

Intervención profesional en el campo de la salud en contexto de pandemia¹

Professional intervention in the health field in the context of pandemic

Gabriela González Ramos y María Celeste Bertona

Fecha de presentación: 26/10/20

Fecha de aceptación: 09/02/21

Resumen

En el presente ensayo nos proponemos compartir algunas reflexiones producidas, mediando el año 2020, a partir de nuestra inserción profesional en instituciones público-estatales de salud de diferentes niveles de atención de la Ciudad de Córdoba —Argentina—, las que organizamos en dos ejes: salud y pandemia e intervención del trabajo social en este contexto. Entender a la salud como un proceso dinámico, social e histórico nos permite comprender que la pandemia se expresa desigualmente en diversas poblaciones, como así también son diferentes los modos de transitar el aislamiento y distanciamiento social-preventivo-obligatorio. Por ello, se propone una lectura situada sobre la pandemia desde el campo del trabajo social. A su vez, se aborda la salud como un derecho que nos lleva, indefectiblemente, a pensar en qué Estado y qué políticas públicas necesitamos durante y después de la pandemia. El trabajo social es un actor que disputa la interpretación de los problemas de la salud, las modalidades de abordaje y el lugar del

Abstract

In this essay we intend to share some reflections produced, in the middle of the year 2020, from our professional insertion in public-state health institutions of different levels of care in the city of Córdoba —Argentina—, which we organize in two axes: health and pandemic and intervention of Social Work in this context. Understanding health as a dynamic, social and historical process allows us to understand that the pandemic is expressed unequally in different populations, as well as the different ways of going through isolation and social-preventive-obligatory distancing. Therefore, we propose a situated reading of the pandemic from the field of Social Work. At the same time, health is approached as a right, which leads us, unfailingly, to think about what State and what public policies we need during and after the pandemic. Social Work is an actor that disputes the interpretation of health problems, the approach modalities and the place of the State in the care processes. Finally, it is necessary to install in health services and State institutions that talking about pandemic is much more than talking about the Covid-19 virus, being important to take up again the

¹ Las reflexiones y análisis que compartimos tienen son provisorias, revisables y acotadas. Estar inmersas en lo cotidiano —con nuestro cuerpo y subjetividad— en servicios de salud pública de la Ciudad de Córdoba hace que las condiciones objetivas y subjetivas de producción no sean las mejores para desencadenar profundos procesos reflexivos. Ello, porque nos encontramos —como otros del equipo de salud— atravesadas por cansancios y sobrecargas, por incertidumbres y planificaciones frágiles que modifican constantemente los procesos de trabajo en los servicios de salud.

Estado en los procesos de cuidado. Por último, resulta necesario instalar en los servicios de salud y en las instituciones del Estado que hablar de pandemia es mucho más que hablar del virus Covid-19, siendo importante retomar los aportes de la epidemiología crítica y comunitaria de modo de pasar de una bioética clínica y hospitalaria a una bioética comunitaria.

contributions of critical and community epidemiology in order to move from a clinical and hospital bioethics to a community bioethics.

Palabras clave

Pandemia, políticas sanitarias, desigualdades, trabajo social.

Keywords

Pandemic, sanitary politics, social inequalities, social work.

Salud y Pandemia

La salud como proceso

Entendemos a la salud como un proceso dinámico, social e histórico, en el cual conviven —en constante tensión y conflicto— factores económicos y sociales, biológicos y psicológicos, políticos, sanitarios y ambientales que hacen que tanto la salud como la enfermedad y su atención no puedan definirse de manera autónoma, sino que requieren ser comprendidos desde el principio de totalidad. Por ello, y como afirma Breilh (1991), no son procesos que ocurren en un solo individuo, sino que “se gestan en la dimensión social de la vida cotidiana y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad, fundamentalmente en aquellos correspondientes a patrones de trabajo y consumo de distintos grupos” (p. 203), sus prácticas y cultura; y si bien se expresan en los cuerpos y mentes individuales, tienen su explicación en el movimiento colectivo de la reproducción social.

El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado nos permite dar cuenta de la historicidad de la salud y comprender que la pandemia se expresa desigualmente en diversas poblaciones, ya que afecta, principalmente, a colectivos atravesados por violencias y discriminaciones pre-existentes y estructurales. En este sentido, el COVID-19 —definido en términos de pandemia y presentándose como una enfermedad que afecta a todxs lxs ciudadanxs por igual—, requiere de una mirada situacional.

La pandemia no se ha comportado del mismo modo en barrios populares, en edificios, en ciudades de mucha densidad poblacional o en poblaciones rurales. No se ha expresado del mismo modo en poblaciones de adultxs mayores, en jóvenes o en niñxs. No se ha manifestado del mismo modo en personas con problemas de salud crónicos previos que en quienes que no lo tienen. Su abordaje no ha sido el mismo cuando el diagnóstico se dio en personas que viven en condiciones de hacinamiento, en la calle o aquellas que habitan una vivienda con acceso a

servicios públicos básicos como agua corriente y recolección continua de residuos. Tampoco ha sido lo mismo para aquellas personas que tienen un efectivo acceso al sistema de salud —ya sea público o privado— de aquellas que no lo tienen, como también el acceso a distintos niveles de complejidad. No ha sido lo mismo si el virus se identifica en una persona que trabaja en un servicio esencial, en un trabajo formal o si es desempleadx. No se manifiesta de igual manera en una persona con déficit nutricional que en otra que no; por nombrar algunos de los múltiples atravesamientos que es necesario contemplar a la hora de hablar del COVID-19.

Así como el virus no ha tenido las mismas consecuencias dependiendo la población a la que se haga referencia, tampoco ha sido igual la aplicación del único modo de prevención que hemos tenido y tenemos hasta la actualidad: el Aislamiento (ASPO) y, luego, el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO). Sin duda, esa ha sido una acertada decisión del gobierno nacional —con alto consenso en sus inicios y varias resistencias con el transcurrir de los meses—, ya que fue la medida que nos protegió y protege tanto de contraer la enfermedad, como para permitir, si nos enfermamos, que el sistema de salud tenga la capacidad de dar respuesta y atendernos dignamente.

Pese a ello, no podemos dejar de reflexionar que el cumplimiento de la indicación *Quédate en casa* y cuando el mensaje fue transmitido por trabajadorxs de la salud se le agregó: *Quédate en casa vos que podés, porque yo no puedo*, también ha sido desigual. De allí que en los primeros días del ASPO, la colega rosarina Cano (2020) se preguntaba: ¿En qué casa? ¿Cómo es la casa? ¿Cómo habita esa casa? ¿Cómo es la cotidianeidad de esa casa? Y podríamos agregarle: ¿Cuántas personas viven en esa casa? ¿Tiene servicio de agua de red esa casa y ese barrio?, ¿Cómo se vinculan quienes viven en esa casa? Esas y otras preguntas incorporamos desde el trabajo social en los equipos de salud, analizando el espacio familiar y las reconfiguraciones que se producen en el contexto de pandemia, principalmente en lo relacionado con el tiempo y el trabajo, las prioridades y jerarquías de necesidades, tensionando aquello del espacio doméstico que se juega también en el espacio público.

La salud como derecho

La salud no solo es un proceso que forma parte de la reproducción social, sino también un derecho. Desde este lugar, recuperamos el pensamiento de Pfeiffer (2006), quien plantea que un derecho es una protección voluntariamente reclamable, cuya legitimidad proviene de ser socialmente aceptado y su validez depende de que alguien asuma la obligación correlativa de satisfacerlo. Para el derecho al que hacemos referencia, el Estado es quien debe respetar, promover, proteger y garantizar su ejercicio. La pandemia ha reclamado y puesto de relieve definiciones y actividades estatales, muchas veces solapadas en los diferentes tipos de Estado y de sociedades, inclusive, por quienes han sido constantes detractores de las funciones garantistas del Estado. Ellxs han privilegiado y privilegian la defensa de libertades individuales por sobre la salud pública y colectiva, pero son lxs mismos que también han reclamado ser

includxs en el Programa de Asistencia al Trabajo y la Producción (ATP), en el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), exigiendo vuelos de repatriación para algún familiar y/o amigx, y ahora reclamando con fuerza la vacuna que antes detractaban, entre otras demandas hacia el Estado. En este sentido, nos parece importante que los debates que hoy promueven pensar qué Estado post-pandemia queremos, incluyan discusiones en torno al Estado que queremos y necesitamos durante la gestión de la pandemia.

En nuestro país, el gobierno nacional toma definiciones formalmente acordadas con los gobiernos provinciales, acuerdos que luego no necesariamente las provincias respetan ni desarrollan desde una perspectiva de protección y cuidado hacia la ciudadanía. Así, se evidencian diversas disputas políticas en lo público sobre el lugar de regulación del Estado. En esta línea de pensamiento, podemos explicar que en Córdoba se ingresa a la fase 5 de la cuarentena y, en simultáneo, se reconoce circulación comunitaria del virus; se registran brotes en diferentes barrios de la ciudad y localidades de la provincia y, en el mismo momento, se abren shoppings y bares. La responsabilidad de preservar la salud pública está cada vez más librada a las acciones particulares de lxs ciudadanxs y cada vez menos regida por las definiciones del Estado. También en Córdoba, y en el marco de la pandemia, se despiden trabajadorxs estatales, se desmantelan equipos de atención comunitaria en salud mental y de la secretaría provincial de adicciones. Además, en Córdoba, las fuerzas de seguridad han tenido y tienen un lugar central en espacios de toma de decisiones sobre los destinos de lxs ciudadanxs durante la pandemia, evidenciando que la implementación de la política sanitaria en este contexto adquiere características claramente represivas. Ejemplo de ello es la presencia protagónica de las fuerzas de seguridad en los Centros de Operaciones de Emergencia (COE), en los Operativos de diagnóstico “Identificar” desarrollados por el Gobierno de la Provincia de Córdoba y en situaciones en las que se instalan cordones sanitarios en algunos territorios a partir de la detección de un brote.

La salud como campo

Consideramos, como lo hace Spinelli (2010), que la salud es un campo donde confluyen “actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, la apropiación y el predominio de uno o más capitales del campo” (p. 276). Desde esta lectura, el trabajo social es un actor que disputa la interpretación de los problemas de salud, las modalidades de abordaje y el lugar del Estado en los procesos de atención y cuidado.

En el campo de la salud, la gestión de la pandemia adquiere cierta premura biológica que sirve para favorecer y defender la hegemonía del saber biomédico y su pretensión de monopolizar la explicación de la situación epidemiológica. Por ello, es necesario instalar en los servicios de salud, en las instituciones del Estado y en diferentes espacios societales, que hablar de pandemia es más que hablar del virus COVID-19. Junto al virus se han producido cambios radicales e imprevistos tanto en la cotidianidad de familias y comunidades, como en la dinámica urbana y

en las instituciones en general: se suspenden y/o posponen actividades, se recrean otras y se generan nuevas que resultan desafiantes en los modos en que se instalan, porque mayoritariamente tienen que ver con la urgencia.

La mirada puesta sobre los territorios donde trabajamos nos permite singularizar y complejizar la pandemia, reconocer contextos y trayectorias, incorporar lo relacional y lo simbólico, así como reducir las posibilidades de acercar soluciones simplistas y unificadas desde una racionalidad exclusivamente técnica (Spinelli, 2016). Es decir, y recuperando la perspectiva de Carballada (2008), mirar las expresiones de la cuestión social en el ámbito de la salud comunitaria remite a poder leer y analizar aquellas contradicciones y tensiones estructurales que son mediadas material y simbólicamente en los territorios, a la vez que reconocer la singularidad de cada actor social en un tiempo histórico particular. Ello implica una inevitable reflexión sobre la particularidad del encuentro entre lo macro social y lo micro social.

Desde los inicios de la pandemia, los equipos de salud hemos promovido un combate en relación a la circulación de información que no fuera provista a través de fuentes oficiales. Pese a ello, es necesario advertir que la producción de información oficial se redujo a informes elaborados desde la perspectiva de la epidemiología clásica que nos aportaron elementos para comprender y analizar cuantitativamente indicadores de morbi-mortalidad vinculados al COVID-19. Pero, para nuestro trabajo profesional, es necesario complementar esa información con la perspectiva de la epidemiología crítica y comunitaria, que incorpora la posibilidad de realizar mapeos colectivos con participación ciudadana, como un actor central en los procesos de explicación y abordaje de la salud-enfermedad, respetando los procesos organizativos construidos en cada espacio territorial de manera previa a la declaración de la pandemia. Esos mapeos no solo incluyen la identificación de factores de riesgo, sino también de aquellos factores que protegen a las poblaciones y posibilitan “contar no sólo desde la aritmética, sino contar, en tanto narrar” (Spinelli, 2016, p.153) experiencias de salud-enfermedad-atención y cuidado. De este modo, se posibilita explicar cómo significan y viven las poblaciones particulares estos procesos que atraviesan, así como distinguir cuáles son los efectos de la pandemia y cuáles los de la cuarentena.

Como ha manifestado el bioeticista Maglio (Casa Rosada, 2020), es necesaria una trasmutación epidemiológica y epistemológica de la atención basada en el paciente a una atención basada en la comunidad y desde la bioética clínica y hospitalaria pasar a pensar en una bioética comunitaria. A partir de ello, los principios que orientan la salud pública deben ser el respeto por la dignidad de la persona, la justicia social, la solidaridad y la confianza pública en los servicios de salud, la accesibilidad a los bienes comunes de la salud y los cuidados colectivos por sobre las libertades individuales.

En esa misma línea de pensamiento, Garrafa (2017) plantea que es imprescindible que toda discusión bioética se comprometa con cambios reales del funcionamiento del sistema público de salud. Esto lo precisa en relación a la responsabilidad social del Estado, la definición de prioridades para la asignación, distribución y control de recursos, la administración del sistema

con participación de la población de modo organizado y crítico, entre otros. Para ello, el autor plantea la *bioética de la intervención* que exige una “alianza concreta con la banda más frágil de la sociedad, incluyendo la revisión de ciertos dilemas” (Garrafa, 2017, p.6), entre los que se encuentran: autonomía versus justicia y equidad, beneficios individuales versus beneficios colectivos, individualismo versus solidaridad, cambios superficiales versus transformaciones concretas y permanentes, neutralidad frente a los conflictos versus politización de los conflictos. Esta perspectiva nos permite establecer relaciones entre lo particular y lo colectivo, entre lo universal y lo relativo, así como entre lo objetivo y lo subjetivo.

La intervención del Trabajo Social en este contexto

Elementos de los marcos institucionales de trabajo

Partimos de entender que la práctica profesional concreta es expresión y resultado tanto de las estructuras en las que se inscribe como de la acción consciente de sus agentes. Si bien los procesos históricos imponen límites y manifiestan posibles alternativas para la práctica profesional, esta se encuentra sujeta a numerosas mediaciones que deben ser apropiadas y elaboradas por lxs profesionales, tanto en el ámbito de la producción intelectual como en el ámbito de las estrategias de acción para que se constituyan en respuestas a las demandas emergentes en un campo de posibilidades.

La pandemia ha puesto en evidencia tensiones previas del campo disciplinar que ahora se ven amplificadas, pero también se han creado otras nuevas. Así como se redefinen los modos de atención de las instituciones en las que nos desempeñamos, fue necesario —de manera intempestiva— un reacomodamiento de nuestras tareas profesionales. Algunas de ellas definidas y asumidas desde nuestra autonomía como disciplina y otras demandadas por las conducciones institucionales u otras profesiones que componen el equipo de salud. Particularmente en la provincia de Córdoba, desde inicios de la pandemia se dividieron los lugares de atención entre los que atienden de manera exclusiva a personas con síntomas compatibles con COVID-19 y aquellos lugares libres de COVID. Se definen urgencias para la atención de personas desde una dimensión estrictamente biológica e individual. Así, algunas tareas se suspenden —al menos temporariamente—, otras se recrean y aparecen nuevas.

En simultáneo a ese proceso, comenzamos a discutir el encuadre de las prácticas en nuestras incumbencias profesionales y fuimos estableciendo modalidades —más protocolizadas, más distantes y algunas virtuales— de vincularnos con nuestrxs compañerxs de trabajo y con lxs sujetxs de nuestra intervención.

Reconocemos que las posiciones al interior del campo sanitario y su cristalización en pautas y estrategias de trabajo corresponden a complejos procesos de disputas entre actorxs que pugnan por el monopolio de la verdad. Ello se manifiesta en una lucha discursiva entre paradigmas que expresan no solo distintos puntos de vista teóricos y aportes disciplinares, sino también distintos

intereses sociales. La disputa se desarrolla alrededor de un núcleo central: la definición de cuáles son y cómo se satisfacen las necesidades en el campo de la salud. Entonces, lograr ciertas definiciones, acuerdos y estrategias de intervención entre diferentes profesiones implica la puesta en juego de complejas discusiones acerca de cuáles son las prioridades y necesidades de personas, familias y organizaciones de la comunidad, y también acerca de quién debe tener la última palabra en estos asuntos. Como plantea Fraser (1986) “el discurso sobre las necesidades se presenta como un espacio donde los grupos con recursos discursivos (y no discursivos) desiguales luchan por establecer como hegemónicas sus respectivas interpretaciones sobre lo que son las legítimas necesidades sociales” (p. 176). Lxs actorxs que pugnan por establecer como hegemónica su interpretación sobre las necesidades y prioridades en el campo sanitario tienen relaciones sociales, constituyen fuerzas que tratan de producir cambios o detener cambios propuestos por otrxs. Entonces, entre ellxs hay tensiones que conducen a predominios y dominaciones, también entre las profesiones que componen el equipo de salud.

Dirimir nuestra autonomía profesional en el marco de las incumbencias y responsabilidades establecidas en la Ley Federal de Trabajo Social N° 27072, la Ley Provincial del Ejercicio Profesional de Servicio Social N° 7341, su reglamento y el Código de Ética del Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba (CPSSPC), exige asumir y disputar nuestra subalternidad no sólo en la relación con otras disciplinas al interior de los equipos de salud, sino también en las representaciones societales. Lxs otrxs: nos excluyen de los aplausos de las 21 hs, de los descuentos en los peajes que se han hecho en la Red de Acceso a Córdoba siendo exclusiva para médicxs y enfermerxs, la población se solidariza con lxs médicxs que están trabajando en pandemia, publicidades muestran sólo a médicxs y enfermerxs como quienes enfrentan al COVID-19, así como el gobernador de nuestra provincia —en reiterados discursos— expresa: “agradezco a los médicos y a los otros” o “agradezco a los médicos y al resto del equipo de salud”.

Asimismo, es evidente nuestra ausencia en espacios cruciales de toma de decisiones como lo son los comités de asesorías, el COE central y los COE regionales. Nuestra presencia en esos espacios significaría disputar el reconocimiento del trabajo social como poseedor de un saber y de una competencia que tiene autoridad para decir, analizar, planificar, coordinar, conducir, ejecutar y evaluar en el marco de la pandemia, construyendo, de este modo, nuestra legitimidad científica que implica una lucha “inseparablemente política y científica” (Bourdieu, 2012, p. 32). Esto puede revertirse, evitando el lugar de minusvalía en el que solemos colocarnos como disciplina. Al respecto, Firpo (2001) trabaja la noción de imposibilidad que, de un modo u otro, atraviesa los enunciados de gran parte del colectivo profesional: “sobre lo que nos falta, sobre lo que no logramos, sobre la identidad que se nos atribuye, sobre la falta de reconocimiento como profesionales, sobre la no accesibilidad a los lugares de poder” (p.8) para disputar y acumular ese capital simbólico que nos otorga un conocimiento científico particular. En este sentido, Bourdieu (2012) precisa que:

El campo científico, como sistema de relaciones objetivas entre posiciones adquiridas (en luchas anteriores), es el lugar (es decir, el espacio de juego) de una lucha competitiva que tiene por desafío *específico* el monopolio de la *autoridad científica*, inseparablemente definida como capacidad técnica y como poder social, o, si se prefiere, el monopolio de la competencia científica que es socialmente reconocida a un agente determinado, entendida en el sentido de capacidad de hablar e intervenir legítimamente (es decir, de manera autorizada y con autoridad) en materia de ciencia. (p. 12)

En este contexto, tuvimos que capacitarnos en temáticas desconocidas que fueron instaladas como urgencias institucionales. En los primeros tiempos recurrimos a referencias teóricas ligadas a la intervención en contextos de catástrofes y desastres. Asumimos diferentes posiciones que oscilaron entre el miedo y la omnipotencia o heroísmo, reconociendo que lo distintivo en esta oportunidad son las dificultades para analizar, desde alguna externalidad, esa catástrofe con características de pandemia. No tenemos la posibilidad de irnos del escenario de la pandemia, ya que al retirarnos de las instituciones donde trabajamos seguimos inmersas en un marco que requiere continuar con los protocolos de cuidados, con posibilidades de exponernos al virus, con la cotidianeidad también estallada para nosotrxs, así como con dificultades para diferenciar los espacios públicos de los domésticos.

Entonces, el cuidado adquiere una relevancia mayor. Como sostiene Cazzaniga (2020) en los inicios de la pandemia tuvimos que defender nuestro cuidado y autocuidado como una cuestión política, planteando demandas colectivas a nuestros empleadores en relación a los equipos de protección personal, muchas de ellas, vehiculizadas a través de los Colegios Profesionales y de las organizaciones sindicales. Sabemos que nos incomodan, nos distancian, nos hacen habitar los espacios con cierta torpeza y extrañeza, pero los necesitamos como garantías en las intervenciones que realizamos en términos de protección y bioseguridad. No solo mirando la dimensión biológica del virus, sino incorporando nuestras propias protecciones en términos de salud mental: en cómo sentimos en el cuerpo las angustias y los cansancios y en cómo proponemos estar con otrxs y pensar con otrxs para diseñar dispositivos que contrarresten el efecto desafiatorio que puede producir la pandemia.

El aporte singular del trabajo social

Consideramos que nuestro conocimiento cualitativo y en profundidad sobre las condiciones simbólicas y materiales de vida, así como de los determinantes sociales de la salud de las poblaciones con las que trabajamos, resulta un aporte fundamental para desarrollar abordajes efectivos en contextos de aislamiento y distanciamiento. Asimismo, se torna imprescindible problematizar el lugar de la familia y de la casa como espacios naturalizados de protección y como objeto privilegiado de políticas públicas, debido a que el confinamiento requiere de otras configuraciones y apoyos comunitarios más allá de los hogares.

Sin duda, nuestra intervención profesional aporta en la construcción de lo común en articulación con las organizaciones territoriales, con la convicción de que la salud colectiva implica un abordaje que excede ampliamente al sistema de salud. Aquí destacamos herramientas que hemos construido a lo largo de nuestras trayectorias profesionales previas a la pandemia; hablamos de las redes de relaciones formales e informales que se revalorizan en contextos de distanciamiento y ante las desarticulaciones existentes entre los niveles de atención del campo sanitario, las jurisdicciones y las diferentes instituciones de la política social estatal.

Otras tareas asumidas por la profesión toman dimensiones de carácter más técnico-operativo y se tramitan y resuelven en los equipos de salud de manera diferenciada, dependiendo de la trayectoria y del tipo de institución, ya que no son tareas específicas de alguna disciplina particular. Nos referimos al *triage* instalado en los ingresos de los servicios de salud y a la búsqueda de contactos estrechos de personas que dieron positivo para COVID- 19, en una delgada línea entre el control social y el desarrollo de acciones de protección. Podemos distinguir el aporte de nuestra mirada, ya que ambos son espacios de clasificación —quién accede y quién no, qué es urgente y qué no, quién requiere acompañamiento y quién no— evitando exclusiones, discriminaciones y vulneraciones de derechos. Sugerimos aquí la lectura de las recomendaciones para la intervención publicadas por el CPSSPC², como los diferentes aportes realizados por colegas que también fueron divulgados por nuestra entidad deontológica durante la pandemia.

Creemos que las urgencias en el campo sanitario no se han modificado, sino que desde nuestra mirada profesional muchas han quedado en evidencia: la desigual distribución de los recursos sanitarios, la mercantilización/tercerización de servicios de atención, la falta de acceso a medicamentos, la desigual distribución de las tareas de cuidado en las instituciones, las comunidades y las familias, las desigualdades sociales y económicas, de género, generación y etnia, la patologización de la vida cotidiana y la criminalización de problemas de salud.

Muchas instituciones estatales se han detenido, otras han modificado los modos de atención y las problemáticas priorizadas. Particularmente en Córdoba, se da una marcada desprofesionalización de la ejecución de la política social, en tanto se otorga receso administrativo a trabajadorxs estatales profesionales y de manera simultánea se convoca a voluntarixs para la asistencia socio-sanitaria de la población: la notificación de alertas tempranas cuando algún vecinx tiene síntomas compatibles con COVID-19, la vacunación antigripal, el *triage* realizado en operativos masivos de testeo, entre otras. Y no nos referimos aquí a las organizaciones sociales con base territorial que han sostenido y sostienen estrategias colectivas de resolución de obstáculos en la reproducción cotidiana de familias y comunidades, sino a nuevxs y viejxs actorxs, quienes, desde la voluntad y caridad, sin los recursos ni la idoneidad, se ponen al servicio de la implementación de la política estatal. En esta línea de análisis, no podemos soslayar que las políticas públicas materializan sentidos y son expresión de un

² Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba (22/04/2020). Reflexiones en tiempos de cuarentena. *Confluencias Virtual*. Recuperado de: <http://cpsscba.org/confluenciasvirtual/?tag=reflexionesentiemposdecuarentena>.

determinado modelo de Estado y que en Córdoba, el neoliberalismo goza de muy buena salud, demostrado con creces en este tiempo de pandemia.

Entonces, para poner en agenda las urgencias que como disciplina consideramos y los modos más apropiados de resolución, tendremos que proponernos un reencuentro con lxs ciudadanxs en una alianza estratégica, donde el reconocimiento de la salud como proceso y como un derecho humano fundamental sea simultáneo. Asimismo, para que la profesión sea reconocida con la posesión de una competencia y autoridad para hablar y hacer en el campo de la salud pública será necesario definir estrategias colectivas que nos permitan disputar el capital específico que está en juego y así, mejorar nuestra posición en el campo y no al margen del mismo. Ello se logra recuperando espacios de discrecionalidad y de autonomía, pero fundamentalmente dando batalla con las armas propias de ese campo y fortaleciendo una reflexión sistemática en torno a la cuestión del poder que permita capturar en toda su dimensión la importancia de la participación —generalmente conflictiva y de importante exposición— en los espacios de toma de decisión.

Algunas reflexiones finales para continuar pensando...

Advertimos que en este contexto de nuevas y viejas demandas, ubicadas en escenarios desconocidos, comienzan a escucharse en los diferentes servicios del sector público de salud y, especialmente en los espacios de intervención del trabajo social, historias de personas que intentan poner en palabras la singularidad de lo que les ocurre y se encuentra inscripto en cada unx de ellxs, en su subjetividad y relaciones familiares y sociales.

Son historias de padecimientos que se entrecruzan: a veces, con una marcada tendencia a naturalizar el sufrimiento, otras en la elaboración de estrategias de resistencia en las que la accesibilidad se ha transformado en un territorio de luchas y tensiones. Entre ellas, las desplegadas allí donde se pretende imponer procedimientos desde la externalidad de las instrucciones del COE y referencias de la Dirección de Epidemiología de la provincia de Córdoba que desconocían o no habían tenido en cuenta los modos organizativos de las comunidades que previamente han podido resolver diversas situaciones.

La accesibilidad, entendida como una forma de relación entre el Estado, las políticas sociales y de salud, se convierte en un instrumento que puede develar el juego que, en forma persistente, aún marca la puja entre la dinámica de la sociedad y la lógica del mercado. “La accesibilidad es, en definitiva, una construcción colectiva y eminentemente política que da cuenta de la salud de una población y muestra de manera concreta la llegada real de las políticas sanitarias a la población” (Carballeda, 2014, p. 18), porque tiene que ver con la distribución, localización y criterios de inclusión de los servicios de salud pública.

La enfermedad se entrecruza de manera compleja con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo, las nuevas formas de comprender y explicar

los fenómenos asociados a lo mórbido, las diferentes maneras de construcción de las solidaridades en tramas heterogéneas y, muchas veces, dentro del estallido de los dispositivos de asistencia que por diferentes razones muestran dificultades para abordar las nuevas demandas dentro del sector. (Carballeda, 2014, p. 21)

Pese a la complejidad en que se expresa la pandemia, la mayoría de los servicios públicos de salud han priorizado modelos de atención restringidos a lo biomédico. En esas definiciones se ponen en juego disputas de agentes con trayectorias, posiciones y capitales diferenciados y asimétricos. Allí, encontramos diferentes profesionales del equipo de salud, la población con la que trabajamos, las organizaciones sociales, las asociaciones científicas, las organizaciones deontológicas y los gobiernos de las diferentes jurisdicciones. Además, reconocemos que “La lucha científica es una lucha armada entre adversarios que poseen armas tanto más poderosas y eficaces cuanto más importante es el capital científico colectivamente acumulado en y por el campo” (Bourdieu, 2012, p.85). Se trata de complejos procesos que no son definidos unidireccionalmente y de una vez y para siempre, sino que se van construyendo y deconstruyendo en un trabajo cotidiano con ideas, conocimientos, capacidad propositiva y también con cuerpos de diferentes agentes.

Hacemos esta referencia porque no solo las políticas sanitarias y los equipos de salud responden al modelo médico hegemónico (Menéndez, 2003), sino también las personas con las que trabajamos, quienes muchas veces reclaman y demandan a los servicios —de manera casi exclusiva— más médicos, más aparatología, más medicamentos para resolver sus problemas de salud. En aquellas poblaciones que tienen una trayectoria organizativa y de lucha por el ejercicio de sus derechos como ciudadanxs es más factible el abordaje de dimensiones de la salud colectiva que trascienden esa mirada reduccionista. Ante ello consideramos como desafío la necesidad de revisar las formas de acceso a los servicios de salud y las modalidades de transitarlos, así como también las posibilidades de garantizar una resolución integral de las demandas sanitarias que permitan legitimar otra perspectiva de la salud.

Aún en este contexto, planteamos el desafío de disputar una concepción de salud integral entendida como un proceso y una construcción histórica capaz de incorporar la dimensión del cuidado. En este sentido, nos resulta central recuperar la noción de auto-atención planteada por Menéndez (2003), en tanto prácticas y representaciones que la población utiliza a nivel singular y como grupos sociales para “diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud”, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales.

En el marco de la pandemia, para cuyo abordaje son centrales las acciones de aislamiento y auto-identificación de signos de alarma, es imprescindible reconocer las acciones que desarrollan los grupos sociales, especialmente los domésticos, ya que la mayor parte de la población diagnosticada con COVID-19 transita la enfermedad en sus viviendas. Se ha promovido seguimiento a través de telemedicina y encontramos muchos servicios de salud que no atienden

a personas que tienen síntomas compatibles con COVID-19. Más allá de lo erróneo o correcto de las explicaciones causales, diagnósticos y modos de cuidado, implica la existencia de un saber que se ejercita constantemente y a partir del cual se establecen las relaciones transaccionales con otras formas de atención. Por ejemplo, cuándo se sospecha de tener la enfermedad; cuándo se concurre a un centro de salud, a un hospital, a una curandera, a un promotor de salud, a un referente barrial, a un referente religioso; cuándo se llama a una ambulancia, porque se considera que requiere de una atención de mayor complejidad y no puede movilizarse por sus propios medios; cuándo se toma alguna medicación alopática u homeopática, hierbas medicinales, alimentos considerados saludables, etc. La auto-atención no implica solo la posibilidad de consecuencias negativas o positivas para la salud de las personas:

[...] sino que es el medio a través del cual los sujetos y sus grupos evidencian su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia es un mecanismo potencial –y subrayo lo de potencial– de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes. (Menéndez, 2003, p. 204)

La incorporación de una visión integral del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado podría aportar nuevas formas de construcción de acciones sanitarias, signadas por la relación entre lxs actorxs sociales, el territorio, su propia perspectiva sobre el bienestar y el malestar desde un pensar situado, más cercano a realidades particulares. Entendemos también que construimos salud en la medida en que mejoramos nuestras condiciones de vida, accedemos a derechos y disputamos activamente por los mismos.

Para finalizar, y aún en este contexto tan incierto y problemático de emergencia socio-sanitaria en el que nos atraviesan dilemas e inseguridades, consideramos fundamental recuperar y seguir garantizando el disfrute de nuestro quehacer profesional, porque como dice el cantautor cubano Silvio Rodríguez³ “[...] entre el espanto y la ternura, con vida y muerte; entre el espanto y la ternura, la vida canta [...]”.

Lista de referencias

- Bourdieu, P. (2012). *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Breilh, J. (1991). La salud-enfermedad como hecho social. En Betancourt, Breilh, Campaña y Granda, *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*. México: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Carballeda, A. (2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales Margen*, 48. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>

³ Canción “Entre el espanto y la ternura”, del álbum “¡Oh, melancolía! (1988).

- Carballeda, A. (2014). Intervención, escenarios sociales y acontecimiento. Buenos Aires: Ediciones digitales Margen. Recuperado de: <https://www.margen.org/epub/acontecimiento.pdf>
- Cano, V. (22/03/2020). Cuando la frase "Quédate en casa" no es igual para todos los sectores sociales. El ciudadano y la región, Rosario. Recuperado de <https://www.elciudadanoweb.com/cuando-la-frase-quedate-en-casa-no-es-igual-para-todos-los-sectores-sociales/>
- Cazzaniga, S. (2020). Trabajo Social en la Pandemia. FAUATS. Recuperado de <http://www.fauats.org/wp-content/uploads/Trabajo-social-en-la-pandemia.pdf>
- Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba (22/04/2020). Reflexiones en tiempos de cuarentena. *Confluencias Virtual*. Recuperado: <http://cpsscba.org/confluenciasvirtual/?tag=reflexionesentiemposdecuarentena>
- Firpo, I. (2001). Las relaciones entre práctica profesional y discurso. El fascinante enigma de las palabras. *Dossier de la Revista Confluencias*, 39 (9). Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba.
- Fraser, N. (1986). *Movimientos sociales vs. Burocracias disciplinarias: los discursos de las necesidades sociales*. Minnesota: Centro de Estudios Humanísticos.
- Garrafa, V. (2017). *Bioética de la intervención*. Programa de Educación Permanente en Bioética. Red de Bioética-UNESCO. Recuperado de: <http://www.redbioética-edu.com.ar>
- Casa Rosada (18/04/2020). *Reporte diario desde el Ministerio de Salud - Nuevo coronavirus COVID-19* [Youtube]. Reporte Epidemiológico N° 69 del Ministerio de Salud de Nación. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=2IRdtFMclqk&ab_channel=CasaRosada-Rep%C3%BAblicaArgentina
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos. De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud colectiva*, 8(1):185-207.
- Pfeiffer, M. L. (2006). Bioética y Derechos Humanos. Hacia una fundamentación de la bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, 2 (3).
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6 (3), 275-293. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>
- Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud colectiva*, 12 (2), 149-171. DOI: 10.18294/sc.2016.976

Cita recomendada

González Ramos, G. y Bertona, M. C. (2021). Intervención profesional en el campo de la salud en contexto de pandemia. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (8). 170-183. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/32883> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre las autoras

Gabriela González Ramos

Argentina. Licenciada en Trabajo Social. Se desempeña en la Unidad de Trabajo Social del Hospital Materno Neonatal de la Ciudad de Córdoba, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Correo electrónico: gabrielagonzalezramos@hotmail.com

María Celeste Bertona

Argentina. Magíster en Trabajo Social. Se desempeña en el Equipo Zonal Interdisciplinario N° 1 de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba. Correo electrónico: celbertona@gmail.com