



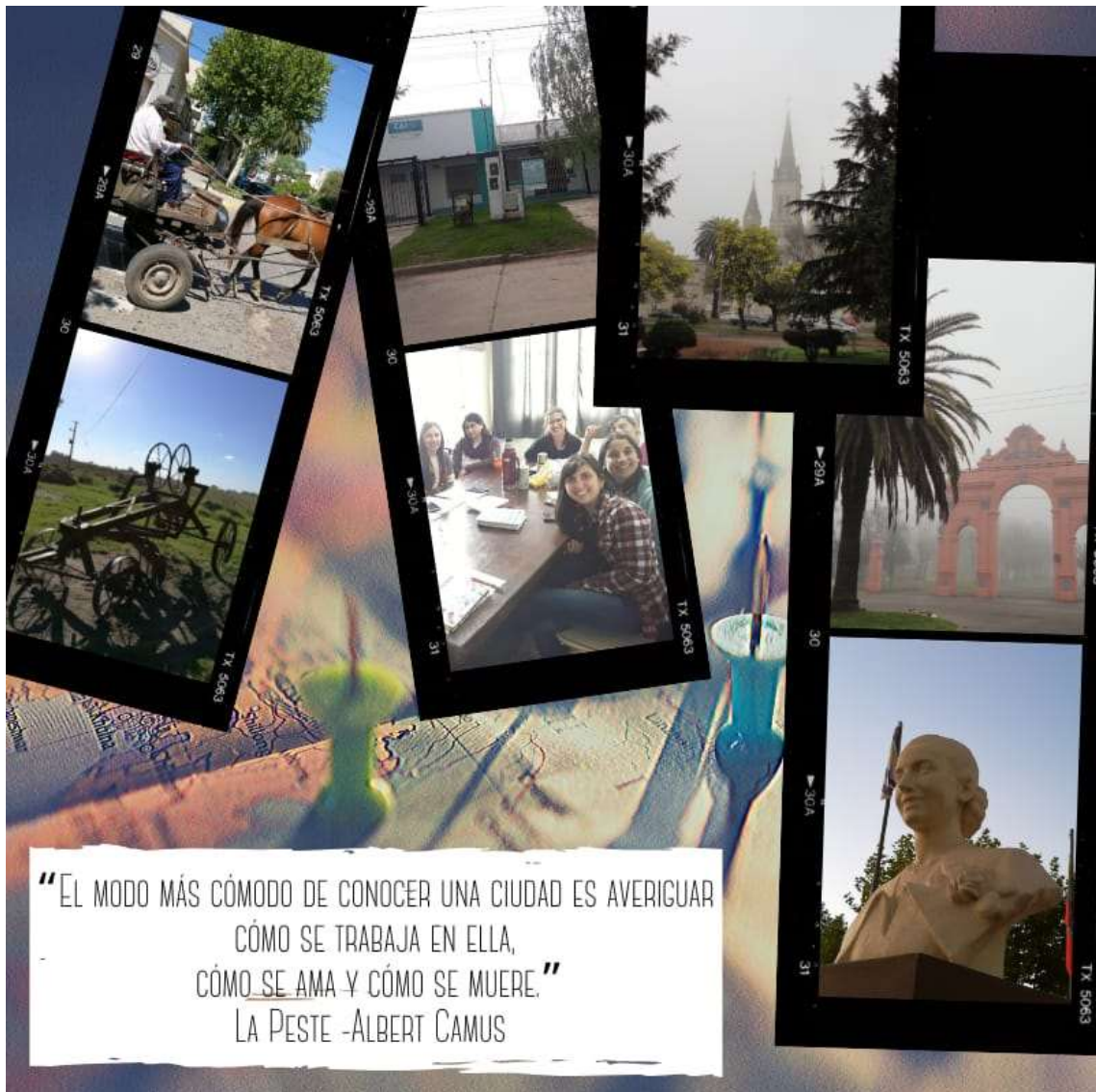
La pandemia en el pago chico. Una experiencia de Trabajo Social en la localidad de Bolívar

Por Silvia Pérez Torrecilla¹

**entre
dichos**

Intervenciones y Debates
en Trabajo Social

¹ Prof. Silvia Pérez Torrecilla, FTS-UNLP. Lic. en Trabajo Social, FTS-UNLP. Especializada en Salud, Ex Residente, Ministerio Salud Bs. As. Docente HIGA Gral. San Martín 1998-2004. Mgtr. en Salud Mental Forense, FCM-UNLP.



Fotografía y composición Paula Cabañez Silva y Francisco Germani

Resumen

El abordaje reflexivo que realizamos colectivamente para recuperar la experiencia de trabajo territorial, en el campo de la Atención Primaria de la Salud en el partido de Bolívar, es una invitación a repensar el dilema que la pandemia Covid-19, re-instaló para siempre en el mundo globalizado.

En este sentido, se reveló la necesidad y la importancia de los Estados nación, al momento de afrontar crisis socio-sanitarias de grandes dimensiones, reafirmandose de este modo, la importancia fundamental del abordaje social, integral e interdisciplinario en el campo de la salud comunitaria.

La salud y el cuidado de la misma, se configuran en un derecho humano fundamental, que interpela directamente al conjunto de prácticas profesionales, en el ámbito de la regulación estatal.

El presente trabajo es un homenaje a las trabajadoras de la salud, incluyendo de esta manera las conquistas de época, en el marco de la luchas de las mujeres por hacer un mundo libre de opresión y violencia.

Palabras clave: Pandemia, Covid-19, Trabajo Social

Introducción

En el marco de la crisis socio-sanitaria suscitada por la pandemia Covid-19 (OMS, marzo de 2020) y del aislamiento social, preventivo y obligatorio (DNU 297/2020), desafiando a la ciencia y virtualizando la sistematización, nos propusimos generar acciones tendientes a fortalecer la “producción de conocimiento en tiempo real”, a partir de la aplicación de una entrevista a un equipo de trabajadoras sociales que está interviniendo hoy, en el ámbito de la salud, en una localidad del interior de la provincia de Buenos Aires.

La misma, se configuró en un puente para la recuperación reflexiva y colectiva de la experiencia.

Reafirmando el ritual de la entrevista para el trabajo social y organizando la intervención, desde una pausa, como un momento de distancia necesaria para producir interrogantes al hacer, a modo de práctica supervisada, me permito someter a revisión, junto a las protagonistas de la escena, la experiencia en desarrollo.

Esta publicación supone el establecimiento de un acuerdo teórico, metodológico y ético, para mirar en tiempo real y de manera co-participada la praxis, sin que se configure en un meta análisis.

El equipo se encuentra conformado por doce profesionales del Trabajo Social, portadoras de diversos recorridos formativos: Emilia Vega, Cintia Urruchuaga, Jeanete Herrera, Lujan Liberti, Ximena García Blasco, Evelin Escobar, Eliana Alonso, Daiana Pereira, Estefania Ramos, Anahí González, Romina Fernández. La coordinación del mismo está a cargo de una Trabajadora Social graduada en la Facultad de Trabajo Social de la UNLP: Carolina Rodeker.²

² Para la publicación del documento, la autora puso en conocimiento de las profesionales los reparos éticos de la propuesta y obtuvo el aval correspondiente.

Una mirada territorial

La Localidad de Bolívar se encuentra ubicada en el centro de la provincia de Buenos Aires, con una población que asciende aproximadamente a 34.190 mil habitantes, según datos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (INDEC, 2010). Dicho partido se encuentra compuesto por San Carlos de Bolívar (ciudad cabecera), Urdampilleta, Pirovano, Hale, Juan F. Ibarra, Paula, Mariano Unzué, Villa Lynch Pueyrredón, Paraje Vallimanca y Paraje Villa Sanz.

Bolívar, junto Las Flores, General Alvear, Tapalqué, Azul, Benito Juárez, Laprida, Olavarría, Lamadrid y Rauch, integra la Región Sanitaria IX de la provincia de Buenos Aires. El sistema de salud está compuesto por el Hospital Subzonal Dr. Miguel Capredoni (cabecera); el Geriátrico Casa Hogar Bolívar (cabecera); el Centro de Rehabilitación Integral (cabecera); el Centro Integral de Odontopediatría; el Hospital municipal de Pirovano y el Hospital municipal Juana G. de Miguens de Urdampilleta.

En la ciudad cabecera funcionan nueve Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), distribuidos estratégicamente en los diferentes barrios.

Así el CAPS “Cooperativa” tiene como área programática los barrios Cooperativa de Viviendas y Liga Amas de Casa; en el CAPS “Colombo”, el área programática está integrada por los barrios Colombo, San Juan, Club Argentino y Amado; en el CAPS “Dr. Favaloro”, los barrios Solidaridad, Plan Federal, Melitona y Casariego, constituyen el área programática.

El CAPS “Dr. J. Tonelli” tiene como área programática, los barrios Latinoamericano, Palermo y María del Carmen. Los barrios Pompeya, El Recuerdo, Parque y La Portada, pertenecen al área programática del CAPS “Nuestra Señora del Rosario”.

El CAPS “Dr. Washington González” atiende los barrios Jardín, La Ganadera, Los Tilos, Los Troncos y Banco Provincia; en el CAPS “Dr. José Antonio Bucca” el área programática está constituida por los barrios Villa Diamante y Las Flores.

El CAPS “Dr. Francisco A. Ravassi” atiende programáticamente a los barrios Zorzales, Vivanco, Nuevo Barrio Obrero y Aires de Jacarandá. Por último el área programática del CAPS “José Zacardi” es el barrio Anteo Gasparri.

En la localidad de Unzué funciona el CAPS “Busquet Serra”; en la localidad de Francisco Ibarra está el CAPS “Juan Nuñez Díaz” y en Urdampilleta el CAPS “Juan Guaresti”.

Cada trabajadora social tiene a cargo uno o más Centros de Atención, de acuerdo a la complejidad de las problemáticas que allí se presentan. Al estar inserto en la comunidad y tener este anclaje territorial, es el que tiene mayor conocimiento de la vida cotidiana de los sujetos, por lo que la articulación con las demás áreas es constante, ya que este conocimiento es relevante a la hora de intervenir integralmente, en las situaciones problemáticas emergentes.

Cada Centro se encuentra conformado por profesionales pertenecientes al área de salud: médicas/os, enfermeras/os, psicólogas/os, administrativas/os, obstetras y trabajadoras sociales que dependen de la Secretaría de Desarrollo Social, con anclaje territorial en el área programática de cada Centro. Además, forman parte del equipo, profesionales de la Dirección de Derechos Humanos, Adultos Mayores y Discapacidad.

Al momento de la producción de este artículo, en el partido de Bolívar no se ha detectado ningún caso positivo de covid-19 y se está en el inicio de la tercera fase del aislamiento, denominada de Segmentación geográfica o por criterio epidemiológico, que se extenderá hasta el 10 de mayo.

Posibilidades del Trabajo Social en un entorno disruptivo

En el partido de Bolívar el 11 de marzo se declaró la Emergencia en Prevención de Salud, a través del decreto municipal N° 477/2020, en orden a los lineamientos nacionales y provinciales y posteriormente, el 20 de Marzo por decreto nacional 297/2020, se estableció como medida preventiva frente a la inminente propagación del SARS COV-2, el aislamiento social, preventivo y obligatorio. En ese marco de condiciones, durante la primera semana se planteó la necesidad de disminuir la atención presencial, para evitar la circulación de personas en los centros de salud. De esta manera, se ponía en práctica una estrategia de protección y cuidados en doble vía, para las profesionales y de las y los usuarios del sistema.

En clave evaluativa, las colegas refieren:

“Pudimos establecer sin dificultad nuestros límites para nuestro auto cuidado, sin perder de vista nuestro compromiso ante la situación de pandemia. Esta posibilidad de decisión de cómo reacomodar nuestro trabajo, se ha construido con nuestras luchas constante para legitimar nuestros espacios de trabajo... hace varios años atrás no hubiera sucedido”.

Ante este escenario desconocido y la presencia constante de personas esperando nuestra llegada a la oficina sede, se decide plantear nuevas estrategias de intervención, concentrándose así la atención en las oficinas municipales de Desarrollo Social,

conformando duplas, siendo ésta una modalidad que permitía rotar y organizar en principio, la vida cotidiana de cada una de las profesionales, especialmente aquellas que tienen hijas e hijos a cargo y que han tenido que organizar su dinámica familiar forzosamente, a partir de la suspensión de clases.

La consigna “#quédateencasa” fue un factor de cohesión y un organizador social importante, sin embargo, observamos que durante la semana previa a la vigencia de la medida preventiva obligatoria, la atención se redujo notablemente. El miedo ante la posibilidad de enfermarse se comenzó a percibir y los medios de comunicación invadieron los hogares de cada familia.

Esa semana se aprovechó para pensar y evaluar la modalidad de trabajo, según la forma en que se iría desarrollando la pandemia, priorizando no perder de vista los horizontes profesionales. Posteriormente se decretó el cierre total de las actividades y la consigna “#quedateencasa”, se convirtió en aislamiento social, preventivo y obligatorio.

El tiempo, se configuró así en una variable estratégica a tener en cuenta para la intervención en contexto de pandemia y el trabajo en equipo, en tanto modalidad organizativa pre-existente, se consolidó como un factor protector del colectivo profesional.

Pensando el dispositivo para la gestión del cuidado

Ante este nuevo escenario desconocido, se plantea la necesidad de crear un dispositivo que permitiera continuar el seguimiento, la cercanía y la atención a cada familia, considerando que una de las características principales que forma parte constitutiva del desempeño profesional, en los CAPS y en cada área e instituciones, es el trabajo territorial.

A sabiendas que las entrevistas, visitas domiciliarias, configuran herramientas fundamentales de intervención en lo social y que facilitan el acceso al conocimiento e intervención en los contextos singulares de las y los sujetos, se nos planteó la inquietud y varios interrogantes: ¿cómo se continuará trabajando con aquellas familias, que en articulación con diferentes áreas, se habían establecido líneas de intervención?

La iniciativa de repensar el quehacer profesional, teniendo en cuenta una nueva lógica de trabajo, priorizando el aislamiento social, preventivo y obligatorio, pero también considerando los determinantes sociales, nos disparó el otro interrogante: ¿bajo qué condiciones las personas cumplirían con la consigna?

Las y los profesionales del campo social sabemos que las condiciones materiales de subsistencia no son las mismas para todos, el acceso a ciertos bienes y servicios en determinados sectores es limitado. La cuarentena en hogares en los que se ejercen relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, constituyen un grave problema de violencia de género e infinidad de problemáticas sociales en las que intervenimos cotidianamente.

Desde esta perspectiva, recuperamos el concepto de Salud desde un enfoque integral, como Derecho Humano fundamental y que para su pleno ejercicio, requiere del cumplimiento de muchos otros derechos, como la vivienda, el trabajo, la educación, la libertad, el acceso a la salud pública, la alimentación.

El objetivo que nos proponemos es el acompañamiento a la resolución de problemáticas sociales y la satisfacción de necesidades de los grupos vulnerables, personas con discapacidad, adultas y adultos mayores, personas sin empleo formal, mujeres y disidencias.

Actualmente el dispositivo se organiza a partir de garantizar una estrategia de contacto y comunicación segura, mediante la difusión de un número de teléfono para la atención, que se dio a conocer a toda la comunidad. Siguiendo el estilo de trabajo profesionalizado en crisis, en ese espacio y de ese modo, se reciben las demandas y se releva la información precisa en cuanto a los datos de domicilio, número de teléfono para contacto.

A partir de los requerimientos realizados se diseña y se ejecuta el abordaje territorial por áreas programáticas.

La trabajadora social del equipo de la Dirección de Derechos Humanos, en esta charla, revaloriza la importancia de la escucha, el asesoramiento y la contención que realizan durante las 24 hs., en un dispositivo de similares características al descrito por las colegas y resalta la estrategia de comunicación social diseñada y desarrollada a través de los medios masivos de comunicación y las redes sociales disponibles en la población, para promover la información básica respecto de la violencia de género: prevención y asistencia.

De esta manera dialoga la articulación de los equipos, en el dispositivo de gestión de cuidados, modelando la integralidad interventiva.

Las condiciones de vida y de salud preexistentes a la pandemia: un desafío para el Trabajo Social

La función del Trabajo Social, en el marco de esta experiencia, se afianza como la capacidad de realizar los aportes necesarios para que se contemple en las políticas de Estado, la dimensión social de la Salud. Quedando demostrada su importancia en la situación de crisis socio-sanitaria en el marco de la pandemia, dado que el aislamiento y la distancia social; así como la higiene rigurosa de las manos, en tanto hábitos socio-culturales, configuran las acciones validadas por la OMS para evitar la propagación del virus y el desarrollo de la enfermedad a una escala, que no pueda ser contenida por los sistemas sanitarios de los diferentes Estados nación.

Las condiciones sociales y de vida de la población es aquello que nos precede, es el contexto. Esta determinación, es a la vez material y simbólica en el modo de producción capitalista. El mismo se basa en la desigualdad estructural de las clases sociales: los dueños de los medios de producción y los que para vivir, necesitan vender lo único que tienen, o sea, su fuerza de trabajo.

A su vez, esta forma de organización social requiere de la división social del trabajo por géneros y en su imperiosa necesidad de acumulación de capital, hace que gran parte del trabajo necesario para la reproducción social no sea pago, este último trabajo es realizado mayoritariamente por mujeres.

La desigualdad social, se nos presenta a los trabajadores sociales en términos de complejas y multivariadas problemáticas sociales para ser abordados desde el Estado, desde una perspectiva de derecho.

En este sentido, pensamos que hay cuatro grandes categorías sociales que son determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad-atención, estas son: la clase social, el género, el proceso de trabajo y las condiciones para la reproducción de la vida cotidiana.

La relación entre sujetos y sociedad es dialéctica y asimétrica en términos de poder, en la cual las prácticas de los y las sujetos están siempre condicionadas, habilitadas o limitadas por el contexto de relaciones sociales en el que participa. Resulta imprescindible reafirmar nuestro marco teórico, para evitar prácticas innecesarias y conservadoras, que tiendan a la fiscalización de la pobreza.

Los procesos de intervención profesional en tiempos de Coronavirus, estarán orientados a disminuir la brecha de desigualdad social. En este sentido la reconstrucción de lazos sociales fragmentados, mediante la articulación y el fortalecimiento de organizaciones sociales, que acerquen a las y los sujetos la idea de cohesión social.

Nos planteamos hacia el interior de la profesión, la necesidad de acompañar fuertemente esta situación, aportando desde la disciplina social, una visión que supere la fragmentación de las intervenciones aisladas, que reponga la contextualización de las realidades particulares de las y los sujetos, visibilizando la vulneración de derechos y exigiendo su respeto y ejercicio pleno (Ley 10.751-Código de Ética, 1989).

La ética es el otro: de aprendizajes y prácticas posibles

El impacto de la pandemia en el acervo de la intervención de los profesionales del Trabajo Social, da lugar a la emergencia de un escenario desconocido. Así la incertidumbre, el temor al contagio, la urgencia de la intervención, proyectando un futuro que se espera, pero que aún no llegó y la dificultad de organizar el trabajo cotidiano en entornos altamente disruptivos (Benyakar en Pérez Torrecilla, 2019), nos coloca a los profesionales en la necesidad de revisar y fortalecer los logros alcanzados en el trabajo, con anterioridad a la amenaza disruptiva del covid-19.

En este sentido, la necesidad de someter a revisión y supervisión las experiencias, buscando canales de reflexión colectiva y contención emocional, es un imperativo.

Así emerge también, la importancia de analizar la implicación de los profesionales en la intervención, en contexto de pandemia.

El conocimiento e inserción previa en los territorios, tal como lo demuestra la experiencia en análisis, se configura como un capital interventivo sustancial.

La estrategia política, social y sanitaria local, diseñada por el Estado municipal en el que se inscribe el trabajo profesional, es fundamental para comprender los alcances de las acciones y los recursos disponibles en pos de objetivos comunes.

Los esfuerzos previos por el trabajo interdisciplinario y los abordajes integrales en contextos de asistencia, se ponen de relevancia y adoptan un sentido definitivo en los abordajes de las situaciones de crisis.

Es un logro de la pandemia, el fortalecimiento de la estrategia de interacción entre las diferentes áreas municipales, a los fines de optimizar el trabajo, evitando la sobre-intervención que causa confusión, hartazgo y repercusiones dañosas en las personas. No podemos obviar, que la relación “cara a cara” en situación de entrevista social, permite al profesional generar un encuadre, para que el sujeto se ubique en el problema que atraviesa su vida en un momento dado, revise el impacto de la situación y sus recursos disponibles, con vistas a la resolución. En ese momento la asesoría del

profesional, la priorización de las cuestiones problemáticas y la evaluación de los recursos disponibles desde el Estado y los subjetivos, conducen al diseño y ejecución de la estrategia interventiva.

En el campo de la salud, la contención que genera el encuentro “cara a cara”, en el abordaje social de las situaciones problemáticas es irremplazable.

Sin embargo, en el partido de Bolívar se generó una red de solidaridad para el sostenimiento del aislamiento en el contexto de la cuarentena, a partir de múltiples acciones, por un lado se dio una resolución de alojamiento transitorio por parte del municipio, a un grupo de personas en situación de vulnerabilidad social, donde además el aporte alimentario, es una acción que se integra a la cotidianidad de la vida de las personas en situación de asistencia material y socio-afectiva; para las profesionales el acercamiento de la comida es la oportunidad para realizar una acción de seguimiento.

Las prácticas rutinarias de la intervención social (asistencia alimentaria, habitacional, medicamentos, accesibilidad a intervenciones médicas, evaluaciones e informes sociales de situaciones familiares conflictivas, la protección de la infancia y las juventudes, etc.) se resignifican en un contexto de producción de cuidados y fortalecimiento de las condiciones de salud.

Así como el estado de salud preexistente, tanto para un sujeto como para una población, se constituyen en variables fundamentales, respecto de la incidencia de la propagación del virus. En el campo del abordaje social, el grado de desarrollo y trabajo preexistente en las condiciones de vida de los grupos socialmente vulnerables, se configuran en el sustrato de condiciones al momento de intervenir para sostener, en términos epidemiológicos, una barrera al virus.

Desde esta perspectiva producir cuidados, no solo consiste en no infectarse, sino en generar las condiciones para evitar la mayor cantidad posible de efectos dañosos, producto del aislamiento.

En ambos casos, las políticas de Estado son el continente y en este sentido, las prácticas inherentes al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de una comunidad, señalan que tanto la atención médica, la resolución material de situaciones acuciantes, cuanto la contención socio-afectiva, se configuran como la demostración del marcado interés por el Otro.

Desde esta perspectiva y siguiendo el pensamiento de Enrique Audine (2019) nos inscribimos en la convicción del llamado a la ética, dado que para nosotras también la ética es el otro.

Conclusión

El contexto de la pandemia, fortaleció la noción de Salud como una realización social, política, ética y biológica, en el sentido del fortalecimiento de la capacidad del hombre de adaptarse activamente al medio.

Los postulados de aislamiento en modalidad de cuarentena, responden a lineamientos y visiones de la Salud como una producción social, situada geográfica, histórica y culturalmente determinada.

El modo mercantil de gestionar a la salud, enrolado en la estrategia neoliberal, enferma y mata. Desde esta perspectiva siempre hay ganadores y perdedores.

La política de salud de un país consiste en el diseño y ejecución de una estrategia del Estado, que ponga en el centro de la escena a la población como sujeto de derecho.

La intervención del Estado en la Argentina, en el contexto de la pandemia Covid-19 (aislamiento social preventivo y obligatorio, reorganización hospitalaria, creación de hospitales de campaña, establecimiento de protocolos de bioseguridad, etc.) y las diversas medidas tomadas en función del bien común, tienden a frenar la ocurrencia de muertes evitables y a compensar, en parte, las dificultades de los pobres para sostenerlas (ayuda alimentaria, aplazamiento de plazos y vencimientos de servicios esenciales, provisión de artículos de limpieza, asesorías profesionales, etc.).

Tales acciones cobran sentido en las posibilidades/imposibilidades que tiene el sistema de salud de afrontar la “malignidad” del virus, que pone en evidencia, por sobre todas las cosas, la “malignidad” del vaciamiento del sector público.

En este sentido, una vez más será el Estado, quien se valdrá de nuestros aportes (trabajadores con y sin empleo) para hacer frente a los sucesos, situaciones y áreas no rentables de la salud.

El trabajo territorial, en equipo desde un enfoque integral e interdisciplinario en el campo de la promoción y prevención de la salud, es el antídoto del individualismo y la meritocracia neoliberales, que tanto daño causaron a las mayorías del planeta.

Es de esperar que el trabajo de los equipos de salud y las muertes evitables en diferentes partes del mundo, nos dejen la certeza de la importancia social, política, económica y ética de la reversión del sistema de salud neoliberal, para dar lugar a la responsabilidad estatal en la gestión y promoción de la salud en tanto Derecho Humano fundamental.

Bibliografía

- Audine E. (2019). ¿Podrían los adolescentes ser el GPS de los docentes en su práctica educativa en la escuela secundaria? Videoconferencia realizada en el marco de la *Cátedra Prácticas de la enseñanza, Profesorado de Trabajo Social FTS-UNLP*.
- Camus, A. (1947). *La peste*. Francia, Éditions Gallimard
- Congreso de la Nación Argentina. (2014). Ley Federal de Trabajo Social 27.072.
- Danel, P. (2020). Habitar la incomodidad de la intervención en trabajo social. Videoconferencia realizada en el marco del *Laboratorio Audiovisual FHCS-UNPSJB*. Disponible en <https://www.youtube.com/channel/UCokFAZJVkBWDaevaDMXJLpA>
- Legislatura provincia de Buenos Aires. (1988-1989). Ley 10.751, Colegio de Asistentes Sociales y/o Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires.
- Pérez Torrecilla, S. (2019). De culpable a inocente. El caso del cuádruple crimen de La Loma. *Tesis de maestría*. FCM-UNLP. Disponible en <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/87542>

entre
dichos
Intervenciones y Debates
en Trabajo Social