazo hoy, qué otredad se nos construye, qué impactos subjetivos tiene en nosotras/os sabernos pasibles de contagio, o de ser incluso portadores asintomáticos y contagiar sin saberlo. ¿Qué impactos tendrá este tránsito en las formas de socialización que llevemos adelante en la post pandemia? ¿Cómo será esa mentada "nueva normalidad" en que desarrollaremos nuestra intervención una vez superado este momento?

El campo de la salud, y en particular la salud mental, tiene mucho por aportar en este sentido, para elucidar y –esperemos– aportar acerca de los modos más saludables posibles de transitar las nuevas circunstancias que indudablemente constituirán el nuevo escenario por venir.

Algunas reflexiones finales

Desde nuestros distintos lugares, esta pandemia nos impuso el desafío de re-pensarnos y re-inventarnos, sintiéndonos interpeladas/os en nuestras prácticas, en la necesidad para pensar las lógicas institucionales y los diferentes modos que asume la implementación de las políticas públicas en este contexto de emergencia. Diversos espacios de discusión se generaron para poder re-pensar qué significa en este contexto el estar gestionando, escuchando, articulando, construyendo saberes, re-conociendo el territorio. La intervención del Trabajo Social es un intento por articular entre lo estructural y lo coyuntural, entre las políticas generales y la situación particular. Una búsqueda de expandir el universo de las/os alcanzadas/os por las políticas que promueven derechos y un intento por ampliar el horizonte a partir de las demandas insatisfechas detectadas en el ámbito local-coyuntural. La pandemia vino a reformular profundamente las prácticas sociales en general y nuestra intervención en particular. Esa transformación necesariamente promueve nuevos interrogantes, sin perder de vista lo señalado en el sentido que la intervención requiere una mirada sobre la complejidad de las problemáticas sociales desde una perspectiva de derechos.

La centralidad del Covid 19 en todos los dispositivos del sistema de salud, a la par de necesaria, resulta preocupante dado que provoca la invisibilización de tantas otras problemáticas de salud (médicas, sociales, salud mental). Resulta evidente que la indicación de permanecer en las casas como la mejor manera de cuidarnos en este contexto de pandemia, pone en cuestión la concurrencia a los diversos dispositivos por otros motivos, dificultando por ejemplo la prevención de las violencias ante la acentuada disminución de consultas. Quienes trabajamos con esta problemática hace tiempo hemos descartado la creencia que sostiene a la familia como el lugar privilegiado de cuidado. En el caso de las/os niñas/os la suspensión de la asistencia a la escuela, institución que tiene un lugar central para develar situaciones de maltrato y abuso, sumado al difícil acceso a los centros de salud, provoca que éstas/os queden a expen-

sas de sus maltratadores. Allí el interrogante es cómo generar espacios a los que puedan recurrir y evitar el silenciamiento. Y en el caso que asistan a la guardia del hospital, cómo agilizar circuitos que permitan la permanencia, siempre en el menor tiempo posible, sin que se vulnere su derecho a la salud dada la posible exposición al virus.

Las redes y toda instancia de articulación se constituyen en vertebradoras de la intervención profesional;

la pandemia visibiliza cómo las lógicas institucionales fragmentadas, en ámbitos como el hospital, moldean -en algún sentido- las intervenciones. Este escenario se presenta como oportunidad para re-experimentar la potencia de la colectivización de recursos y estrategias, y convoca claramente a mayores esfuerzos y reflexiones en nuestro campo, para profundizar lo que Travi (2011) ha descrito como “el potencial transformador y emancipador de nuestra profesión”

Bibliografía

- Albergucci, I. (2019). Una ciudad, dos realidades. Segundo Informe de monitoreo de Datos socio-económicos de la Ciudad de Buenos Aires, febrero 2019 (Informe de Coyuntura n° 11: La Ciudad en Deuda). Buenos Aires: Centro de Estudios de Ciudad. Recuperado de <http://cec.sociales.uba.ar/?p=1235>
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J., & Campos-Navarro, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), 42–48. <https://doi.org/10.1177/1757975911422960>
- Carballeda (2020). Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. Dossier La intervención social en tiempos de pandemia. *Revista Margen*. Recuperado de <https://www.margen.org/pandemia/>
- Cazzaniga, S. (2020). Trabajo Social en la pandemia. Recuperado de <https://trabajosocialsantafe.org/wp-content/uploads/2020/04/Trabajo-social-en-la-pandemia-por-Susana-Cazzaniga.pdf>
- Clemente A. (2020) Coronavirus, deuda y salud pública. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/257101-coronavirus-deuda-y-salud-publica>
- De la Aldea, E., Lewkowicz I. (1999). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la Salud. En Conferencia en el Hospital General de Agudos Carlos G. Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- De Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20200430083046/La-cruel-pedagogia-del-virus.pdf>
- Domínguez Mon, A. (2015). Prácticas cotidianas de (auto)cuidados en red por parte de un grupo de pacientes con diabetes (DBT). En Domínguez Mon A. y Schwarz, P (coords). Documento de Trabajo N° 75. Redes de cuidado, autocuidado y desigualdad en salud: personas que viven con enfermedades de larga duración. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20160520064751/dt75.pdf>
- García Godoy, B. (2020). Interpelaciones para el Trabajo Social en tiempos de pandemia. *Revista Pueblo* N°5. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Recuperado de <https://www.unaj.edu.ar/pueblo/revista-pueblo-5/colaboraciones-nacionales/interpelaciones-para-el-trabajo-social-en-tiempos-de-pandemia/>
- Menéndez, Eduardo L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Travi, B. (2011). Construcción de la identidad, historia y formación profesional. Publicado en: Ibáñez, Viviana (comp.): Historia, identidad e intervención profesional. III Encuentro del Grupo Interuniversitario de Investigadores en Trabajo Social. Grupo GIITS. Ediciones Suárez, Mar del Plata, Argentina.