



CON-TEXTOS

REVISTA del CONSEJO PROFESIONAL
de TRABAJO SOCIAL CABA

Las otras deudas

Memorias y posibilidades desde el Trabajo Social

Trabajo Social Situado

La (Re)configuración del Trabajo Social en contextos de COVID – 19. Reflexiones desde el campo de la salud de la UNAJ

*Por Sofía Povedano, Mariana Serafini, Yanina Rienzi, Lucila Cuesta y
Carolina Feldman*

Fecha de recepción:	Marzo del 2022
Fecha de publicación:	Junio del 2022
Contacto:	Carolina Feldman
Correo electrónico:	carojfeldman@gmail.com

LA (RE)CONFIGURACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN CONTEXTO DE COVID - 19. REFLEXIONES DESDE EL CAMPO DE LA SALUD. DE LA UNAJ

**Povedano, Sofía; Serafini, Mariana; Rienzi, Yanina; Cuesta, Lucila; Feldman, Carolina*



INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como finalidad reflexionar acerca de la reconfiguración en relación a la construcción de roles y los estereotipos de género que atraviesan la experiencia escolar cotidiana de los actores que forman parte del dispositivo escolar.

Para indagar acerca de estas relaciones y cuestiones de género que existen al interior de la institución educativa, más específicamente referenciada a una Escuela Técnica del sur de la Provincia de Buenos Aires, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a diferentes docentes y directivos de la

* **Sofía Povedano** - Licenciada en Trabajo Social egresada de la Universidad de Buenos Aires. Residente de tercer año en salud en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires.

* **Mariana Serafini** - Licenciada en Trabajo Social egresada de la Universidad de Buenos Aires. Residente de tercer año en salud en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires.

* **Yanina Rienzi** - Licenciada en Trabajo Social egresada de la Universidad de Buenos Aires. Finalizó la Residencia en salud en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires y en el año 2021 se desempeñó como Jefa de Residentes.

* **Lucila Cuesta** - Licenciada en Trabajo Social egresada de la Universidad de Buenos Aires. Recientemente, finalizó la Residencia en salud en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires.

* **Carolina Feldman** - Licenciada en Trabajo Social egresada de la Universidad de Buenos Aires. Recientemente, finalizó la Residencia en salud en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires.

Para indagar acerca de todas estas transformaciones, realizamos 10 entrevistas semi-estructuradas a trabajadoras sociales insertas en el campo de la salud, más específicamente referenciada a un hospital de la zona sur de la CABA. Para el análisis de datos delimitamos dos dimensiones: 1) la reconfiguración del rol profesional y las transformaciones en las dinámicas institucionales 2) las repercusiones de estos cambios en la población con la que trabajamos.

COVID-19: READECUACIONES SOCIO SANITARIAS EN EL ÁMBITO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Ante la emergencia de la pandemia COVID-19, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires diseñó una estrategia en red para organizar la atención, la derivación y el traslado de pacientes, dividiendo los hospitales públicos en tres grupos, como un sistema de anillos y a modo de semáforo: rojo, amarillo y verde. Esta designación significó un cambio en la dinámica diaria de trabajo, donde se reorganizaron servicios de internación para dar prioridad -casi- exclusiva a pacientes con Covid-19. Este cambio de encuadre significó un doble cierre a nivel institucional: uno al interior de los efectores, donde las intervenciones profesionales se vieron abocadas al seguimiento de pacientes con Covid-19; y otro de carácter externo, al limitar el ingreso de personas y reducir la atención por consultorios externos. Al respecto, una de las colegas entrevistadas refirió que: ***"el hospital no podía alojar situaciones si esto implicaba ocupar camas, por ejemplo, con situaciones habitacionales -o "sociales", que en otro momento ha pasado"*** (Nota de campo, entrevista a M, trabajadora social, 06/07/2021). Estas directrices circunscribieron las prácticas principalmente a la atención y cura de la enfermedad, dificultando la intervención sobre los aspectos sociales de las enfermedades (Cannon, 1908) y supeditando de esta manera el tratamiento integral de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

En los efectores del primer nivel de atención, los cuales trabajan bajo la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la estructura territorial construida y conocida por los profesionales se vio detenida, teniendo que readecuar sus tareas según lo establecido por las autoridades gubernamentales. Una de las entrevistadas refiere que ***"la dinámica de los equipos territoriales quedó anulada"*** (Nota de campo, entrevista a A, trabajadora social, 21/05/2021). A su vez, junto con la asistencia realizada al interior de las instituciones, los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) del área programática trabajaron en la prevención de contagios en viviendas multifamiliares, inquilinatos y hoteles mediante la promoción de normas de bioseguridad e higiene sugeridas por los organismos oficiales.

LA RECONFIGURACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Respecto a las intervenciones del Trabajo Social, resignificamos los aportes de las pioneras de nuestra profesión -Mary Richmond, Gordon Hamilton, Perlman, Towle, entre otras- en torno a la dimensión técnico instrumental del trabajo social y el derecho a la asistencia desde una perspectiva integral. Es importante señalar que desde la publicación del Diagnóstico Social de Mary Richmond (1917), las trabajadoras sociales reflexionamos acerca

de los diferentes encuadres para llevar a cabo las intervenciones en nuestro ejercicio profesional. Las pioneras de nuestra profesión, en un arduo camino hacia la profesionalización de la disciplina, consideraron que era necesario sistematizar técnicas y prácticas que ponderen la integralidad de los sujetos con el objetivo de promover su autonomía. En este sentido, podemos afirmar que desde que se suscitó la pandemia se reeditaron algunas prácticas tales como las entrevistas mediante dispositivos tecnológicos, las cuales si bien no estaban perimidas, eran poco frecuentes en instituciones de salud. En lo que refiere al primer nivel de atención, si bien los equipos de salud siguieron desarrollando tareas presenciales en los territorios en menor medida, las mismas se readecuaron acorde a la situación epidemiológica y las condiciones de los espacios de trabajo. Las entrevistas informales o no programadas se realizaban en la vereda de las instituciones o en el triage de entrada, en una marcada reconfiguración de los espacios físicos tradicionalmente asignados al ejercicio profesional, cómo se han constituido en los efectores de salud, los consultorios de atención.

Por otro lado, revalorizamos las disquisiciones teórico-filosóficas que surgen a principios del siglo XX con el surgimiento del Trabajo social como profesión en Estados Unidos, ya que tienen como baluarte fundamental ***“incorporar valores democráticos en la administración de los socorros”*** (Hamilton, 1960, p.120) transformando las solicitudes de ayuda en derechos. En este sentido, las colegas identificaron ***“una reformulación de lo asistencial. La asistencia siempre ocupó un lugar sumamente importante, pero creo que ahora hablamos del derecho a la asistencia de los sujetos por parte del Estado”*** (Nota de campo, entrevista a M, trabajadora social 21/05/2021).

En el nivel hospitalario, se priorizaron exclusivamente las internaciones por COVID, lo cual para nuestra disciplina significó realizar un abordaje remoto de las situaciones con el único objetivo de relevar las condiciones de vida de cara al egreso hospitalario, en consonancia con los protocolos de aislamiento e higiene dictaminados a nivel nacional. En palabras de una de las entrevistadas, ***“nuestro trabajo fue la articulación con algunas instituciones para la provisión de bolsones alimentarios y la gestión de los traslados a pacientes que egresaban del hospital”*** (Nota de campo, entrevista a A, trabajadora social, 07/05/2021). Tanto los alimentos, como los productos de limpieza y el traslado a los domicilios de las personas dadas de alta fueron recursos dispuestos por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Dado que los efectores de salud fueron uno de los pocos espacios legítimos y habilitados para transitar en el contexto de pandemia, las colegas insertas en el primer nivel de atención registraron que los centros de salud comenzaron a tener una mayor relevancia en la comunidad, especialmente para las personas que se atienden habitualmente en estos dispositivos: ***“el CeSAC era en ese momento un espacio de encuentro”*** (Nota de campo, entrevista a M, trabajadora social, 27/05/2021). Además, destacan que en muchos momentos fueron las organizaciones sociales las que brindaron recursos y facilitaron el acceso a programas. Al respecto, una de las trabajadoras sociales enfatiza ***“articulé más con el comedor del barrio que con las instituciones estatales. Eso me sorprendió. Hubo momentos que me referencé directamente con estos espacios.”*** (Nota de campo,

entrevista a M, trabajadora social, 27/05/2021).

Otra de las tareas derivadas de la emergencia sanitaria fue el programa DetectAr en los barrios donde las colegas se insertaron en días aleatorios, incluso fines de semana. Este dispositivo se constituyó como estrategia de testeo para contactos estrechos asintomáticos y la búsqueda activa de estas personas a través los efectores de salud insertos en zonas vulnerables. Según expresaron las entrevistadas, la participación en el programa permitió conocer el territorio con mayor profundidad, especialmente la cuestión habitacional. Al respecto una de ellas afirmó: ***"a partir de julio, que nos insertamos en el DetectAr (...) de alguna manera me permitió ver el lado más social en relación a la pandemia"*** (Nota de campo, entrevista a, trabajadora social, 11/06/2021).

"LA GENTE QUE ESTÁ PEOR ES LA QUE NO TIENE ACCESOS": REPERCUSIONES DE LA PANDEMIA EN LES USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD

Los aislamientos prolongados y obligatorios, la ausencia de encuentros presenciales y la utilización de elementos de protección personal nos llevan a repensar las dinámicas de intervención con la población. Las medidas sanitarias establecidas para evitar la propagación del virus reforzaron un tipo de imaginario social en el cual la otredad se constituyó como peligrosa, ya que se piensa al otro en tanto posible portador de virus/propagador de contagio. En palabras de una de las colegas entrevistadas, ***"la premisa es que todas las personas son portadoras de covid. Eso es patologizar a todos, incluso a los mismos compañeros de trabajo. Para mí, eso permite profundizar mucho más estas falencias del sistema que siempre ha cosificado a los demás"*** (Nota de campo, entrevista a L, 17/05/2021). Tal como plantea Mbembe (2020), algo característico de este contexto es que ante la incertidumbre que genera este escenario, todos nos encontramos con la capacidad potencial y el temor de contagiar a un otre. Frente a ello, el distanciamiento entre las personas sería precisamente una forma de regular ese poder para el conjunto social. Por este motivo, la política de cuidado fue la de preservar(nes) mediante los decretos de necesidad y urgencia de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO -19/03/20 al 02/08/2020-) y distanciamiento social preventivo y obligatorio (DISPO -03/08/20 hasta el 21/05/21).

Frente a lo mencionado consideramos pertinente reflexionar en relación a la categoría de accesibilidad, planteada por Comes y otros (2007), entendiendo la misma como un vínculo que se construye entre les sujetos y los servicios del sistema de salud. Frente a esta concepción, podemos plantear que el ingreso a las instituciones de salud quedó establecido de manera unilateral: acorde a las resoluciones y protocolos mencionados, se restringieron los circuitos de acceso y circulación por los efectores y les usuarios no contaban con información precisa al respecto, priorizando la indicación de permanecer en sus hogares. En palabras de una de las entrevistadas, ***"la restricción en la atención significó para muchas una sensación de "abandono" de ausencia del Estado"*** (Nota de campo, entrevista a G, 19/05/2021).

Por otra parte, la definición de accesibilidad planteada por los autores mencionados se resignifica dada la digitalización de los circuitos, repercutiendo en las formas en que la población usuaria de los servicios accede (o no) a ellos. Al respecto, una de las colegas refirió que ***"empieza a verse con mayor claridad por donde, en este contexto y momento histórico, pasa la dificultad en el acceso y la vulnerabilidad más extrema... la gente que está peor es la que no tiene accesos, distintos tipos de accesibilidad, porque ahora también a todo el mundo se le limitó la posibilidad de acceso institucional- geográfico... lo ideal es que "No vayan" ... hay que pensar la accesibilidad y los accesos de otra forma... lo tecnológico ahora viene a atravesar las vidas, y aquellas vidas con mayores dificultades se les empieza a complicar todavía más"*** (Nota de campo, entrevista a M, 20/05/2021). En este sentido, las vías de ingreso y gestión de muchos organismos con los que usualmente articulamos dejaron de ser presenciales, migrando a la atención virtual o telefónica. Dichas reconfiguraciones se constituyen en barreras de accesibilidad para muchas personas, quienes no cuentan con los medios digitales necesarios y/o con los conocimientos para su uso. A su vez, esto se planteó como una dificultad en la atención de las trabajadoras sociales quienes tuvieron que aprender las nuevas vías de gestión, transitando junto a la población las barreras para la tramitación de distintos recursos y consecuentemente la dificultad para el acceso a derechos tales como jubilación, pensiones y gestión de DNI.

REFLEXIONES FINALES

Todo este recorrido profesional e histórico en torno a las prácticas, dinámicas y abordajes implica revisar los supuestos que le imprimen sentido a nuestra disciplina desde su emergencia. El presente trabajo nos permitió recuperar las voces de colegas que se desempeñan en distintos dispositivos de atención de un Hospital General de Agudos y sus Centros de Salud. En este sentido, resulta menester recuperar las reestructuraciones que ha transitado el colectivo profesional en los distintos momentos de la pandemia, para poder pensar las intervenciones a futuro en relación a la profundización de las condiciones precarias de la población con la cual trabajamos y las formas en que se da la accesibilidad al sistema sociosanitario de les usuaries que transitan por los efectores de los distintos niveles.

El trabajo realizado también intenta realizar un aporte a la resignificación de nuestro rol en el campo de la salud, tomando algunas matrices de pensamiento: 1) el derecho a la asistencia que concibe al sujeto como activo, autónomo y capaz de tomar decisiones, 2) la dimensión técnico- instrumental que se apoya en la necesidad de revisar la entrevista como herramienta capaz de desplegar intervenciones fundadas, 3) pensar los condicionantes sociales de la salud y por último, 4) promover la accesibilidad desde una óptica relacional.

A su vez, creemos que este escenario se plantea como un desafío para pensar nuestro lugar como trabajadoras y las condiciones bajo las cuales nos insertamos en los distintos procesos de trabajo en los efectores de salud.



BIBLIOGRAFÍA

CANNON, I. M. (1908): *Trabajo social en el Hospital General de Massachusetts.*

GORDON HAMILTON, A. (1960): *Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casas.* (1ra. Ed. 1940). México: Ed. Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.

LAURELL, A (1986) *Panencia presentada en el coloquio La Santé en Amérique Latine réalité socio politique et projets des soins primaires* organizado por AMALC (Montreal, Canadá). ** Profesora de la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco (México).

MALLARDI, M. :(2021): *El cotidiano en crisis: Algunas notas para repensar el Trabajo Social en tiempos de pandemia - Palabras urgentes: Dossier sobre Trabajo Social y Covid-19.* Colegio de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Bs. As.

MBEMBE, A (2020): *Necropolítica.* España: Editorial Melusina.

MENÉNDEZ, E (1990): *Marir de alcohol. Saber y hegemonía médica.* Alianza Editorial, México

COMES Y OTROS (2006): *El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios.* Facultad de Psicología UBA. Anuario de Investigaciones - Volumen XIV.

TRAVI, B (2012): *El Diagnóstico y el proceso de intervención en Trabajo Social: hacia un enfoque comprehensivo.* En Ponce de León, A. Krampotic, C. (Coord.). Trabajo Social Forense. Balances y perspectivas. Buenos Aires. Ed. Espacio. Fragmentos