

Salud y pospandemia: un entramado de omnipotencias, impotencias y potencias

Health Care and Post Pandemic: An Interweaving of Omnipotence, Impotence and Potencies

Irene Judith Suarez

Fecha de presentación: 22/10/22

Fecha de aceptación: 17/03/23

Resumen

El presente trabajo busca compartir una mirada sobre el proceso de irrupción del covid-19 en el servicio social de un hospital público de la provincia de Córdoba, una institución que atravesó un camino de escisiones, estallidos, transformaciones y reconstrucciones. Apunta a reflexionar acerca de la transformación institucional o reconversión de la dinámica hospitalaria producida a consecuencia de la emergencia sociosanitaria, y a partir allí, dar cuenta del proceso de reconfiguración que se elabora desde el Trabajo Social para intervenir en la pandemia y sus emergentes, entendida esta como expresión no solo biológica, sino social, política, económica, cultural y simbólica. En especial, pretende poner en común las singulares configuraciones y reconfiguraciones del ejercicio profesional en este marco y analizar algunos de los pliegues que la pandemia amplificó en el cotidiano profesional: la omnipotencia invalidante de los “héroes sanitarios” y la impotencia en la intervención sobre la muerte, las pérdidas y los duelos colectivos. Por último, se plantea la recuperación de algunas potencialidades a modo de pilares para construir esta etapa de pospandemia, avanzando hacia los posibles, y consolidando la colectivización de recursos y las estrategias profesionales superadoras.

Abstract

This abstract seeks to share a vision about the process of the Covid -19 outbreak in the Social Service of a public hospital in the Province of Córdoba, an institution which came across scissions, outbursts, transformations and reconstructions on the way. It aims at thinking about the institutional transformation or the restructuring of the hospital dynamics resulted from as a the health and social care emergency and from that point, to account for the reconfiguration process done by the Social Work to participate in the pandemic and its emerging factors, understanding it, not only as a biological expression but also as a social, political, economic, cultural and symbolic one. It specially intends to share the particular configurations and reconfigurations of the professional performance in this framework and analyzes some of the main issues expanded during the pandemic in daily professional work: the useless omnipotence of the “health care heroes” and the impotence over death, the losses and collectivemourning. Finally, the question to recover certain potentialities as pillars to build this post pandemic stage moving towards possible goals, consolidating the collectivism of resources and better professional strategies is present in this work.

Palabras clave

Trabajo social, pospandemia, salud, potencia.

Keywords

Social Work, post pandemic, health, potency.

Introducción

Nada es, todo está siendo. ¿Cómo es escribir sobre un escenario pospandémico que se encuentra en construcción? Provisorio, hilvanado, circunstancial, en lápiz y tentativo. Es como sacar una foto en movimiento, que simula una quietud que no existe, una estabilidad ficticia o forzada para lograr suspender la turbulencia y pensar, repensar y enfocar.

Tal como explica Foucault (2001): “Escribo porque todavía no sé exactamente qué pensar de eso que me gustaría tanto pensar, porque la escritura me transforma y transforma lo que pienso” (p.860).

La irrupción de una pandemia como la impuesta por el covid-19 significó un abrupto quiebre del orden regular de la vida cotidiana de las comunidades y de las instituciones, especialmente aquellas pertenecientes al campo de la salud. Este contexto de acelerados e incisivos cambios nos invita a los desafíos, proporciona un marco de interrogantes para pensar y redefinir la intervención profesional desde el Trabajo Social en instituciones de salud pública que se vieron imbuidas en la emergencia sociosanitaria.

En el presente trabajo, busco compartir una mirada sobre el proceso de irrupción del covid-19 en el servicio social de un hospital público de la provincia de Córdoba, ámbito donde me desempeño profesionalmente desde hace 16 años. Se trata de una institución que atravesó un camino de escisiones, estallidos, transformaciones y reconstrucciones.

A partir de este anclaje, espero dar cuenta del proceso de reconfiguración que desde el Trabajo Social elaboramos para intervenir en la pandemia, entendida como expresión no solo biológica, sino social, política, económica, cultural y simbólica. Luego de una breve exposición del marco contextual, busco reflexionar acerca de la transformación institucional o reconversión de la dinámica hospitalaria producida a consecuencia de la emergencia sociosanitaria.

Posteriormente, problematizo aspectos emergentes de la intervención profesional del Trabajo Social situado en un hospital de atención exclusiva de covid-19. En especial, pretendo poner en común las singulares configuraciones y reconfiguraciones del ejercicio profesional en este marco y trabajo sobre algunos de los pliegues que la pandemia amplificó en el cotidiano profesional: la omnipotencia de los “héroes sanitarios”, y la impotencia en la intervención sobre la muerte, las pérdidas y los duelos colectivos.

Por último, esbozo algunas de las potencialidades que considero serán nuestros pilares en esta etapa de transición. Aun tomando la reflexión De Sousa Santos (2020), quien advierte en relación a la pandemia que “[...] cualquier intento de aprisionarla analíticamente está condenado al fracaso, ya que la realidad siempre va por delante de lo que pensamos o sentimos al respecto; teorizar o escribir sobre ella es poner nuestras categorías al borde del abismo [...]” (p. 38), en este ensayo asumo el desafío y busco

tensionar lo realizado hasta aquí para incorporar reflexiones a las intervenciones futuras. Reflexiones que posibiliten la construcción, de manera colectiva y artesanal, de un andamiaje de potencias, que emerge de transitar un camino entre los vaivenes de la omnipotencia y la impotencia.

Marco contextual

Posicionarse en un contexto de transición pospandémica implica necesariamente partir de configuraciones cotidianas desde lo sanitario y lo social que irrumpieron y pusieron en suspenso la trama de la vida, tal como se la experimentaba tradicionalmente.

La coyuntura pandémica se impuso como un desafío de proporciones y características inéditas en el campo sanitario, social, político, cultural y económico, sin registro de experiencia histórica de fenómenos sanitarios de similares características. Si bien en Argentina existen algunos antecedentes, ninguna experiencia se asemejó en virulencia, contagiosidad, ni peligrosidad.

En América del Sur se registró, en febrero de 2020, el primer caso de coronavirus, específicamente en Brasil; a los pocos días se detectó en Buenos Aires un diagnóstico positivo de covid-19. Después ocurrió el primer fallecimiento en Argentina y comenzaron a expandirse los contagios en las diferentes provincias. En Córdoba, se detectó el primer caso el 6 de marzo de 2020. Pocos días después y de manera progresiva, el país adoptó medidas preventivas centradas en el cuidado de la población.

En el mes de octubre de 2020 se produjo un primer pico de casos: la denominada “primera ola” de contagios, que superó los 18000 diagnósticos diarios en todo el país¹. La denominada “segunda ola” de contagios se registra en la última semana de mayo de 2021, con más de 41000 nuevos casos diarios como número máximo en Argentina. Por último, una “tercera ola” acontece a principios de enero de 2022, con 132906 casos detectados en un solo día, pero con tasas de mortalidad y hospitalizaciones significativamente menores en comparación con las anteriores “olas”, debido al efecto de la campaña nacional de vacunación implementada a partir de diciembre de 2020.

Tanto a nivel mundial como local, las medidas sanitarias de cuidado y protección implementadas en el marco de la pandemia generaron importantes impactos en todos los ámbitos de la vida, dado que, como afirma Stolkiner (2021), “[...] una epidemia nunca es sólo un fenómeno biológico; siempre es un fenómeno social, económico, político, cultural y subjetivo” (s/p). Se presenta como un problema macro que se singulariza en circunstancias micro sociales (Carballeda, 2020), en tanto altera la vida cotidiana, produce ruptura biográfica, sensación de incertidumbre, temor al otro, miedo a la posibilidad de enfermar y morir.

Estas múltiples expresiones de la pandemia, singulares y situadas, se montan sobre problemáticas sociales históricamente arraigadas, que complejizan el fenómeno y ponen en escena un campo de fuerzas donde se dirimen cuáles son los temas y los modos de resolución de los conflictos y cuáles son las necesidades prioritarias y urgentes.

¹ Datos informados por el Ministerio de Salud de la Nación en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

Tal como lo plantea Galindo Neder (2020), “[...] el coronavirus es un instrumento que parece efectivo para borrar, minimizar, ocultar o poner entre paréntesis otros problemas sociales y políticos que veníamos conceptualizando. De pronto y por arte de magia desaparecen debajo la alfombra o detrás del gigante” (p. 120). No se puede pensar en una afectación unificada que tiña a todos de igual manera, ya que como expresa Butler (2020), el virus por sí solo no discrimina, pero la desigualdad social y económica asegurará que el virus discrimine. De esta forma, la desigualdad encuentra formas de reproducir y fortalecer sus poderes dentro de las zonas pandémicas.

En este contexto de emergencia disruptiva que impone el covid-19 se amplifican las inequidades, profundizando y perpetuando las desigualdades y exclusiones preexistentes. Sin embargo, el covid-19 expone también la importancia de lo público estatal en un contexto de alta incertidumbre y revaloriza su rol protagónico.

Hasta aquí, espero que este breve recorte realizado sobre el nuevo orden permita contextualizar la reflexión acerca de la transformación institucional o reconversión hospitalaria que se produjo a consecuencia de la pandemia, para avanzar en la garantía de derechos desde lo público estatal.

La nueva dinámica hospitalaria

Para hilvanar las experiencias institucionales en tiempos de pandemia, elijo utilizar a modo de herramienta la historización, pensándola como una huella o un sello en la memoria singular y colectiva de hechos fundantes y actuales. Desandar las escenas y revisar los acontecimientos viabiliza la recuperación y el rescate de encarnaduras de lo colectivo, lo que hace posible la reflexión sobre una intervención situada.

El anclaje institucional de este trabajo se sitúa en un hospital público polivalente de tercer nivel de atención, orientado a la asistencia de población a partir de los 14 años de edad, localizado en la ciudad de Córdoba, Argentina.

Se trata de uno de los primeros hospitales del país, inaugurado en el año 1800 (Bertola, 1991). A principios de 1950, la institución comienza a formar parte de los hospitales públicos con dependencia del gobierno de la provincia, extiende su cobertura edilicia y amplía los servicios brindados, en consonancia con el incremento de la capacidad instalada en salud que caracterizó este momento histórico.

En el año 1995 se demuele gran parte de su estructura –como una expresión más de las políticas de ajuste y achicamiento estatal de la década –, para luego producirse en el año 2000 una primera instancia de escisión del hospital. Como resultado de esa separación, permanecen algunos servicios en el histórico edificio –adoptando un perfil preventivo y de educación para la salud, de tipo ambulatorio–, mientras que al resto de los servicios se le impone el traslado a un edificio adquirido por el gobierno de la provincia, con foco en la alta complejidad. Esta división significó para las personas trabajadoras del hospital una ruptura con la identidad construida colectivamente y con su sentido de pertenencia, tanto para quienes se quedaron en el antiguo edificio, como para aquellas que fueron trasladadas, lo que dejó

huellas profundas en la memoria singular y colectiva, con efectos subjetivantes muy presentes hasta la actualidad.

Transcurridos 20 años, esta trayectoria se resignificó y se actualizó, debido a una nueva instancia de división del hospital, esta vez, impuesta por la pandemia. Este fenómeno sociosanitario determinó la reorganización cotidiana de la sociedad en general y de los servicios de salud en particular, reconfigurando, especialmente, las estructuras y dinámicas hospitalarias.

A partir de marzo de 2020, se inicia la reestructuración del sistema de salud provincial para dar respuesta a la emergencia. Concretamente, se refuncionaliza la red hospitalaria pública, al designar centros asistenciales específicos y exclusivos para atención de covid-19 y preservar otras instituciones – “libres de covid-19, blancas o limpias” – para dar respuesta a las demandas sanitarias habituales.

En este nuevo esquema de contingencia, el hospital pasa a formar parte de los nosocomios de atención exclusiva de covid-19. Se produce, entonces, una nueva división del hospital; permanecen en el edificio aquellos servicios abocados a la atención de la emergencia por Covid-19 y se trasladan los servicios restantes a una nueva institución ubicada a 20 km, puesta en funcionamiento para la atención de consultas generales. De esta manera, tanto las personas trabajadoras de la institución, como la población usuaria de sus servicios, quedan otra vez escindidas.

La decisión sobre los servicios que continúan en el hospital y cuáles se trasladan a otra institución, aún sin inaugurar, se toma siguiendo diferentes criterios. Sin dudas, la todavía prevalente hegemonía médica en el campo de la salud se expresa en esta toma de decisiones, lo que evidencia las tensiones y disputas internas que, si bien son históricas, se actualizan y amplifican a la luz de la supremacía de lo epidemiológico. Tal como analiza Pombo (2020), “[...] la pandemia tiene cierta premura biológica, que parece allanar el campo para defender la supremacía del saber biomédico y su pretensión de monopolizar la explicación del virus”(s/p).

Al interior del hospital, la posibilidad de ordenar y reorganizar se apoya sobre la preeminencia de la dimensión biológica de la emergencia, que se traduce en argumentos de orden operativo y logístico, con su expresión máxima en los protocolos institucionales. A su vez, la dinámica hospitalaria tiene incorporados dispositivos de vigilancia y control –cámaras de seguridad, lectores de huella digital para el control de asistencia y horarios –, a los que se suma en pandemia la protocolización de cada una de las actividades cotidianas –vías de ingreso y egreso, sentidos de circulación y sectorización –. Los protocolos mencionados organizan y ordenan lo que inicialmente se presenta como caótico e inmanejable, pero, a la vez, obturan la posibilidad de construcción colectiva y situada de modalidades de cuidado en la institución.

En este marco, y aun considerando la pretensión de dar una jerarquía a los servicios o de ordenar las profesiones prioritarias en el marco de un hospital de atención exclusiva covid-19, se consolida la defensa y disputa de los espacios entendidos como subalternos, a los que se les otorga libertad de decisión acerca de permanecer o trasladarse –quizás por desconocimiento de las posibilidades de aporte en este contexto –. En consecuencia, varios servicios consiguen decidir de manera autónoma la permanencia en el hospital, entre ellos, nuestro espacio de trabajo, la División Servicio Social.

De manera abrupta, se desmantela un importante sector del edificio y se concreta el traslado de gran cantidad de mobiliario y equipamiento, proceso llevado a cabo por miembros del Ejército, con móviles militares. Si bien se reconoce la urgencia para dar inicio a las adecuaciones edilicias y se dimensiona la gran cantidad de elementos a trasladar, no se puede considerar el despliegue y el protagonismo de las Fuerzas Armadas en este procedimiento como un detalle excepcional y transitorio.

El debilitamiento de la cohesión y la erosión de la identidad colectiva dejan abierto un espacio para naturalizar en la dinámica hospitalaria modalidades de intervención verticalista. Es más, el campo discursivo en el área de la salud presenta una histórica y consolidada terminología bélica –control de focos, vigilancia epidemiológica, riesgos, combate a la enfermedad, virus como enemigo invisible, guerra contra la pandemia, equipo de salud en la trinchera–.

En contexto de pandemia, se naturaliza e intensifica la aplicación en el campo sanitario de la lógica de seguridad. Se extienden autoritarismos, dispositivos de control y vigilancia, legitimados por el miedo, el riesgo y el temor. Este lenguaje de guerra impide, tal como lo expone Carballeda (2020), ver los innumerables condicionantes y circunstancias que atraviesan al todo social, que singularizan la enfermedad y, especialmente, la posibilidad de entenderla como un proceso.

El discurso bélico naturalizado a nivel sanitario dificulta la mirada crítica sobre dinámicas institucionales verticalistas, muchas veces basadas en lógicas de rasgos autoritarios. No obstante, de manera incipiente y subalterna, se encuentra también presente el abordaje de la pandemia desde propuestas construidas colectivamente, donde confluyen intereses y posiciones, que se basan en la bioética y la promoción de derechos.

En este marco, y con este segundo traslado en curso, la vivencia como personas trabajadoras del hospital –expresada de distintas formas en intercambios cotidianos– transita por sensaciones de invasión, expulsión, vacío e incertidumbre, en una institución arrasada, desmembrada una vez más.

Posteriormente, se produce el ingreso de una importante cantidad de profesionales en condición de contratadas/os para trabajar durante la pandemia y se suma, a todo lo anterior que hemos analizado, la conformación de nuevos grupos de trabajo. En una trama institucional desmembrada, se presenta el desafío de cohesionar rápidamente y avanzar con la capacitación de recursos humanos y el reacomodamiento de tareas.

Se imponen nuevas condiciones y regulaciones de la dinámica hospitalaria, con efectos subjetivantes sobre las personas trabajadoras. En este punto, es posible analizar lo transitorio o disruptivo en clave de procesos históricos, que consideran la trayectoria del hospital.

En el mes de julio de 2020 comienzan a suceder los contagios de covid-19 entre las personas trabajadoras del equipo de salud y muchas de ellas deciden que su internación se realice en el hospital, al cuidado de sus propias/os compañeras/os. Instalado el pico de contagios y muertes de la denominada primera ola, en el mes de octubre de 2020, se producen los primeros fallecimientos de profesionales del equipo de salud del hospital, en la misma institución. El impacto es muy fuerte, se redimensiona el riesgo, el grado de indefensión e impotencia. Las posibilidades de elaborar la conmoción se limitan no solo por la vorágine cotidiana que el caudal de personas internadas impone, sino también por la gestión

de la vida en común vinculada con la no presencia de los cuerpos, la imposibilidad de la cercanía, el encuentro físico, cotidiano y sus efectos en la elaboración colectiva de la pérdida de compañeras/os.

La pandemia y la consecuente nueva dinámica institucional invita a repensar el micromundo de la vida en común en el hospital, constituido por urdimbres no solo de relaciones sociales, derivadas de los posicionamientos y roles instituidos, sino también por lazos sociales y tramas de vínculos, con sus refugios de afecto y sostén.

La subjetividad como trabajadoras/es estatales se ve resignificada, en tanto que habitar la salud pública en tiempos de covid-19 conlleva impactos profundos y fuertes huellas. Habitar el hospital no implica ocupar un espacio físico, sino instituir un mundo simbólico en el cual los sujetos y los recursos se alinean en función de un proyecto. Tal como lo plantean Abad y Cantarelli (2012), habitar las prácticas cotidianas en tanto y en cuanto puedan generar un discurso que les dé un sentido y que las legitime.

El hospital como espacio es habitado por múltiples actores y fuerzas, que crean una cultura y un ethos “de hospital” marcado por una subjetividad permanentemente alimentada por regulaciones, emergencias, padecimiento, colaboración, cambios y adaptaciones al contexto, políticas de la vida y de la muerte (Deutscher, 2019). Esta subjetividad del equipo de salud se presenta con atravesamientos profundos y singulares que zigzaguean entre fugas y construcciones colectivas superadoras, en un marco de interpelaciones permanentes y desafíos crecientes.

Lo que en esta etapa disruptiva logremos hacer imprimirá huellas en la futura subjetividad, mientras que paralelamente –como enhebrando ayer y mañana–, apelamos a lo aprendido en el pasado de las singulares trayectorias sociales. Bien lo expresa Levi (1956), cuando afirma que “[...] el futuro tiene un corazón antiguo”.

Emergentes y reconfiguraciones del Trabajo Social en pandemia

En el presente apartado busco compartir reflexiones y problematizar aspectos emergentes de la intervención del Trabajo Social, situado en un hospital de atención exclusiva de covid-19. En especial, pretendo poner en común las singulares configuraciones y reconfiguraciones del ejercicio profesional en este marco.

En el proceso que el hospital ha transitado, descrito anteriormente, el Servicio Social se encuentra entre los sectores que fueron trasladados del histórico edificio en el año 2000, al nuevo hospital. Luego, en esta segunda instancia de división por la pandemia, el Servicio Social consigue permanecer por decisión propia en el grupo de servicios para atención de Covid-19, haciendo uso del grado de autonomía profesional construido y consolidado a lo largo de los años, aun en un espacio institucional signado por la centralidad del enfoque biomédico.

Cabe aquí comprender en término de capitales en disputa aquellos contenidos simbólicos acerca de cómo se concibe la pandemia, las modalidades de abordaje, los derechos, la bioética, las profesiones esenciales para la atención de la emergencia; así como aquellos contenidos materiales que se ven plasmados en la reorganización de servicios, la implementación de protocolos de trabajo, la gestión de recursos, etc.

En esta dirección, Le Breton (2006) plantea que las representaciones hegemónicas sobre el cuerpo en la modernidad son tributarias de las concepciones provenientes de la biología y la medicina. Esta concepción biologicista conlleva la mirada atomizada y unidimensional de los sujetos y la enfermedad, que excluye del análisis los componentes económicos y socioculturales e instala como caminos cardinales la normatización, normalización, medicalización e hipervigilancia de los cuerpos y de los procesos ligados a la salud (Alonso, 2009).

En tanto espacio de luchas y disputa de saberes y posicionamientos, el campo de la salud también construye desde lugares subalternos miradas integrales, colectivas y organizadas para pensar la pandemia en base a la comprensión de los determinantes sociales. Tal como sostiene Terris (citado en Stolkiner, 2021) “los pueblos mueren como viven” (s/p) y, tal vez, del mismo modo, atraviesan las pandemias; toda epidemia es un proceso que articula naturaleza y sociedad.

Desde el campo de las ciencias sociales, el aporte se construye en base a respuestas integrales, dinámicas, flexibles, a tono con las múltiples determinaciones y complejos procesos salud-enfermedad-atención. Se apunta a dar visibilidad a los particulares diálogos que la pandemia establece con la desigualdad y con la accesibilidad a la salud, lo que singulariza aquellas condiciones materiales de vida que se concretan en impactos, fragilidades, vulnerabilidades, y comprende que los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro.

Siguiendo a Tajer (2020), podemos afirmar que no hay vulnerabilidad ni autonomía individual que no dependa de las condiciones colectivas. Por lo tanto, lo central del aporte de lo social se sitúa en la explicación de las singulares y específicas expresiones de la pandemia en poblaciones particulares y situadas.

En contexto de pandemia –y no solo allí–, este aporte se enfrenta y tensiona con imposiciones y demandas institucionales que evidencian discursos y prácticas históricas, muchas veces atravesadas por relaciones jerárquicas de poder. Tal como plantea Mallardi (2020), la heterogeneidad de demandas y prácticas que caracterizan al cotidiano profesional se encuentra interpelada por las alteraciones que supone la propagación del virus. En este marco, es necesario subrayar la importancia de identificar imperativos, “deber ser”, “deber hacer”, roles asignados y asumidos al compás de la reorganización institucional de los procesos de trabajo.

En la nueva dinámica institucional se minimizan aquellos procesos de intervención ligados a lo social, mientras que se priorizan las funciones de control y medicalización de la salud. La demanda institucional de control se materializa en la obtención subsidiaria de datos de las personas internadas, sus contactos, sus vínculos de contagio, el cumplimiento del aislamiento y las medidas de cuidado. Se impone, entonces, la necesidad de tensionar la función de control, que problematiza el juego de identidades atribuidas y asumidas que se dirigen a fiscalizar lo social y controlar los distintos aspectos de la vida cotidiana de la población.

Resignificar, en este marco, el aporte del Trabajo Social en salud implica reconocer la existencia de una delgada y, a veces, sutil línea que diferencia el derecho a la protección y el cuidado, del control social de la vida cotidiana. La línea que separa la protección de la vigilancia se traspone al priorizar en la

intervención la participación del otro en tanto sujeto de derechos, lo que reconoce y valida lógica del cuidado solidario y colectivo con enfoque comunitario.

En el proceso de reconversión hospitalaria y ante las imposiciones institucionales, generamos propuestas de trabajo anticipatorias y contrahegemónicas, basadas en la promoción de derechos. Se trata de propuestas construidas colectivamente, donde se redefinen las urgencias desde el Trabajo Social, las prioridades, los límites y las posibilidades. Esta elaboración conlleva tensiones que enfrentan a las demandas institucionales con las incumbencias y los diferentes grados de autonomía profesional. La reflexión sobre el quehacer pone en juego disputas alrededor de la autonomía y la especificidad de la profesión, encontrando en las incumbencias normadas por la Ley Federal de Trabajo Social² no solo un encuadre, sino principalmente un importante respaldo y reaseguro.

Construimos a manera de anticipación una propuesta que, de alguna forma, demarca la intervención y limita la asignación de prácticas estandarizadas sugeridas con antelación por instancias institucionales desvinculadas del campo del Trabajo Social. Buscamos, tal como lo proponen Weinberg y Banks (2019), asumir una mirada crítica: ni condescendiente, ni heroica, ni autoflagelante, sino capaz de comprender que el ejercicio profesional encierra contradicciones.

En la nueva cartografía institucional buscamos poner a jugar la especificidad del Trabajo Social a partir de propuestas de intervención, que motorizan estrategias que habiliten la garantía de derechos. La elección del sentido de las propias prácticas pone en escena la capacidad de organización y articulación, y se constituye en una oportunidad para consolidar la legitimidad del aporte disciplinario en el equipo de salud.

No obstante las variaciones y redefiniciones de los procesos de intervención en los distintos momentos o fases de la pandemia, podemos ubicar el aporte disciplinario en el acompañamiento de procesos de manera integral, teniendo especial atención a los impactos objetivos y subjetivos que el atravesamiento de la situación de enfermedad por diagnóstico de covid-19 tiene, tanto en la vida cotidiana de las personas que se encuentran transitando su internación en el hospital, como en su red social más cercana.

A manera de funciones ordenadoras guiadas por el aporte principal, podemos delinear las siguientes, aunque no de manera exhaustiva.

En relación a los sujetos, sus familias o redes de apoyo comunitario, buscamos analizar y reflexionar sobre la singular forma en que viven y significan el covid-19, la internación, los tratamientos, las actividades de cuidado, el aislamiento, la muerte, en tanto sentidos construidos y compartidos intersubjetivamente. Las líneas de trabajo a definir e implementar a partir de allí se elaboran en directa relación con este universo de representaciones y significados.

Enmarcamos aquí el acompañamiento en los procesos de reorganización alrededor de la situación de enfermedad e internación que las familias o redes de apoyo ponen en movimiento –o que es necesario motorizar–. Trabajamos sobre las posibles dificultades en estos procesos, acompañamos en la toma de decisiones, en la dilucidación de conflictos, en la optimización de potencialidades y en el apoyo

² Ley Federal del Trabajo Social N° 27.072, Año 2014.

necesario ante las condiciones de vulnerabilidad. Es decir, apelamos a visibilizar la dimensión social de las enfermedades al interior de la institución, singularizando la intervención, reflexionando en relación a los condicionantes que dotan de características diferentes al Covid-19 en cada sujeto, familia y comunidad.

De pérdidas y duelos colectivos

La pandemia por Covid-19 tiñe la cotidianeidad de muerte cercana, real, imaginaria, simbólica, mediática. Desde el inicio de la emergencia sociosanitaria, en las instituciones de salud la muerte es objeto de diferentes dilemas y protocolos basados en razones epidemiológicas excepcionales, que imponen procedimientos extraordinarios. Por un lado, el aislamiento obligatorio y las medidas de distanciamiento y, por otro, el compromiso ético de garantizar a las personas en condición de internación y su entorno afectivo el derecho a tomar decisiones, a ser acompañadas, a expresar voluntades y a despedirse.

Consideramos la muerte y los duelos como acontecimientos biológicos, sociales, culturales y simbólicos, que impactan en la vida personal, familiar, comunitaria y social. Se trata de pérdidas que irrumpen, transforman y requieren la construcción de una nueva realidad.

La muerte institucionalizada, aislada, en soledad, medicalizada, profundiza el padecimiento y obstaculiza la despedida y el duelo. Estos procesos que se desencadenan ante el fallecimiento de una persona internada en el hospital por covid-19 presentan características y particularidades que es necesario considerar, ya que, ante la muerte, tanto quien fallece como su red afectiva no pueden ser acompañados como social y culturalmente se encuentra instituido.

En consecuencia, se presentan duelos ambiguos, donde no existe la posibilidad de cercanía con el cuerpo –no verlo, no tocarlo, no enfrentarlo–, se veda la prueba de realidad que materializa la pérdida. Los rituales de despedida se alteran y se abren procesos guiados por la incertidumbre, el conflicto y la disrupción.

Tal como plantea Flichtentrei (2013), “[...] las personas *vivimos* como consecuencia de nuestros dispositivos biológicos, pero solo *existimos* cuando nos reconocemos en la mirada del otro” (p. 221). Siguiendo esta línea, podemos trazar un paralelo y pensar que quienes *mueren* debido al covid-19 solo *dejan de existir* cuando su red afectiva tiene garantizado el derecho a una despedida, lo más humanizada y confortable posible.

Como parte de la nueva dinámica hospitalaria, los protocolos elaborados inicialmente se modifican a la luz de la legitimación y validación de necesidades que se encuentran por fuera de lo estrictamente biológico. En este proceso, el Trabajo Social se posiciona como uno de los actores institucionales que tensiona prioridades y pone en foco los dilemas a afrontar. En virtud de los cuestionamientos puestos en juego, buscamos abrir un espacio en el marco de los protocolos, lo que posibilita el acompañamiento humanizado y las despedidas y se acerca al derecho de morir con dignidad.

La intervención social se orienta a posibilitar la visibilización de la muerte y el duelo como instancias constitutivas de la biografía singular de las personas, y a legitimar los aspectos que de esto se derivan

como focos que requieren de procesos de acompañamiento, escucha y cuidado. Promover una mirada institucional centrada en el respeto por un enfoque de derechos implica, además, que pensemos en una persona autónoma, con un rol activo aun frente a situaciones de agonía, de duelo o de pérdida.

Desde el inicio de la pandemia, y hasta el momento en que escribo este ensayo, han fallecido por covid-19 en la provincia de Córdoba 7804 personas³ y en nuestro hospital, 751⁴. Ninguna de esas muertes es privada, individual, ni siquiera le pertenecen exclusivamente a una familia, ya que ponen de manifiesto un estado de fragilidad individual y social; las pérdidas impactan en la vida colectiva, la afectación es comunitaria, institucional y social.

La mirada del Trabajo Social sobre estos procesos nos ayuda a sostener que el duelo individual y particularizado desgarrar las urdimbres sociales y solo puede ser soportado con altísimos costos y consecuencias a largo plazo. En este sentido, es necesario desprivatizar el duelo, lo que enfatiza la dimensión social y colectiva de las pérdidas y se constituye en uno de los principales aportes de la profesión en el marco de un tejido social herido que busca alojar y reparar un luto inédito.

En consecuencia, reconocemos que, entre las numerosas deudas que la pandemia nos deja, se destaca la responsabilidad de abordar las pérdidas desde lo colectivo, en la implementación de estrategias de reparación mediadoras entre el espacio de lo privado y el ámbito social y político.

Esto conlleva la participación no solo de las familias que vivenciaron pérdidas, sino también de instituciones y comunidades. Se puede pensar en instancias reparatorias de valor simbólico: actos públicos de validación, reconocimientos oficiales, recordatorios en espacios públicos, ceremonias conmemorativas, acompañamiento familiar y comunitario, etc.

Entre la omnipotencia del heroísmo y la impotencia de las pérdidas

En este punto, y teniendo en cuenta ese particular habitar las instituciones de salud pública en pandemia desde las/os profesionales del equipo de salud, es importante reflexionar sobre la posición inicial de omnipotencia que inundó el sector sanitario y retomar la idea de subjetividad heroica (Arito, Imbert, Jacquet, Cerini, Rígoli y Kriger, 2017), proponiendo analizar en qué condiciones se trabaja profesionalmente para ese “otro”, cuando una/o misma/o, erguido/a como herramienta de intervención, no registra la necesidad de cuidarse.

Lo heroico caricaturiza una figura invencible, que todo lo puede y que nada lastima. Frente a este posicionamiento omnipotente, proponemos la reflexión acerca de la naturalización de la exposición al riesgo en el campo laboral, entendida, muchas veces como parte implícita de las estrategias de las/os trabajadoras/es de la salud.

Frente a esta compleja cartografía, no se trata de estar presente de cualquier modo o de ceder a la engañosa disputa entre resguardarse o exponerse, ni de apelar a mandatos morales o roles asignados que invitan a una postura omnipotente y heroica o, tal vez, a una actitud sacrificial, sino de que nos

³ Datos informados por el Ministerio de Salud de la Nación en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

⁴ Estadística propia elaborada en base a datos del Servicio Social del Nuevo Hospital San Roque.

preguntemos sobre los posibles modos de estar, poniendo en juego la especificidad del Trabajo Social en la pandemia sin correr riesgos.

Otro de los aspectos que consideramos de importancia en el marco de la emergencia, y derivado de la sobredemanda hacia las/os profesionales, es el duelo profesional, que nos pone cara a cara con la impotencia. Frente al caudal de las internaciones y el consecuente aumento inédito de personas fallecidas en el hospital, se vivencian las pérdidas con impotencia y como fracasos profesionales; derrotas que agigantan el desgaste y el cansancio.

Si desde los modelos tradicionales la muerte se equipara con la derrota –por no salvar, no curar, no aliviar –, la cantidad de fallecimientos diarios pone a la institución en un espacio invalidante, marcado por la culpabilidad y la impotencia. El duelo en el equipo de salud nos desvitaliza, repliega y paraliza si lo atravesamos de manera individual. Por ello, se busca colectivizarlo inicialmente inventando rituales, con la función de producir catarsis, desahogar, descomprimir, pero también problematizar, interpelar, cuestionar y posibilitar que nuestras potencialidades se reconstruyan en este tiempo de transición.

Recuperando la potencia

Atravesada ya la etapa de pandemia, nos situamos en momentos de transición donde el horizonte se observa aún confuso e incierto. El restablecimiento de lo que fue la vida cotidiana prepandemia, de las dinámicas institucionales y del hacer profesional es irrealizable.

En este marco, y pensando en la relación pendular omnipotencia-impotencia que Cazzaniga (2009) analiza, es necesario reconocer que la trayectoria construida por los equipos de salud transitó desde la omnipotencia erguida sobre el heroísmo invalidante, hasta la impotencia paralizante de las pérdidas.

Se impone, entonces, un tiempo de avanzar hacia los posibles, en dirección hacia la recuperación de las potencialidades como oportunidades para consolidar la colectivización de recursos y estrategias profesionales superadoras. En este proceso, consideramos que el trabajo social hospitalario se ha fortalecido, logrando un mayor grado de legitimidad y avances en un posicionamiento más simétrico en el campo. Ha capitalizado sus potencias: la articulación de diversas áreas del conocimiento para la comprensión de fenómenos, la fortaleza para el trabajo colectivo e interdisciplinario, el quehacer centrado en el accionar intencionado para la transformación de la realidad.

Entre las potencialidades de la disciplina se esgrime la capacidad para construir nuevas herramientas y reconfigurar las formas de intervenir y explicar lo que acontece. Buscamos desarrollar, con base en la legitimidad que otorgan las incumbencias profesionales, y en un campo contradictorio, con limitaciones y posibilidades, signado por la autonomía relativa, estrategias y alternativas que permitan leer e intervenir en esta pospandemia tan disruptiva como inédita.

A modo de cierre parcial

*Para mí, las únicas certezas dignas de fe
son las que desayunan dudas cada mañana.*

Eduardo Galeano

94

Solo a los efectos de cerrar este ensayo, comparto un último apartado como intento de esbozar algunas conclusiones, siempre circunstanciales y provisorias, sabiendo que lo disruptivo no debería ser pensado únicamente en la inmediatez, sino en término de procesos.

En este trabajo, busqué dar cuenta del proceso de irrupción del covid-19 en nuestro hospital, una institución profundamente transformada y reestructurada en todos los aspectos de su dinámica institucional y, especialmente, me orienté a enraizar la reflexión acerca del camino elegido para intervenir desde el Trabajo Social en los emergentes de la pandemia y la etapa de transición hacia la pospandemia.

En este marco, apelé a la problematización de diferentes aristas del campo de la salud que la pandemia amplifica, naturaliza y redimensiona, al poner en tensión, por ejemplo, el protagonismo del enfoque biologicista, la aplicación acrítica y descontextualizada de protocolos sanitarios; el fortalecimiento de la lógica de la seguridad en y desde las instituciones de salud con su discurso bélico; la naturalización de las muertes y los contagios; la omnipotencia de la subjetividad heroica y la impotencia invalidante de las pérdidas.

Asimismo, utilicé la historización como herramienta valiosa a la hora de leer las actuales condiciones, que recurre al pasado, las trayectorias colectivas y los aprendizajes capitalizados, en busca de orientación para superarlas y construir su presente. Esta elección se fundamenta en la convicción de que la memoria, en tanto práctica social, ha demostrado, a lo largo de la historia reciente del país, posibilitar el alojamiento y la reparación de instancias traumáticas atravesadas colectivamente.

A fin de cuentas, es en las construcciones colectivas y la producción de lo común donde infiero que se anudan como potencias los diferentes hilos del ensayo. Lo colectivo cimienta y legitima el desarrollo de propuestas de abordaje reflexivas e integrales de la pandemia y la pospandemia, donde confluyen intereses y posiciones, en base a la comprensión de los determinantes sociales.

Los atravesamientos subjetivos son colectivos, así como también lo son las estructuras de cuidado o redes de apoyo mutuo que rescatan de la impotencia y el *burnout*⁵ o que posibilitan la elaboración de la pérdida de compañeras/os. En este sentido, la categoría de subjetividad colectiva, en tanto construcción de lo común desde las prácticas de las/os agentes sociales, zigzaguea entre lo instituido y lo instituyente. Así como se transitó la pandemia sin mapas y “construyendo el avión en pleno vuelo”, pensar la pospandemia no admite ningún tipo de certezas, sino que abre múltiples caminos. Cuál será la particular configuración resultante en el campo sociosanitario una vez atravesada la etapa de transición, es uno de los interrogantes que quedan planteados.

La apertura de espacios de problematización que permita analizar en un futuro cercano “la cruel pedagogía del virus”, tal como la nombra De Sousa Santos (2020), es el principal desafío en el presente; al mismo tiempo que apremia continuar avanzando en la reflexión y la interpelación de nuestras propias intervenciones, discursos y posicionamientos.

⁵ Se entiende al *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Fidalgo Vera, 2003).

El cuadro de situación actual, aun reducido a lo tradicionalmente epidemiológico, nos permite dimensionar la ambivalencia amenaza/promesa de este momento de pospandemia. Los desafíos que emergen deberían también contemplar esta polaridad, haciendo uso de la dialéctica propuesta por Gramsci (1924), cuando nos invita a ejercitar al mismo tiempo “el pesimismo de la razón y el optimismo de la voluntad” (p.1). Reconocemos crítica y reflexivamente lo profundo de la emergencia sociosanitaria, sin abandonar la voluntad que guía la construcción colectiva de salidas superadoras.

Por último, apremia la necesidad de esbozar un futuro, es decir, pensar en el trabajo sobre los desafíos que emergen. Una frase de Arlt (1931, p.11) es la que adopto como guía para construir nuevas formas de habitar, entre la convicción y el compromiso, las instituciones de salud pública en pospandemia. Se refiere a la fuerza y a la confianza, pero fundamentalmente habla de la voluntad y la capacidad de surcar lo venidero.

“El futuro es nuestro, por prepotencia de trabajo”.

Lista de referencias

- Abad, S., Cantarelli, M. (2012). *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*. Editorial Hidra. Pp. 117–120.
- Alonso, J.P. (2009). El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en Cuidados Paliativos. Cuadernos de Antropología Social N° 29. Páginas 103-120. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180913914006>.
- Arito, S., Imbert, L., Jacquet, M., Cerini, L., Rígoli, A., Kriger P. (2017). *Desastres y catástrofes: herramientas de pensamiento para la intervención*. Universidad Nacional de Entre Ríos. EDUNER.
- Arlt, R. (1931). *Los lanzallamas*. Buenos Aires: Editorial Círculo de Lectores, p.11.
- Bertola, J. (1991). *Hospital Ave Fénix. San Roque de Córdoba*. Editorial Del Autor.
- Butler, J. (2020). El capitalismo tiene sus límites. En Agamben, G.; Zizek, S.; Nancy, L.; Berardi, F.; López Petit, S.; Butler, J.; Badiou, A.; Harvey, D.; Han, B.; Zibechi, R.; Galindo, M.; Gabriel, M.; Yañez González, G.; Manrique, P. y Preciado, P. *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*, pp. 59-65. Editorial Aspo.
- Carballeda, A. (2020). La pandemia, el lenguaje de la guerra y la desigualdad. Recuperado de: <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/La-pandemia-Alfredo-Carballeda.docx.pdf>.
Fecha de consulta: 21/05/20.
- Cazzaniga, S. (2009). *Sobre la imposibilidad de la intervención profesional. Reflexiones para poder repensar. Jornadas de Investigación en trabajo Social*. Paraná, UNER.
- Deutscher, P. (2019). *Crítica de la razón reproductiva. Los futuros de Foucault*. CANOPUS Editorial Digital.
- De Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires. CLACSO.

- Fidalgo Vega, M. (2003). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout"*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. España
- Flichtentrei, D. (2013). *Permiso para morir*. Buenos Aires, Ediciones Intramed.
- Foucault, M. (2001). *Dits et écrits, Tome 2: 1976-1988. París, Francia. Ed. Gallimard.*
- Galindo Neder, M. (2020). Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir. En Agamben, G.; Zizek, S.; Nancy, L.; Berardi, F.; López Petit, S.; Butler, J.; Badiou, A.; Harvey, D.; Han, B.; Zibechi, R.; Galindo, M.; Gabriel, M.; Yañez González, G.; Manrique, P. y Preciado, P., *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*, pp. 119-127. Editorial Aspo. Buenos Aires, Argentina. Universidad Católica Argentina.
- Gramsci, A. (1924). *Contra el pesimismo*. Revista Digital L'Ordine Nuovo, Año 1, N° 2.
- Le Breton, D. (2006). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
- Levi, C. (1956). *El futuro tiene un corazón antiguo*. Italia. Editorial Einaudi.
- Ley Federal del Trabajo Social N° 27.072. Fecha de sanción 10/12/2014. Fecha de publicación en el Boletín Oficial 22/12/2014.
- Mallardi, M. (2020). El cotidiano en crisis: algunas notas para repensar el Trabajo Social en tiempos de pandemia. Publicación en línea del Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <https://catspba.org.ar/mallardi/>. Fecha de consulta: 26/03/21.
- Ministerio de Salud de la Nación. Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). Recuperado de: <https://sis.ms.gov.ar/sisa>.
- Pombo, G. (2020). Intervenciones en el campo de la salud en contextos de covid-19 [Youtube]. Ciclo de conferencias en línea: Reflexiones sobre intervención en contextos de emergencias sociosanitarias. Consejo Profesional de Trabajo Social CABA. Recuperado de: www.youtube.com/watch?v=MtIs1_DMN5A&t=163s. Fecha de consulta: 13/07/20.
- Stolkiner, A. (2021). Una pandemia no es solo un fenómeno biológico, es un fenómeno social, cultural y subjetivo. Revista Digital Random. Recuperado de: <https://randomrevista.com.ar/2021/01/31/stolkiner/>. Fecha de consulta: 09/02/21.
- Tajer, D. (2020). Sanitarismo feminista y políticas de cuidado. Revista Soberanía Sanitaria. Recuperado de: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/sanitarismo-feminista-y-politicas-de-cuidado>. Fecha de consulta: 24/04/21.
- Weinberg, M., Banks, S. (2019). Practicar éticamente en tiempos poco éticos: resistencia cotidiana en el Trabajo Social. Revista Ética y Bienestar Social. 13 (4). Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/17496535.2019.1597141>

Cita recomendada

Suarez, I. (2023). Salud y pospandemia: un entramado de omnipotencias, impotencias y potencias. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 6 (12). 83-98. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/41079> 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 la autora

Irene Judith Suarez

Argentina, Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Especialista en Salud (CPSSPC). Se desempeña profesionalmente en el Servicio Social del Nuevo Hospital San Roque, Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba - Argentina. Correo electrónico: irenesuarez78@yahoo.com.ar

