



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

TRABAJO SOCIAL

TRABAJO SOCIAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

BASADO EN LAS EXPERIENCIAS DE LAS TRABAJADORAS
SOCIALES DEL HOSPITAL CÓRDOBA DURANTE EL 2020





Autoras

GASTAUD, MICAELA LUZ.

LUDUEÑA VILLARREAL FLORENCIA
MICAELA.

VELASQUEZ GIULIANA PAULA.

Intervención Pre-profesional:

LIC. PAOLA, GARCIA ELETTORE.

LIC. SABRINA, BERMUDEZ.

Sistematización y redacción de
tesina:

LIC. EDUARDO ORTOLANIS.

Orientadora Temática:

LIC. ROSSANA CROSETTO.

ÍNDICE:

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN	2
Capítulo 1	4
Intervención en la salud: ¿Un concepto acabado o en proceso de construcción?	4
1.1 ¿Qué planteamos cuando hablamos de salud?	4
1.2 Construcción de la salud cómo derecho	8
1.3 La intervención del trabajo social en el campo de la salud.	10
Capítulo 2	13
Situándonos en nuestro campo de intervención.	13
2.1 Conformación del Hospital Córdoba y el servicio social.	13
2.2 ¿Cómo empezó todo? Origen del contexto de la emergencia sociosanitaria.	18
2.3 El rol y el accionar del Estado -Nacional y Provincial- en este contexto de pandemia.	20
Capítulo 3	24
Las re-configuraciones de la intervención en la emergencia socio sanitaria (2020).	24
3.1 Para lxs que están presentes y lxs que aún están por llegar: Nuestra experiencia en la pandemia.	24
3.2. La re-organización del servicio social de marzo a noviembre.	27
3.3. Los atravesamientos de la pandemia en los elementos de intervención.	29
3.3.1 Las demandas y sus complejidades.	29
3.3.2 Sujetx de intervención: ante todo humanxs y poseedorxs de derechos.	31
3.3.3 Vinculación y acercamiento con lxs sujetxs.	34
3.3.4. El arte de crear en momentos de crisis	37

Capítulo 4	45
Los sentires y experiencias de las trabajadoras sociales en contexto de emergencia socio sanitaria.	45
4.1 Trabajadoras de la salud	45
4.2 Sintiendo en este contexto. Somos lo que sentimos	47
REFLEXIONES FINALES	52
BIBLIOGRAFÍA	55

AGRADECIMIENTOS

Al concluir una etapa maravillosa de nuestras vidas, llena de experiencias, aprendizajes y conocimientos, queremos extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este proceso prácticas pre profesionales como las trabajadoras sociales del Hospital Córdoba, que abrieron sus puertas a pesar del contexto que se atraviesa.

A nosotras mismas, porque a pesar de los prejuicios existentes nos animamos a estudiar esta maravillosa carrera que nos cambió las perspectivas, pensamientos y forma de ver todo lo que nos rodea, brindándonos las herramientas necesarias para ser sujetas de libertad en pensamientos y acción. Principalmente en este año tan particular, que pudimos sortearlos con gran éxito en compañía de nuestrxs profesores de tesina de la facultad de Ciencias Sociales.

Queremos agradecer especialmente a nuestras familias, amiguxs, compañerxs de facultad quienes nos acompañaron y apoyaron incondicionalmente en el transitar de nuestra carrera, desde el inicio hasta hoy, donde nos esperan con abrazos y alegrías de festejo. También agradecemos aquellxs personas que caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza.

Nuestra gratitud eterna, a la universidad pública que nos acogió y acompañó durante estos 6 años, que nos permitió educarnos y encontrarnos como amigas y compañeras. Nuestro agradecimiento a cada docente que con sus enseñanzas construyeron nuestra base profesional, y finalmente, agradecemos a todas las instituciones y sujetxs que nos hemos encontrado a lo largo de este camino, los cuales nos dejaron grandes aprendizajes y experiencia.

INTRODUCCIÓN

Esta sistematización surge del actual contexto mundial de emergencia socio sanitaria originado por el virus Covid-19, trabajaremos en torno a las re-configuraciones, teóricas, éticas políticas y metodológicas de la intervención profesional y el sentir de las trabajadoras sociales del servicio social del Hospital Córdoba en el periodo de marzo a noviembre del 2020. Además, intentaremos evidenciar la mirada biologicista y médica que se desarrolla en el campo de la salud.

Discutiremos y analizaremos diferentes concepciones teóricas, ideológicas, políticas en torno a la intervención profesional y al campo de la salud para poder debatir el proceso de Salud Enfermedad Atención y Cuidado (SEAyC) y así, visibilizar lo Social y el rol del trabajo social en este contexto y campo. El Covid-19 debe ser entendido como una enfermedad social, es decir que no puede ser pensada sólo desde la medicina y la biología. Lo social atraviesa, dándole sentido, heterogeneidad y diferentes impactos, tanto a nivel singular como territorial (Carballeda, 2020).

Este trabajo se organiza en cuatro capítulos. A continuación, desarrollaremos una descripción breve de cada uno con el fin de introducir el trabajo que llevamos a cabo:

En el **capítulo 1** nos posicionamos en el concepto de campo de la salud desde la visión de Spinelli (2010), para no caer en la nominación de sistema. El equipo seleccionó dos modelos principales que atraviesan a dicho campo, el Modelo Médico Hegemónico y Medicina Social, atravesados desde una matriz epistémica Positivista y Dialéctica. Con estas elecciones no buscamos dicotomizar, sino visibilizar cómo se amalgaman entre ellas. Nos centramos en estos últimos modelos para entender y comprender el proceso salud-enfermedad-atención y cuidado desde los determinantes sociales de la salud, considerándolo como un proceso de tensión, conflicto y como un derecho que todos deben acceder. Por último, desarrollamos la intervención en el campo de la salud.

En el **capítulo 2** realizaremos una breve reconstrucción socio histórica de los inicios del Hospital Córdoba y el servicio social, con el objetivo de comprender el escenario actual y su dinámica en el campo hospitalario. Luego explicitaremos y analizaremos el comienzo de la

emergencia socio sanitaria, el rol y el accionar del Estado Nacional y Provincial, a través de las políticas sanitarias, protocolos, medidas de prevención y cuidados. Esto nos permitirá dimensionar el impacto generado sobre la cotidianeidad de lxs sujetxs e instituciones de salud. Además, se intenta definir el concepto de emergencia socio sanitaria, incluyendo la mirada social.

Durante el **capítulo 3**, nos centraremos en nuestra estrategia metodológica a fin que se conozca nuestra experiencia en nuestro escenario de intervención. Durante el desarrollo de la misma podremos indagar y analizar la re-organización del servicio social durante la emergencia socio sanitaria -misiones, funciones, funcionamientos de programas, rutinas, organización de equipos-. Por otra parte, reflexionaremos sobre las dimensiones de la intervención, y sus elementos, observando sus reconfiguraciones en el contexto actual y cómo las mismas repercuten en lxs sujetxs de intervención. Esto nos lleva a realizar un análisis exhaustivo sobre la autonomía-heteronomía y legitimidad que tiene el servicio en esta emergencia y cómo impactan los modelos del campo de la salud, paradigmas de la intervención y políticas.

Por último, en el **capítulo 4** caracterizamos a las trabajadoras sociales dentro del escenario de actuación, cómo humanas y trabajadoras. Detallaremos sus sentires y experiencias, con el objetivo de visibilizar sus voces en este contexto.

Aclaración:

Nuestro trabajo apuesta por la construcción de un lenguaje no hegemónico y no sexista desde lo inclusivo. La pretensión es no caer en estereotipos discriminatorios ni en manuales fríos o letras correctas y de laboratorio, la búsqueda es de una libertad dinámica que transpire cambios y pueda ser cambiada, por eso se intercambian femeninos, masculinos, x , todas y todos o barras de ellos/ellas en la corazonada de letras que convoquen a ser leídas y a abrir fronteras sin corsets ni reglas fijas (Peker, 2018). Además, esperamos poder contribuir de manera enriquecedora al servicio social y a otrxs estudiantes de ciencias sociales.



CAPITULO 1

Intervención en la salud:

¿Un concepto acabado o un proceso en construcción?

¿Qué planteamos cuando hablamos de salud?

Construcción de salud como derecho.

Intervención del trabajo social en el campo de la salud.

Capítulo 1

Intervención en la salud:

¿Un concepto acabado o en proceso de construcción?

1.1 ¿Qué planteamos cuando hablamos de salud?

Desde hace década y actualmente (2020) la salud en Argentina es conceptualizada y pensada como un sistema, caracterizado por su elevada desarticulación, segmentación y heterogeneidad, tanto en términos político-institucionales como territoriales y financieros, destinado a diversos tipos de población de acuerdo a la inserción en el mundo del mercado. Esto queda evidenciado en la división de subsectores que se realiza: público, obras sociales y privado; como equipo nos centraremos únicamente en el *sector público*, -que provee los servicios de salud de forma gratuita a toda la población- ya que es donde se ubica nuestro escenario de intervención.

Consideramos que el concepto de sistema es vago y acotado, por ende, no nos permite ampliar la mirada, comprender su complejidad y sus dinamismos, en función a las posiciones que los agentes poseen, de acuerdo a sus capitales específicos e intereses que permite observar sus alianzas, cooperaciones, negociaciones, tensiones y confrontaciones. Por ello, nos posicionamos desde las teorías y reflexiones de Spinelli (2010) quien considera hablar de *campo de la salud*, entendiéndolo cómo:

La convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. Los principales capitales en juego en un campo son: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima). (p.257)

Se trata de luchas de poder, de carácter simbólico-político con resultados prácticos, ya que del modo en que se establecen las posiciones y las relaciones entre ellas depende la posibilidad de hegemonizar el campo y de ejercer recursos de poder. Nos referimos a orientaciones de política institucional, concepciones de salud, recursos económicos, organizativos, humanos/profesionales, etc. (Crosetto, 2018, p. 12).

El campo de la salud está atravesado principalmente por el **Modelo de la Medicina Social** y en mayor grado por el **Médico Hegemónico**. Este último se entiende desde las teorías de Menéndez (1985) cómo:

el conjunto de prácticas, saberes y teorías, generadas por lo que se conoce como disciplinas médicas, las que desde el siglo XIII han ido logrando establecer como subalternos, al conjunto de las prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces, dominantes en los conjuntos sociales, para identificarles como la única forma legitimada por criterios científicos y por los Estados. (p. 33)

Esta visión restringida de la enfermedad, la medicalización y la exclusión de una perspectiva integradora del sujeto en los procesos de salud-enfermedad, resultaron insuficientes para responder adecuadamente a los problemas sanitarios (Nucci, Crosetto, Bilavcik y Miani, 2018, p. 5) y sociales, dando apertura al modelo de la Medicina Social, en donde los determinantes de la salud, van a ir disputando sentidos, saberes dentro del campo, poniendo en jaque este paradigma sólido y vigente desde hace años. Desde esta mirada el trabajo social disputa su objeto de intervención. Es así, que:

Lo Social comienza a ocupar un lugar de importancia y trascendencia en programas y al interior de los equipos de salud, y se comienza a replantear este modelo dominante biologicista y unicausal, que aunque sigue imperando hegemónicamente van apareciendo nuevos sentidos, luchas y disputas que introducen en el campo nuevas concepciones de salud como proceso social y multideterminado (Crosetto, Bilavick y Paviolo: 2014, p. 10).

Estas formas de mirar y comprender a los procesos de salud se homologan con los paradigmas de intervención social. Los mismos están en constante tensión y disputas en el campo de la intervención. Por esto, desarrollaremos dos paradigmas, el **Positivista y Crítico**. En palabras de Aquin, la intervención social positivista tiene un carácter colonizador en nuestra profesión, donde la descontextualiza, la vuelve predictiva y prescriptiva.

Descontextualizada ya que desestima los saberes, las experiencias, deseos, y valores, contextos específicos y circunstancias situadas de lxs sujetxs con lxs que trabajamos. *Predictiva* ya que posibilita la seguridad de un diagnóstico y un pronóstico sobre lxs otrxs ya que se manipulan ciertas variables específicas. Y sabemos que donde hay *prescripción*, siempre hay una exigencia de obediencia. Entonces todas las políticas -y las prácticas sociales- quedan articuladas bajo el eje del “pobre merecedor”, es decir, de aquellas operaciones por las cuales lxs sujetxs tienen que presentar un sinnúmero de pruebas para ser tratados como pobres (2016).

A partir de la década del 70, con el movimiento de reconceptualización surge la crítica de las prácticas profesionales “colonizadas”, comenzando una etapa de nuevas propuestas metodológicas acompañada de la Matriz Dialéctica. En palabras de Aquín este enfoque crítico, inscribe a las intervenciones profesionales en condiciones históricas particulares, con una relación de fuerzas determinadas, con factores sociales específicos; no están mediadas solamente por conceptos y procedimientos, sino también por el poder, que siempre supone la adquisición de ciertos compromisos. Aquí, la importancia de la intervención radica en el grado y el modo en que resulta socialmente relevante para quienes participan en ella y quienes lo hacen son sujetxs, no objetos, por lo tanto, son interventorxs frente a sus propias condiciones de vida, y no intervenidxs. Se trata de un espacio bisagra entre interpretación y acción, que precisamente por su carácter incierto, requiere una buena dosis de invención (Aquín, 2016).

En lo que respecta a las grandes luchas, tensiones y disputas en el campo, giran en torno a las diferentes concepciones, saberes, conocimientos de los sujetxs, de los problemas, demandas, y del concepto de salud, es decir, cómo nos posicionamos teórica y éticamente. Sí nos posicionamos desde una visión hegemónica y funcionalista, definiremos a la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948); en cambio, sí nos posicionamos desde la Medicina Social, a la cual adherimos, no consideraremos a la salud y enfermedad en términos dicotómicos, sino como un proceso dialéctico atravesado por el contexto social e histórico de cada colectivo a estudiar. Está determinado por los “modos de vida”, por tanto, no va a depender solo de intervenciones médicas, sino que los factores económicos, sociales, políticos, sanitarios, psicológicos, ambientales que hacen a la salud como la enfermedad, su

atención y cuidado, por ende, no se pueden definir de manera autónoma, sino que tienen que ser comprendida desde un principio de totalidad (Bertona, 2020).

Consideramos hablar del proceso salud enfermedad atención y cuidado (SEAyC). El mismo, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico, social y dinámico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos respecto de los mismos. Está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos (Menéndez, 1994).

Es así que debe ser pensado, por un lado, como un *proceso de tensión y conflicto* que no sólo se define a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente (Menendez, 1994). Al mismo tiempo, como un *fenómeno multidimensional*, en el que intervienen distintos condicionantes como la constitución orgánica, biológica y los patrones sociales.

Este enfoque integral afirma la existencia de que lo social no aparece como un aspecto más, sino que es la dimensión que explica el proceso en sí, es poner en diálogo los determinantes sociales de la salud que introduce las perspectivas de, **los estilos de vida:** que se refiere a las pautas de vida personal asociadas a aspectos socioculturales, psicología, adaptabilidad, valores y elecciones de conducta personal, formadas en un grupo social; **la organización de los servicios de salud:** que son las acciones de atención, las políticas de salud, el acceso, al financiamiento, la calidad y equipamiento de los servicios, así como la calificación de los profesionales de salud; **la biología humana:** que hace referencia a la herencia, la inmunidad, la maduración y envejecimiento, así como a los aparatos y sistemas internos del organismo humano y **el medio ambiente:** que se refiere a la contaminación del aire, suelo y agua por mecanismos: físicos, químicos, biológicos, psicosociales y culturales (Vela Quico 2011).

Estos determinantes nos ayudan a comprender que las condiciones de vida de las personas, sus posibilidades (o no) de resolución de las necesidades, el acceso a la salud,

educación, alimentación, trabajo, vivienda, entre otros, definen la manera de enfermarse y de acceder a los recursos para afrontar las enfermedades y sus consecuencias.

Es necesario ampliar esta concepción con el objetivo de romper con el paradigma biologicista dentro del campo de la salud, por eso nos parece pertinente incluir el concepto de **cuidado**. El mismo posee múltiples significados: uno de ellos incluye una dimensión vincular en la atención, la cual es inevitable al establecer relaciones con lxs demás ya que somos seres sociales; otro uso hace referencia al auto-cuidado y al cuidado por otrxs en diversas prácticas, tanto curativas y preventivas, pero sin caer en la familiarización; además el cuidado connota integralidad y relaciones horizontales, simétricas y participativas, en cambio la atención deviene de lo sectorial e institucional o de programas aislados y servicios específicos; y por último este concepto se relaciona con el encuentro entre sujetxs, que tienen distintas posiciones, aquellxs que demandan servicios y lxs trabajadorxs de la salud, encargados de la provisión y organización de los servicios (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014).

Es con esta innovación del proceso de SEAyC que el trabajo social puede aportar nuevas perspectivas en relación a lxs sujetxs que demandan los servicios de atención en salud, ampliando y fortaleciendo el ejercicio de los derechos sociales en el cuidado de la salud en el actual contexto de emergencia socio sanitaria (Crosetto, Bilavcik y Paviolo, 2014).

1.2 Construcción de la salud cómo derecho

A partir del análisis y construcción conceptual realizada, nos posicionamos ética y políticamente desde la perspectiva de la *salud cómo derecho*. Con esto queremos expresar que la consideramos como una construcción histórica, en nuestro país, que aún hoy (2020) se sigue deconstruyendo, construyendo y reconstruyendo de manera dinámica de acuerdo a los modelos de Estado vigentes en cada época. Reconocemos que esta construcción, es a su vez, transversal, dónde podemos observar tensiones y conflictos, avances y retrocesos sobre la construcción del proceso de SEAyC.

Un hito histórico importante se encuentra en **el modelo centralizado** -1945 a 1955- durante el gobierno de Juan Domingo Perón, al incluir el concepto de salud en los derechos

laborales, en busca de una igualdad social. Dando apertura a reflexionar sobre la responsabilidad del Estado. En el transcurso del **modelo descentralizado** -iniciado con la Revolución Libertadora (golpe de Estado al gobierno peronista) en 1955-, la salud quedó relegada a los acuerdos de los diferentes grupos de poder, como las obras sociales y lxs dirigentes sindicales, dejando como actor secundario al Estado. Durante la **época neoliberal**, -iniciada en la década de los 90' con la presidencia de Carlos Menem- el campo de la salud se vió movilizado por la reforma constitucional nacional que legaliza el derecho a la salud, fragmentado, privatizado y escatimado en cuanto a los recursos de los servicios públicos, relegando a la salud como una mercancía, restringiendo su acceso y su garantía como derecho (Acuña y Chundnovsky, 2002).

En 2003, otro hito importante transcurre durante las presidencias de Nestor Kirchner (2003-2007) y luego Cristina Fernández (2007-2015). Ambos gobiernos se caracterizaron por el impulso de políticas sociales con enfoque de derechos e intentos de redistribución de la riqueza, con sentido de justicia social, concibiendo la salud como derecho humano intransferible, indivisible e individual, incluida en los derechos sociales que exigen obligaciones y responsabilidades de los Estados para su garantía (Abramovich, 2006).

En cambio, en el año 2015, con la asunción de Mauricio Macri a la presidencia, se modifica la orientación de las políticas públicas desde el enfoque de derecho, retomando los valores neoliberales durante la presidencia de Menem. Este período se caracterizó por un ajuste del sector salud: se intensificó el desmantelamiento de programas y políticas, acompañado de la restricción de recursos -tanto materiales como humanos-, recorte presupuestario e infraestructura y por último la reducción del Ministerio de Salud en Secretaría. Estas políticas reducen al sujetx de derecho cómo un beneficiarix de la salud.

Actualmente (2020) asume la presidencia Alberto Fernández, con el ideal de retomar los valores e ideas de justicia y derechos sociales llevados a cabo por el kirchnerismo. Estas convicciones quedaron en la retórica debido a que su mandato es atravesado por la emergencia sociosanitaria originada por el Covid-19, disminuyendo el acceso y prestaciones a la salud, centrándose en políticas públicas, programas y medidas sanitarias enfocadas al abordaje, contención y tratamiento del Coronavirus. La actual emergencia sociosanitaria y su abordaje llevaron a una (re) configuración del campo de salud y los procesos de SEAyC.

1.3 La intervención del trabajo social en el campo de la salud.

El trabajo social es una profesión que se estructura por las prácticas de investigación, intervención y docencia, en diferentes campos -educación, justicia, salud, entre otros- en los que se desenvuelve y reproduce la sociedad, poniendo en juego diferentes concepciones y teorías que nos permiten llevar diferentes acciones y estrategias para poder dar respuesta a las expresiones de la cuestión social.

Esta profesión constituye su intervención en el campo de la salud vinculada con las luchas discursivas que priman en él. Según Aquín, el trabajo social, actúa como mediador activo de las políticas sociales y sujetxs que demandan -por obstáculos en los procesos de reproducción cotidiana ligados al sostenimiento de la salud y los servicios de salud-, contribuyendo a procesos de ciudadanía que ponen en primer plano la participación (2010). Esta lógica nos remite a modificar/transformar la realidad, de observar ver/sentir a la intervención como un proceso, como una construcción global

donde nos encontramos con sujetxs, con las significaciones que este realiza de sus necesidades, de los obstáculos, de las instituciones y de la función o el lugar que el trabajador social ocupa en los procesos de resolución o de encuentro con los objetos de sus necesidades. Significa la transferencia de recursos culturales en donde el trabajador social apela a sus propios conocimientos y capacidades adquiridas, a la de otros profesionales e instituciones y a la de los mismos agentes portadores de la necesidad o demanda. Esta comprensión es siempre sociohistórica en la medida que toda intervención profesional está situada en un tiempo y espacio, por cuanto se construye en un espacio social y momento socio-histórico determinado; atravesado por condicionamientos económicos, políticos y socioculturales. (Crosetto, 2012, p.1)

Esta intervención concreta cuenta con el poder para generar un espacio peculiar de relación en el que se ponen en juego criterios y valores para decidir entre diferentes enfoques

y perspectivas, definiendo el lugar de lxs otrxs, tratándose de un poder y una especificidad que posee la disciplina.

El trabajo social, como así también, nuestros cuerpos, subjetividades se encuentran atravesados de forma singular y se (re) configuran las intervenciones en el campo de la salud debido a la emergencia socio sanitaria, donde se debe realizar una reflexividad de las intervenciones, en cuanto a la recolección de la información, diagnóstico, definición de objetivos y estrategias para poder generar intervenciones y abordar a las necesidades, padecimientos subjetivos, simbólicos y materiales de lxs sujetxs que ingresan al servicio social y conjuntamente, garantizar así la proyección de sus derechos, la accesibilidad de los recursos y servicios indispensables. Esto ha sido motivado y direccionado a través de la matriz dialéctica.

Por esto, destacamos, por un lado, la necesidad de ampliar la mirada, incluir a lo social, mirar al proceso SEAyC, desde lo holístico y lo colectivo como lo plantea la Medicina Social para poder identificar lxs múltiples damnificadxs, tanto por cuestiones sanitarias como por consecuencias de las medidas estatales en el control social de la población. Es importante pensar cuáles son las acciones sociales que se requieren para contener a toda la población y así, garantizar sus derechos, ya que las políticas y medidas sanitarias implementadas en la sociedad, han llevado a la inaccesibilidad de los derechos de lxs sujetxs. En segundo lugar, visibilizar que la evolución de la pandemia y el alcance social de sus efectos, depende directamente de respuestas complejas, que puedan ensamblar en tiempo y formar acciones integrales (Dalla Cia, 2020).



CAPITULO 2

Situándonos en nuestro campo de intervención.

2.1 Conformación del Hospital Córdoba y el servicio social.

2.2 ¿Cómo empezó todo? Origen del contexto de la emergencia sociosanitaria.

2.3 El rol y el accionar del Estado -Nacional y Provincial- en este contexto de pandemia.

Capítulo 2

Situándonos en nuestro campo de intervención.

2.1 Conformación del Hospital Córdoba y el servicio social.

El Hospital Córdoba, es una institución provincial que se inauguró en julio de 1950 en el Barrio Alto General Paz, bajo la gestión de Juan Ignacio San Martín como gobernador de la provincia de Córdoba. Esta obra fue posible en el marco del Plan Sanitario Nacional de Atención Primaria que nace para afrontar patologías clínicas-quirúrgicas bajo el gobierno de Juan Domingo Perón y su ministro de Acción Pública Dr. Ramón Carrillo.

Esta institución de salud es considerada de tercer nivel de complejidad, por ende, es una institución de referencia tanto para la provincia de Córdoba como para la zona centro norte del país, donde realiza acciones de bajo y mediano riesgo, en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos que requieran mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, tanto sea por los recursos humanos capacitados, como así también por los recursos tecnológicos disponibles (Hospital Córdoba, 2016).

Por esto, la institución se caracteriza por dos atravesamientos predominantes: *la atención y visión médica hegemónica*, que se debe a que las personas que llegan hasta el Hospital Córdoba acuden por una dolencia física-biológica prevaleciendo sobre el resto de los aspectos que forman parte del proceso de SEAYC; y el *atravesamiento vertical* por la rigidez de la organización en la prescripción de sus roles, la cantidad de niveles jerárquicos presentes, las relaciones de poder globales y localizadas que existen entre ellos (Trachitte, Arito, Ludi y González, 2008). En esta jerarquización piramidal podemos observar al director del hospital, jefxs de áreas y luego profesionales -planta permanente y residentxs- de cada área. Estas posiciones dentro de la institución, generan poder, en términos de Foucault, se

habla de microfísica de poder, es decir, que el mismo se encuentra en todas nuestras relaciones, se generan en todo momento y no podemos dejar de generarlas (1979).

Dentro del hospital, nuestro campo de intervención es el área del servicio social, donde se realizará una breve reconstrucción socio histórica. Para esto, utilizaremos los aportes y construcciones de la tesina de las compañeras, Campero, Goggiano y Parola del año 2018.

El servicio social del Hospital Córdoba al momento de su inauguración -1950- recibió el nombre de “Ayuda Social”, cuyas funciones consistían principalmente en proveer diversos tipos de recursos -medicación, ropa, entre otros insumos enviados desde el Ministerio de Salud- a lxs sujetxs, que en ese momento eran nominadxs cómo “personas carenciadas”, evidenciando el carácter asistencial que adquiriría la profesión por esa época histórica y que refuerza la denominación del mismo. Otras funciones que le eran asignadas al “Servicio”, era mantener las redes familiares y/o vinculares de pacientes del interior o provenientes de otras provincias, ya sea por medio del envío de correspondencia o de la localización de los familiares en hospedajes locales; hasta el acompañamiento de pacientes sin acompañantes a otros nosocomios.

La composición del servicio social fue variando, en 1950, tuvo lugar el nombramiento de seis Visitadoras Sociales diplomadas de la escuela de Puericultura y algunas idóneas que no contaban con capacitación. Esto es consecuencia que en Córdoba aún no existía ninguna carrera universitaria ni terciaria que te capacitará para la intervención del Trabajo Social - mejor conocida en esas épocas como Asistencia Social- sólo nos encontrábamos un curso que dependía de la Facultad de Ciencias Médicas recién en el año 1957. Luego de varios debates y avances académicos, en 1965 se establece como requisito para cubrir cargos, ser egresadxs de la Universidad Nacional de Córdoba.

En la década del 60 y 70, con el Movimiento de la Reconceptualización¹, comienza a ser relevante el estudio de las ciencias de la sociedad, introduciendo cambios en el paradigma

¹ La reconceptualización del trabajo social es el proceso de auto-reflexión que se da en el ámbito profesional aproximadamente entre los años 1965 a 1975, en el marco de la evolución histórica del trabajo social en América Latina. Intenta dar una mirada de carácter científico al Trabajo Social, se fortalece el estudio de la realidad social y los fenómenos sociales para, proactivamente, desarrollar y facilitar en los sujetos motivaciones para el cambio consciente de sus realidades. (Vera Quiroz, 2020).

a nivel teórico-ético-epistemológico-metodológico en las ciencias sociales. Así, se diversificaron las perspectivas teóricas existentes en la profesión, incorporándose todo un temario de debates y discusión, ligados a la liberación de lxs sujetxs, la transformación y cambio de las estructuras, así como la necesidad de crear una teoría que alimentara la práctica, que apuntará a la concientización, promoción y educación de las clases subalternas.

En este contexto, la satisfacción de necesidades materiales se constituyó en un problema para el servicio. Mediante la coordinación con la cooperadora del hospital, fue posible proporcionar algunas soluciones concretas a los problemas que se les presentaban a lxs sujetxs para hacer frente al proceso de enfermedad que atravesaban (movilidad, medicamento, prótesis, sillas de ruedas, etc.).

Recién en 1980, se marcó un punto de inflexión con el ingreso de profesionales con título universitario, lo cual significó un nuevo posicionamiento del servicio tanto al interior como al exterior del hospital. Al interior, se profundizó el trabajo interdisciplinario, la participación en revistas de sala, en el comité de capacitación, entre otras. Al exterior, se elaboraron proyectos conjuntamente con entidades especializadas en la atención de lxs sujetxs con problemas de alcohol, chagas, investigaciones sociales, conjuntamente con otras disciplinas dictando clases y charlas en distintas instituciones escolares sobre educación sexual, alcoholismo, drogadicción, etc. Esto, permitía la incorporación del trabajo social a temas relacionados a la salud que solo estaban destinados a las profesiones médicas y dejándola de ver -al menos parcialmente- solo como una disciplina filantrópica (Altamirano, Castro, Mendoza, 2021).

Frente esto, se observa el cambio de perspectiva; Antes lxs trabajadorxs sociales se ocupaban de lxs sujetxs con dificultades para la reproducción cotidiana de su existencia desde una mirada individual y a partir de éstx llegar a su familia. Con la impronta de esta época, el objetivo fue llegar a la familia desde la comunidad.

El aspecto asistencial es dejado de lado y reemplazado por la ‘acción preventiva’, que más allá de atender los ‘desajustes’, buscaba evitar los mismos a partir de motivar a la comunidad a modificar pautas y actitudes, adecuándolas a los nuevos tiempos. En síntesis, lo que se pretendía, implícitamente, era neutralizar aquellas prácticas que

podieran significar, más allá de su contenido, formas de resistencia a la expansión de la cultura hegemónica. (Campero, Goggiano y Parola, 2018, p.13)

Estos periodos y los siguientes estuvieron acompañados de un conjunto de reglas formales que enmarcan la intervención de los profesionales de la salud, incluyendo así al servicio social, como la Ley Provincial 7625 “Régimen del personal que integra el equipo de Salud humana de la Provincia de Córdoba”, Ley 6222 “Ejercicio de Profesionales y Actividades relacionadas con la Salud Humana”, artículo 58 “Del Asistente Social” , Ley 7233 “Estatuto de Administración Pública”, Manual de Inducción del Ministerio de Salud y la Ley federal del trabajo social N° 27072. Sumado a esto, contamos con nuestro Código de Ética de lxs Trabajadorxs Sociales inscriptos en el Colegio de Profesionales provincial que enmarca nuestro accionar.

Estas leyes, por un lado, buscan regular el funcionamiento del marco normativo y legal del ejercicio profesional -particularmente en el ámbito de la salud- el mantenimiento de un orden institucional y establecer derechos, obligaciones y deberes como profesionales. Por otro lado, se cristalizan sobre un modelo médico hegemónico biologicista donde se observa a la profesión del trabajo social incorporada dentro del campo de la salud, pero quedando nominada, aún, cómo “asistencia social” relegandola a una “actividad colaborativa” de otras profesiones de la salud, llevando al trabajo social a una posición subalterna con una autonomía relativa.

Actualmente (2020) dicha área está conformada por nueve licenciadas en Trabajo social, de las cuales una es jefa del servicio, cinco forman parte del personal de planta permanente del Estado provincial en la cartera salud y cuatro tienen becas de formación dentro del programa de residencias provinciales de salud. El equipo se divide responsabilidades atendiendo las demandas hospitalarias, en la asistencia -atención, orientación, asesoramiento, gestión, cogestión de recursos, entrevistas Sociales: individual / familiar/grupal. Valoración Social, Diagnóstico social, seguimiento y derivación social, Informe Social, Articulación: intrainstitucional, interinstitucional, intersectoriales e interjurisdiccional- y garantiza la presencia de lxs profesionales en varias áreas, como en el Comité de Emergencia Sanitaria del Hospital área de trasplante y en el Programa PROCORDIA; Servicio del Quemado y Comité de Bioética y ‘Junta de discapacidad’ de la Nación; Programa de Cirugía Bariátrica y Consejería de VIH e ITS, etc. Por último, el Área

de Formación y Capacitación de pre y post grado, ya que se caracteriza como centro formador.

Los objetivos de este servicio reflejan el posicionamiento ético y político que promueven. En primer lugar, como objetivo general, buscan garantizar la atención integral de lxs sujetxs que concurren al Servicio Social del Hospital Córdoba desde un enfoque pleno de derecho en salud, que, viendo el recorrido histórico, rompe con cualquiera de las adjudicaciones que se le realizaban a lxs “viejxs” usuarixs como merxs receptorxs de recursos (Altamirano, Castro, Mendoza, 2021). En segundo lugar los específicos, se plantean como: identificar los determinantes sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad-atención; promover la visualización de los derechos vulnerados de lxs sujetxs; asesorar; gestionar y co-gestionar recursos de salud; brindar atención por consultorio externo e internado; desarrollar procesos de articulación interinstitucional e interdisciplinar; realizar acciones de promoción y prevención de la salud en los procesos de intervención; planificar estrategias de intervención social con sujetxs; unidades domésticas y/o grupos de referencia (a fin de planificar el alta), y participar en procesos de capacitación o espacios institucionales.

Esto les permite desarrollar diversas funciones dentro del hospital como, la asistencia (en términos de gestión y asesoramiento para garantizar el acceso a la salud de lxs sujetxs con derechos), la prevención y la socio-educación.

Para comprender la organización del servicio social del Hospital Córdoba, previa a la emergencia socio sanitaria, es importante detallar el espacio físico donde las trabajadoras sociales realizan sus intervenciones. El mismo se encuentra en la planta baja y posee un espacio propio dentro de la institución de salud, contando con una puerta de entrada, marcando un área particular dedicada a la intervención social y lxs sujetxs. En él se encuentran dos consultorios, un espacio privado donde se realizan consejerías infecciones de transmisión sexual (ITS) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) una sala de reuniones, la jefatura, un espacio de descanso con cocina, una sala de espera con un baño, y, por último, un espacio donde se encuentran lxs administrativxs, allí lxs sujetxs se anuncian y son cargadx al sistema para dar inicio a la intervención. Siguiendo en esta línea, lo que posee hoy (2020) el servicio social en condiciones materiales y simbólicas, fue un proceso de (de) construcciones constantes, producto de luchas y disputas en el campo de la salud, en la

búsqueda de la independencia para no estar atravesadas por ninguna oficina ni de otrxs profesionales de salud.

El servicio social brinda su atención e intervención a lxs sujetxs de lunes a viernes de 8 am a 12.30 pm a través de los consultorios externos en donde se abordan los programas y demandas, cada trabajadora social tiene asignado un día de guardia.

En conclusión, esta reconstrucción socio-histórica nos permite comprender el lugar que hoy (2020) ocupa el trabajo social en el campo de la salud y cómo se pone en juego la mirada de la profesión. Reconociendo que las trayectorias de las trabajadoras sociales no son lineales, sino que va (re) configurando de acuerdo a los momentos de luchas de la profesión en diversos momentos políticos, culturales e históricos.

2.2 ¿Cómo empezó todo? Origen del contexto de la emergencia sociosanitaria.

A finales de diciembre de 2019, se empezaron a reportar a la OMS (Organización Mundial de la Salud) casos extraños de neumonía viral desde el continente asiático. Recién el 7 de enero de 2020 las autoridades de China informaron que habían identificado el virus como un nuevo coronavirus, extendiéndose por continentes vecinos provocando que la OMS declare la pandemia². En Argentina, en marzo del 2020 se lleva a cabo el decreto de Necesidad de Urgencia del Gobierno Nacional 260/2020³, llevando al país a una emergencia sanitaria.

Pero, ¿Qué entendemos por estos conceptos? El concepto de *emergencia*, en palabras de Aritos y Rigoli (2016)

se relaciona con el fracaso de las estructuras sociales, que afecta la vida familiar-social y comunitaria, generando riesgos que superan los propios derivados de la vida

² Es una epidemia que se extiende en distintos países y continentes. Durante una pandemia hay un alto grado de infectabilidad y un fácil traslado de la enfermedad de un sector geográfico a otro.

³ “Declaración donde el presidente otorga facultades directas al Ministerio de Salud de la Nación para tomar las medidas que considere necesarias para reorganizar los recursos humanos del área sanitaria y para disponer libremente de los fondos asignados necesarios para llevar adelante los proyectos urgentes en el ámbito de la salud” (Infocielo, 2020).

cotidiana. Son acontecimientos traumáticos, colectivos que ocurren en cualquier momento y no se relacionan con etapas vitales o sociales de desarrollo de personas, grupos, comunidades. Irrumpen repentinamente y siempre requieren de acción inmediata ya que amenazan y ponen en riesgo la supervivencia. (p. 19)

En cuanto al término *emergencia sanitaria*, en palabras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza dicho término, cuando el brote de una enfermedad afecta a más de un país y se requiere una estrategia coordinada internacionalmente para enfrentarlo. Además, debe tener un impacto serio en la salud pública y ser "inusual" e "inesperado".

En el transcurso de nuestras prácticas, debates y diversas reflexiones, consideramos que esta definición, reduce y simplifica al proceso SEAYC a un aspecto meramente biológico y biomédico, que no alcanza para definir los impactos sociales, económicos y políticos de este virus sobre la sociedad e instituciones, donde las políticas públicas generadas, también se han posicionado desde una mirada biologicista y medicalizante, no reconociendo los determinantes sociales, olvidando que están dirigidas hacia sujetxs que son ciudadanxs, con derechos, necesidades y problemas.

Hablaremos a partir de ahora, de *emergencia socio sanitaria*, ya que el término *social* visibiliza aquellos espacios, donde el ser humano va tejiendo y construyendo relaciones e interacciones para la convivencia y reproducción de su existencia, para esto, se encuentran diferentes dispositivos, desde políticas públicas y sociales, movimientos y actores sociales e instituciones. En estos espacios se producen diferentes atravesamientos y (re) configuraciones en la vida cotidiana de las instituciones y de lxs sujetxs de maneras particulares y singulares, de acuerdo a las características poblacionales, geográficas y sus habilidades sociales ya que la enfermedad como proceso impacta de manera distinta según el lugar, espacio donde aparece, las características nutricionales, habitacionales, las enfermedades previas, las condiciones de construcción de la cotidianeidad y especialmente la posibilidad de percepción de sentirse enfermo, sano o expuesto a ella en relación a la subjetividad de cada unx y de los condicionamientos sociales y económicos que dialogan inevitablemente con estas cuestiones (Carballeda, 2020).

2.3 El rol y el accionar del Estado -Nacional y Provincial- en este contexto de pandemia.

En el marco contextual entre marzo a noviembre del 2020, las primeras y principales medidas implementadas por el gobierno nacional, estuvieron ligadas a la organización económica, política y social para resguardar a la sociedad, fue así que se implementó el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DiSPO)⁴ y el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio ⁵ (ASPO) para disminuir la circulación y así, poder organizar el sistema de salud del país ante esta emergencia. Esta medida resulta ser poco inclusiva, direccionándose hacia clases sociales específicas, excluyendo a aquellos sectores más vulnerados, puesto que no todos podemos quedarnos en casa, no contamos las mismas condiciones socio habitacionales, económicas, culturales y sociales para cumplir esta medida.

Paulatinamente el gobierno incorporó la mirada socioeconómica a la respuesta biológica del virus para enfrentar la degradación de las condiciones de vida de la ciudadanía, por ejemplo, se apeló al Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) que estuvo destinado para los trabajadorxs informales, monotributistas, jubiladxs, pensionadxs, beneficiarixs de asignaciones y empresas, entre 18 y 65 años; y al aumento de Asignación Universal por Hijo (AUH). Consideramos que dichas medidas no fueron suficientes para hacerle frente a la crisis actual (2020), ya que como toda política social es excluyente a raíz de los requisitos solicitados.

A su vez se implementa, a cargo del Estado Nacional, un pago extraordinario al personal sanitario del sector público y privado, el bono de \$5.000 y el otorgamiento de un incentivo no remunerativo de carácter mensual a los servicios de residencias en el contexto actual. Este incentivo económico, en muchos trabajadores de la salud fue simplemente una

⁴ “la recuperación del mayor grado de normalidad posible en cuanto al funcionamiento económico y social, pero con todos los cuidados y resguardos necesarios, y sosteniendo un constante monitoreo de la evolución epidemiológica para garantizar un control efectivo de la situación” (Gobierno Nacional, 2020).

⁵ “dispuso que todas las personas deberán permanecer en sus domicilios habituales, sólo pudiendo realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos” (Gobierno Nacional, 2020).

promesa donde hubo movilizaciones para cobrarlo y en otrxs se implementó con irregularidad. Consideramos que esta respuesta corresponde al Modelo Médico Hegemónico ya que visualiza la verticalización, categorización, y jerarquización entre profesionales de la salud, contemplando así, a este bono como un incentivo y no como un derecho laboral.

Paralelamente en la provincia de Córdoba se creó el Centro de Operaciones de Emergencias (C.O.E)⁶, donde la mayoría de lxs actorxs de esta organización pertenecen a las fuerzas armadas provinciales, no contando con profesionales del área social, en consecuencia se observó a los proceso SEAyC desde una mirada biologicista, marcando una visión controladora dentro de la sociedad, buscando una sociedad adoctrinada, con esto, observamos, cómo la lucha contra el coronavirus amplía el poder de la policía, normaliza la excepcionalidad, el control ciudadano, la restricción, suspensión de libertades fundamentales bajo la promesa de la vuelta a la normalidad con el acatamiento de las normas. La militarización de las calles, el monitoreo social, la video vigilancia o la denuncia anónima, estas prácticas son, en consecuencias, formas de disciplinamiento, vigilancia y adiestramiento de las subjetivadas y cuerpos de lxs sujetxs (Jimenez y Vazquez, 2018).

Esto lleva a que la primera medida fue destinada a la reorganización estructural del sistema sanitario público provincial fortaleciendo los centros asistenciales de capital e interior específicos para tratar a personas con Covid-19. Asimismo, se diagramaron su atención para continuar dando respuesta a la demanda no relacionada al virus. De esta manera, todos los hospitales de capital -con excepción del Hospital Oncológico- tuvieron un circuito de atención de síndromes febriles respiratorios y, además, hicieron una atención general. (Gobierno de Córdoba, 2020). En particular el Hospital Córdoba, se definió como institución no Covid-19. Esta forma de organizar al sistema hospitalario solo quedó plasmada en lo teórico, en la práctica se desvaneció: “hasta el día de hoy somos hospital no Covid cuando a la guardia entra todo. Tenemos Covid en la guardia de febriles que supuestamente no pueden estar más de 2 hs en la guardia porque es un hospital no Covid” (E5-F-09/20)⁷.

⁶ “con el fin de concretar la planificación, organización, dirección, coordinación, y control de todas las acciones referidas a los eventos adversos relacionados con la pandemia Coronavirus (COVID-19)” (Gobierno de Córdoba, 2020).

⁷ Codificación de entrevistas para preservar las identidades.

Estas medidas tomadas por el Gobierno provincial fueron compartidas y trabajadas conjuntamente con el Gobierno nacional, pero tenían la autonomía para generar/modificar/ampliar políticas y medidas hacia la emergencia socio sanitaria.

Este trabajo en conjunto entre los estados no se observan implícitamente tensiones ni disputas de manera pública, pero no sucede lo mismo dentro de la provincia, donde sí las hubo, por un lado, debido a la política de la asistencia presencial de todos los servicios hospitalarios, incluido el servicio social, deberían asistir a sus puestos de trabajo, generando la tensión ética-política entre el servicio social y el gobierno provincial. Es así la jefatura del servicio social decidió asistir en la dinámica que hoy (2020) se conoce como “burbuja”, la cual consiste en la asistencia de un grupo de manera presencial a la institución por una semana, y el otro grupo haciendo home office -ante dudas de los casos y estrategias empleadas se comunicaban vía telefónica- y viceversa, con el objetivo de priorizar el cuidado de lxs trabajadoras sociales y lxs sujetxs.

La creación de protocolos para el accionar profesional del área de salud y medidas de bioseguridad -que contemplaban la utilización obligatoria del barbijo, equipamiento de protección, el distanciamiento de dos metros mínimo entre las personas y cierre de las instituciones hospitalarias para la atención al público por brotes de Covid-19 -generaron otra tensión y contradicción dentro del servicio, ya que los protocolos estaban destinados solamente al cuidado y prevención del Covid, diseñados de forma poco claras y con insumos no continuos provistos por el Estado.

Esto las hace sentir descolocadas, molestas y mareadas “es muy violento trabajar con una realidad que todo el tiempo va cambiando, un día te decían algo, al otro día otra cosa y por ahí te confundis, te mareas, te colgas, me olvide” (E4-F-06/20).

En conclusión, estas políticas públicas, sociales y medidas de cuidado implementadas a nivel nacional, provincial y en particular en el servicio social reflejan por un lado, lo que Foucault denominó biopolítica⁸, es decir, estas políticas y acciones son estrategias para generar en la sociedad y en cada sujetx un poder, es así que la pandemia no solamente ha

⁸ Tiene que ver con la consideración de la población como problema científico y político, como un asunto biológico y del poder (foucault recuperado de Jimenez y Vasquez, 2018)

puesto al límite los sistemas sanitarios y capacidades estatales, sino también a las instituciones y los marcos normativos de los derechos y libertades como base del orden democrático. Y por otro, marca el posicionamiento biologicista y medicalizante, olvidando que están dirigidas hacia sujetxs que son ciudadanxs, con derechos, necesidades y problemas y reduciendo a la salud en un aspecto biológico, dificultando las intervenciones, particularmente en las condiciones de vida de lxs sujetxs con los que trabajamos. Esto muchas veces, lleva a que lxs profesionales estén en constantes luchas, reflexiones y debates para no reproducir y profundizar estrategias biologicistas.



CAPITULO 3

Las re-configuraciones de la intervención en la emergencia socio sanitaria (2020).

3.1 Para lxs que están presentes y lxs que aún están por llegar:
Nuestra experiencia en la pandemia.

3.2. La re-organización del servicio social de marzo a noviembre.

3.3. Los atravesamientos de la pandemia en los elementos de intervención.

3.3.1 Las demandas y sus complejidades.

3.3.2 Sujetx de intervención: ante todo humanxs y poseedorxs de derechos.

3.3.3 Vinculación y acercamiento con lxs sujetxs.

3.3.4. El arte de crear en momentos de crisis

Capítulo 3

Las re-configuraciones de la intervención en la emergencia socio sanitaria (2020).

3.1 Para lxs que están presentes y lxs que aún están por llegar: Nuestra experiencia en la pandemia.

Nuestro proceso de intervención pre profesional en el Hospital Córdoba, estuvo atravesado por la emergencia socio sanitaria, presentándonos desafíos, esto nos llevó a deconstruir, construir y reconstruir nuestra temática de tesina. A raíz de muchos debates -de manera virtual- con el servicio social y el equipo docente, pudimos definir, abordar e investigar el tema. Esto dio lugar a plantear nuestro objeto de conocimiento sobre las reconfiguraciones, los aportes teóricos, éticos, metodológicos y políticos de la intervención profesional y el sentir de las trabajadoras sociales del servicio social del Hospital Córdoba en el actual contexto de emergencia socio sanitaria a raíz del Covid-19.

La metodología que consideramos pertinente para llevar a cabo, fue **cualitativa**, que “estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas” (Blasco y Pérez, 2007. Pág 25). Podremos describir, exponer, analizar, vivenciar las experiencias, las palabras de las personas y verlxes en el contexto.

La **sistematización**, nos permite avanzar en la comprensión de la totalidad como proceso dinámico que se transforma mientras los vivimos y conocemos. Posibilita entender la complejidad de los procesos sociales, al dar cuenta de articulaciones de totalidades parciales en que se tiene en cuenta la singularidad de la experiencia, la universalidad que condensa y la particularidad que le da sentido (Nobre, 1998 en Hermida y Meschini, 2017).

A raíz de esto, se utilizaron dos instrumentos cualitativos para recoger información: las entrevistas y encuestas. *Las entrevistas* con una dinámica de gran tour y mini tour; cuando hablamos de las preguntas de *gran tour* las entendemos como aquellas que interrogan acerca de grandes ámbitos, situaciones, períodos; las preguntas *mini tour* son semejantes al gran tour, pero se refieren a unidades más pequeñas de tiempo, espacio y experiencia (Guber, 2001).

El otro instrumento que utilizamos son *las encuestas* que nos permiten obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. En el ámbito sanitario son numerosas las investigaciones realizadas utilizando esta técnica” (Casas Anguita, Repullo Labrador, Donado Campos, 2003). La encuesta, nos permite una comprensión activa de los significados de aquello que se expresa, aportando nuevas posibilidades de sentido que emergen en este encuentro entre visiones distintas del mundo sobre la misma realidad. Se constituye como espacio posibilitador para lxs entrevistadxs de la ampliación del análisis crítico de su realidad (Burgart, Macias, Cimarosti y Mallardi, 2020).

Ambos instrumentos se aplicaron a un total de seis (6) trabajadoras sociales, durante el periodo de septiembre-noviembre de 2020, guiándose en dos ejes:

- Eje N°1: “Reconfiguraciones y dimensiones metodológicas y éticas de la intervención en el contexto de pandemia en el servicio social”
- Eje N°2 “El sentir durante la emergencia”

La realización de entrevistas mediante dispositivos tecnológicos habilitó la posibilidad de encuentros sincrónicos virtuales en horario laboral del equipo profesional. Presentándose dos aspectos beneficiosos: por un lado, tanto trabajadoras sociales y estudiantes, contábamos con acceso a internet sin interrupciones y por otro, es que ya conocíamos el espacio de inserción -pre pandemia- que nos permitió comprender con más facilidad la reorganización del servicio social ante la emergencia socio sanitaria y así poder sistematizar las experiencias, voces, miradas de las trabajadoras sociales y los aportes de la intervención profesional en el campo de salud.

La información recolectada fue plasmada en una matriz de análisis, que nos permite contar con información, organizada en base a colores, para poder realizar el análisis e interpretación de las intervenciones profesionales.

La penúltima actividad fue un taller sobre memorias colectivas para socializar el proceso de sistematización. Lo hicimos de manera virtual con el servicio social y el equipo docente que acompañó el proceso de intervención; entendiendo a estas memorias colectivas como las maneras en que las personas construyen un sentido del pasado o bien, según Jedlowski, “la acumulación de las representaciones del pasado que un grupo produce, mantiene, elabora y transmite a través de la interacción entre sus miembros” (en Bellelli, Leone y Curci, 1999, p.201).

Todo el proceso de prácticas se presenta en forma de tesina⁹, dónde iremos argumentando nuestras prácticas con sustento teórico y empírico, con las palabras de las trabajadoras sociales. Durante este proceso se realizó un momento de lectura con las mismas como estrategia de doble hermenéutica que nos permite que la sistematización se aborde de una manera holística e integral permitiéndonos construir consensos interpretativos, ya que es un proceso de diálogos abiertos. La doble hermenéutica es un planteamiento que se sustenta en el reconocimiento de las complejas articulaciones que operan entre el mundo social y el conocimiento generado por las ciencias sociales. Dicho planteamiento refiere la intersección de dos marcos de sentido: de una parte, el mundo social provisto de sentido por los actores legos en su vida cotidiana y, de otra parte, los marcos teóricos de sentido generados por los científicos sociales para la reinterpretación del primero (Giddens, 1987).

⁹ Trabajo investigativo que lleva a cabo un alumno sobre un tema en particular vinculado a su carrera y de cuya aprobación estará sujeta su graduación como licenciado. Es decir, la tesina consiste en un trabajo monográfico con rigor científico (Definición ABC, 2014).

3.2. La re-organización del servicio social de marzo a noviembre.

Con el nuevo contexto, el servicio social se vió afectado en su cotidianidad y habitar institucional, en los modos de vincularse -entre ellas y con lxs sujetxs-, en la organización del espacio, en el ingreso de lxs sujetxs y de las intervenciones. Los cambios fueron sucediendo rápidamente acompañado de políticas y protocolos que se fueron implementando a lo largo de la emergencia socio sanitaria.

“Actualmente el ingreso del servicio está bloqueado, sólo puede ingresar el personal de trabajo social, sí me piden permiso algún otro miembro del equipo de salud, puede, pero hay que realizar las medidas de higiene. En cuanto al ingreso del usuario al servicio social, lo atendemos desde la puerta” (E7-P-06/20). Lxs sujetxs para recibir la intervención del trabajo social, deben realizar una fila fuera del servicio donde tienen marcado su lugar de espera “respetando el distanciamiento y la mesa de la puerta vaivén de stop, donde los atendíamos y los cargabamos al sistema, además nos permitía poder entrar y salir sin ningún inconveniente” (E10-O-09/20). Con respecto a los programas que participan las trabajadoras sociales, la mayoría se vieron suspendidos, aunque había algunos que no podían dejar de funcionar

aquellos que atraviesan al internado o situación de trasplante, porque el proceso es antes y después del trasplante, el PRO.COR.DIA, es un programa para diabetes, también sigue porque las personas atraviesan una enfermedad crónica, tienen que venir a control, tomar su medicación permanentemente; el de obesidad se suspendió porque funciona por consultorio externo y tiene las referentes médicas que fueron abocadas a otra tareas dentro del hospital y se dejó de hacer el seguimiento que venían haciendo (E1-A-06/20).

Esto llevó a la inaccesibilidad de los derechos de lxs sujetxs como a la atención de salud, búsqueda de medicamentos, alimentos, relaciones sociales, familiares y comunitarias.

Con el brote del Hospital -donde la institución comenzó a tener casos positivos de Covid-19 -se debió acomodar nuevamente el servicio, movieron el área sucia¹⁰ a otro consultorio para que cada trabajadora social tuviera su espacio y así poder realizar esas entrevistas que necesitaban una intervención inmediata y que no se podía realizar por celular. Este momento afectó principalmente la intervención socioeducativa y de cuidado de enfermedades crónicas. Con respecto al internado por normativa de la jefatura del servicio social -siguiendo las sugerencias del comité de emergencia de la institución- se evitó ir hasta que la situación del brote se solucionara con excepción de una urgencia, que se subía con todos los protocolos correspondientes

“por un cuidado por el personal de salud y por un cuidado de las personas también, como que ya están en un triple riesgo, siempre están en el riesgo por estar internado, ya que puede ingresar algún tipo de bacteria o virus que puede afectar aún más el estado de salud y el covid complicaba la situación” (E2-A-09/20).

En cuanto a las instancias de encuentro colectivo formales como la **revista de sala y encuentros teóricos/conceptuales** se vieron suspendidos, solo existían charlas informales entre colegas y jefatura “entre quienes están llevando el caso, para poder hacer los trasposos de equipo espejo (dinámica burbuja) y ahí se plantean todas las cuestiones éticas, que nos atraviesan” (E2-A-09/20). La revista de sala es un espacio en donde el equipo expone diferentes casos que tenían dificultades, ya sea por las estrategias a implementar, ausencia de redes familiares o permanencia del sujetx dentro del internado -alta médica pero no social-, entre otras. Los encuentros teóricos/conceptuales, se encuentran encabezados por el jefe de las residencias, donde asiste todo el equipo de trabajo social. Aquí las residentas exponen sus trabajos realizados en base a su recorrido dentro de la institución sobre alguna temática específica.

Estos momentos de intercambio son enriquecedores, permiten la construcción de estrategias colectivas, generar espacios para exponer, mirar, descubrir, permitiendo multiplicar los recursos y ampliar su utilización (Laorden Gutiérrez y Pérez López, 2002).

¹⁰ Espacio destinado a la realización de entrevistas.

3.3. *Los atravesamientos de la pandemia en los elementos de intervención.*

3.3.1 *Las demandas y sus complejidades.*

La intervención de trabajo social se inicia con las *demandas*. Entendiendo a las mismas como derecho y como una expresión de la cuestión social (Rozas Pagaza, 2001), donde se manifiestan las condiciones de vida del sujetx que demanda y como éste la percibe y significa. “De esta manera, exige un esfuerzo de construcción teórica, una instancia de comprensión que problematice lo naturalizado” (Cazzaniga. s.f. párr. 49).

Nos podemos encontrar con *demandas directas* –provenientes de los propios sujetxs- y *demandas indirectas* –de familiares, vecinxs, profesionales u otras instituciones del barrio (escolares, organizaciones comunitarias) como de niveles de mayor complejidad en la atención de salud (hospitales) y otras instituciones-. Es importante destacar que ambos tipos de demandas se caracterizan por su fragmentación y heterogeneidad, y pueden agruparse en: *demandas efectivas*, aquellas que se corresponden con los recursos que provee la institución y se relacionan con los programas en los que se inscribe el servicio social; y *demandas generalizadas*, que refieren a un concepto integral de la vida de lxs sujetxs, que se corresponden con objetos de satisfacción que no disponen las instituciones de salud, relacionados con vivienda, trabajo y toda clase de programas sociales (Bertona, 2018).

El servicio social del Hospital Córdoba pre pandemia tenía sus puertas abiertas a todxs lxs ciudadanxs, aunque el ingreso de la demanda, generalmente, se da de manera indirecta a través de las derivaciones de otrxs profesionales de salud, canalizando las intervenciones a través de consultorios externos, internado y programas; y de forma espontánea por orden de llegada de 8 am a 12.30 pm, es decir, sin turno previo.

La mayoría de las demandas son materiales, pero las simbólicas están latentes en el cotidiano a través del asesoramiento y lo socioeducativo. Las demandas que ingresan al servicio se relacionan con el

asesoramiento sobre pensiones no contributivas (certificados y renovación de discapacidad), por situaciones de salud, situaciones sociosanitarias y familiares como la reorganización familiar, lazos sociales e institucionalización de lxs sujetxs, además,

la gestión de recursos en salud (prótesis-medicamentos), prácticas hospitalarias, e incorporaciones a programas. (E2-A-09/20)

En este contexto de emergencia socio sanitaria las necesidades, demandas, problemas y su resolución se han modificado y complejizado; y las ya existentes se han visibilizado, intensificado y profundizado aún más. Así lo afirma también Carballada, 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 (2020).

La incertidumbre, el miedo, la rutina laboral interrumpida, la crisis sanitaria, social y económica, el cierre de instituciones estatales y el aislamiento de la sociedad, generó en el servicio social del Hospital Córdoba una disminución y modificación en el canal de ingreso de las demandas, ya que las personas dejaron de asistir al hospital impactando en sus procesos de SEAyC “se modificó tanto la cantidad de personas, disminuyó no se... de atender unas 22, 17 personas por día a atender 10, 12, a veces 2, y la demanda ahora es vía telefónica y vía e-mail, cuando antes era presencial” (E2-A-09/20).

A su vez aparecieron nuevas demandas materiales y simbólicas, como: alimentarias, económicas, consumo problemático, suicidio y violencia de género. En cuanto la amplia demanda por ayuda económica y alimentaria, por efecto, a que las instituciones estatales encargadas y pioneras dar este tipo de respuesta estaban cerradas por decisión política, llevaron a que las trabajadoras sociales debieran asesorarse y capacitarse - a pesar que no les competía como objeto de intervención- para poder generar una intervención en torno al asesoramiento del IFE, bolsones alimentarios y pensiones provinciales y municipales.

Respecto a las demandas simbólicas, su abordaje se vio reducido a raíz de la subjetividad de lxs medicxs, es decir, que estxs profesionales de salud eran lxs encargadxs de decidir si se derivaba o al área social.

Cuando las trabajadoras sociales deben entrevistar, se encuentran con los protocolos de bioseguridad mediante, sintiendo que no tienen la posibilidad de profundizar y dar apertura a problemáticas del orden de lo simbólico. “El distanciamiento, la máscara más el barbijo no nos permitía tener una comunicación fluida, porque tenía que gritar para que me escuchara la otra persona y no daba la situación, además si nos llegaba este tipo de demanda... en la mayoría de los casos se hacía vía telefónica” (E5-F-09/20).

Las demandas que surgían del área internado -espacio de abordaje cotidiano de las trabajadoras sociales- se intensificaron, haciendo que el área de servicio social interviniera más de lo normal, debido a dos razones, por un lado, las derivaciones provinciales, a causa de las medidas sanitarias y políticas de la provincia de Córdoba de reorganizar las instituciones de salud en Covid-19 y no Covid-19, que produjo que el Hospital Córdoba recibiera nuevos sujetxs con enfermedades crónicas. En este punto las trabajadoras sociales apelaron a la comunicación directa con lxs colegas con el fin de recibir la historia clínica y social del sujetx. Por otro lado, se complejiza aún más, los procesos SEAyC de lxs sujetxs que ingresan al internado producto de, las medidas sanitarias, miedo al ingreso al hospital, inaccesibilidad a la medicación y lazos comunitarios y familiares debilitados e inexistentes.

Las trabajadoras sociales para intervenir en esta área, se les presentaron obstáculos debido a que solo se permitía la circulación permanente al personal médico; llevando a que las intervenciones profesionales del servicio social, queden relegadas al llamado telefónico, al ingreso esporádico al internado y que las demandas -a veces- sean planteadas por otrxs profesionales. Esta postura puede llevar a caer en intervenciones descontextualizadas y no situadas, ya que este profesional de la salud solo mira y actúa desde su bagaje teórico disciplinar, dejando de lado lo social sin tener en cuenta deseos, sentimientos, valores, relaciones, saberes de lxs sujetxs y circunstancias.

3.3.2 Sujetx de intervención: ante todo humanxs y poseedorxs de derechos.

En estas demandas se ven expresadas las necesidades de lxs sujetxs. Pichón Rivière, expone que somos sujetxs de necesidades que solo las satisfacemos, estableciendo relaciones sociales con otrxs sujetxs tratando de establecer una relación dialéctica (1978).

El trabajo social utiliza determinadas concepciones que nombran al sujeto de intervención, reflejando el posicionamiento teórico desde el cual intervenimos. Muchas veces algunas denominaciones vienen de otros campos hegemónicos donde nuestra disciplina juega un papel secundario (Aquin, et al., 2011). En nuestro caso específico estamos insertas en el campo de la salud, donde predominan las ciencias médicas y se utiliza mayoritariamente los términos de pacientes y usuarios, referida a la persona que tiene un derecho real de uso sobre un bien o una cosa que pertenece a otra persona. También se dice de aquellos que utilizan servicios públicos (Trachitte, 2008), correspondientes a esa área. En el servicio social en la comunicación con otros utilizan dicha connotación, aunque en la cotidianidad de sus intervenciones, miradas y estrategias las profesionales poseen mayoritariamente un posicionamiento ético-político desde una perspectiva de derecho a la asistencia y capacidad de agencia de los sujetos que ingresan al hospital.

En el servicio social, el sujeto es recibido inmediatamente, no tiene que sacar un turno, porque la atención está organizada para que el sujeto “venga y que trate de irse con todo resuelto ese día, porque entendemos lo que significa venir hasta el hospital y más en este contexto” (E4-F-06/20) sumado a que “se va con una demanda ordenada, despejada, nadie se queda sin respuesta, a todo el mundo se lo atiende, y tratamos de dar nuestra mejor respuesta dentro de este contexto” (E9-P-10/20). Visibilizando la eficiencia, la capacidad de diseño y organización de las trabajadoras sociales.

Esto visibiliza la perspectiva de sujeto de derecho como titulares plenos e integrales de los mismos, involucrados en problemas sociales, con necesidades, y como productores y reproductores de relaciones de poder que ejercen en la vida cotidiana (Carballeda, 2006); y un ser humano que está atravesado por su diagnóstico, cotidianidad, su trabajo, su cultura, sus vínculos familiares, sociales y comunitarios, recursos materiales y no materiales, su subjetividad y actividades extra domésticas.

Estas concepciones y postura llevan a que las trabajadoras sociales, no solo se hace foco en las necesidades planteadas por los sujetos, sino que complejizan su intervención problematizando otras cuestiones que van apareciendo en el proceso de SEAYC “que se le explique bien un diagnóstico, las consecuencias del tratamiento, hacer hincapié el derecho a la asistencia, cuál es el procedimiento a seguir de su tratamiento o documentación, que tiempo le va a demorar acceder a un recurso, poder indagar sobre sus vínculos familiares”

(E10-O-09/20). Se generan espacios socioeducativos y de escucha, donde se informa y acompaña, con el fin de que lxs sujetxs y su red vincular, tengan la libertad y autonomía respecto a las decisiones de los procesos SEAyC como plantea la ley 26.529 derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.

Carballeda expresa que todo este contexto conlleva a la presentación de nuevas expresiones de la cuestión social, caracterizadas por una complejidad que comprende una serie de problemas sociales y necesidad que se singulariza en cada sujetx de acuerdo a su grupo de pertenencia a su red social, llevando a que las intervenciones sean complejas y transversales, por ende, dinámicas e interpeladas (2008).

La emergencia socio sanitaria y las medidas de cuidado implementadas, afectaron la cotidianidad, la salud mental de lxs individuxs, economía doméstica y lazos sociales, afectivas y laborales de una manera singular y particular, es así que en el servicio social aparece un nuevo sujetx de intervención, que ya no tiene empleo, y no ha ingresado a ningún programa o no posee cobertura social “Es un sector que en la época de los 90’ se lo había denominado los nuevos pobres, bueno esa gente se empezó a volcar mucho también a los hospitales” (E9-P-10/20).

La necesidad de las medidas estrictas de distanciamiento y cuidado hicieron que sólo se pueda ingresar al hospital con turno previo, distinguiendo a las personas desde una vara biologicista Covid y no Covid, a los que se suma una acentuación de los requisitos para solicitar recursos materiales como medicación, prótesis, tratamientos o estudios especiales y nuevos modos burocratizados de ingreso del pedido.

En cuanto al servicio social sigue produciendo debates teóricos, éticos y políticos en torno a las perspectivas de lxs sujetxs, aún más en este contexto donde se le han obstaculizado acceder a ciertos derechos de salud, alimenticias, educacionales, habitacionales, entre otras, donde se visualizan por parte de las trabajadoras sociales diferentes luchas por reivindicar los mismos.

3.3.3 Vinculación y acercamiento con lxs sujetxs.

En cuanto a la **dimensión metodológica instrumental**, “nos permite desplazar la preocupación en torno al “cómo se hace” hacia el “para qué” de la acción a realizar. Recuperando, en consecuencia, el potencial del ejercicio profesional, guiado por una racionalidad ético-político y, también, con competencias técnicas y operativas necesarias para alcanzar este fin” (Basta, Moretti y Parra 2014, p. 14). En esta dimensión se desglosan diferentes componentes: los *procedimientos*, que se refiere al modo de obrar, modalidades de acción de acuerdo al bagaje teórico instrumental del profesional, como problematizar, dilucidar y evaluar; los *instrumentos* como el diagnóstico y la planificación que nos posibilitan conocer e interpretar situaciones o problemas con el fin de proponer estrategias de intervención; y por último las *técnicas*, son los medios al servicio de la acción que construimos hacia una determinada dirección y según con los objetivos e intencionalidades propuestas, en nuestro caso la entrevista, el registro, informe, observaciones (Crosetto, 2012).

Las entrevistas no es sólo una técnica, sino un dispositivo que desarrolla la intervención para producir encuentro con lxs otrxs, ya que son esenciales en nuestra profesión.

Se producen diálogos con lxs sujetxs, se verbalizan situaciones de su vida cotidiana que consideran problemáticas y quienes ejercemos el trabajo social establecemos una relación dialéctica entre la situación que se plantea y las mediaciones para su comprensión que son inherentes a nuestro bagaje teórico disciplinar. Este proceso requiere para lxs profesionales una comprensión activa de los significados de aquello que se expresa, aportando nuevas posibilidades de sentido que emergen en este encuentro entre visiones del mundo distintas sobre la misma realidad. Se constituye como espacio posibilitador para lxs entrevistadxs de la ampliación del análisis crítico de su realidad. (Burgart, Macias, Cimarosti y Mallardi, 2020, pp. 20-21)

Los instrumentos táctico-operativos están interpelados por este contexto de emergencia (Burgart, Macias, Cimarosti y Mallardi, 2020) llevando a repensar cómo nos acercamos/vinculamos a lxs sujetxs de intervención. Anteriormente las estrategias desarrolladas en el servicio social eran de manera presencial, las mismas no se pudieron

sostener por la priorización del cuidado de las trabajadoras y sujetxs. Esto lleva a que se modifique las entrevistas a una modalidad virtual y en caso excepcional presencial con las medidas de cuidado correspondiente, dificultando el contacto, la vinculación, la comunicación y observaciones.

En cuanto a la *modalidad virtual*, -siendo hoy (2020) un dispositivo importante para nuestras intervenciones-, se apela a

los llamados por teléfonos al piso, si el paciente no tiene teléfono, en el piso hay un teléfono, si tiene el teléfono celular propio lo llamamos ahí para que no baje, para que nosotras no subamos, llamamos al familiar, los familiares no pueden estar, no están viniendo, le pedimos teléfono y llamamos para que no venga al hospital, que nos mande por correo o teléfono del servicio. (E14-T-09/10)

Si bien estas nuevas modalidades permitieron ingresar a los circuitos para acceder a los recursos en tiempos de pandemia, nos lleva a reflexionar y debatir dichas técnicas, como la inaccesibilidad digital a nivel material y cultural, las limitaciones para garantizar la privacidad y la intimidad en la entrevista, las descontextualizaciones de los relatos, y dificulta abordar, observar y analizar completamente, los sentimientos-emociones, las actitudes que tienen lxs sujetxs, su gestualidad y corporalidad, la comprensión, percepción y posición de los procesos de SEAyC, dificultando la comunicación y modo de escucha generando -a veces- restricciones en la fluidez entre lx entrevistadx y lx entrevistadorx, obstaculizando la incorporación de nuevos temas.

Es muy importante cuando entrevistas a un familiar ver la actitud que tienen, la forma de sentarse, la cara, cómo reacciona a todo lo que vos le estas diciendo, si realmente, va ver y acompañar al paciente o no, entonces todo eso se pierde de alguna forma por teléfono. Nosotras creamos que la estrategia como trabajadoras sociales tenemos eso, el hablar, el llegar al otro, la empatía, yo entiendo que usted no podía y yo entiendo la situación suya, pero por teléfono es difícil. (E14-T-09/10)

En cuanto a las *entrevistas presenciales* llevadas a cabo en el servicio, se guiaron por diferentes protocolos y medidas de bioseguridad. La mejor estrategia encontrada por las colegas en este contexto -para no generar una exposición al virus- fue en un primer momento, realizar las entrevistas en el pasillo y según el criterio establecido -como violencia de género y medicación oncológica, entre otras- ingresaban dentro del servicio al área denominada sucia “la gente del pasillo no entra al servicio, entonces es muy difícil abordar algunos aspectos, en su momento si permitía el ingreso de la gente en determinadas situaciones que necesitaban algún abordaje más profundo” (E12-R-09/20).

Esta nueva modalidad por un lado, obstaculiza llevar a cabo estrategias socioeducativas, centrándose en la gestión y asistencia de recursos, interviniendo así, en demandas directas y dejando fuera de foco, en su mayoría, las demandas indirectas y simbólicas de lxs sujetxs. Esto es así, debido a que las nuevas modalidades de entrevistas dificultan abordar ciertos temas en profundidad, no poder recabar la información de cómo viven realmente, sus obstáculos, como los han resuelto, que estrategias se han utilizado o cuáles se quieren utilizar, que problemáticas lxs han atravesado, tanto en la dimensión material como no material. Y por otro, se pone en juego la privacidad de lxs sujetxs al tener que exponer su cotidianidad, problemas, sentimientos en el pasillo del hospital y vía telefónica, llevando una incomodidad en lxs sujetxs y de las trabajadoras sociales.

Estas medidas de cuidado y modalidad de trabajo, quizás no sean las ideales para la intervención, ya que tradicionalmente las entrevistas presenciales favorecen, en nuestra intervención a la construcción crítica, compleja y situada de lxs sujetxs y problemas sociales que los atraviesan, en cambio con “la virtualidad, los vínculos se “empobrecen” el propio proceso de intervención en tanto va en detrimento de posibilidad de arribar a una lectura situada de lo social, y a la generación de climas de confianza necesarios para trabajar con el otro” (Lerullo, 2020)

En este marco el servicio social, replantea y debate estas disconformidades y es a partir de ello que, tratan de humanizar las entrevistas, generando diferentes dispositivos, como destinar el área sucia y limpia dentro del servicio, atender en el pasillo, poner a disponibilidad teléfonos y correos, generar redes informales, trabajar modalidad burbuja, entre otras; con el objetivo de poder garantizar los derechos a lxs sujetxs y trabajar de forma segura y cuidada.

3.3.4. El arte de crear en momentos de crisis

Para dar respuestas a las demandas de lxs sujetxs y garantizar los derechos sociales, debemos apelar a las herramientas metodológicas para llevar a cabo nuestras *estrategias de intervención*; ya que las mismas

“operan como un conjunto de prácticas profesionales conscientes, dirigidas a resolver situaciones problemáticas de los sujetos en la reproducción cotidiana de su existencia. Son mecanismos conscientes, pensados, producto de un saber científico en los que se articulan objetivos, funciones, procedimientos y técnicas, uso del tiempo y el espacio, para resolver problemas relacionados con el proceso de acceso a los recursos en la satisfacción de las necesidades”. (Gonzales, 2002 en Crosetto 2012, p. 11)

Debido a la mirada de la provincia sobre la pandemia, se llevó a tomar la decisión del cierre temporal de instituciones y ministerios socioestatales. Este es el principal recurso que tienen para intervenir y garantizar derechos a lxs sujetxs.

De repente nadie funcionó, toda la administración pública dejó de funcionar y nosotras en salud quedamos atrapadas, venían casos y no teníamos contacto. Esos espacios se disolvieron, entonces hoy en día (2020) no tenemos ni personas ni instituciones para articular en los territorios donde viven las personas que trabajamos ni tampoco recursos para resolver situaciones emergentes ligadas a situaciones económicas, de salud, de vivienda y demás. (E4-F-06/20)

Esto produce en las trabajadoras sociales, sentimientos de soledad, estrés y frustración

“la gente sigue necesitando un lugar para comer, para dormir y se cerró todo eso, miles de lugares que para nosotros son primordiales, los bares, el fútbol, todo vuelve, cómo puede ser que las instituciones sociales del Estado no trabajen. Es todo el tiempo estar renegando con la falta de respuesta, todas las trabas, los trámites, cada papelito que nos piden, es una cosa ridícula. (E12-R-09/20)

Y, por otro lado, genera debates acerca del objeto de intervención del trabajo social, ya que lxs sujetxs, buscan respuestas para la resolución de sus necesidades en el servicio social -al ser la única institución abierta- donde no se contaban con los recursos para abordar las necesidades alimentarias, habitacionales, entre otras, es por el posicionamiento ético político de las trabajadoras sociales que la especificidad como disciplina no se ha reconfigurado en su totalidad.

Por consiguiente, se presentan nuevos desafíos que dificultan y obstaculizan llevar a cabo las diferentes estrategias de asistencia, gestión, educación, prevención y promoción. En cuanto a la asistencia, se obstaculiza llevarlas a cabo para intervenir, sin embargo, se mantuvo el canal de ingreso de la demanda espontánea y la interconsulta del internado. Respecto a lo socioeducativo, se enfocó “en torno a la limpieza, higiene y organización familiar y vivienda en torno a la pandemia” (E10-O-09/20). Es decir, se singulariza la mirada en torno al cuidado y prevención de una sola enfermedad, en este caso, Covid-19.

Por otro lado, la gestión de recursos, derivación y asesoramiento se vio rotundamente modificada, anteriormente el servicio articulaba y derivaba inmediatamente con el área de salud de la municipalidad, emergencia social, desarrollo social, iglesias -dependiendo las creencias de lxs sujetxs-, entre otras, para resolver las necesidades alimentarias, habitacionales, medicación, acompañamiento institucional al proceso SEAyC de las personas, etc. “Entonces, si nosotras no hacemos la gestión del recurso que habilita y que provee, la persona no se encuentra con el recurso” (E7-P-06/20).

Es en este contexto que las trabajadoras sociales apelen, a las estrategias del arte, la creatividad e innovación, “que está bien ser creativo, innovar y demás pero no debería ser algo que deberíamos adoptar absolutamente todo el tiempo, porque no hay institución que esté dando respuesta y hay que cuidar esos procesos de intervención” (E2-A-09/20). Esto, quedó demostrado cuando se intentó generar una red entre el hospital y los centros de salud para que lxs sujetxs accedieran a la medicación y no se llegaran al hospital, pero no se logró su concreción. Cabe destacar que a esto no le competía al servicio social, pero ellas se replantearon su rol ante la necesidad de medicación, considerado como un derecho al acceso a la salud del sujetx.

Entonces... ¿Qué estrategias despliegan las trabajadoras sociales para seguir garantizando derechos y dar respuestas a las demandas de lxs sujetxs?

Es así, que se generan e implementan nuevos dispositivos. El primero, *el mapeo de redes*, son una forma de organización e interacción social, en este caso de conectividad, que se aglutinan con un conjunto de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas y así potenciar sus recursos y contribuir a la resolución de problemas (Rizo en Castillo Trigo, 2009). Las trabajadoras sociales, tuvieron que identificar las instituciones que están trabajando, para poder armar el recurso, ver que estrategias están implementando en este contexto lxs demás colegas y así generar sus propias intervenciones con nuevas ideas.

Empezamos a movernos, a un nivel más político para que den mínimas respuestas, entonces fue un trabajo medio artesanal...me acordé que conozco tal de tribunales...de conocidos en la facultad o de alguna vez que hemos articulado en algún momento para poder facilitar contactos de alguien de esa zona y demás. (E4-F-06/20 y E1-A-06/20)

Nos parece importante destacar que esta estrategia fue la forma en que las trabajadoras sociales encontraron apoyo afectivo, moral, ético y social para solucionar las problemáticas de lxs sujetxs y para cubrir las necesidades de las personas ante la ausencia de las instituciones provinciales, favoreciendo el contacto y comunicación directa entre colegas, evitando las diversas burocratizaciones preexistentes y permitiendo intervenir desde la perspectiva de derecho. Estas nuevas redes formadas, consideramos que deben formalizarse, fomentarse y perdurar en pos pandemia. En contraposición este dispositivo implica un trabajo extra laboral y la posesión de contactos directos como indirectos para formar vínculos.

La segunda estrategia que las trabajadoras sociales encontraron para llevar a cabo las intervenciones fue *evaluar las situaciones prioritarias y/o urgentes*, es decir, que según la problemática de sujetx, se le realizaba una entrevista en profundidad, ingresando al área sucia del servicio, donde las trabajadoras sociales deben cumplir con los protocolos de bioseguridad. Consideramos que esta dinámica de trabajo al igual que las trabajadoras no es la más apropiada porque rompe con los espacios de privacidad, donde no se podían abordar ni

dar apertura con profundidad ciertas temáticas. “No tenemos ningún dispositivo hoy, ninguna instancia que pueda llegar a dar respuesta a eso, entonces estamos tratando de abordar aquello que sabemos que pueda llegar a tener algún tipo de respuesta” (E10-O-09/20).

El tercer dispositivo de prevención implementado fue *la división de equipos* (dinámica burbuja) con el objetivo de reducir la circulación dentro del espacio, no exponer al equipo completo, y así, poder seguir interviniendo, cuidándose entre ellas y cuidando a lxs otrxs, intentando afectar lo menos posible el proceso de SEAyC de lxs sujetxs y sus derechos. Esto demuestra el grado de la legitimidad, posición sólida y autonomía en las decisiones del equipo pese a las directivas del ministro de salud. Permitiendo trabajar articuladamente

resolviendo los casos, dejando todo registrado, cada cosa que hacíamos en la historia clínica digital, en libro de actas y un pizarrón para que cuando el otro equipo le toque continuará con la intervención, si definiste esta estrategia para esa persona, el otro equipo la sigue, la reformará y cuando volvamos nosotros la otra semana, seguiremos en la misma sintonía, de todos modos no es lo mismo que estar siempre viendo un caso, que por ahí te toca una semana sí, una semana no. (E2-A-09/20 y E12-R-09/20)

Por último, se dispuso *el teléfono y e-mail del servicio social* que en este contexto se convierten en parte de nuestras estrategias debido a que en

El primer brote del hospital se cerraron los consultorios externos, la gente no podía ir a ningún lado a atenderse, nosotras estábamos medias encerradas en el servicio. Pasaron dos días de encierro y nosotras dijimos así no se puede trabajar, la gente no está accediendo a nada, el equipo de trabajo se problematiza esta forma de trabajo, entonces dispusimos absolutamente de todos estos medios de comunicación. (E2-A-09/20)

De esta forma, se generaron debates en el servicio porque no todos lxs sujetxs tienen los recursos materiales y culturales para tener y manejar un teléfono, correo electrónico o

alguna herramienta tecnológica, para acceder a diversos recursos. Es en este punto, donde una vez más se pone en juego nuestra especificidad profesional a la hora de intervenir en este contexto de pandemia, dónde no preguntamos hasta qué punto nos corresponde ser partícipes e intervenir para la garantización de derechos.

Entramos en un momento en que las tareas se readecuan, en que hay que adaptarse a un contexto que está siendo bastante caótico en el ámbito de la salud, donde nos preguntamos desde dónde podríamos aportar, entonces es ver desde donde se puede aportar, donde nos escriben de otros hospitales a ver si podemos sacar turnos, si podemos gestionar ambulancias, cosas que del servicio social no se hacen, pero a veces como en una estrategia de que una persona acceda a la salud, a veces sacar un turno parece algo mínimo, que no tiene que ver con nosotras pero que en el fondo es como una resolución bastante importante de una necesidad. (E12-R-09/20)

Otro debate recurrente dentro del servicio, es la familiarización e institucionalización de las personas, donde se complejiza en este contexto. Primeramente, porque las trabajadoras sociales no están de acuerdo con la familiarización -que las familias deban ser responsables del sujetx- ya que se posicionan desde una perspectiva de derecho, donde toman en cuenta la voz de la familia y del sujetx, en dónde, está puede acompañar -si lo desean- en la institucionalización de sujetx -sea temporal o permanente- y a su proceso de SEAyC. Y segundo, se vio interrumpido por el cierre de instituciones y que no se permitía el ingreso de personas por las medidas y protocolos de cuidado.

Las modalidades de abordaje y los dispositivos de intervención deben ser compatibles con nuestras incumbencias profesionales y en concordancia con los derechos emanados de la Constitución Nacional. Teniendo en cuenta que las mismas se encuentran atravesados por protocolos y modalidades que ponen en primer término las estrategias de cuidado frente a una posible transmisión de la enfermedad (Madeira, Bogliano y Gargía Godoy, 2020). Y por otro lado, estar acompañadas con una amplia libertad y autonomía para llevar a cabo dichas estrategias. La misma se entiende “como una capacidad de una ocupación para controlar su propio trabajo, es decir para definir el objeto de su actividad” (Aquin, et al., 2011, p.2).

En estas líneas, Aquín plantea la existencia de distribuciones diferenciales de recompensa material y simbólica entre las distintas profesiones, que han accedido a distintos grados de legitimidad. En el trabajo social se puede afirmar una posición subordinada respecto a otras profesiones. En cuanto al espacio institucional donde estamos insertas, las trabajadoras sociales en su espacio de intervención tienen una posición sólida y con un grado de legitimidad, es decir, “el reconocimiento público de un campo de saberes que resultan efectivos para la intervención social, y que producen una clausura del campo frente a otras prácticas, sean éstas profesionales o no profesionales” (Aquín et al., 2011, p. 5).

A partir de la legitimidad que fueron ganando por las diversas luchas, las trabajadoras sociales, desarrollan sus propias acciones y decisiones, con una autonomía relativa, acompañadas por el Código de Ética de la profesión. Consideramos que hoy (2020) las trabajadoras sociales poseen autonomía en cuanto al diseño y la implementación de los abordajes, pero la misma es relativa, limitada y controlada, aún más en este contexto debido a los acotados e indisponibilidad de recursos, excesivas burocratizaciones, instituciones socioestatales cerradas y por algunos actorxs dentro de la institución que deben brindarles autorizaciones y derivaciones.

Esta heteronomía, que manifiesta la incapacidad de regularse por leyes propias (e incluso la inexistencia de éstas), de designar/seleccionar agentes, temas y resultados posibles; y, por lo tanto, de constituir un capital distinto de aquel que caracteriza a otros campos sea económico, político, etc. (Danani, 2006), no es algo específico de las trabajadoras sociales del Hospital Córdoba, tiene que ver con la trayectoria de la profesionalización del trabajo social.

Hay varios factores que inciden en que no logremos una autonomía plena, siguiendo a Rotondi, hay varios elementos que influyen, una las *prácticas socialmente devaluadas*, con escaso poder sea económico o simbólico. Esto incide en las representaciones y en las prácticas de lxs profesionales; la *condición de opinabilidad de la profesión*, es decir, que aquellos capitales que son propio de trabajo social pueden ser opinados por diversos actores y el medio social, en consecuencia, puede suceder que la respuesta social quede enmarcada desde el sentido común. Otro elemento son los *cercos del poder, proyectos institucionales* (enmarcado en la práctica profesional) y *recortes de las políticas sociales* en sectores como salud, educación, estos elementos lleva a que se fragmente las respuestas profesionales. A esto se le puede sumar, que la mayoría de las personas que ejerce la profesión son del género

femenino, esto se relaciona con las propias subordinaciones del patriarcado y capitalismo (2008).

Por esto, debemos continuar configurandonos cómo actorxs politicxs para seguir construyendo nuestra autonomía y legitimidad, ya que el campo de salud, se caracteriza por un modelo biomédico, por prácticas, representaciones y visión unicausal de los procesos de SEAyC donde se normalizan los cuerpos. Tenemos que avanzar en construirnos como una voz autorizada para hablar sobre la cuestión social ante la opinión pública, librar esa batalla cultural, construir una “estrategia de megáfono”. Somos expertxs en lo social y tenemos mucho para decir. Construyamos consensos, habilitemos y potenciemos a nuestras organizaciones colectivas. Y que ellas también sean nuestro respaldo para cada decisión y disputa profesional, porque nuestras herramientas no son sólo la entrevista, el cuaderno de campo, o las técnicas de planificación estratégica. Nuestras primeras herramientas son las ideas. Ideas claras. Ideas profundas (Hermida, 2014).



CAPITULO 4

Los sentires y experiencias de las trabajadoras sociales en contexto de emergencia socio sanitaria.

4.1 Trabajadoras de la salud.

4.2 Sintiendo en este contexto.

Somos lo que sentimos

Los sentires y experiencias de las trabajadoras sociales en contexto de emergencia socio sanitaria.

4.1 Trabajadoras de la salud

Durante este tiempo se han escuchado diversas frases “estamos en primera línea de batalla”, “somos esenciales en esta pandemia” y acciones como los aplausos desde las ventanas para agradecer a estxs trabajadorxs su esfuerzo y “valor” por enfrentar el virus. Cabe destacar que estos homenajes están dirigidos a ciertxs trabajadores de la salud, aquellxs que se ocupan del virus desde una perspectiva biológica y dejan afuera a otras profesiones/oficios -como a lxs cocinerxs, camillerxs, administrativxs, psicologxs, personal de limpieza- que se ocupan de lo social, como es el caso del trabajo social. Esto se vincula con la trayectoria socio histórica de la profesión.

No queremos caer en esta visión -que una parte de la sociedad tiene - que ven a lxs trabajadorxs de la salud como personas que tienen, valor, coraje, vistxs como héroes y heroínas¹¹, cuando realmente son trabajadorxs en el ámbito de la salud que están desarrollando su trabajo y además ocupan otras posiciones en el ámbito doméstico y social.

En nuestra sociedad con la fuerte influencia neoliberal, basada en la competencia, la clase política evoca y apoya el nombre de una heroína cuando es necesario ocultar las formas existentes de poder y de explotación. Llamar heroínas a las sanitarias de primera línea y glorificar su sacrificio en nuestra lucha colectiva contra el coronavirus oscurece el contexto político más amplio. ¿Qué es lo que hace que su sacrificio sea particularmente extraordinario? ¿dejar sus hogares y a sus familias para cumplir la jornada laboral? ¿Es la

¹¹ Cuando reconocemos el acto de alguien como heroicx diferenciamos activamente entre esa persona y nosotras, el resto de personas, las no heroínas. Implica una gran cantidad de sacrificio personal en beneficio de lxs demás. Supone tomar riesgos, exponerse al coronavirus para salvar otras vidas (Las Heras y Lesutis, 2020)

ausencia de los suministros médicos básicos, cómo el equipo de protección personal, o sus largas jornadas de trabajo? (Las Heras y Lesutis, 2020).

Debemos correr esta mirada por dos razones, la primera, para visualizar la negligencia política de los sistemas nacionales, provinciales de salud y seguridad social que hoy en día emergen con mayor fuerza, que no nos permite ampliar el contexto. La segunda, para no ocultar la precarización laboral de lxs trabajadores (Las Heras y Lesutis, 2020).

En este contexto, para llevar a cabo las intervenciones de lxs profesionales, es necesario contemplar una triple condición de cuidado: con lx sujetx que se interviene, con su equipo de trabajo y su autocuidado. Desde las ciencias sociales Arenas-Monreal plantea que

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. El autocuidado no se refiere solamente a aspectos materiales, sino también a los cuidados subjetivos que el adecuado desempeño profesional necesita. (en Madeira, et al., 2020, p.16)

La pandemia acarreó condiciones de trabajo novedosas y produjo reacomodamientos que pusieron en evidencia las debilidades del sistema, especialmente las relativas a las condiciones del personal, “hace más de un año y medio que estamos trabajando sin parar” (E2-A-09/20).

Sobre fin del 2020 las condiciones de trabajo pasaron a ser el centro de debate “más allá de las necesidades de la gente, nosotras como trabajadoras también estamos trabajando en un contexto de pandemia, con los riesgos que eso implica (...)” (E12-R-09/20).

Abordar esta temática y ligarla directamente a la praxis profesional, la misma se torna eficiente cuando logramos alcanzar objetivos y metas teniendo en cuenta las condiciones laborales. La praxis profesional no está atravesada solamente por el carácter profesionalizante del trabajo social, el factor humano, familiar y personal del trabajador social también lo atraviesa.

Con esto queremos reflexionar sobre las condiciones laborales que se encuentran estxs profesionales, si poseen condiciones dignas de trabajo, sí se respeta la triple condición de cuidado, la retribución salarial, y si la jornada laboral es adecuada, entonces debemos

aplaudir, y en el caso contrario, acompañar a lxs trabajadorxs de salud en sus luchas por mejorar las condiciones laborales.

4.2 Sintiendo en este contexto.

Somos lo que sentimos

En toda pandemia es esperable que las personas sientan miedo, ansiedad, angustia, inquietud, estrés, enojo, incertidumbre, entre otras, porque somos un “cuerpo con alma” (Jodorowsky, s.f), con sentimientos, emociones, creencias, representaciones que influyen nuestro día a día, así como los determinantes sociales influyen en el proceso de SEAyC, los sentimientos también y juegan un papel importante. Esto, se corrobora con lxs autores Luna Zamora, Scribano, Bericat, Cervio, que expresan que las emociones han tenido un rol central en los procesos de estructuración social y en el desenvolvimiento de los fenómenos sociales. Aunque en muchos casos se han entendido como un elemento propio del mundo privado, tienen un carácter eminentemente social y son parte constitutiva de los sucesos económicos, sociales e históricos de un entramado social determinado. Lxs sujetxs experimentan la vida emocionalmente, y las emociones no son más -ni menos- que el resultado de las prácticas de ser, hacer y de habitar el mundo (en Dettano, 2020).

Los estudios sociales sobre los cuerpos/emociones tienden imprescindible exhibir la complementariedad de las dimensiones biológicas y sociales para el análisis de lo social. Para esta perspectiva, el “inicio” de los estados del sentir se ubica en la experiencia de habitar el mundo; lxs sujetxs conocen el mundo a través de sus cuerpos y es en el intercambio con el ambiente en donde configuran los modos de sentir y los esquemas de visión y división de dicho mundo. Analíticamente, el proceso de conformación de las emociones podría ordenarse en la cadena impresión-percepción-sensación-emoción como el camino por donde se arman, configuran y traman las formas de sentir (Scribano, 2012).

En particular, las trabajadoras sociales del Hospital Córdoba que ejercen su profesión en el campo de la salud, no están exentas a los sentimientos y emociones, porque son personas con familia, amigxs, insertas en una sociedad y con una cotidianidad.

En las siguientes líneas se intentará visibilizar los sentires que fueron emergiendo durante las entrevistas producidas por la pandemia, el objetivo no es diferenciar a una de otras, a todxs lxs atravesó de igual o diferente modo.

¿Qué sentimientos emergieron durante la pandemia?

Observamos diversos sentimientos generados por la pandemia, destacándose la incertidumbre, el miedo y la angustia. **La incertidumbre** se ocasiona por la preocupación en la población, por la falta de información y desconcierto respecto al futuro próximo y de mediano plazo, que es indefinido y que no permite planificación. “No recibir la información necesaria para ver que medidas tomar, para donde ir, que cosas modificar” (E9-P-10/20). “A nosotras nadie nos decía nada ni de que se trataba, hubo medio incertidumbre, porque no llegaban los pacientes a atenderse porque estábamos todos acá y no sabíamos que hacer” (E6-F-10/20).

Esto genera además en las trabajadoras sociales sentimientos de angustia, soledad, impotencia y miedo. En cuanto al **miedo**, se vincula al contagiarse al lx otrx -tanto por fuera del hospital como dentro del mismo-. y al qué dirán por trabajar en el campo de la salud:

contagiarse a otro y que el otro fallezca, no sé qué haría en esa situación, quisiera ni enterarme si contagie a alguien. Esa sensación la vas a tener para toda la vida (...) ya te empiezan a mirar, hasta los vecinos... che, ésta trabaja en el Córdoba que hay covid, hay que fijarse bien... por el hecho de trabajar en la salud pública era como que... no se... podías tener la enfermedad. (E10-O-09/20)

En cuanto al sentimiento de **impotencia y soledad** se vinculan con la falta de recursos materiales y simbólicos, la excesiva burocratización y los cierres socio institucionales, donde las trabajadoras sociales plantean: “muchísima impotencia me dio cuando con el correr de los meses, el resto de las reparticiones estaban todas cerradas, menos nosotros que estábamos en los hospitales, entonces la gente como no tenía respuesta en ningún lado, iba a los hospitales” (E9-P-10/20).

La **angustia** aparece e incluye sentimientos que van desde la soledad, preocupación, ansiedad, cansancio. En ocasiones este sentimiento se vincula a otras personas, como por ejemplo hacia lxs sujetxs que no estaban accediendo a las prestaciones de salud “[...] no llegaban los pacientes a atenderse, [...]” (E6-F-10/20).

Consideramos que estos sentimientos se vinculan con la **responsabilidad** ética y política de generar intervenciones para garantizar los derechos a lxs sujetxs. Además, construyeron y militaron la responsabilidad individual y colectiva, a la importancia de los cuidados para prevenir el Covid-19 dentro del servicio y hacia a lxs sujetxs. “Me doy cuenta al instante que no tengo la escafandra y estoy atendiendo, digo esperame ya vengo, me pongo la escafandra y lo atiende, por mis compañeras, por mi familia, por el sujeto” (E10-O-09/20).

Con otra frecuencia, aparecen los sentimientos de **enojo**, en este caso vinculado a expresiones de bronca, hartazgo y cansancio. Expresándose, por un lado, con los protocolos y medidas de seguridad y por otro, lo que conlleva el contexto de pandemia, la precarización laboral, las idas y vueltas...

Estoy cansada, no del virus en sí, también por la etapa del año, que no me he tomado vacaciones, sumado a que se nos han cortado muchas más cosas. (...) estamos **cansadas** del distanciamiento, de la incertidumbre que nos agota, el sí estás enferma, no estás enfermo, sí tenes, si no tenes, sí la gente que atiendes tiene o no tiene, entonces la gente también está cómo agotada, pero bueno, es parte de de lo qué vamos a seguir transitando (E2-A-09/20)

Tenes que lidiar con lo mismo, siempre igual, llegas te tenes que lavar las manos, ponerte la escafandra, dentro de todo está bueno que lo hagamos, que tengamos las medidas de seguridad, pero llega un momento de cansancio y renegar con la gente que no te escucha, lo que más me pone loca es el uso de barbijo, la gente no te escucha, no te escucha. Pero sí sentí el cansancio. Ya son muchos meses... (E10-O-09/20)

Esta pandemia hizo que la sociedad y las trabajadoras sociales se encontrarán en nuevos escenarios, trajera diversas rupturas en la vida cotidiana, través de incertidumbres, miedos, cansancios, además un impacto económico, social y sanitario, lo que intensifica aún más estos sentimientos (Jhonson, Saletti-Cuesta y Tumas, 2020).

Frente a esto el equipo profesional tuvo que rearmarse, reorganizarse, rediseñar, focalizar prácticas y establecer nuevas estrategias.

¿Las trabajadoras sociales tuvieron un espacio y/o acompañamiento para poder expresar lo que sentían sus cuerpos?

Este contexto, como ya expresamos, trajo emociones/sentimientos con carácter negativo. Ahora es momento de remarcar aquellos sentimientos de carácter positivo, que para visualizarlos nos preguntamos ¿Qué hacen con lo que sienten? ¿Lo expresan? ¿Cómo? Creemos que poder hablar lo que te sucede en el cuerpo -ya sea con alguien o con unx mismx- te distiende, relaja, te libera. Este es un momento necesario para visibilizar que herramientas, espacios, entre otras, las trabajadoras sociales pusieron en acción -de manera directa o indirecta- para poder dar lugar a sus sentimientos y emociones.

En el momento del cierre de la institución socio estatales varias de las trabajadoras sociales optaron por nutrirse desde la autogestión, de capacitarse para el cuidado mental y personal

“primero el cuidado al equipo de salud, nos pareció super importante porque nosotras estamos con muchas inquietudes y entonces cuando empezaron a salir todas las capacitaciones que eran sobre todo sobre catástrofe hacia el equipo de salud, la empezamos ver diariamente, nos juntábamos en el pasillo y las escuchábamos(...). A medida que fuimos transitando, eso bajó un poco pero bueno ya teníamos más herramientas” (E2-A-09/20).

Permitirse asistir y compartir -entre ellas- estos espacios, es abrir una puerta a escuchar(se) la mente, poder liberar, y crear herramientas para poder llevar a cabo las intervenciones.

Entre colegas y compañerxs de trabajo -de otras áreas- se generó un espacio de comunicación informal sobre las medidas a tomar y dudas que tenía sobre este contexto. “Ellos vienen de las Ciencias Naturales y nosotras venimos de las Ciencias Sociales, y lo que para ello fue desconcierto, imagínate nosotras... pero bueno, enseguida, nos acercaban material, para leer” (E9-P-10/20). Este tipo de espacio hace sentir a las compañeras, **acompañadas**, escuchadas y reconocidas cómo profesión esencial en el campo de la salud,

generando **empatía**. Demostrando el reconocimiento y legitimidad mutua entre profesionales. En palabras de una trabajadora social:

“El médico puede diagnosticar una enfermedad, pero si la persona no accede a su medicación no tiene sentido... Nosotras siempre dentro del hospital nos hemos ido reconstruyendo, nos hemos ido revalorizando como profesión asique tenemos un reconocimiento institucional, sirve particularmente para no quedar por fuera de estas cuestiones que suceden siempre y tienen una mirada médico hegemónica, siempre hemos revalorizado a la profesión, más allá que suelen hacerse demandas medianamente asistencialista que no corresponde con la profesión pero bueno eso se informa, se explica y se deriva a quien corresponda. (E1-A-06/20)

Con respecto a los vínculos laborales externos, existió el acompañamiento con colegas de otros hospitales, apareciendo la **solidaridad** “al ser tan importante el Hospital Córdoba también las colegas no han pedido muchos favores entonces muchas veces se levanta el teléfono para acudir a ellas y todo tiene una vuelta” (E15-T-10/20); por otro lado, la contención de los vínculos socio afectivos de amigxs, familiares y compañerxs de actividades recreativas.

Dentro del servicio social hubo una comunicación horizontal, en donde la información era más dinámica y fluida, se sintieron **acompañadas**, ya sea con materiales teóricos, conferencias, documentos preliminares de la pandemia y a nivel personal, se produjo **contenciones**, preguntándose diariamente “cómo estaba yo, como estaba mi familia...Se han reforzado estas cuestiones, me sentí super contenida (...)” (E10-O-09/20).

A su vez, la jefatura del servicio agotó todos los recursos para poder brindarles un espacio más confortable a las trabajadoras sociales “nos respondido muy bien, a nuestras inquietudes cuando ha habido casos sospechosos, ha desplegado unas medidas para el cuidado para su equipo” (E2-A-09/20). Esto visibiliza que se ha construido un espacio de escucha, **contención, cuidados, compañerismo, empatía y humor**, que aún se siguen construyendo colectivamente, para que el quehacer profesional sea más llevadero, cálido, acogedor, y que no todo recaiga en tensión.

REFLEXIONES FINALES

A raíz de esta producción escrita, podemos afirmar que dentro del campo de la salud conviven los modelos de medicina social y médico hegemónico, aunque en la emergencia socio sanitaria se visibilizó el paradigma hegemónico y biologicista que viene desde hace siglos, con diversos avances y retrocesos en el escenario, es aquí que las trabajadoras sociales generan un camino de lo social a través de debates, reflexiones y disputas.

Esta convivencia, suele llevar a las trabajadoras sociales estén en constantes problemas y cuestiones éticas. El primer concepto surge cuando el trabajo social ve que la situación implica una decisión moral difícil. El segundo, aparece en el momento que la trabajadora social tiene la responsabilidad con su institución contratadora y la sociedad hacia el fomento del mayor bien para el superior número de personas (Banks, 1997). A pesar de esto, el servicio social del Hospital Córdoba, en este contexto se propuso garantizar el acceso a los recursos materiales, simbólicos, culturales, económicos y sociales que dispone el Estado Nacional, Provincial y Municipal, como así también aquellas instituciones privadas que deben satisfacer las necesidades de las personas, en la medida de sus posibilidades y restricciones, ya que es su deber político y laboral generar dichas intervenciones pese a los obstáculos que impone la pandemia.

Estas interpelaciones éticas debemos problematizarlas y cuestionarlas, para superar el moralismo, que nos lleva a las formulaciones abstractas de heroínas y héroes. La función de la ética es reflexionar acerca de los valores de la moral y si esa reflexión se cancela por los apelativos moralistas, no hay interpretación ética. Entonces se reproduce una necesidad de consagración heroica, porque es más tranquilizadora que reconocer que nos encontramos en situaciones difíciles, urgentes y precarias, donde debemos tomar decisiones en búsqueda del fortalecimiento y efectivización de los derechos humanos (Gambina, et al., 2020).

El trabajo social, en general, se encuentra en tensión por la jerarquización disciplinar, generando espacios de debates teóricos-conceptuales que nos permitirá ser reconocidxs completamente cómo una profesión perteneciente y legítima del área de salud, es decir, ser constructorxs de conocimientos propios, creadorxs de una intervención autónoma. Con esto, no queremos posicionar a la intervención profesional por encima de otras, sino que proponemos un trabajo en igualdad de estamentos.

Tolle, nos permite reafirmar lo que buscábamos en nuestras entrevistas, permitiéndonos reflexionar sobre el impacto en la salud mental de las trabajadoras sociales “hacer consciente de una sensación de presencia, pero silenciosa” (2010) consideramos que cuando preguntamos cómo les hacía sentir cierta situación en el cuerpo, ese sentimiento, emoción salía a flote, y nos permitió comprender lo que estaban atravesando conjuntamente.

Esto nos permite observar aspectos como la **responsabilidad**, el cuidado de ellas y con lxs otrxs, la **solidaridad** profesional -tanto dentro de la institución como fuera de la misma-, a la hora de recolectar información de cómo intervenir, que aspectos tener en cuenta a la hora de intervenir y con quien hablar para poder armar la intervención -recordemos el mapa de redes que las trabajadoras sociales construyeron- la comunicación horizontal que se produjo dentro del servicio, como así también la organización que permitió la tranquilidad en los cuerpos de las trabajadoras sociales.

Este escrito es un pequeño aporte al trabajo social, pero debemos seguir reflexionando, construyendo, indagando, investigando y reivindicando la intervención en pandemia tanto desde la sociología de las emociones cómo desde lo social. Por esto, le sumamos algunos interrogantes, aún sin respuestas acabadas, que se irán (re) construyendo día a día:

¿Cómo vamos a mirar a partir de ahora (2020) el campo de la salud? ¿Cuáles son las perspectivas que utilizaremos para construir estrategias? ¿Cómo vamos a construir con lxs sujetxs? ¿Cómo construir nuevas y otras miradas sobre salud integral que se tornan hegemónica? ¿Quedarán los dispositivos tecnológicos como instrumentos metodológicos para la intervención? ¿Qué pasó con los espacios de encuentro colectivo dentro del servicio social?

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina[1] . Documento N° 60 Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad. Recuperado de <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>.

Abramovich, V. y Courtis, C. (2006). *El umbral de la ciudadanía. El significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*. Ciudad autónoma de buenos aires. Argentina: editores del puerto s.r.l.

Aquín, N. (2010). Fundamentos del Trabajo Social Comunitario. Ficha de Cátedra Teoría, espacio y estrategia de intervencion II. Facultad de ciencias sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de <https://teoriadelaintervencioniiitabajosocialcomunitario.wordpress.com/unidad-i/>.

Aquín Nora (2016). Repensar el Trabajo Social, en I Encuentro de Trabajo Social Reflexionando desde y para el Trabajo Social en la UNRC. 14 de octubre. Río Cuarto. Inédito

Aquín, N., Miranda, A., Artazo, G., Lucero, Y., Torres, E., Veyrand, N. (2011). Nosotros y los otros: encuentros y desencuentros en el campo del Trabajo Social. Ponencia presentada en IV Encuentro Internacional de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Arito, S. M. y Rígoli, A. (2016). Desastres y catástrofes: algunas consideraciones para la intervención de los equipos de trabajo. *SocioDebate Revista de Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://www.feej.org/images/publicaciones/numero4/Arito.pdf>.

Bank, S (1997). *Ética y valores en el trabajo social*. Cap. 1 y 7. Barcelona, España: Paidós ibérica.

Basta, R. Moretti P. y Parra G. (2014). Notas sobre el ejercicio profesional del trabajo social en la contemporaneidad. *RED sociales*. Recuperado de <http://www.redsocialesunlu.net/wp->

[content/uploads/2014/11/RSOC005-01-Notas-sobre-el-ejercicio-profesional-Basta-Moretti-y-Parra.pdf](#).

Bellelli, G., Leone, G. y Curci, A. (1999). Emoción y memoria colectiva. El recuerdo de acontecimientos públicos. *Psicología Política*, N° 18, pp. 101-124.

Bertona, M. C. (2018, 8 de mayo). La legitimidad del Trabajo Social en equipo de salud interdisciplinario. *ConCienciaSocial*. [5] Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19940>.

Blasco, J. E., Pérez, J. A. (2007). *Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte: ampliando horizontes*. Recuperado de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12270/1/blasco.pdf>.

Burgart, C., Carmiña M., Cimarosti, M., Mallardi M (2020). *Particularidades y tensiones en la intervención profesional en el marco de la Pandemia Covid-19*. Recuperado de <https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/04/8.-Intervenci%C3%B3n-profesional-en-el-marco-de-la-Pandemia-Covid-19.pdf>.

Carballeda, A.J.M. (2006). *El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención: del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Carballeda, A.J.M. (abril de 2020). Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. *Margen*. Recuperado de <https://www.margen.org/pandemia/carballeda2020.html>.

Carballeda (junio de 2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social [6] . *Margen*. Recuperado de <https://www.margen.org/carballeda/Problematicas%20sociales.pdf>.

Casas Anguita, J. Repullo Labradora, JR. Donado Campos, J. (2003, de Mayo). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Elsevier*. Recuperado [7] de <http://www.unidadocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>.

Castillo Trigo, R. (2009). El Trabajo en red. Reflexiones desde una experiencia. *Zerbitzuan*, volumen N° 46. Disponible en: <https://rulcasti.wordpress.com/2013/05/30/el-trabajo-en-red-reflexiones-desde-una-experiencia/>.

Cazzaniga, S. (s.f). El abordaje desde la singularidad. Cuadernillo temático n° 22. Recuperado de http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_22/2%20Cazzaniga%2022.pdf.

Crosetto, R. (2012). La intervención en Trabajo Social. Mimeo. Ficha de Cátedra Teoría de la intervención y trabajo social. Facultad de ciencias sociales, Universidad Nacional de Córdoba.

Crosetto, R. Bilavick, C. y Paviolo, M, A. (2014). El desarrollo de la profesión de Trabajo Social en el campo de la salud pública en la ciudad Córdoba - Historia y actualidad. Eje temático: “Intervención profesional: contextos, escenarios y estrategia metodológica”. Recuperado de https://issuu.com/faapss/docs/crosetto_bilavcik_y_paviolo.

Danani, C. (2006). Politización: ¿autonomía Politización para el Trabajo Social?: Un intento de reconstruir el intento de reconstruir el panorama latinoamericano. *KATALYSIS*, v. 9 n. 2/dez. 2006 Florianópolis SC pp. 189-199.

Dalla Cia, C. (2020, Abril, 09). Pensar el Trabajo Social en el contexto de COVID 19. *Hamartina*. Recuperado de: <http://www.hamartia.com.ar/2020/04/10/trabajo-social-covid19/>

Dettano, A. (2020). Los estudios sociales sobre las emociones: un recorrido introductorio. *Boletín Científico Sapiens Research*, vol. 10 (2), pp. 53-60. Recuperado de: <https://www.srg.com.co/bcsr/index.php/bcsr/article/view/400/297>

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*, Madrid, España: La Piqueta.

Gambina, J., Cazzaniga, S., Albaytero S., Karsz, S., Carballeda A., Mallardi, M., Bruni, M., Malacalza, M., Barcos, A., Couderc, S., Mamblona, C., Paradela, L. y Recoder C. (2020). *Palabras Urgentes: Dossier sobre Trabajo Social y Covid-19*. Buenos Aires, Argentina: (ICEP - Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales).

Giddens, A (1987), *Las nuevas reglas del método sociológico: crítica positiva de las Sociologías interpretativas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Guber, R. (2001). *Etnografía. Método, campo y reflexividad. Capítulos: 2,3,4*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Norma.

Hermida, M. (2014). La noción de Pueblo en Laclau: Aportes para el problema del sujeto colectivo en Trabajo Social. *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4464/ev.4464.pdf

Hermida, M.E., Meschini, P (Ed). (2017), *Trabajo social y descolonialidad. Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social*. Mar del Plata, Argentina: EUEDEM.

Jimenez, M.A., Vazquez, A.M. (2018). Biopolítica y Biopoder. *Reflexiones Marginales N° 43*. Disponible en: <https://revista.reflexionesmarginales.com/biopolitica-y-biopoder/>

Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L. y Tumas, N. (Junio 2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciênc. saúde coletiva, vol 25* (supl 1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>

Laorden Gutiérrez, C y Pérez López, C. (2002). El espacio como elemento facilitador del aprendizaje. *Una experiencia en la formación inicial del profesorado*, vol. 25, pp 133-146

Lerullo, M. (2020). Entrevistas virtuales en tiempo de pandemia y aislamiento social. *Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA* (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina), Año 1 (n° 1). Recuperado de <http://www.cuestionsocial.com.ar/noticia.php?id=67>

Madeira, S., Bogliano, E, y García Godoy, B (2020). “La intervención profesional es siempre una pregunta abierta. Estrategias, dilemas y desafíos en el ámbito de salud en el contexto de pandemia”. *Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Miradas sobre la intervención, vol 10* (nro. 19), pp 12-20.

Menendez, E. L. (1985). Saber Médico y saber popular: el MMH y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *En Estudios Sociológicos, N° 8*

Menéndez, E. L. (1985). Saber médico y saber popular : el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos De El Colegio De México*, vol 3(8), pp 263–296.

Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, vol. 4 (7), pp 71-83. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>

Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud / enfermedad / atención al proceso salud / enfermedad / cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, XXI, 217-224. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>.

Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C., y Miani, A. (2018). «La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública» [artículo en línea]. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*. Vol. 1, (nro. 2). Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 10-28. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938ISSN 2591-5339>.

Peker, L.(2018). *Putita Golosa*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Galerna.

Pichón Riviere, E. (1978). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Nueva Visión.

Rotondi, G. (2008). Trabajo Social: ¿Utopías de autonomía profesional?. *Sociedade em Debate, Volumen 14 N° 2*. Disponible en: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/378>

Rozas Pagaza, M. (2001.) *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad -RELACES*. N°10. Año 4, 93-113. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/22>

Spinelli, Hugo (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, N° 6 (3), 275-293. ISSN: 1669-2381. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348004>

Tolle, E. (2010). *El poder del ahora. Un camino hacia la realización espiritual*. Bogotá, Colombia: Norma S.A.

Trachitte, M. T; Lera, C; Arito, S; Ludi, M del C; Martinez, G. y González, M. (2008). Ética y trabajo social: la dimensión ética en la intervención profesional. *Sociedade em Debate, Pelotas*, 14(1): 47-79, jan.-jun./2008 65. Disponible en: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/384>

Vera Quiroz, A. (2020). Trabajo social chileno y la reconceptualización: Apuntes para re-mirar. *Nueva Acción Crítica, volumen N°8*. Disponible en: <https://www.celats.org/20-publicaciones/nueva-accion-critica-8/258-trabajo-social-chileno-y-la-reconceptualizacion-apuntes-para-re-mirar>

Bibliografía consultada

Altamirano R, Castro, P., Mendoza, P. (2021). *Experiencias migrantes en el acceso a la salud. Un abordaje desde el Trabajo Social* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Córdoba, Hospital Córdoba.

Gobierno Nacional de la Republica Argentina (2020). Decreto 297/2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-nacional-decreto-el-aislamiento-social-preventivo-y-obligatorio>

Bertona, C y González, G. [Colegio Profesional Asistentes Sociales de Santa Fe] (2020). Diálogos desde el trabajo social. <https://www.youtube.com/watch?v=yr00I2qkAQ0&t=2269s>.

Campero, G., Goggiano, A,& Parola, A (2018). *Historias contadas por los protagonistas*(Tesis de grado). Universidad Nacional de Córdoba, Hospital Córdoba.

Infocielo (2020). ¿Qué son las emergencias económica, sanitaria y social que el Gobierno enviará al Congreso?. Recuperado de: <https://infocielo.com/congreso/que-son-las-emergencias-economica-sanitaria-y-social-que-el-gobierno-enviara-al-congreso-n113054>

Las Heras, J. y Llesutis, G. (2020). La necropolítica del heroísmo. El salto . Recuperado de: <https://www.elsaltodiario.com/laboral/la-necropolitica-del-heroismo>.

Organización Mundial de la Salud (2020). Disponible: <https://www.who.int/es>

Ucha, F. (2014). Definición de Tesina. *Definición ABC*. Disponible: <https://www.definicionabc.com/general/tesina.php>

Uribe Echevarría, A. Coordinador Comisión de Calidad. *Hospital Córdoba*. Disponible en: <http://hospitalcordoba.com.ar/> http://hospitalcordoba.com.ar/resenia_2016

