

Algo está pasando

Sasha Acerbo

acerbosasha@gmail.com

1. Introducción

El presente texto pretende compartir reflexiones acerca de aspectos emergentes del ejercicio profesional, de los procesos de trabajo y de organización como Residente de Trabajo Social en Salud, en el contexto de la declarada emergencia sanitaria y aislamiento obligatorio por la pandemia de COVID 2019: Emergencias sociales, políticas, económicas, alimentarias, culturales, éticas y biográficas.

Como dice una canción de Charly García: *“algo está pasando”*. El mundo está cambiado. No hay obra acabada, no hay producto absoluto. Por eso, abrazados a nuestras incertidumbres, nos resulta importante escribir/nos, leer/nos y compartir/nos, para mover/nos colectivamente de la posición en la que estamos. Como expresa una querida docente de la Universidad de Buenos Aires: *“Escribimos nuestras prácticas porque las palabras pueden revolucionar”*. De allí mi entusiasmo y gratitud con esta posibilidad de compartir, transmitir y dialogar acerca de quiénes vamos siendo, sabiendo que comunicar significa crear comunidades.

Está claro que la coyuntura actual reactualiza preguntas, tanto para les estudiantes como para les profesionales, en torno a las incumbencias y especificidades del Trabajo Social. Esta experiencia de inquietud y de des/conocimiento, nos enfrenta al desafío del reconocimiento: quiénes somos, para qué estamos, por qué deberíamos seguir estando, qué aportes hacer, etc.

Hacer expresas y públicas dichas preguntas se torna una estrategia de superación al inmediatismo que propicia el contexto. Estrategia contrahegemónica, respecto de la profundización del individualismo, la fragmentación, la cultura del miedo, el silencio y la muerte, que los modos de tratar la pandemia imponen a nuestros días.

Por su puesto que este relato, no tiene por fin clausurar la reflexión, sino invitar a seguir construyendo pensamientos...

2. Ejercicio Profesional en Salud

Como expresaba en la introducción, actualmente me encuentro inserta como Residente de Trabajo Social¹ en un Hospital Gral. del Sur de la CABA. En este marco les compartiré algunos cuestionamientos sobre los que propongo dialogar:

¿Para qué un gobierno contrata a una trabajadora social en un hospital?

¿Para qué estamos en general, y en particular en este contexto de emergencia sociosanitaria? ¿Por qué estamos? ¿Con qué población, demandas y recursos intervenimos y trabajamos? ¿Qué estrategias de intervención construimos desde este lugar?

¿Para qué no estamos? ¿Con qué población, demandas y recursos no intervenimos? ¿qué estrategias se intentaron y no resultaron, y qué estrategias todavía no se han intentado?

Son preguntas por distintos **aspectos históricos** de las dimensiones institucionales, éticas, políticas, teóricas, metodológicas e instrumentales que constituyen los alcances y límites de nuestro **ejercicio profesional**. Este último, se inscribe en determinada división social del trabajo (capitalista, colonial y patriarcal); y en un modelo de acumulación particular (denominado por varios autores como neoliberalismo extractivista). Todo ello, define los procesos estatales y las políticas sanitarias que integramos en condición de trabajadores y de ciudadanos.

Precisamente la salud, entendida como un campo, resulta nuestro espacio de inserción ocupacional/profesional; al mismo tiempo que se trata de un derecho humano. Lo anterior, nos obliga a pensar simultáneamente en nuestros **procesos de intervención**, en los **procesos de trabajo**, y en los **procesos de ciudadanía** de la sociedad en la que estamos incluidos.

De este modo, nuestro **ejercicio profesional** se presenta orientado hacia una determinada opción de **proyecto de sociedad**, inaugurando lo que se conoce como **proyecto ético político profesional**.

Sin dudas, la pandemia de COVID 2019 alteró absolutamente todos los aspectos de nuestra vida cotidiana personal y colectiva (ni hablar de las dinámicas

¹ La Residencia es una Capacitación Profesional de Posgrado en Servicio que forma parte del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Dura tres años, y apunta a la formación de profesionales en el campo de la salud.

Los Residentes somos trabajadores rentados, que nos integramos al trabajo en equipos disciplinares e interdisciplinares aportando, desde la intervención y la producción de conocimientos, a la planificación, ejecución y evaluación de acciones tendientes a la promoción y acceso a los derechos.

institucionales). Como así también la idea de “salud”, “cuidado”, “control”, “comunidad”, “trabajo”, “trabajo esencial”, “emergencia”; e inclusive las concepciones de “Estado”, “Política Social”, “asistencia”, “interdisciplina”, etc. Conceptos que no son para siempre únicos, sino por el contrario, ambiguos, polisémicos y lo suficientemente dinámicos como para moverse al ritmo de los procesos sociales. Por lo que, resulta imprescindible elucidar el sentido que se le otorga (y que le concedemos) a cada uno de ellos, ya que en su articulación constituyen los paradigmas desde donde vivimos, investigamos e intervenimos sobre la realidad social.

Atañe señalar que en este trabajo se adscribe a la definición de salud de Floreal Ferrara (1975), entendida como la posibilidad que tenemos las personas de enfrentar y resolver los conflictos que la interacción con nuestro mundo físico, mental y social nos imponen. En este marco, se reafirma la importancia de la intervención de los trabajadores sociales con los usuarios, en los **procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC)**². Constituyéndonos como profesionales de la Salud, comprometidos con la lucha por la producción de condiciones y de prácticas saludables, en el marco de los derechos reconocidos y exigibles, y en diálogo con las políticas vigentes. Desde esta posición, intervenimos críticamente, con sustento teórico metodológico propio de las Ciencias Sociales, y otros aprehendidos de la interdisciplina, a fin de democratizar dichos procesos.

Nuestro ejercicio profesional en el campo de la salud, se funda a partir de la intervención directa en la vida cotidiana de los sujetos, en donde se manifiestan las expresiones de la cuestión social (entendida como la desigualdad que produce el sistema capitalista, patriarcal y neocolonial) (Iamamoto, 2011).

Nuestra especificidad y competencias nos involucran en la construcción de “espacios de suspensión” de esa cotidianeidad. ¿Qué significa esto? Implica un proceso de crítica y reflexión ética que protagoniza cada sujeto respecto de su vida

² La salud no es entendida como un estado (algo estanco, quieto, establecido), sino que se trata de un proceso de construcción colectiva. Se enfatiza que se debe asumir el proceso salud- enfermedad como uno de tipo colectivo y la respuesta social organizada para enfrentarlo, como procesos históricos, sociales y culturales y en los cuales se integran las particularidades biológicas de los colectivos. Además, se debe apuntar a comprender que tanto el elemento subjetivo de conciencia e interpretación, sobre la salud, la enfermedad y la muerte como la respuesta frente a ellos. Determinados por el conjunto de prácticas simbólicas de los grupos culturales en los que se insertan los individuos (Menéndez, 1988).

diaria para captar en ella sus determinaciones y volverlas un concreto conocido y modificable (Gianna, 2011). En este acto de “**suspensión**”, lejos de privilegiarse la concepción de pacientes como sujetos pasivos y carentes, se les reconoce como sujetos de derechos con historia, trayectorias y potencial. Sujetos protagónicos de sus vidas, sus procesos de salud y de la historia de nuestra sociedad. Sin obviar que están insertos en determinadas relaciones de poder, clase, etnia, géneros, edad, territorio, etc, que condicionan sus posibilidades.

En este sentido, se entiende que todo proceso de salud- enfermedad no representa meramente un estado biológico, ni una problemática individual sino una manifestación de la cuestión social, que se complejiza en la medida que se presentan intersecciones (Pombo, 2012).

Quienes adherimos al denominado paradigma de la “salud colectiva”, sabemos que el modelo civilizatorio actual de aceleración económica y despojo que sostiene el sistema capitalista extractivista en el cual vivimos, son el gran eje de determinación social (Breilh, 2012). He aquí una de nuestras principales categorías de intervención profesional: **los determinantes sociales de la salud**. Estos refieren a las condiciones sociales y económicas que influyen en los modos de vida de las personas, involucrando los riesgos asociados a las condiciones de vida y de trabajo. Dichos determinantes se oponen a la noción de factores individuales, y aluden al diferenciado capital económico, social, simbólico, cultural, geográfico, etc, del cual cada sujeto es portador.

En este sentido, en cada una de las demandas de los usuarios que atendemos (ya sean espontáneas de personas que acuden directamente al Servicio Social solicitando asistencia; por la interconsulta que realizan otras disciplinas; o por la articulación con otras instituciones), se realiza una investigación diagnóstica para profundizar en el conocimiento de sus determinantes sociales. Siguiendo a Escalada (2004) *“la investigación diagnóstica que supone la evaluación situacional, nos permite: priorizar problemas, identificar actores y fuerzas sociales, detectar contingencias y condiciones a tener en cuenta, realizar un análisis situacional, coyuntural, tendencial”*. Dicha evaluación sirve para planificar, viabilizar y evaluar distintas alternativas de intervención, procurando la defensa de los derechos y la promoción de autonomía de los usuarios.

En otras palabras, reconocer el capital económico y social, la trayectoria institucional, laboral, educativa, las posibilidades de redes de contención social que les sujetos disponen; permite adecuar el proceso de atención y cuidados de la salud del sujeto (tratamiento, internación, alta, derivación) a las posibilidades reales del mismo y al marco de los derechos y obligaciones establecidos. Con el objetivo de promover nuevas condiciones de oportunidad, de posibilidad y de corresponsabilidades.

Respecto de esto último, nuestras estrategias de intervención intentan nuevas formas relacionales, integrales y soberanas de salud, atención y cuidado. Muchas veces opuestas a la que el Modelo Médico Hegemónico³ nos tiene acostumbrados. Ergo en cada proceso de intervención que realizamos efectuamos una disputa contrahegemónica proponiendo una concepción integral de los sujetos. Aceptando nuestra autonomía relativa, trabajamos enunciando, haciendo ver, haciendo creer y transformando la visión hegemónica del mundo (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020).

Resulta menester reconocer que en nuestro ejercicio profesional (sustentado en los aportes del campo de la salud colectiva, la epidemiología crítica, el enfoque de derechos, justicia social y ecológica y la perspectiva de géneros) existe una politicidad y un nexo evidente con los intereses de un determinado sector social: los oprimidos.

En este sentido, asumiendo nuestro compromiso ético político con la construcción de una sociedad más justa, cabe la pregunta acerca de *¿cómo acompañar desde el Trabajo Social, los procesos de salud, enfermedad, atención cuidado de estas poblaciones en el marco de la pandemia de COVID 2019, bajo determinadas condiciones de trabajo?*

3. Usuarios con los que trabajamos

La mayor parte de la población que asiste y es asistida por el Servicio Social del efector en el que estoy inserta, son personas (mayormente mujeres) que residen en las villas de emergencia que se ubican en el Área Programática del Hospital. El

³ Menéndez (1988) ha definido al Modelo Médico Hegemónico como un paradigma del campo de la salud, de gran concentración de poder, que históricamente se ha caracterizado por ser excluyente, reduccionista, biologicista.

mismo se encuentra en el Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires⁴, en donde se estima una población potencial de 300.000 personas.

De estas, la mayor parte únicamente posee cobertura en el sistema estatal de Salud. Un cuarto del total es migrante. La mitad del total se encuentra desocupada, mientras que otra parte importante se halla inserta en el mercado laboral informal, muchas veces con pluriempleos.

Las Comunas del Sur cuentan con una estructura poblacional más joven que las del Norte, producto de una mayor fecundidad. Al mismo tiempo que la esperanza de vida de la población⁵ es de 78 a 79 años aproximadamente, lo cual significa una diferencia de diez años menos respecto de quienes viven en barrios del Norte Palermo, Belgrano y Villa Urquiza. Esto expresa cómo en la vida cotidiana de gran parte de las personas del sur de la Ciudad, hay un marcado deterioro en la salud, que se condice y profundiza en un contexto de precariedad laboral, peores condiciones socio-habitacionales y ambientales, con menor posibilidad de acceso al agua, cloacas, sistema de salud y de educación.

Desde una perspectiva existencial la muerte es un hecho irremediable, es lo opuesto a la vida y su ocurrencia cobra distintos significados. No obstante, desde una perspectiva demográfica, la tasa de mortalidad es manifestación de las condiciones de vida de la población (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020). Precisamente en estos territorios, tanto la tasa de mortalidad como la prevalencia de enfermedades aumenta y esto se condice con mayores niveles de vulnerabilidad, asociados a los ingresos económicos, el nivel de educación y el acceso a la calidad de las viviendas, los servicios públicos y la vida dentro del hogar; entre otros.

Consecuentemente, si bien entre la mayoría de la población, las enfermedades crónicas no transmisibles continúan siendo una de las primeras causas de muerte;

⁴ Dicho Área incluye 35 kilómetros cuadrados que equivalen a un quinto de la superficie de la Ciudad y corresponden a los distritos de Flores, Floresta, Villa Soldati, y parte de Villa Luro y Lugano. Una vasta región en la que existen barrios pobres y villas de emergencia, donde en los últimos años la población creció en número y en problemas sanitarios.

⁵ La esperanza de vida de las mujeres tiende a ser estadísticamente mayor que la de los hombres. En gran parte esta diferencia no se debe a factores biológicos, sino al estilo de vida y los hábitos (por ejemplo, los hombres son más propensos a sufrir accidentes mortales). La mortalidad de las mujeres es más baja que la de los hombres a casi todas las edades.

atañe señalar que estos barrios superan la media de la Ciudad en grupos de causas de muerte con bajo porcentaje en ella (como las enfermedades infecciosas y parasitarias). Como también en ellas, se observan los mayores porcentajes de muertes debidas a causas externas (femicidios, violencia urbana, etc).

Durante este año, en este territorio se registró una concentración del 65% de los casos confirmados de dengue. Mientras que respecto del COVID 2019, en estos territorios, al momento se han registrado el 34% del total de los casos confirmados de la Ciudad de Buenos Aires⁶.

Toda la caracterización aquí presentada, permanece en diálogo con los propios procesos de vida cotidiana: es importante señalar que en medio de la multiplicidad de violencias propias de estos espacios de aglomeración, se profundiza la división sexual del trabajo y la crisis de la reproducción de la vida y de los cuidados.

El transcurrir de la vida diaria de estas personas, caracterizados por la superexplotación, encuentra limitada la posibilidad de autocuidado. Son personas que generalmente viven su proceso de salud bajo el paradigma de lo agudo (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020). Sólo cuando irrumpe algún dolor/padecimiento o emerge algún evento disruptivo de su salud, sus cuerpos cobran sentido: se tornan visibles y recién entonces se construye la demanda (es decir, el reconocimiento de la posibilidad de exigencia de atención y cuidado a un otro o a una institución).

Es fácilmente reconocible como en el tránsito de estos usuarios por el sistema de salud, existe un juego entre la visibilización e invisibilización cotidiana de esos cuerpos: al llegar a los efectores de salud, inmediatamente sus cuerpos son interrogados y puestos a la observación de los médicos (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020). Estos últimos se presentan como quienes poseen “el saber”, y bajo este marco de relaciones de poder, someten a los cuerpos a procesos de hipervigilancia (Menéndez, 2010). Los usuarios se transforman en objeto de distintos dispositivos institucionales que van consolidando distintos mecanismos de soportabilidad social (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020). Así las personas se van tornando "cuerpos pacientes”.

⁶ Dato actualizado al 22/05/2020 según Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud del CGBA.

Esto último implica cierta regulación de sensaciones y sentires "esperable" por parte de les usuaries, manifestada en la quietud de sus cuerpos, en sus silencios, en la aceptación de prácticas invasivas sin mediar preguntas, además de la culpa y la angustia por no responder a lo que se espera de ellos (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020).

Les usuaries ven interrumpidas sus vidas cotidianas a partir de la necesidad de atención de su salud, enfrentándose a la necesidad de reorganizar sus rutinas, sus actividades, sus vínculos y sus deseos. Y no sólo por el tiempo y recursos que demanda su atención, sino también por las etiquetas que caen sobre su cuerpo (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020). De modo que la palabra y la pregunta (a través de nuestras entrevistas) se convierten en herramientas poderosas, capaces de construir procesos políticos pedagógicos, que involucren y conmuevan las interpretaciones subjetivas. Permitiendo resignificar las experiencias singulares no como destino individual, sino como manifestaciones micro sociales de la cuestión social (Acerbo, Acosta y Ricciardi). Bajo este escenario, evitando caer en fatalismos y mecanismos (Iamamoto, 2011), y retomando el carácter intersubjetivo de los procesos de salud-enfermedad, se tornan sumamente relevantes nuestras intervenciones desde la perspectiva de derechos humanos, de géneros y de interculturalidad.

Acorde a los compromisos éticos- políticos profesionales, las intervenciones del Trabajo Social deben ser viabilizadoras de posibilidades de reconocimiento, ejercicio y exigencia de los derechos de las personas, así como el acompañamiento desde una mirada integral, contemplando y visibilizando las condiciones materiales de vida, los aspectos socio-culturales que condicionan la forma en que ellas transitan estos PSEAC.

Mallardi (2015) profundiza en la idea acerca de los procesos de intervención profesional como instancias donde distintos actores se encuentran involucrados, con visiones, intereses y posicionamientos particulares.

Se propone así el desafío interdisciplinario de la articulación de la dimensión subjetiva, con la narrativa de la ciencia biológica y los marcos jurídicos institucionales: el potencial de este encuentro dialógico nos compromete a cierta

actitud reflexiva respecto de las identidades que se construyen sobre estas personas, muchas veces atendidas como “víctimas”, “victimarias”, “vulnerables”, “pobrecitos”, “despreocupadas”, “desatentos”. Sabemos que estas identidades están íntimamente relacionadas con la construcción moral colonial, clasista, patriarcal y racial de la enfermedad y del cuidado (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020).

4. Emergencia sanitaria y condiciones de trabajo

Se ha señalado el carácter contrahegemónico que constituye un determinado modo de ejercicio profesional que se pretende crítico. El mismo se evidencia aún más en el marco de la declarada **emergencia sanitaria** por el Decreto Nacional de Urgencia 287/2020.⁷ Y esto ocurre fundamentalmente porque, mientras que las diligencias gubernamentales de Salud de Nación y de CABA, instalan como política la consigna de “*quedarse en casa*” y “*solo si tienes fiebre, tos y dificultad para respirar, busca atención médica*”; les profesionales (que trabajamos en contacto directo y cotidiano con las necesidades, posibilidades, y condiciones materiales de vida de les usuaries que acuden a sistema de salud público) hallamos en ello algunas discrepancias.

En principio, los protocolos que se han construido como respuesta institucional a la pandemia, imponen abordajes normativos (propio del modelo de gestión burocrático autoritario), con poca perspectiva social y territorial. Excluyendo la participación de les trabajadores y de las organizaciones comunitarias, que día a día enfrentan y organizan la realidad en los territorios.

El diagnóstico aislado de les sujetos, (limitado exclusivamente al estado clínico biológico) resulta en la clasificación binaria entre “sanos” y “enfermos”, reproduciendo lógicas positivistas, y reforzando narrativas que promueven la historia natural del virus (desconociendo los determinantes de género, edad, territorio, etc),

⁷ Más allá de que formalmente quede limitada al contexto de pandemia de COVID 2019, **la crisis de emergencia sanitaria** que experimentamos, como expresión de la crisis estructural del capitalismo que desprecia la vida y, por lo tanto, cualquier situación que acontezca con potencia disruptiva a nivel global, es preexistente.

Tanto para los trabajadores como para los usuarios no es una novedad, sino que lamentablemente es el escenario cotidiano. Resultado de años de precarización. Caracterizado por la falta de personal de salud, insuficiencia de materiales necesarios para tratar con eficacia los “pacientes”, falta de protecciones y condiciones de seguridad para trabajar, etc.

Ante ello, se sostiene la necesidad de situar y particularizar los procesos de intervención y de trabajo. Ya se han mencionado algunas características de la población que asiste al Hospital, de los indicadores socioeconómicos y sanitarios que presentan y que condicionan su accesibilidad y los PSEAC.

Refutando el carácter universal con el que se considera la salud/enfermedad de la población, conviene analizar la heterogeneidad y disputas de los procesos territoriales y de los procesos estatales que constituyen los territorios desiguales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Todo esto permite categorizar la situación de emergencia sanitaria y obliga a **problematizar conceptual, ética y políticamente los procesos de trabajo en salud en tiempos de pandemia.**

En este marco, la política sanitaria (en distintas escalas) ha quedado abocada a la atención médica individual de los pacientes sospechosos y confirmados de COVID 2019. De modo que, la accesibilidad de la población al sistema de salud ha sido extralimitada; y la posibilidad de promover comportamientos saludables, eliminada del campo de las prácticas profesionales posibles. Esto además del impacto que conlleva en la subjetividad de los usuarios y trabajadores (mediados también por el discurso de los medios hegemónicos), denota un impacto objetivo: el des-atendimiento de otras situaciones que también son parte de la salud de la población. (Por mencionar algunos ejemplos, en muchos efectores se han suspendido turnos programados con especialistas, actividades grupales y actividades comunitarias de promoción. Se suspendió la atención de pacientes oncológicos y de otras tantas enfermedades crónicas. Se redujo la atención de ILE y el acompañamiento de pacientes con VIH positivo y Tuberculosis. En muchos casos, también se suspendió la atención de salud mental. Se legitima así una lógica de urgencia que limita la concepción amplia e integral de los PSEAC.

A esta altura, muchos epidemiólogos afirman que el COVID está profundizando muertes conexas por otras causas. ¡Pero eso sí! No se han suspendido los tratamientos farmacológicos. Lo cual implica una tensión respecto de las concepciones de la salud integral y colectiva presentada en el acápite anterior.

Otra de las consignas que gobierna nuestros días es “*Quédate en casa*”, suponiendo que para todas las personas la vivienda es un espacio saludable y

aludiendo que todas las personas disponen de la misma (*¿qué sucede por ejemplo con las personas en situación de calle? ¿o las mujeres y niños en situación de violencia familiar?*).

En este sentido, les trabajadoras sociales que nos insertamos en el sistema de salud público transitamos más que nunca profundas tensiones: Se supone que siendo trabajadores esenciales, tenemos el mandato de asegurar a la población los servicios públicos más elementales. Pero a su vez, en este mandato estamos atravesadas por las contradicciones del Estado, como el recorte de presupuesto y recursos (que muchas veces, valga la aclaración, vivimos como dramas personales). Y algunas otras más particulares, referida a la suspensión de otros servicios y programas sociales.

Los recursos de los que disponemos para atender las demandas de la población, en el marco del derechos a la salud, a la alimentación, a la vivienda, a una vida libre de violencia, etc, evidencian su insuficiencia (falta de cupo de comedores, irregularidad en el otorgamiento de subsidios habitacionales, situación de precariedad de las villas, no respuestas ante la falta de agua, etc) y la carencia de intersectorialidad de las políticas sociales... Entonces *¿Qué se espera que realice Trabajo Social en un hospital en el marco de la pandemia?*

Acorde a la reorganización institucional de los procesos de trabajo, nuestras incumbencias parecieran estar abocadas a producir, subsidiariamente, información de los pacientes confirmados con COVID y de sus "contactos". Y es en este punto, donde se visibiliza la eficacia simbólica de la pandemia y su gestión: se desestiman el resto de los procesos de intervención y de trabajo; al mismo tiempo que se profundizan los procesos de control y fármaco-biomedicalización la salud.

Se espera que los profesionales (sin distinción de disciplina, ya que todo está protocolizado y supone ser fácilmente operable) efectúen, cual línea de montaje, diagnósticos. Mientras que *"el enfermo"* debe acudir individualmente para tratar su enfermedad, reduciendo problemática al orden personal. Constituyendo todo ejercicio profesional en una actividad liberal tecnocrática, que desconoce de la experiencia de los propios sujetos (en la medida que el diálogo, la entrevista, la interdisciplina son suplidas fórmulas funcionalistas tecnocráticas).

La instalación de la atención individual como única estrategia válida confirma la idea de que **la emergencia desatiende la comunidad** (aún cuando el mayor número de casos confirmados de COVID 2019 sea por contagio comunitario). Y refuerza cierta lógica mercantilizada de la salud, que puede ser leída en clave de oferta - demanda. Se torna visible que la respuesta pública estatal a la pandemia ha sido construida para la clase media urbana informada y por eso, no sabemos qué hacer con las otras urbanidades (esto explica el aumento exponencial de casos en las villas). Es que los protocolos se presentan enfocados en factores de riesgo desvinculados de los modos desiguales de vivir.

La complejidad de la situación de las personas es sacrificada a merced del dispositivo que se quiere aplicar. Profundizando (como consecuencia de la desestimación de la realidad en favor del sostenimiento de protocolos y teorías universales) situaciones de violencia institucional; naturalizadas y legitimadas cada vez más por parte de algunos profesionales de salud.

La discriminación y el rechazo institucional, o profesional, se termina transformando en el destino mayoritario de los usuarios de los sectores populares. Y en este sentido, como profesionales comprometidos con la defensa de los derechos de la población, no podemos desestimar y dejar de denunciar estos procesos expulsivos y segregacionistas. La población no debiera defenderse de nuestros actos de selectividad sino ser cuidadas por nosotros para atender sus vidas.

Todo lo anterior, sumado a que la propia pandemia aparece asociada a *metáforas* asociadas a la figura militar: *"la guerra contra el Coronavirus"*. En donde el cuerpo, y fundamentalmente las corporalidades de las personas de sectores populares, se aseveran como un campo de batalla (Sontag, 1996). En este sentido, no hay profesional, ni paciente, ni ciudadane que no sea versado en esta terminología militar, o que por lo menos no la conozca (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020). En este punto, cabe retomar la noción de campo de Bourdieu (1997) para entender a los PSEAC como un espacio social atravesado por disputas que pugnan por instaurar principios de visión legítimos. Disputas en las que, concomitantemente, se lucha por la asignación de sentidos legítimos en torno a las intencionalidades y modalidades que las intervenciones en el campo deben asumir.

Muchos profesionales respondemos con organización, y como parte de nuestros procesos de trabajo, estamos exigiendo junto a otros actores (sindicatos, organizaciones comunitaria y territoriales, promotores de salud y usuaries), la construcción de protocolos específicos y recursos adecuados para estas poblaciones.

En relación a esto último, cabe destacar la competencia histórica de nuestra profesión en el desarrollo de tecnologías de cuidado de territorio. Urge legitimar las tecnologías propias de nuestra disciplina: que poco tienen que ver con los respiradores mecánicos (necesarios pero no suficientes) y mucho más con la construcción de redes comunitarias.

La gestión de epidemias no pertenece exclusivamente a los infectólogos, reconocidos por sus academias médicas. Nosotres, los trabajadores, profesionales, junto a los referentes de organizaciones comunitarias (quienes día a día ex/ponemos el cuerpo a la organización de los procesos de cuidados) tenemos mucho para aportar en la construcción de los diagnósticos y de las alternativas para quienes, dada sus condiciones materiales de vida, no pueden sostener el aislamiento en espacios privados. Breilh (2020) nos convoca a reinventar el concepto de vigilancia epidemiológica, transformándolo en procesos de investigación - acción participativa. E incluso apuesta a modificar la idea de vigilancia por monitoreo comunitario...

Pensar políticamente nuestra responsabilidad en tanto funcionaries públiques, respecto de la priorización de modelos de abordajes comunitarios, democráticos y participativos, evita reforzar una lógica que reduce la atención de la salud de los usuarios a la relación de oferta- demanda. A su vez, se corresponde con la responsabilidad profesional ética del derecho a la asistencia.

Está claro que frente a la profundización de la mercantilización y biomedicalización de la atención, que signan nuestros procesos de trabajo, se requiere de una fuerza innovadora técnica, teórica, práctica, suficiente para cambiar los paradigmas epidemiológicos desde donde se piensa y se construye el campo de la salud pública. En este sentido, el paradigma de los derechos humanos, ya incluye

definiciones de sujeto, salud, profesional, niñez, usuaries, comunidad, familias, a las que retornar.

Hasta aquí se ha demostrado cómo el ambiente cotidiano performatizado por el discurso interviene en el desarrollo del curso de la vida de las personas. Todo nuevo escenario impacta en la construcción de subjetividades, independientemente del momento del desarrollo vital en que se da, pero adquiriendo particularidades a partir de éste. Bajo este carácter, continuaremos preguntándonos por qué estamos haciendo lo que hacemos. Solo a través de la pregunta podemos escapar de tendencia de dependencia colonial hegemónica, y del encierro frente a un otro que nos dicta un saber que se pretende certero y universal, sin poder ser críticos de ese control conceptual y biográfico que pretende una práctica profesional desarticulada del contexto social.

5. COVID 2019, incertidumbres y algunas conclusiones

Finalmente, es preciso reconocer que toda conclusión es siempre una invitación a seguir renovando reflexiones e interpelando nuestras prácticas y discursos, y nuestra capacidad de diálogo con otras disciplinas partícipes del campo de la salud. Se ha reflexionado sobre la performatividad de las teorías, prácticas y relatos en el marco de los PSEAC. Performatividad que conlleva la determinación y regulación acerca de lo que es una vida y qué valor tiene, así como la intervención sobre cómo ha de reproducirse la vida y en qué condiciones, cómo se definen los cuidados de la población y cómo éstos han de vivirse y cómo se debe morir (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020). Todas estas cuestiones ponen de relieve la necesaria reflexión sobre nociones como las de agencia y autonomía, la perspectiva de derechos y la democratización de los PSEAC, reconociéndonos inscriptos en dispositivos de biopoder, que imponen clasificaciones de lo i/legítimo a través del discurso con el que se diagnostica, interviene, expresa y comunica.

Asimismo, es preciso remarcar que nuestras intervenciones cotidianas, nos desafían a viabilizar nuevas versiones que potencien el actuar y el vivir de todes les involucrades, en oposición a la concepción de pacientes (Acerbo, Acosta y Ricciardi, 2020). No se trata entonces simplemente de oponernos, sino de hacer emerger

nuevas versiones que cambien no solo las formas lingüísticas de nominar, sino los modos de pensar y hacer, de hacer y pensar, más allá de las estipuladas por los dispositivos jurídico-sanitarios (Touzé, 2001) que unen los procesos de estigmatización, individualización, biomedicalización y mercantilización.

Por otra parte, es evidente que los PSEAC de les usuaries están atravesados por violencias estructurales que constituyen su vida cotidiana, sometidos diferencialmente al padecimiento, al dolor y al sufrimiento (Otegui Pascual, 2009). Que a su vez, se combina con la violencia institucional propia de un modelo de sistema de salud excluyente, reduccionista y biologicista, fundado en lo que Menéndez (1988) denomina como Modelo Médico Hegemónico. Cabe señalar que la atención profesional de los equipos de salud (“médica” y “no médica”) en tanto práctica social-política (y no solo técnica) expresa relaciones de poder, posiciones de clase y jerarquías, a partir de las cuales supone a les usuaries como sujetos subalternizados. Y en este sentido, es necesario subrayar que los procesos de despojo y violencia han estado configurados por jerarquías raciales y de géneros que siguen prevaleciendo en nuestras sociedades.

La violencia y el despojo afectan directamente los cuerpos de las personas que asisten a los distintos servicios del hospital mencionados anteriormente. La carga de significados que tiene el cuerpo de las personas en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica como territorios en disputa, lugares controlables, sobreintervenidos debe ser desestructurada, para que finalmente logremos vivir con mayor justicia y autonomía. Al fin y al cabo, eso es salud (aún en contextos de pandemias).

Autores como Breilh (2013), nos convocan a imaginar otros modelos de salud, basados en un “vivir saludable” y a sostener a través de esa imaginación, un modelo de ciencia crítica capaz de leer y tensionar los procesos de profundización de la mercantilización de la salud (Iriart y Mery, 2017). Ya que esta última supone una distribución desigual de la forma de acceso a dicho derecho. Por supuesto que esto, a su vez, deja en evidencia la falta de políticas intersectoriales e integrales que asuman la promoción y la protección de los cuidados de estas mujeres, políticas que se responsabilicen y no que culpabilicen. Políticas, prácticas y sentidos, que se

opongan a la rutinización del sufrimiento cotidiano y a la normalización de la violencia en la vida diaria (Otegui Pascual, 2009).

La propuesta, entonces, radica en evitar quedar atrapados en un discurso burocrático en el que la violencia clasista, racista y patriarcal, se presenta normalizada y de dificultoso registro y problematización. Esto significa la responsabilidad de inscribir esos padecimientos en la estructura general, y en la contextualidad que nos constituye. Implica poner en valor el modo particular de hacer lazo de cada sujeto, que muchas veces no es el esperado. Dialogar con la propia historia y los atravesamientos del contexto, recuperar la memoria como objeto de intervención.

Resignificar los "casos sospechosos/confirmados/descartados" como sujetos históricos sociales. Socializando los cuidados, tareas cotidianas, articulando las responsabilidades y posibilidades de desarrollo personal en pos de propiciar procesos de autonomía.

En cuanto a nuestra condición de trabajadores, se propone reflexionar sobre el valor de nuestro protagonismo, en tanto trabajadores del sistema de salud, en la producción y exigencia de cuidados.

Se destaca el carácter menester de las instancias de organización, participación, formación, encuentros, debate de ideas, producción y convalidación de conocimientos, en pos del fortalecimiento de nuestras luchas cotidianas en defensa de los derechos.

“Algo está pasando”. Como expresa Emerson Merhy (2020), estamos ante un acontecimiento histórico de disputa global por las narrativas del mundo en el que estamos y del mundo que va a venir. El mundo transita una situación de incertidumbre y nosotras personal y profesionalmente también. El propio proceso estatal se encuentra en una situación de suspenso táctico, y por eso es importante asumir propositivamente y con pasión nuestras luchas, para evitar aceptar el neoliberalismo, neocolonialismo y patriarcado como único destino.

6. Algo más... más allá del COVID 2019

Para finalizar este escrito, y acudiendo a Pontes (1995), algunos aspectos desafiantes de nuestras incumbencias y competencias, que se reeditan dado el contexto:

-Trabajar, intervenir y acompañar procesos, nos convoca a superar la pseudo concrecicidad con las que se nos presentan las situaciones problemáticas, estén o no vinculadas a un diagnóstico de COVID. Resignificando a estas últimas como expresión de la cuestión social y como síntesis de múltiples determinaciones

-Independientemente del espacio ocupacional (un hospital, un centro de salud, una escuela, una defensoría, un centro comunitario, un centro de investigación, etc) donde se desarrolle la práctica, e independientemente de la política sectorial de la que éste dependa (salud, educación, justicia, desarrollo social, ciencia y tecnología, y demás), será preciso el abordaje de los fenómenos como procesos. De ello deviene, el carácter de historicidad, totalidad y contradicción propia de la realidad, de los sujetos, de las instituciones, de las políticas y de las prácticas sociales que constituyen a la intervención.

-Nuestro trabajo implica la construcción de mediaciones como resultado de un análisis de las situaciones problemáticas que incluya las dimensiones de la singularidad, la particularidad, y universalidad de los fenómenos. Es decir, la reconstrucción del objeto de intervención, superando la expresión inmediata emergente en el cotidiano (Pontes, 1995).

-Desde la perspectiva metodológica propuesta, fundada en la mediación (caracterizada por ser recursiva y dialéctica), evitamos recurrir a enfoques tradicionales y tecnicistas que clausuran la intervención en una lógica lineal que incluye secuencialmente instancias como diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como si pudiéramos eximirnos de alguna de estas instancias. O bien como si en esa secuencia etapista no existieran sujetos, relaciones de poder, representaciones sociales, campos de fuerza, y conflictos.

-Al asumir el enfoque de la particularidad evitamos el riesgo de reducir el análisis de nuestros procesos de intervención meramente desde el punto de vista de la institución, de las políticas públicas vigentes, de los protocolos establecidos, o de la demanda de los sujetos con los que intervenimos.

A partir de todo lo desarrollado, es posible intervenir en la realidad social de manera crítica, lo cual supone, tal como refiere Mallardi (2020):

- a. Claridad en la finalidad, los valores y los compromisos éticos políticos y la especificidad de la profesión. Con compromiso claro en perspectiva de interculturalidad, de género y de clase. Partidaries del sentido integral y latinoamericano de los procesos.
- b. Conocimiento de la realidad de les distintos usuaries, sus condiciones y modos de vida (reconociendo desigualdades, potencialidades y sobre todo **resistencias**). Como así también, conocimiento de los recursos, límites y potencialidades de las instituciones; y de las posibilidades de articulación y ampliación de redes intersectoriales.
- c. Sistematización de la planificación de las respuestas profesionales y de los resultados, a fin de operacionalizar una actitud reflexiva.
- d. Construcción de diálogos con el Consejo Profesional respecto de la garantía y defensa de nuestras incumbencias profesionales. *"En tanto asistimos al surgimiento de demandas instituciones que trascienden las prácticas socialmente legitimadas en la división social del trabajo para nuestra profesión y la desprofesionalización de la atención a las distintas expresiones de la "cuestión social" en el marco de cruzadas voluntaristas surgidas en la sociedad y/o promovidas por alguno de los niveles del Estado"* (Mallardi, 2020).
- e. Fortalecimiento de nuestra identidad como trabajadores y participación en espacios sindicales como la Asociación de Profesionales de Servicio Social (APSS). A fin de organizar y gestionar colectivamente la exigencia al Gobierno de la CABA (en tanto empleador) de responsabilidades de cuidado y cumplimiento de derechos laborales (salario, licencias, condiciones seguras de trabajo, capacitación, etc).

A través de mi relato, espero haber convidado inquietudes. Anhele haber inquietado a quien lea. Propongo que se promuevan más instancias de intercambio y les pregunto: *¿Cómo seguir narrando este mundo? ¿Qué argumentos inventamos? ¿Qué preguntas re/crear?*

7. Bibliografía

- Acerbo, Sasha. Acosta, Cecilia. Ricciardi, Paula. (2020). El cuerpo de la mujer en el proceso de salud- enfermedad- atención-cuidado. Residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Alonso, Juan. Pedro. (2009). "El cuerpo hiper vigilado: Incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en Cuidados Paliativos". Cuadernos de Antropología Social. N° 29. pp. 103-120. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Antón, Gustavo. Damiano, Franco. (2010). "El malestar de los cuerpos". En: "El cuerpo, territorio del poder". Colección Avances N° 1. Gustavo Forte y Verónica Pérez (compiladores). Colectivo Ediciones. Ediciones P.I.Ca.So. Buenos Aires, Argentina.
- Breilh, Jaime. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". Rev. Fac. Nac. Salud Pública.
- Candil, Ana. Olejarczyk, Romina. (2010). "Inter-versiones de las políticas sociales. Relatos sobre drogas y viviendas". Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Trabajo Social. Bogotá. Revista Trabajo Social. N° 12. p. 79-87.
- Escalada, M. (2004). El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional. Espacio Editorial.
- Ferrara, F. (1975). En torno al concepto de salud. En Revista Salud Pública. La Plata, Argentina.
- Galeano, E. (2008). Los espejos. Editorial Siglo XXI
- Gianna, S. (2011). El Trabajo Social como complejo social. Aproximación a los fundamentos de los procesos de intervención profesional. En Revista Debate y Sociedad. Volumen 1. N°1. Pp 22-68. Facultad Católica de Uberlandia, Brasil.

- Iriart, Celia. Merhy, Emerson. (2017). "Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model". Interface. Botucatu.
- Ley Federal de Trabajo Social N° 27072. (2012). Disponible en <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>
- Mallardi, Manuel. (2015). "Cuestión social y cotidiano: implicancias objetivas y subjetivas de la sociabilidad capitalista". La Plata. Dynamis. Serie Debates actuales en Trabajo Social.
- Mallardi, Manuel. (2020). El cotidiano en crisis: Algunas notas para repensar el Trabajo Social en tiempo de pandemia. Palabras urgentes: Dossier sobre Trabajo Social y COVID 19. Disponible en <https://catspba.org.ar/mallardi>
Ultima fecha consultada: 03 de junio de 2020
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Pp 451-464. Buenos Aires, Argentina.
- Merhy, Emerson. (2020). Ciclo de diálogos. Covid 19: Analizador de las disputas e intersecciones entre redes de cuidados formales e informales en salud. Organizado por Grupos de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos IGG. Disponible en <https://www.facebook.com/GESMyDH/> Ultima fecha consultado: 03 de Junio de 2020.
- Otegui Pascual, Rosario. (2009). "El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor". En Grimberg, M. (ed.). Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Aires: Editorial Antropofagia. pp. 147-166.
- Pombo, Maria. Gabriela. (2012). "La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la Salud. Disputas por la (des) politización del género". Revista Margen N° 66. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/c02d/5e9554f52a1aeb430c7f941bcd95270c0c56.pdf> Última fecha de consulta: 20 de marzo de 2020
- Pontes, R. (1995). Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social. Disponible en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000306.pdf>

Sontag, Susan. (1996). "La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas".
Editorial Titivillus.

Touzé, Graciela. (2001). "Uso de drogas y VIH/sida. De la medicalización a la
ciudadanía". Revista Encrucijadas. Año 1 N° 8. Buenos Aires. UBA.