

Trabajo Social y Pandemia. Una crónica de nuestra experiencia en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires

Mariana Quintela¹
Lucía Spinelli²
Florencia Fernández³

Resumen:

El escrito pretende reconstruir parte de nuestra experiencia como trabajadoras sociales en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires a partir de la irrupción de la pandemia por covid 19 y la declaración de la emergencia sanitaria. Haciendo especial énfasis en las transformaciones del escenario de trabajo y en nuestras tareas, reflexionando también el impacto en las condiciones de trabajo.

Palabras clave:

Salud Pública - Trabajo Social - Emergencia Sanitaria - Condiciones Laborales

Abstract:

The writing aims to reconstruct part of our experience as social workers in a public hospital in the City of Buenos Aires from the outbreak of the pandemic by covid 19 and the declaration of the health emergency. With special emphasis on the transformations of the work environment and our tasks, also reflecting on the impact on working conditions.

Keywords:

Public Health - Social Work, Health Emergency, Working Conditions

Introducción

En el presente escrito queremos compartir algo del recorrido de lo que fue el último año de trabajo en el ámbito de la salud en un contexto de emergencia sanitaria por pandemia de covid 19. Específicamente nos remitiremos a nuestra experiencia como trabajadoras sociales de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, que atiende población infanto- juvenil.

Inicialmente describiremos algo de la organización de la tarea previa al inicio de la emergencia sanitaria, para luego adentrarnos en las transformaciones institucionales y del Servicio, reflexionando sobre el impacto que esto tuvo en nuestras condiciones de trabajo y por su puesto en nuestras prácticas.

¹ Lic. en Trabajo Social (UBA), Servicio Social HNRG.

² Lic. en Trabajo Social (UBA), Servicio Social HNRG.

³ Lic. en Trabajo Social (UNICPBA), Servicio Social HNRG. Correo electrónico: floril87@gmail.com

Sobre el hospital y nuestro encuadre de trabajo

El Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez es un hospital de alta complejidad, que atiende niños y adolescentes, pertenece al subsector público de salud, no tiene área programática, ni otros efectores que dependan de él. Atiende niños y adolescentes de CABA, de provincia de Buenos Aires, fundamentalmente la zona norte, zona oeste y zona sur del conurbano, así como de otras provincias del país y países vecinos principalmente Paraguay, Bolivia, y Perú. Cuenta con 330 camas de internación y atiende aproximadamente 1.500 niños por día.

El equipo del Servicio Social está conformado por 15 trabajadoras sociales: 10 cargos de planta permanente, 1 jefa de servicio, 3 cargos de residencia (uno por cada año) y 1 cargo de jefa de residentes.

Sintéticamente podemos decir que los espacios de inserción son las diferentes salas de internación, consultorios externos y atención de demanda espontánea. Articulamos con otros efectores como hospitales, Cesac, organismos como la Dirección de Niñez de CABA (para gestión de recursos como acompañamientos hospitalarios, hogares convivenciales), Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y sus dependencias, Servicio Locales, Juzgados, escuela hospitalaria, equipos de orientación y docentes. Los procesos de intervención implican un gran trabajo con cada niño y adolescente, su familia, familia ampliada y referentes afectivos, así como con otros integrantes del equipo de salud de diferentes profesiones.



*Fachada del ingreso al hospital.
Imagen extraída de internet (1)*

Alteración de los escenarios de trabajo

Con el inicio de las medidas de aislamiento social disminuyeron drásticamente las consultas en el hospital: los consultorios externos suspendieron la atención (excepto pacientes graves o urgencias), disminuyeron las internaciones por causas clínicas y se derivaron las internaciones por salud mental a los hospitales monovalentes, ya que el Hospital Gutiérrez se incluía dentro del denominado “*anillo rojo*” de COVID⁴. En consecuencia, las consultas por demanda espontánea también se redujeron.



Pasillos vacíos, un retrato del hospital en pandemia. Foto tomada por una de las autoras en mayo de 2020

⁴ Los *anillos rojos, verde y amarillo* es un sistema de derivaciones de casos pensado para evitar el colapso de algunos efectores. En el *anillo rojo* se encuentran hospitales centrales del cuidado de adultos como el Argerich, Muñiz, Santojjani y Fernández. Y dos pediátricos: Elizalde y Gutiérrez.

Poco a poco comenzaron a darse los ingresos de niños con resultado positivo para covid. Cabe aclarar, que como todos sabemos el virus no se presenta en su forma grave en los niños (salvo casos excepcionales), por lo cual los criterios de internación fueron variando al son de la pandemia, pasando por tres momentos: en un comienzo se internaba a todo niño que presentara resultado positivo y a un cuidador, luego, se internaba a todo niño con resultado positivo que presentara alguna enfermedad de base (enfermedad crónica o niño con tratamiento oncológico, por ejemplo). Finalmente, solo se internó a quien presentaba alguna dificultad respiratoria y hubiera dado positivo.

TRABAJO SOCIAL Y PANDEMIA

Nuestro lugar en el hospital y los espacios de toma de decisiones

Para pensar la práctica profesional en el ámbito de la salud, un *concepto ordenador es el de campo de la salud*, que propone la corriente de la Salud Colectiva, “entendiendo como tal la convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (Spinelli, 2010: 276)

Es decir, que nuestras prácticas se inscriben en una trama más amplia y compleja que el sistema de salud, aunque lo contiene. Esta idea de campo nos permite representar ese escenario de trabajo en el que hay múltiples sectores de la política social, diversas instituciones, diversidad de actores e intereses, dónde hay fronteras difusas y donde existen conflictos.

Ante la declaración de la emergencia sanitaria se da una refuncionalización de los efectores de atención, un reordenamiento del campo, dirigiendo recursos humanos, prestaciones y servicios a la atención de la pandemia. Dentro del hospital se conforma un Comité de Crisis al cual el Servicio Social no fue convocado. Las medidas sanitarias relativas a la pandemia fueron fundamentalmente pensadas y tomadas desde una perspectiva biomédica. Fue necesario como trabajadores de salud desandar y deconstruir ese discurso bélico y la idea de “enemigo” que circulaba en los medios de comunicación, para poder pensar la pandemia con otras dimensiones que no hicieran foco solo en el contagio del virus sino también pensar el impacto en las condiciones materiales de vida de la población y de nosotras mismas, en tanto trabajadoras. ¿Qué pasaba con las determinaciones sociales de la salud? ¿Con los modos (materiales y simbólicos) de transitar las diferentes etapas de la pandemia y aislamiento de los diferentes sectores sociales? ¿Cómo acompañar en tanto profesionales de salud, una situación social desconocida, que también nos atravesaba a nosotras? Al decir de Rovere, *cómo pensar un servicio de personas, para personas*.

Las primeras semanas de trabajo fueron muy inquietantes, por la expectativa, la incertidumbre y la ansiedad que generaba la llegada del “pico” de contagios.

En un primer momento el Servicio Social no fue convocado a pensar la reorganización del hospital, al tiempo que las interconsultas por parte de los equipos médicos prácticamente se interrumpieron. Como Servicio comenzamos a preguntarnos y reflexionar en torno a cuál debía ser nuestra inserción en el nuevo escenario. Nos abocamos a la lectura de las primeras sistematizaciones de las experiencias en Europa,

principalmente en España, mientras esperábamos una demanda que todavía no llegaba.

La consecuencia de que el aporte del Trabajo Social haya sido subestimado en los equipos de salud implicó que se demandara su presencia en la urgencia: el egreso de pacientes positivos sin el alta médica; la imposibilidad de sostener aislamientos debido a las precarias condiciones habitacionales de la población; viviendas colectivas como hogares y paradores pusieron de manifiesto una vez más que la dimensión social de los procesos de salud- enfermedad- atención / cuidado (SEAC) no puede ser escindida de los propios sujetos.

A partir de entonces el Servicio Social comenzó a definir las líneas de acción para trabajar con los pacientes y sus acompañantes que transcurrían 14 días internados, en aislamiento absoluto, con escaso contacto con el equipo de salud⁵, afrontando además la incertidumbre frente a una enfermedad aún poco conocida. Decidimos empezar a hacer un acompañamiento telefónico a cada familia que ingresaba y evaluar, si requería otro tipo de intervención/ articulación o no. Hubo muchas familias que quedaron totalmente separadas entre hoteles y hospitales sin tener contacto telefónico mientras duraba la internación- aislamiento.



Otro pasillo del hospital en pandemia. Foto tomada por una de las autoras en junio 2020

Pensando otros procesos de intervención

Empezamos a trabajar fuertemente los cambios en la dimensión metodológica del proceso de intervención, a repensar las entrevistas, con un encuadre totalmente diferente al que estábamos acostumbradas, la mediación de un dispositivo tecnológico, el acompañamiento, la comunicación de información de maneras muy poco habituales. Para este proceso utilizamos el espacio de covisión externa, reuniones de

equipo así como el espacio de ateneo interno. El espacio de ateneo interno, fue retomado desde la virtualidad para poder contar con invitadas referentes en las temáticas, así como para poder invitar a otros Servicios del hospital.

Esos espacios de intercambio y encuentro fueron fundamentales para nosotras como trabajadoras, para sostenernos, para nutrirnos, para hacer una pausa, pensar, dudar, hacer catarsis y elaborar.

⁵ Cabe recordar que el criterio inicial de internación era un resultado positivo, por lo cual la persona y su acompañante eran internados para transitar el aislamiento, no demandando necesariamente atención médica. Quienes ingresaban a las habitaciones principalmente eran profesionales de enfermería en caso de ser necesario y quienes llevaban la comida.

Proceso de intervención y accesibilidad en contexto de emergencia sanitaria

Las actividades de gestión tuvieron mayor presencia en nuestro quehacer, por el hecho de que las familias no podían viajar por diferentes jurisdicciones (principalmente se dificultaba el ingreso a CABA) para gestionar medicamentos o turnos. En esta línea, activamos como Servicio el uso de otros medios de comunicación, nos hicimos de un teléfono celular (para comunicarnos con las familias vía whatsapp o para hablar dentro del hospital con personas aisladas); abrimos redes sociales como instagram y reactivamos el facebook del servicio. Las familias y las instituciones con las que trabajamos lo recibieron positivamente e hicieron uso de esos recursos, se pusieron en contacto y realizaron consultas por esos medios.

El lugar del trabajo social como gestores ha sido históricamente cuestionado y combatido por el colectivo profesional con perspectiva crítica, sin embargo en un contexto de aislamiento social (ASPO) y luego distanciamiento (DISPO), darle prioridad a esa dimensión de la intervención se constituyó como una forma de garantizar el acceso a la atención, a la continuidad de tratamientos, a la escucha, a la demanda de las familias con las que trabajamos.

En líneas generales, problematizamos nuestras incumbencias como trabajadoras sociales de un hospital público. Acá la dimensión institucional fue determinante para pensar las estrategias posibles ya que por las características del hospital (centralizado, con lógica verticalista y una fuerte jerarquización del saber médico, donde los rasgos del modelo médico- hegemónico son muy palpables), no resultaba tan evidente cómo pensarnos en este nuevo escenario.

Algunas reflexiones en torno a las condiciones de trabajo

La pandemia y declaración de emergencia sanitaria tuvieron un efecto negativo en nuestras condiciones de trabajo, tanto en su dimensión relacional como material.

Como ya se mencionó, la alteración del encuadre de trabajo fue repentina, en líneas generales podemos decir que hubo cambios en la organización, por ejemplo modificaciones en la *modalidad y contenido* de la tarea (inclusión de la virtualidad). Hubo una reducción de nuestra autonomía, ya que no tuvimos influencia en los espacios donde se tomaban las decisiones que afectan nuestro trabajo. Pero además, esas constantes modificaciones en el funcionamiento institucional, no siempre llegaban al Servicio Social en tiempo y forma, es decir no disponíamos con información actualizada para adaptarnos a esos cambios.

Por otro lado, durante la declaración de la emergencia sanitaria se suspendieron todas las licencias de trabajadores considerados esenciales; durante el año 2020 no hubo negociación paritaria, lo que implicó que nuestros salarios permanecieran desactualizados durante todo el año y hasta los primeros meses del 2021.

En tanto trabajadores esenciales tuvimos que sostener la actividad laboral, sin que se tuviera en cuenta aquellas personas que tenían familiares a cargo (niños u otras personas dependientes) y no contaban con otros cuidadores.

Debimos disputar en nuestro hospital, y como colectivo profesional en diferentes hospitales, contar con equipo de protección personal (EPP) acorde a nuestra tarea: barbijo quirúrgico y máscara protectora fundamentalmente, así como disponer de espacios donde poder entrevistar de manera cuidada (con ventilación y otros tipos de protecciones como mamparas, por ejemplo)

Como señalan varias autoras de nuestro colectivo profesional en diversos trabajos (Siede (2015), Castrogionvanni, Simonotto y Viedma (2015)), las condiciones de trabajo tienen una doble determinación en el Trabajo Social, por un lado en nuestras condiciones y calidad de vida en tanto asalariadas, y por otro lado en los procesos de intervención que desarrollamos, *“porque son (las condiciones de trabajo) dimensión constitutiva de nuestros medios de trabajo, es decir, las políticas sociales que se constituyen como “respuestas” a las necesidades de la misma clase de la que formamos parte”* (Castrogionvanni, Simonotto y Viedma, 2015: 13)

Como contrapartida podemos mencionar algunas de las estrategias que se fueron desplegando para frenar la embestida y demandar mejoras laborales en ese contexto. A nivel equipo de trabajo, nos dimos los espacios para pensar y proponer desde nuestra incumbencia profesional acciones que pusieran el eje en la determinación social del PSEAC de les niñes, adolescentes y sus familias.

Desde un plano colectivo y gremial, fue fundamental el rol de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA (APSS) y la Asociación de Profesionales del HNRG, en la defensa de nuestros derechos como trabajadoras del ámbito de salud. Ambas asociaciones tuvieron una participación activa en conocer la situación de cada hospital y centro de salud, nuclear y organizar las demandas, en un contexto de embestida de los derechos laborales edulcorado del adjetivo *esenciales*.

Palabras finales

Este escrito fue realizado al calor de los hechos, recuperando algunas notas tomadas hace un año atrás al inicio de la pandemia en nuestro país. Seguimos preguntándonos qué va a quedar de todo esto, y con incertidumbre en relación a las próximas etapas de esta pandemia, pero identificando algunos efectos ya visibles en nuestro espacio trabajo cotidiano: aumento significativo de consultas en la demanda espontánea a medida que se fue permitiendo la circulación de personas, una gran cantidad de personas que quedaron desocupadas desde el momento en que se dispuso el ASPO (fundamentalmente quienes realizaban trabajos en condiciones informales, changarines.) Se observa un aumento de internaciones por interrupción de tratamientos crónicos; en el caso de salud mental, un incremento significativo de reinternaciones frente a la imposibilidad de acceder a tratamientos ambulatorios, entre otros.



Fragmento de Guernica (P. Picasso, 1937) (2)

Deseamos que vengan tiempos de encuentro e intercambio, para compartir las experiencias y estrategias que nos dimos en nuestros lugares de trabajo, donde la creatividad y resistencia de un sector de los trabajadores fueron en la búsqueda de producir servicios de cuidado más humanizado, entre nosotres y para con les usuaries.

Bibliografía

CASTROGIOVANNI, N.; SIMONOTTO, E. y VIEDMA, G. (2015) "La precariedad en nuestras vidas. Condiciones de trabajo en la contemporaneidad del Trabajo Social" realizado por la Secretaría de Asuntos Profesionales del Consejo Profesional de Trabajo Social de la CABA en noviembre de 2015.

RÓVERE, M. (SF) "Democratizar para construir" en Revista Soberanía Sanitaria. Disponible en <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/democratizar-para-construir/>

SIEDE, V.(2015): Trabajo social y mundo del trabajo: reivindicaciones laborales y condiciones de la intervención, Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, La Plata

SPINELLI, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva, 6 (3), 275-293. ISSN: 1669-2381. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=731/73115348004>

(1) Disponible <http://www.latitudperiodico.com.ar/salud%20y%20ciencia%202013.htm>

(2) Disponible en <https://www.culturagenial.com/es/cuadro-guernica-de-pablo-picasso/>