



Universidad Nacional de Rosario

•Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Escuela de Trabajo Social.

Trabajo Integrador Final

“Salud y Cuidado en las Intervenciones de Trabajo Social. Problematicando sobre prácticas en el Hospital del Centenario. Prácticas de cuidado y Trabajo Social en el Hospital General”

Modalidad: Práctica disciplinar.

Autora: Juliana Romero

Directora: Georgina Olivera

Julianaromero.jfr@gmail.com

Rosario, Octubre del 2023

Agradecimientos

A mi familia, en especial a mi abuela, mi tío y mi mamá, que me hicieron sentir que podía estudiar y ser quien quisiera.

A mis amigas y compañeras, Anto que me acompaña siempre, Caren, que me alienta a seguir, Yani y Cande con quienes puedo compartir todo.

A mi amiga Lucía, que me lee y me corrige desde la primaria.

A Georgina, que aceptó ser directora de este trabajo, me guió y me dio libertad para escribir.

A las trabajadoras sociales que me abrieron las puertas del centro de prácticas y me permitieron aprender de ellas y a mi compañera de prácticas, Gabi, con quien pude disfrutar del proceso de prácticas y del proceso de escribir sobre las mismas.

A todos los compañeros y los profesores que pude conocer durante este proceso.

Y por último a esta facultad que me abrió las puertas y me dio la posibilidad de descubrir un espacio donde pertenecer y crecer con otros.

Índice

Agradecimientos	2
Índice	3
Tema de Interés.	5
Fundamentación	6
Introducción	7
Objetivo	8
Metodología	8
Capítulo I	10
La Concepción de Salud y la Disputa de Sentido Para Entender la Salud y el Cuidado.	10
Paradigmas, Origen y Disputas de Sentido.	11
Definición de Salud como “Proceso Salud, Enfermedad, Atención” a “Proceso Salud, Enfermedad, Cuidado”.	16
Otras Concepciones de Salud.	17
Capítulo II	21
Sistema de Salud en Argentina	21
La Organización de la Salud Pública en Santa Fe y su Posicionamiento.	22
Organización del Sistema Sanitario Provincial.	24
Capítulo III	26
El Trabajo Social en el Hospital del Centenario.	26
Origen del Hospital del Centenario.	26
Organización del Hospital.	27
Cuidados Progresivos.	27
El Servicio de Trabajo Social.	28
Conformación del Servicio de Trabajo Social del Hospital Centenario.	32
Capítulo IV	33
Trabajo Social, Internaciones e Intervención en Cuidado.	33
Introducción a la Problemática del Cuidado como Demanda de Intervención Urgente.	35
Les Pacientes Internados y el Derecho al Cuidado.	40
Capítulo V	44
Familiarización del Cuidado y Feminización del Cuidado en el Hogar y en la Internación.	44
Familia, Cuidado y Responsabilidad.	47
Críticas a la Familiarización ¿Qué familia pensamos?	50
Capítulo VI	54
Crisis del Cuidado.	54
Cuidadoras Contratadas en el Hospital.	56
El Trabajo de Cuidar.	57
Capítulo VII	60
Pandemia y Emergencia en Salud.	60
Pandemia y Cuidado.	61
El Trabajo Social y la Pandemia en el Hospital Centenario.	62

El Cuidado en la Agenda Post-Pandemia.	67
Reflexiones Finales.	70
Propuesta de Intervención	72
Fundamentación.	73
Tendrá como Objetivo:	74
El dispositivo deberá:	74
Destinatarios:	75
Bibliografía	77
Anexo.	80

Tema de Interés.

El tema de interés de este trabajo surge a partir de reconocer como el brindar y acceder a cuidado impactó en mí durante el proceso de formación como trabajadora social, desde las demandas de cuidado en mi familia, hasta las oportunidades de salidas laborales.

Parto del análisis de este tema situándome desde mi lugar de mujer, hija de una cuidadora y nieta que brinda cuidados. Comprendiendo que mi trayectoria de vida me llevó a interesarme sobre la relación y el impacto del cuidado en la salud de las personas quienes necesitamos de los mismos y quienes los brindan.

Este tema de interés y mis propias experiencias resonarán durante mis prácticas cuando el cuidado aparezca en el relato, en la trayectoria de atención y en la demanda de otros.

Durante mis prácticas profesionales mi interés se abrió a múltiples interrogantes sobre la intervención profesional en el campo de la salud. El proceso de formación me sirvió para construir una mirada crítica sobre las intervenciones profesionales en este campo, reconociendo la disputa por definir distintas maneras de concebir la salud y actuar en consecuencia.

Estas disputas se veía reflejada en las situaciones abordadas en las prácticas profesionales donde aparecía una demanda por acceder a cuidados de terceros que, según los posicionamientos, sería o no percibida como incumbencia de los profesionales.

En este trabajo buscaré aportes teóricos que me sirvan para abordar desde una mirada crítica esta problemática. Este análisis se centrará en los conceptos de salud integral, cuidado e intervención de Trabajo Social.

La elección del material bibliográfico no es ingenua, si no que se basa en la búsqueda de generar un pensamiento crítico, que parta de la perspectiva de derechos, reconociendo a la salud integral y al cuidado como derechos; de un posicionamiento feminista, que reconoce las desigualdades generadas por el sistema patriarcal del que formamos parte; incluiremos aportes de teorías que creemos aportan a romper no solo con las miradas binarias sobre los cuerpos, sino también, la mirada binaria sobre la salud - enfermedad. En palabras de

Hermida (2018) “La teoría es una herramienta para no apelar al sentido común y a la ideología dominante a la hora de dotar de sentido las realidades en las que intervenimos”(p.16)

Buscamos que estos aportes nos sirvan para proponer intervenciones que se orienten a garantizar derechos, evitando reproducir lógicas opresivas de intervención.

Fundamentación

El cuidado, como trabajo familiar y laboral, es un tema que atravesó todo mi proceso de formación profesional, brindando cuidados por “amor y mandato” y, como inserción laboral, siendo testigo de las dificultades y las repercusiones de no poder acceder al mismo. Por este motivo la elección de este tema no es ingenua, sino que busca problematizar y repensar una problemática que me interpela tanto en mi formación como en mi día a día.

Algunos de estos aspectos se harán visibles en las intervenciones del trabajo social en internaciones de adultos y el proceso en el que se busca garantizar el acceso al cuidado una vez dada el alta médica.

Resaltamos la importancia partiendo de considerar a la salud de manera integral y como un proceso, en contraposición a la consideración de la misma como un estado dicotómico de salud o enfermedad; y la importancia de pensar al cuidado como derecho, comprendiendo como “el conjunto de actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción humana y social” (Pautassi, 2016, p. 35). El acceso a cuidar y ser cuidado impactará en la capacidad de reproducción de la vida diaria de todas las personas y en el bienestar, tanto, de los cuidadores como del sujeto de cuidado.

En este sentido, reconocemos las problemáticas que surgen cuando la dependencia de terceros para recibir cuidados se hace presente de manera repentina, la dificultad de acceso al mismo, la demanda de intervención a trabajo social.

Desde una perspectiva feminista buscamos analizar la invisibilización de cuidado como trabajo en el ámbito doméstico, su impacto en la doble o triple jornada laboral femenina; y como la descalificación como trabajo, entre otros trabajos considerados

femeninos, impacta en el cuidado como empleo mal remunerado y que permanece, muchas veces, en el ámbito de la informalidad.

Introducción

Este trabajo Integrador Final se propone recuperar los procesos de intervención profesional, en campo de la salud, en relación a demandas de cuidado desde una mirada integral, a partir del análisis de situaciones de intervención del Trabajo Social, vivenciadas en las prácticas profesionales en el hospital del Centenario, realizadas en el año 2019.

Trabajaremos sobre los diferentes posicionamientos, las distintas formas de concebir y abordar la salud, y su impacto a la hora de limitar o ampliar las intervenciones institucionales y su relación con las intervenciones profesionales frente a problemáticas relacionadas al cuidado. Para ello nos centraremos en tres conceptos: salud integral, cuidado e intervención profesional del trabajo social.

En el Capítulo 1, nos centraremos en ver la disputa de sentidos entre los distintos paradigmas que fueron surgiendo en salud y como estos incluyen o no al cuidado como parte del proceso de salud.

En el Capítulo 2, veremos la organización del Sistema de Salud en Argentina, nos centraremos en el sistema de salud público, el reconocimiento de la salud como derecho y la Atención Primaria de Salud en Santa Fe como estrategia de salud que contempla la continuidad en el proceso de atención y que contempla al cuidado como parte de este proceso.

En el Capítulo 3, veremos la inserción del Trabajo Social en la dinámica institucional del Hospital del Centenario, reconstruyendo la historia de la institución y su organización actual. Analizaremos las transformaciones en las formas de intervenir del Trabajo Social en la profesión y nos posicionamos sobre el sentido de las mismas.

En el Capítulo 4, introduciremos sobre la problemática del acceso al cuidado: cuando comienza a ser percibida en el proceso de prácticas, cómo llega la demanda al trabajo social y cómo se construyen las intervenciones. Pensaremos el cuidado como derecho para les

pacientes, aportando a pensar las posibilidades y limitaciones a la hora de garantizar en las internaciones.

En el capítulo 5, a partir de aportes feministas veremos como se ha asignado el cuidado como responsabilidad familiar y femenina. Partiendo de estos aportes analizaremos situaciones de mujeres internadas, su rol de cuidadora y el impacto en su propio cuidado y su salud.

En el Capítulo 6, analizaremos cómo se relaciona la creciente demanda de cuidados en el hospital con un contexto de “crisis del cuidado”. Veremos como la alternativa al cuidado familiar es la contratación de cuidadoras en el mercado laboral. Las características de este trabajo y las posibilidades y limitaciones que ofrece como alternativa a brindar acceso al cuidado en el hospital.

En el Capítulo 7, reconstruiremos el periodo posterior a las prácticas profesionales, ya que, la Pandemia del Coronavirus impactó directamente tanto en el funcionamiento de las instituciones de salud como en el trabajo del cuidado. Finalizamos analizando las políticas que surgen recientemente directamente dirigidas a garantizar el cuidado como derecho.

Para finalizar planteamos una propuesta para mejorar el acceso al cuidado y continuar reclamando por recursos dirigidos a garantizar desde las instituciones de salud.

Objetivo

Reconocer las problemáticas que surgen en relación al acceso al cuidado y la salud de las personas en las situaciones presenciadas en las salas de internación de adultos del hospital del Centenario durante las prácticas realizadas en el año 2019.

Metodología

La metodología de este trabajo será un análisis del tipo cualitativo. Siguiendo a Ruth Sautu (2003) “La investigación cualitativa (...) se apoya sobre: la idea de la unidad de la realidad de ahí que sea holística y en la fidelidad a la perspectiva de los actores involucrados en esa realidad”. Desde esta perspectiva partimos de la lectura de material bibliográfico, buscando aportes teóricos de distintas miradas que permitan analizar, en el proceso de

práctica profesional realizado en el año 2019 en el Hospital del Centenario, las problemáticas planteadas como objetivo.

Partiendo de comprender que, para el abordaje del tema planteado, será fundamental considerar “la interacción mutua entre actores, la construcción de significados y el contexto en el que actúa” (Sautu, 2003).

En este trabajo se recuperarán los trabajos prácticos realizados en las materias Práctica Profesional VI y V, entrevistas realizadas a profesionales y registros en el cuaderno de campo. Además se realizaron nuevas entrevistas para conocer el funcionamiento del Hospital en el periodo de Pandemia, ya que, consideramos que este período implicó grandes transformaciones en las formas de abordar la salud y el cuidado.

Este material se pondrá en tensión con los aportes teóricos en relación a los conceptos centrales de salud, cuidado y Trabajo Social a lo largo del trabajo y para finalizar con una propuesta de intervención.

Capítulo I

La Concepción de Salud y la Disputa de Sentido Para Entender la Salud y el Cuidado.

Partimos de considerar que, para entender cómo se aborda y entiende el acceso al cuidado desde las instituciones de salud, debemos reconocer dónde surgen y cómo se sustentan los posicionamientos que disputan cómo se concibe la salud en la actualidad.

Comprendemos que las instituciones de salud forman parte de un campo, siguiendo a Bourdieu (2005), pensamos el campo como un escenario de lucha encaminadas a transformar y, por lo tanto, un sitio de cambio permanente.

Un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) cuya posesión implica el acceso las ganancias específicas que están en juego dentro del campo, y de paso por su relación objetiva con las demás posiciones (subordinación - homología). (p.150)

El campo salud está atravesado históricamente por cambios en el Estado y su direccionalidad política, pero, también, por la relación entre sectores: privados, asistenciales y caritativo; por el Mercado y por las luchas de Movimientos sociales. Actores que definirán, no sólo los tiempos y las reglas de juego sino, también, el capital en juego: prestigio, dinero, derecho.

El campo de la salud es dinámico, se transforma en el tiempo, se expande o contrae, según disputa o integra incumbencias con otros campos, fronteras que se han redefinido a lo largo de la historia a partir de concepciones de salud y de la lucha de poder entre sectores.

La disputa histórica a la hora de abordar la salud se fundamenta en distintos principios desde: la caridad y la moral; lo científico y el control social; el derecho y la mercantilización de la misma.

Dentro del campo las instituciones son escenarios no aislados donde se materializa en el día a día, en el accionar de sus actores, estas transformaciones que impactan en la organización institucional, la administración de recursos, humanos - técnicos, disponibles y en el lugar que ocupan los profesionales de hegemonía o subordinación. Es decir, el lugar de prestigio y el poder asignado a cada profesión en determinado momento.

Se distinguen algunos paradigmas que han instaurado formas de concebir qué se entiende por salud y, por lo tanto, cual será incumbencia del campo, impactando en la organización política - institucional del mismo.

Estos paradigmas están vigentes, conviven y se disputan sentidos que, muchas veces, se sostienen de manera clara en lo discursivo, pero otras, se hallan de manera menos específica, impregnados en las prácticas de los profesionales a la hora de definir, abordar y problematizar las intervenciones en salud.

A su vez, los encontramos en el discurso oficial de cada institución, materializado en sus disposiciones institucionales y en su organización interna. Estas, a su vez, están atravesadas tanto por las políticas dirigidas a la salud, como por las leyes nacionales, Acuerdos y Tratados Internacionales.

Estas características impactan directamente en su forma de organización, asignación de recursos humanos y materiales y la manera en que las instituciones definen “salud”, implicando una direccionalidad política a la hora de plantear la atención de los pacientes, oscilando entre definiciones de salud como derecho o mercancía.

Paradigmas, Origen y Disputas de Sentido.

El primer paradigma a distinguir es el denominado biologicista o biomédico. Esta forma de concebir la salud se enfoca en las manifestaciones de las enfermedades sobre el cuerpo de los individuos y busca “curar” esos cuerpos.

Las explicaciones de las causas de la enfermedad van variando a lo largo de la historia de la medicina. Se piensan sus orígenes con las teorías miasmáticas, en el siglo XIX, estas sostenían que las enfermedades se producían por el contagio con sustancias putrefactas o los malos olores que emanaban de la materia en descomposición.

Las formas de explicar las causas de las enfermedades y sus formas de transmisión irán evolucionando, junto con los avances investigativos de la medicina; como el descubrimiento de los microorganismos o los avances en investigación genética, pero, este paradigma se caracteriza por la explicación unicausal de la enfermedad, centrada en sus aspectos físicos y biológicos.

El desarrollo de las ciencias de la época no permitía que estos conocimientos se integraran a los provenientes de la actividad económico-social y psicológica y su papel en el condicionamiento de la salud y la enfermedad. Al concebirse por separado, se creaba un cerco biológico al conocimiento médico; se asistía al nacimiento del paradigma biologicista de la medicina. (Gonzalez Perez; 2002)

Este paradigma se caracteriza por poner todo su enfoque en el avance de técnicas médicas y en el poder curativo de los medicamentos. Esta idea de “medicalizar” la salud será sostenida como respuesta primordial para combatir las enfermedades hasta la actualidad.

Para referirnos a las prácticas sustentadas en este paradigma biologicista, en este trabajo, tomaremos la definición de Menéndez (1988) de Modelo Médico Hegemónico, por la que entendemos:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.(p.1)

Para comprender este modelo debemos entenderlo según el contexto en el que opera, comprendiendo su necesidad de interactuar con otras prácticas que buscan dejar en un lugar de subalternas.

Para posicionar al saber médico en este lugar hegemónico, se sustenta en rasgos que lo estructuran, estos son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y

pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

Entre estos, el biologicismo se destaca como principal, ya que, es a través de este, que se da cientificidad al método, ubicándolo en una posición de jerarquía frente a otros modelos explicativos. Será la base de la formación médica y el factor donde se concentran sus prácticas de intervención.

Si sumamos este factor al individualismo y a la asociabilidad comprendemos cómo las causas de las enfermedades se buscan exclusivamente en los cuerpos de los individuos, dejando relegadas las causas sociales e históricas.

Desde entonces se han transformado las definiciones de salud, han tomado mayor relevancia nuevos paradigmas a la hora de intervenir y comprender qué es salud. Estos conviven y disputan espacios con este Modelo Médico Hegemónico.

Surgirán otras miradas ligadas a pensar la influencia de las condiciones de vida de las personas en la proliferación de enfermedades, principalmente, el hacinamiento de grandes sectores de la población trabajadora

Ver estos factores como otro causal de la enfermedad influenciará una modificación sustancial de la salud pública. En nuestro país, a raíz del movimiento de los médicos higienistas, que advocarán por la modificación de las condiciones de vida de los sectores más precarizados de la población. Por una parte, instando al Estado a invertir en las mejoras estructurales de la ciudad, para evitar los hacinamientos y generar acceso al agua potable y cloacas, a la erradicación de pestes, etc. y, por el otro lado, con medidas de control y moralización de la población.

Un cambio relevante en cómo se entiende la salud, se mostrará en la definición de la OMS de 1948, donde la define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Agregando los aspectos sociales y mentales al aspecto físico /biológico en que se centraba antes.

Esta forma de comprender la salud, donde los factores sociales y mentales serán tenidos en cuenta, pero en un lugar secundario, complementario, será sostenido por el modelo denominado sanitarista. Este modelo reemplaza la explicación monocausal de la enfermedad (actuación de un agente patógeno en la aparición de los procesos mórbidos) por una explicación multicausal, donde intervienen, a la par que agentes de origen biológico natural, otro conjunto de agentes de origen social, psicológico y ambiental. Aunque contempla la presencia de agentes distintos de los biológicos, privilegia, en definitiva, a estos últimos.

Siguiendo a Laurell (1982), es a partir de la década de los 60' que aparecen fuertes críticas desde un nuevo enfoque a partir de movimientos sociales que buscan pensar y analizar las enfermedades de manera colectiva e histórica, criticando el enfoque individualista y biologicista que ya no lograban dar respuestas que explicaran las enfermedades y la manera que afectaba a la sociedad.

Mientras que en los años del Estado de bienestar se puede constatar una mejora del estado de salud de la población, esto no continuará así en los años '60. Si bien, los descubrimientos y el avance de la ciencia médica siguieron mejorando las formas de entender y atender las enfermedades, esto no se verá reflejado en una mejoría en la salud general de la población.

Para las nuevas corrientes críticas, de la Medicina Social, lo anterior muestra cómo es necesario poner más el foco en los factores sociales e históricos a la hora de pensar en salud. Estas corrientes se oponen al carácter biologicista, ahistórico, asocial, individualista, de "participacionismo subordinado y autoritario, que da lugar a un tipo de práctica médica centrada en lo curativo más que en lo preventivo.

Esta nueva corriente señala que, durante los años de Estado de bienestar, gran parte de la población podía acceder a la atención médica gracias a las políticas de pleno empleo que permiten, no sólo un salario mínimo, que garantiza un bienestar diario, también acceso a la cobertura de salud. Con las nuevas políticas desarrollistas comienza a acentuarse la

desigualdad a la hora de acceder a la salud y con ellas empieza a decaer la salud de la población.

Para el paradigma de la medicina social los fenómenos de reproducción social, las clases sociales y el proceso de trabajo, se conciben como variables explicativas del proceso de salud-enfermedad de los distintos grupos humanos. Se postula principalmente el análisis de la salud-enfermedad como *proceso social* en el que intervienen factores de orden económico – social, político, ideológico y cultural.

Así, el *proceso salud - enfermedad* es visualizado como fenómeno multidimensional, en el que intervienen distintos condicionantes, los cuales, si bien se expresan en individuos concretos y, por lo tanto, parten de su constitución orgánica y biológica, se configuran sobre patrones sociales.

Para este enfoque, lo social no aparece como una dimensión más, sino que es la dimensión que explica el proceso en sí.

La aparición de la medicina social latinoamericana será fundamental para romper con la dicotomía salud - enfermedad y empezar a concebirla como un proceso. Esta forma de concebir la salud no sólo implica una modificación en el abordaje de la misma, sino un cambio en el lugar que ocuparán las, antes consideradas profesiones subalternas, entre las que se encuentran el Trabajo Social.

Siguiendo a Stolkiner (2010)

El derecho a la salud ha sido una de las premisas de la medicina social latinoamericana y ésta ha cumplido un papel en la tarea teórica y política de deconstruir los postulados de los discursos dominantes en el campo de la salud (p.89).

Un cambio fundamental en la forma de concebir la salud surgirá a partir de la Conferencia Internacional de Salud Alma Ata, realizada en el año 1978 en la URSS, con participación mundial. Esta será clave para comenzar a comprender a la salud como un derecho humano y para reconocer las desigualdades existentes en el acceso a la salud como responsabilidad del Estado.

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (Alma Ata: 1978)

Convoca, de esta forma, a los Estados a generar estrategias aplicando todas las tecnologías y conocimientos en salud para brindar acceso a la salud de la población, generando estrategias de atención, prevención y promoción, reconociendo los factores económicos y sociales como factores que condicionan la salud de la población. Por lo tanto, promueve las acciones pensadas con la interacción de distintos sectores o campos y con la participación de la comunidad.

Teniendo en cuenta estas ideas, se propone la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que busca presentarse como el primer contacto del sistema de salud con los individuos.

Más adelante desarrollaremos las características con las que se planteó la Estrategía de APS en nuestro país y en Santa Fe.

Definición de Salud como “Proceso Salud, Enfermedad, Atención” a “Proceso Salud, Enfermedad, Cuidado”.

Un cambio que nos interesa abordar en la concepción de salud colectiva, es el pasaje de la concepción del proceso “salud, enfermedad atención” al de “salud, enfermedad, cuidado”. Siguiendo a Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014), comprendemos que se trata de un cambio en la denominación que implica un abordaje del proceso de salud más allá de la atención y el abordaje médico.

Para los autores, el término cuidado tendrá distintos usos: el primero entiende por éste una dimensión de las prácticas en salud relacionada a lo vincular/afectivo; el segundo nombrar como cuidado a las prácticas no formales en salud; el tercero reivindica el término en cuestión como un concepto superador de la simple atención, a partir de características

como la integralidad y la participación; el cuarto plantea al “cuidado” como eje que orienta la atención centrándose en los usuarios; y, finalmente, el quinto usa este término como sinónimo de atención. (Michalewicz et al., 2014)

Estos usos abrirán debates en cuanto a sus implicancias. Los autores concluyen que en esta disputa de sentidos se pueden distinguir dos concepciones generales, por un lado la de ampliar el proceso de atención a partir de una mirada integral de la salud que incluya el cuidado y, por otro, la idea del concepto de “cuidado” implicando la relación ética del personal médico con los pacientes.

Creemos que la inclusión de este término permite visibilizar el proceso de salud más allá de las prácticas de atención, comprendiendo que la salud ya no se limita a la ausencia de enfermedad, sino al estado de bienestar físico, social y mental, por lo tanto su abordaje trasciende lo institucional y, a la vez, permite reflexionar sobre el vínculo que se establece entre profesionales de salud y pacientes en el proceso de atención.

Esta forma de comprender la salud permite desdibujar los límites que se intentan plantear a las intervenciones en salud y reconceptualizar las incumbencias del campo.

Para el desarrollo de este trabajo nos centraremos en la potencialidad que brinda este concepto para plantear al “cuidado”, brindado por un otro o propio, como autocuidado, y comprendido como: “el conjunto de actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción humana y social” (Pautassi, 2016, p. 35). Aspecto fundamental para entender el proceso de salud de las personas, ya que, continuando con la autora, estas actividades son centrales para sostener la vida de las personas, incluyen: “actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción humana, y ofrece elementos físicos, simbólicos y emocionales que posibilitan la vida en sociedad”(p.36).

Otras Concepciones de Salud.

En los últimos tiempos han tomado relevancia posicionamientos que buscan conocer otras visiones de salud posibles que, aunque no estén presentes en las disputa institucional

por la mirada hegemónica sobre la salud, son formas con que día a día las personas entienden y vivencian su salud.

Creemos que tener presente que cada una puede comprender de distinta manera y priorizar distintas prácticas para el cuidado de su salud y de su cuerpo es fundamental cuando tratamos de pensar el cuidado como práctica de salud, ya que, todas las actividades relacionadas al mismo se darán en el ámbito de la cotidianidad y se construyen día a día por cada persona y su entorno. Estas formas diversas de pensar el cuerpo y la salud deberán encontrar una forma de dialogar o intercambiar con las formas más hegemónicas o establecidas en cada institución en el momento de la atención o en los procesos de internación.

Tomamos entonces los aportes de Paz y Ramirez (2019) que piensan en “saludes” entendiendo las diversas formas que hay de comprender y vivir la salud según cada sujeto.

Nosotras coincidimos en que no podemos pensar en una salud, en la salud, sino en saludes diversas y plurales, porque si hay un único modo de salud, no puede ser sino opresivo. Desde este enfoque crítico, podemos pensar que la salud es un proceso histórico - social que incluye enfermedades y padecimientos, sus modelos sociales de atenderlos, así como la compleja red de cuidados que una sociedad posee. En este sentido las saludes son procesos relacionales de cuidado y sus modos de gestionarlo. (p.95)

Estas concepciones de salud buscan reivindicar el lugar del cuidado en los procesos de salud de las personas.

Siguiendo esta línea, tomando aportes la autora Pérez (2019), que habla de la “hiper corporización” de los sujetos para entender cómo los cuerpos considerados “anormales”, son solo vistos por este aspecto que los marca como tales, el aspecto a “curar”. La autora lo plantea desde la teoría queer para entender cómo los sujetos son atravesados por una mirada normalizadora de los cuerpos y “una visión de salud que reduce a los sujetos a su cuerpo”, y cómo esta mirada “normalizadora “atraviesa todos los cuerpos y los define: “tanto su sexualidad o género, su capacidad motriz, su talla”(p.34).

Esta noción de “salud” que reduce cada sujeto a su cuerpo, y este a sus características marcadas como “anormales”, es acompañada por otra concepción de reducción: la de plantear la salud como “falta de enfermedad”. Pensar desde una noción amplia de salud implica, por el contrario, considerar las condiciones de existencia de esos cuerpos y esos sujetos, algo particularmente relevante en el caso de personas socialmente marginadas(p, 34)

Continuando desde esta mirada, cuando se entiende la salud desde esta concepción binaria salud - enfermedad, y la salud como el “estado por defecto” no se piensa en la necesidad de acceder al cuidado por fuera del período específico de enfermedad.

La enfermedad -y los correspondientes cuidados- son algo pasajero y puntual. Así como la salud es el estado “por defecto”, encontramos que, como contrapartida, la enfermedad es concebida como propia de algún momento específico y, en muchos casos, atribuida a la culpa individual de la persona enferma. Por consiguiente, excepto en aquellos eventos puntuales de enfermedad, se da por sentado la no necesidad de cuidados, ayuda, asistencia o acompañamiento, ya sean privadas o del Estado.(p.36)

Consideramos fundamentales los aportes de estas autoras a la hora de comprender los procesos de atención de las institución de salud, sus posicionamientos y la forma de relacionarse con los pacientes. Continuando con estos aportes, comprendemos que una internación implica para los pacientes que sus cuerpos serán intervenidos y asistidos por diversos profesionales, médicos y enfermeras y por distintas tecnologías médicas. La atención brindada dependerá de su condición física y dependiendo del nivel de complejidad serán más o menos dependientes de la vigilancia profesional y de elementos externos.

La forma de intervenir sobre los cuerpos no solo dependerá de una concepción de salud - enfermedad, validada desde un discurso médico, sino también una forma de entender los mismos cuerpos, una idea de qué es un “cuerpo normal” y “cuerpo sano”.

Si bien hay un derecho del paciente, establecido por la Ley 25.529, de rechazar o aceptar tratamientos y a ser informados sobre a qué tratamientos pueden acceder,

dependerá de la mirada médica, sus conocimientos y los procedimientos y recursos disponibles definir hasta qué momento serán acompañados, qué medicamentos les serán prescritos.

En última instancia las intervenciones sobre los cuerpos son debatidas y definidas por el equipo médico, por esta razón sostenemos el uso del término “paciente” haciendo referencia a los sujetos que transitan las internaciones, en contraposición al término “usuario” que implica una autonomía en la decisión sobre los procedimientos a realizar.

Si la mirada para abordar la salud es biologicista se centrará en intervenir sobre los cuerpos, enfocándose sobre aquel aspecto que los torna “anormal”, se reduce la mirada, y las personas son concebidas a partir de esa cualidad, no como sujetos sino como cuerpos con patologías a curar.

Capítulo II

Sistema de Salud en Argentina

En Argentina el acceso a la salud, concebido de manera integral, es un derecho que puede encontrarse referenciado en la Constitución Nacional, principalmente en el artículo 42, y por la adhesión a Pactos y Tratados Internacionales que lo sustentan con la misma jerarquía. Por lo tanto, garantizar el acceso al mismo y regular los efectores de salud estarán a cargo del Estado.

El sistema de salud en Argentina está compuesto por los sectores Privado, Público y de Obras Sociales, sobre los cuales el Estado será el encargado de regular su funcionamiento. A través del Ministerio de Salud de la Nación y de la Superintendencia de Servicios de Salud, se regula el correcto funcionamiento de Obras Sociales y Prepagas, dentro de lo cual, cabe destacar, se busca asegurar la cobertura del PMO (Programa Médico Obligatorio) que, sancionado por el decreto 492, establece las prestaciones básicas que deben ser garantizadas por los prestadores.

Siguiendo a Spinelli (2010), sostenemos que pensar al sistema de salud como “dividido” en tres sectores puede ocultar la constante dinámica e intercambio entre los mismos. Entre ellos, hay una constante lucha por un capital económico y por establecer procedimientos para la atención y el cuidado de la salud.

Los efectores públicos buscan limitar su atención a personas que no cuenten con obras sociales, o prepagas, por lo cual, el acceso de la población a la atención en efectores dependientes de cada “sector” se verá alterado dependiendo de distintos factores, como la capacidad adquisitiva para acceder a servicios privados y la permanencia en un trabajo con contratación formal que permita el acceso a obra social. De esta forma el proceso de atención de las personas a lo largo de su vida puede verse fragmentado entre los distintos efectores.

A la vez, es común la derivación de distintas prácticas entre sectores, los hospitales públicos a través de la Ley de Autogestión pueden brindar atención a personas con obra social y luego facturarlas a sus prestadores o pueden contratar servicios de privados que no

estén disponibles en los efectores públicos para brindarle acceso a usuarios de la salud pública.

La Organización de la Salud Pública en Santa Fe y su Posicionamiento.

Para comprender los lineamientos que atraviesan a la institución del Hospital del Centenario debemos comprender la organización provincial de la que depende. La salud pública estará organizada a partir de la Atención Primaria de la Salud, esto implica un cambio paradigmático que, no solo impacta en la comprensión de la salud, sino también, en la lógica de atención.

La Atención Primaria de la Salud tiene su origen en la Conferencia Internacional de Salud en Alma Ata, organizada en el año 1978 en la URSS, que tiene como lema “salud para todos en el año 2000”. Como dijimos, la declaración de Alma Ata establece a la salud como completo bienestar físico, mental y social y derecho humano fundamental que los Estados participantes deben comprometerse a garantizar.

En Argentina, el momento de la implementación coincidió con un modelo de desarrollo neoliberal, en el marco de un gobierno dictatorial, que buscaba el achicamiento de las inversiones Estatales e incorporó las ideas de “focalización” de la atención, como forma de “acortar gastos en salud”, delimitando las poblaciones que tenían mayores necesidades y; la idea de “descentralización” delegando la responsabilidad de atención a las provincias.

Más allá de la estrategia con la que se implementó en un primer momento desde un modelo neoliberal, la estrategia de APS será implementada en nuestra provincia retomando los objetivos planteados en sus orígenes.

En Santa Fe, la atención primaria de la salud es una estrategia que tiene como principales objetivos la promoción, prevención y atención de la salud.

La APS será una estrategia para vincular el sistema de salud que “está estructurado para cuidar y dar respuesta a las necesidades de salud de la población” (Gobierno de Santa Fe, s.f).

Se implementa la lógica de descentralización buscando romper con el hospital como efector central de la atención, brindando en cambio atención primaria cercana a través de

centros de salud (CS). Estos centros están ubicados estratégicamente en determinados territorios y tendrán una población a cargo, una población adscrita, a la que corresponderá un equipo interdisciplinario referencial.

A su vez, cada CS deberá coordinar con efectores de media y alta complejidad, articulados por mecanismos de referencia y contrareferencia donde se comparta información del recorrido institucional de los pacientes.

La *referencia* constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La *contrareferencia* es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario. (Vignolo et al., 2011, p. 12)

La coordinación entre estos niveles de atención dependerá de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, que tiene como principal función articular entre los distintos efectores.

Se busca de este modo garantizar el acceso y la continuidad de la atención conformando una red de establecimientos y dispositivos de atención con criterio de redes escalonadas que garanticen progresividad en los cuidados, que constituyen tres niveles de atención cuya complejidad estará determinada por disponibilidad de tecnología y especialización.

La APS comparte principios con la salud colectiva o medicina social, en el acercamiento y participación de la población; en la idea de generar estrategias para la prevención y promoción de la salud y en la idea de la atención integral de la salud. Postulando una ruptura con las concepciones biologicistas o sanitaristas donde se centraba la atención en "curar" enfermedades.

Esta concepción al plasmarse en la realidad abre preguntas sobre los límites de la intervención de los efectores de salud. Siguiendo a Campana (2012):

La propia noción de integralidad es de una amplitud tal que habilita intervenciones en todos los niveles de la vida cotidiana de las personas, desde programas de alimentación y planificación familiar, hasta la sugerencia de normas de higiene y pautas de relacionamiento entre padres e hijos, pasando por la certificación de discapacidades y la posibilidad de acceso a beneficios asistenciales (Campana, 2012)

Organización del Sistema Sanitario Provincial.

La organización del sistema de salud público de la provincia está estructurada en regiones, que se diferencian por ciudades -nodos. Estos funcionan de manera articulada con el objetivo de gestionar y distribuir los servicios y recursos disponibles:

- Región 1- Nodo Reconquista;
- Región 2 - Nodo Rafaela;
- Región 3 - Nodo Santa Fe;
- Región 4 - Nodo Rosario;
- Región 5 - Nodo Venado Tuerto.

El Nodo Rosario está emplazado en el sector centro - sur de la provincia, al interior se divide en Departamentos: Belgrano, Iriondo, San Lorenzo, Caseros, Rosario, San Martín, San Jerónimo y Constitución.

La Red de Servicios Público/Estatal está integrada por centros de atención provinciales y municipales. Dentro de los cuales se distingue entre centros de atención ambulatoria y diagnóstico; centros de salud, y centro de internación; hospitales de segunda y tercera complejidad. Además comprende al Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), que funciona como una unidad de atención móvil.

En Rosario podemos distinguir, según su nivel de complejidad y su dependencia, municipal o provincial, los siguientes centros de atención:

A nivel Municipal: 49 Centros de Atención Primaria; en el segundo nivel de complejidad la Dirección para la Inclusión de Personas con Discapacidad; Hospital "Dr. Roque Sáenz Peña",

Hospital "Dr. Juan Bautista Alberdi", Hospital "Intendente Gabriel Carrasco"; en el tercer nivel de complejidad: Hospital de Emergencias Clemente Alvarez Maternidad Martin, Hospital de Niños "Víctor J. Vilela", Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR).

A nivel Provincial: 16 Centros de Atención primaria en Rosario, entre ellos, 15 Centros de Salud y el Hospital Geriatrico Provincial; en el segundo nivel de complejidad el Hospital Provincial de Rosario; en el tercer nivel de complejidad el Hospital Provincial del Centenario.

Capítulo III

El Trabajo Social en el Hospital del Centenario.

Este trabajo se centrará en el análisis de situaciones presentadas durante las prácticas de Práctica Profesional III, realizadas en el Hospital del Centenario, en el año 2019.

En el transcurso de las mismas, recorrimos múltiples espacios en que se inserta e interviene el trabajo social. Para el propósito de este trabajo se seleccionan situaciones transcurridas en las salas de internación de adultos y en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI).

Este recorte se debe a que elegimos centrarnos en las problemáticas asociadas en las demandas de cuidado de adultos y sobre todo en situaciones que sean abordadas desde estrategias de intervención del trabajo social o interdisciplinaria.

Origen del Hospital del Centenario.

Los orígenes del Hospital del Centenario se entrelazan con los de la Facultad de Medicina, en el principio del siglo XX, conformándose como un hospital escuela desde su creación. En 1910, en un contexto de crecimiento poblacional y de fuerte influencia del movimiento Higienista en el país, se proyectaba la creación de los hospitales, no sólo con el objetivo de tratar la enfermedad sino además de vincularlos directamente con la enseñanza médica.

La ideología higienista puede verse también reflejada en su estructura original, la cual aún puede percibirse en los jardines centrales y los espacios de subsuelos, basada en una arquitectura de tipo “pabellonal” que buscaba el “aislamiento” de los pacientes según las distintas patologías, para evitar el contagio y favorecer un mejor control de los mismos. Siguiendo esta lógica se construyeron pabellones rodeados por parques que permitieran la circulación del aire y espacios de subsuelo para transitar. (Barbieri, 2016)

El vínculo con la Facultad de Medicina perdura hasta el día de hoy tanto en su estructura, como con su función de espacio de aprendizaje. Hasta el año 1978, el Hospital

dependió del presupuesto universitario a través de la Facultad de Medicina y, a partir de esa fecha, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de La Provincia de Santa Fe se hace cargo del mismo como parte del proceso de descentralización iniciado a nivel nacional.

Organización del Hospital.

El Hospital Provincial del Centenario, es un efector de tercer nivel de complejidad, tiene los recursos humanos y técnicos para abordar situaciones de alta complejidad médica. Se ubica en la red de salud, recibiendo y derivando situaciones a efectores de media y baja complejidad. Es, a la vez, un Hospital Escuela, donde se transita el final de la formación de estudiantes, en su mayoría de medicina y enfermería pero, también, psicología y trabajo social.

El hospital se organiza, actualmente, a partir de la Coordinación de la Unidad de Cuidados Progresivos que organiza y establece contacto entre las diversas Unidades al interior del hospital y con los diversos efectores fuera del mismo. La función de esta unidad es coordinar el tránsito de los pacientes por las diversas unidades de atención y la continuidad del proceso una vez dada el alta de la institución.

Al interior del Hospital encontramos:

- Unidad de Atención Ambulatoria;
- Unidad de Internación;
- Unidad de Diagnóstico y Apoyo Terapéutico;
- Unidad de Emergencia Primaria.

Cuidados Progresivos.

La propuesta de Cuidados Progresivos que, continuando con la Estrategía de APS, plantea pensar la salud como un proceso cuya atención no finaliza una vez dada el alta, propone de este modo, que la intervención del hospital finaliza una vez se haya garantizado la continuidad de ese proceso de atención.

(...)pretende ser una mirada, que amplíe el espacio de gestión de Cuidados Progresivos de un efector, trascendiendo hacia el territorio, con la necesidad de

construir una organización que atravesase todos los niveles de la red de servicios, contemplando la inclusión de la comunidad en la perspectiva del autocuidado. (Acta Acuerdo Cuidados Progresivos del HC, 2018)

Según las Directrices Organización y Funcionamiento de Internación, por el Ministerio de Salud de Argentina (2021), la organización por cuidados progresivos busca gestionar los recursos según niveles de atención y el funcionamiento a través de equipos interdisciplinarios. Contempla entonces los siguientes niveles:

1. Autocuidado
2. Cuidado Domiciliario
3. Cuidado Ambulatorio
4. Hospital de Día
5. Cuidados Mínimos, Generales o Cuidados Básicos
6. Cuidados Intermedios o Terapia Intermedia
7. Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva (Ministerio de Salud Argentina, 2021)

Destacamos que inicia del autocuidado, cuando“(…)las decisiones o acciones que la persona realiza son en beneficio de su propia salud. El autocuidado comprende promoción de la salud y prevención de la enfermedad, manejo de pequeñas dolencias cotidianas y control o curación de enfermedades o condiciones crónicas” (p.5). Abordando, de este modo, desde los cuidados diarios en torno a la prevención de enfermedades y dolencias, hasta procesos de internación que requieren de mayor complejidad.

Esta concepción habilita a la pregunta y problematización por la capacidad de las personas de acceder, no sólo a la atención en otros efectores de la red de salud, si no a los cuidados cotidianos necesarios para la reproducción de su vida, ya sean capaces de autocuidado o dependan de terceros.

El Servicio de Trabajo Social.

A partir del relato de las integrantes del equipo y de distintas entrevistas realizadas, en el transcurso de las prácticas profesionales, a la jefa del servicio, pudimos reconstruir

parte de su historia. Podemos rastrear esta historia desde finales de 1990, cuando se incorpora al hospital la actual jefa del servicio.

En ese entonces, se destina al Trabajo Social tareas de índole administrativa y burocrática, centrada en la respuesta a demandas derivadas de otros profesionales, quienes consideran que las mismas no pertenecen a sus incumbencias, estas eran las situaciones consideradas “sociales” donde aparecen problemáticas que exceden el aspecto “físico - biológico” de la salud. Pero sobre todo, se pensaba al trabajo social ligado a la gestión burocrática de recursos.

En una entrevista realizada en 2019, la jefa del servicio nos contaba:¹

"El espacio de trabajo social estaba atravesado por gestiones, muchas gestiones burocráticas, que tenían que ver muchas veces con generar, muchas veces sin saberlo nosotros, generar ciudadanía y potenciar los derechos de las personas pero en el marco de un laburo burocrático que, obviamente, con el que yo no estaba de acuerdo ideológica y políticamente"

También se responde a la demanda que llegaba a la puerta del servicio por parte pacientes del hospital, esta demanda eran muy variadas, relacionadas al acceso a recursos, problemas habitacionales, dificultades para trasladarse al hospital y otras dificultades en relación al proceso de atención. En general, aparece la búsqueda de respuestas que no eran encontradas en las intervenciones médicas y la búsqueda por acceder a la atención en el hospital.

Con el tiempo se logra un cambio en el modo de abordaje de las situaciones. En un primer momento, reconociendo cuales son las principales demandas se logra construir una oferta, que tiene que ver, al interior del servicio, con pensar los recursos disponibles para brindar respuestas y, con la posibilidad de pensar propuestas para mejorar la atención hospitalaria y los recursos institucionales. La construcción de una oferta se piensa en contraposición a una intervención espontánea, donde se reciben demandas diversas y el trabajo social interviene de manera individual, aislada de otros servicios. Se pensará

¹ Entrevista recuperada del Trabajo Final de Práctica Profesional III de Marchi; Romero.

entonces, en formas de mejorar el acceso a derechos, el acceso a la atención, que permitan adelantarse a la aparición de problemáticas. Por ejemplo, reconociendo problemas en la coordinación de la atención, generando accesibilidad para quienes viajan de otras provincias, construyendo referencia con otras instituciones, etc.

Esta forma de trabajo partía de un posicionamiento ético- político por parte del servicio de trabajo social, que buscaba el abordaje desde la interdisciplina y pensaba el acceso a la salud como un derecho, sosteniendo una mirada crítica a la organización institucional y a la política pública de salud del momento.

En palabras de la jefa del servicio:

"Aprendí con el tiempo que una política pública que deja a la gente a su suerte es una política que tiene una definición determinada, me permitió ese análisis institucional, generar ese análisis político ir posicionándome en relación a ese punto e ir armando por fuera, en la grieta, en los intersticios, en los espacios en donde uno va vinculando con otras disciplinas, cuando en el hospital la cuestión del mundo disciplinario no estaba planteada en lo más mínimo (...)"

Más adelante, será un logro fundamental, la incorporación del Trabajo Social en las reuniones de equipo de cada sala, lo que permite que sea la propia profesión quien asuma y de cuenta de cuáles serán sus intervenciones, pero sobre todo se buscaba lograr la intervención de manera conjunta.

En el año 2008 se implementa una modificación a partir de la nueva gestión de gobierno provincial que propone retomar las concepciones de Alma Ata que plantean a la salud como derecho humano, entendiéndose en su integralidad como bienestar físico, psíquico y social, en oposición a la visión biologicista hegemónica. Esto será fundamental para plantear el trabajo interdisciplinario y romper con la centralidad de la mirada médico hegemónica, dando lugar, en los siguientes años, a la implementación de la estrategia de atención de Cuidados Progresivos.

Estas modificaciones en la forma de abordar la salud permitirán al trabajo social ocupar un lugar fundamental en los equipos, corriéndose de las tareas administrativas y del lugar de coordinación entre servicios.

Este lugar que ocupa el trabajo social, así como la perspectiva de salud que lo sustenta, se encuentra en permanente tensión y disputa entre los profesionales de la institución que sostienen distintas concepciones de salud pero, por sobre todo, será una disputa en los cambios de gobierno que sostendrán distintas concepciones de salud y definirán políticas acorde a estas, limitando o buscando garantizar acceso a derechos, pensando la interdisciplina o las intervenciones fragmentadas, destinando recursos ampliar la atención en salud pública o limitando los mismos. Se plantea, entonces, una visión del lugar que se le otorgara al trabajo social como profesión y con qué recursos y desde que políticas podrá intervenir.

La intervención del trabajo social podrá construirse entonces compartiendo los lineamientos institucionales y la políticas de gobierno y construyendo con ellos o planteando resistencias y buscando alternativas a las mismas.

Siguiendo a Hermida (2018) comprendemos que estas transformaciones en las formas de intervenir de la profesión tienen que ver con una transformación colectiva del trabajo social, que responde a distintos contextos históricos y que impactará en las intervenciones de las trabajadoras sociales y, por lo tanto, en la organización de los servicios de trabajo social.

En este trabajo buscamos pensar al trabajo social como una profesión que se posiciona colectivamente y construye sus intervenciones desde una perspectiva de derechos, buscando comprender la realidad en la que intervenimos, rompiendo con el sentido común, sustentando nuestros posicionamientos desde las teorías feminista, descoloniales que nos permita deconstruir y no reproducir lógicas opresivas en nuestras intervenciones.

Sostenemos entonces que “la densidad de nuestro aporte se juega en el interés político de la transformación social desde un enfoque de derechos” (Hermida, 2018, p.15).

Conformación del Servicio de Trabajo Social del Hospital Centenario.

El Servicio de Trabajo Social está integrado por seis trabajadoras sociales, cada una de las cuales forma parte del Equipo de Referencia de una sala o de un dispositivo:

- Sala de Internación de adultos 1 y 2;
- Pediatría y Neonatología;
- Obstetricia y Ginecología (Dentro del Equipo de Salud Sexual)
- Unidad de Terapia Intensiva y Unidad de Cuidados Intermedios
- Atención Ambulatoria (Hemodiálisis y Transplantes, coordinando con el espacio del Centro Único de Donación, Ablación e Implante de Órganos (CUDAIO);
- Dispositivo de Salud Mental dentro del Servicio de Guardia.

Dentro del espacio del servicio, está designado un tiempo para la atención a la demanda espontánea que llega directamente a Trabajo Social. Para lo cual, en primera instancia, se estipulan días miércoles y viernes de 8hs a 12hs como horarios de atención, en los cuales rotan las trabajadoras sociales pero, más allá de esta delimitación, siempre se atienden a las personas que llegan al espacio.

Además, a principios del año 2019, la entonces Jefa del Servicio de Trabajo Social participó en la creación del espacio de Coordinación de Procesos Hospitalarios, del cual pasó a formar parte. Este espacio funciona como una Subdirección, coordinando entre la Unidad de Cuidados Progresivos y de Procesos Ambulatorios.

A su vez, quien quedó como jefa del Servicio de Trabajo Social, empezó a formar parte del equipo de Cuidados Progresivos.

A pesar de las divisiones en los procesos de inserción de cada trabajadora social, el equipo busca mantener una visión conjunta sobre la organización del Servicio de Trabajo Social y su forma de incorporación a los espacios. Con este fin se establece un día a la semana como espacio de reunión e intercambio entre las trabajadoras sociales.

Capítulo IV

Trabajo Social, Internaciones e Intervención en Cuidado.

La Unidad de Internación está conformada por salas de internación de adultos de cuidados mínimos, medios y altos; sala de Internación de Niños; sala Perinatal y Neonatología. Cada una con su equipo de referencia compuesto por profesionales de distintas especialidades médicas y otras profesiones como psicología y trabajo social.

La coordinación por Cuidados Progresivos de estas salas busca generar un abordaje del tipo Interdisciplinar de los pacientes que se encuentran en internación, para lo cual se crearon reuniones de equipo semanales que convocan la participación de todos los profesionales que forman parte de dicha sala, con el objetivo de re - trabajar desde distintas miradas, idealmente con una mirada interdisciplinar, las situaciones de las todas las personas internadas.

Para entender la interdisciplina seguimos a Stolkiner (1987), que parte de entenderla como la incapacidad para encasillar los problemas. De este modo, en un primer momento, el trabajo interdisciplinario, se opondrá a la idea de causalidad y linealidad a la hora de entender los problemas, evitando la fragmentación de los mismos, mientras que, en una segunda instancia conceptual, plantea un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción.

Comprendemos entonces, que los espacios de reunión de equipo, planteados por la organización de Cuidado Progresivos, buscan brindar la posibilidad de construcción de un trabajo del tipo interdisciplinario, brindando la posibilidad de establecer un diálogo entre las distintas disciplinas y fomentando la construcción de representaciones comunes a la hora de entender la salud y, posteriormente, en la construcción de estrategias de intervención.

Estas reuniones, y esta forma de organización, aún son resistidas por parte de los profesionales, haciéndose visible en las ausencias de profesionales de ciertas especialidades, en llegadas tarde o permanencia limitada. Son acatadas en menor o mayor medida dependiendo de las salas y toman distintas cualidades dependiendo de los profesionales que

las habitan. Cabe destacar, que el servicio de enfermería, que son quienes más tiempo pasan con los pacientes internados, no participa de la mayoría de las reuniones de equipo.

En salas de Internación de medía y alta complejidad, estas reuniones son mayormente intercambios entre distintas especialidades médicas, la inserción del trabajo social en estos equipos no es permanente y se convoca su participación en situaciones particulares.

En las salas de Internación de baja complejidad los equipos están conformados por trabajadoras sociales que tienen salas asignadas de manera fija, por lo que la participación en las reuniones es estable. Por el contrario, les médiqes de algunas especialidades son quienes ofrecen resistencia a participar en estos encuentros, donde se busca discutir las intervenciones con profesionales de otras disciplinas no médicas.

En estas resistencias puede observarse cómo para algunos profesionales de la medicina solo es su incumbencia profesional los aspectos físicos biológicos de la salud de los pacientes, prefiriendo mantenerse al margen de la discusión de otros aspectos que puedan afectar la salud de los mismos.

Esta búsqueda, de establecer divisiones entre aspectos biológicos y otros, genera dificultades a la hora de coordinar las intervenciones profesionales. Se oponen dos lógicas de intervención, una fragmentada, donde se busca que cada profesional intervenga sobre su área de especificidad y luego derive a otre; y una interdisciplinar, donde se busca un abordaje que logre ver al sujeto de internación de una manera integral.

En esta disputa por la forma de abordar las situaciones visualizamos la prevalencia del paradigma sanitarista, donde la mirada médico hegemónica sigue posicionándose sobre otros aspectos de la salud y por sobre otras opiniones profesionales. Esta mirada compite y se sostiene aún en los espacios diseñados para generar abordajes del tipo interdisciplinar.

Las intervenciones del trabajo social se podrán dar tanto de manera más o menos interdisciplinar, buscando un abordaje en conjunto con otros profesionales o serán demandadas por parte de médicos que buscan “derivar” situaciones que consideran incumbencia de “lo social”.

Aparecerá en este espacio la demanda de intervención al trabajo social, siguiendo a Cazzaniga (1999), configurada según la representación que los otros profesionales tengan de la profesión, aparece la idea del trabajador social como gestor de recursos, como nexo con otras instituciones, otros servicios del hospital, con las familias y hasta con los mismos pacientes. Esta visión, que se pondrá en tensión en cada abordaje, es en parte producto de la historia de inserción profesional en el campo salud, comenzando como profesionales subalternos a la profesión médica que desempeñarán tareas de control social y asignación de recursos.

Introducción a la Problemática del Cuidado como Demanda de Intervención

Urgente.

Las formas en que se presentan las demandas de intervención de trabajo social en problemáticas relacionadas al cuidado, entendemos que, no solo tendrá que ver con la ya mencionada percepción de la profesión y las expectativas que recaen sobre ella, sino, también, con el momento en que se percibe el acceso al cuidado como problema a resolver por los profesionales.

En los espacios de “Pase de Sala” se presentan situaciones de demanda de acceso al cuidado, percibidas por otros profesionales, generalmente presentadas por médicos residentes quienes son los que tienen el primer acercamiento a los pacientes internados en cada sala.

Como cada profesional médico se relacione con los pacientes internados y las preguntas a hacer a los mismo impactará en la detección temprana de problemáticas relacionadas al acceso al cuidado, por ejemplo, percibir la ausencia de acompañante, hablar sobre los cuidados que requerirá el paciente una vez dada el alta médica, preguntarse por la vivienda y las condiciones de vida de los pacientes.

En las Reuniones de equipo, desde la Coordinación de Cuidados Progresivos, estas preguntas intentan instituirse como obligatorias al hablar de cada paciente, pero no siempre se logra este primer acercamiento médico - paciente, muchas veces debido a resistencias o dificultades al abordar aspectos por fuera de los ya mencionados “físicos -biológicos”.

A su vez, el primer acercamiento de trabajo social a los pacientes de sala, será, por lo general, a través del diagnóstico y el relato que dan los médicos en la reunión de equipo. Muchas veces aparecerá aquí la demanda explícita de intervención a trabajo social, por parte de los médicos o transmitiendo el pedido de los pacientes o, será mediante la información que se obtenga, o la ausencia de información, que la trabajadora social decida realizar una entrevista a los pacientes.

De esta forma, desde el momento en que se detecta la problemática, hasta la forma en que será abordada, dependerá de cómo los profesionales entienden sus incumbencias y la de las otras profesiones y cómo entienden la relación profesional - paciente.

Partiendo de esta consideración, las situaciones donde aparece la falta de acceso al cuidado como problemática, podrán ser abordadas de manera exclusiva por el Trabajo Social, o de manera conjunta en busca de un abordaje interdisciplinario.

La demanda de intervención solicitada por los profesionales de la medicina estará atravesada por su concepción de salud, si esta está basada en una perspectiva biologicista de la salud, entonces el acceso al cuidado solo será un problema cuando ponga en riesgo directamente la integridad física de los sujetos o cuando obstaculice los tiempos institucionales, es decir, cuando obstruya la posibilidad de dar el alta médica. Es en este último caso donde se le atribuye el carácter de “demanda urgente”.

Esta urgencia, se sustenta en que permanecer más tiempo en el hospital no sólo implica la ocupación de una “cama” que, según el momento, será un recurso más o menos escaso e indispensable para otro paciente; sino que podría exponer a los pacientes a contagio de enfermedades intrahospitalarias, complicando su condición física.

Son situaciones donde, según criterio médico, “el alta médica está dada”, pero aparecen problemáticas de “lo social” que impiden que el paciente pueda irse del hospital. Es decir, cuando los aspectos biológicos físicos que afectan al paciente ya fueron atendidos no requieren de la atención hospitalaria y le permitiría una recuperación en su hogar, pero aparecen otras problemáticas que muestran que no se podrá garantizar el bienestar o recuperación del paciente una vez dada el alta.

Entre estas problemáticas pueden encontrarse la precariedad habitacional, que pone en riesgo la salud del paciente; la ausencia de vivienda; la falta de ingresos para sustentarse y la incapacidad para trabajar. El propósito de este trabajo es centrarse en la problemática de la falta de acceso a cuidadores en personas que pasan a ser dependientes del cuidado de terceros.

En las Reuniones de Equipo, la propuesta de Cuidados Progresivos busca percibir con tiempo todas aquellas problemáticas que dificultan la externación del paciente. Esto se refleja en la repetición constante de preguntas, tanto por parte de los representantes de Cuidados Progresivos como de trabajo social, que buscan ahondar en la presentación que cada residente de medicina hace de los pacientes de la sala.

Estas preguntas no sólo tienen el efecto de mover el foco de la patología a tratar y hacia el paciente como sujeto, sino, también, de conocer su entorno familiar, trabajo, vivienda, indagando lo más posible sobre cuánta información se tiene de su vida cotidiana.

Tanto en este momento, como en entrevistas, cuando se busca conocer sobre las condiciones de vida de los pacientes, estamos posicionándonos, sosteniendo que la forma de reproducción de vida, el acceso a servicios básicos, su situación de empleo, los aspectos culturales, sumado a características individuales como la edad, el género, etnia y raza, impactan en su salud y proceso de atención.

Siguiendo a Belli (2019)

(...) diferentes circunstancias sociopolíticas, económicas y culturales (como el acceso al agua potable, vivienda digna y atención en centro de salud de calidad, entre otros) tienen un gran impacto en la salud de las personas. Las principales causas de las inequidades en salud pueden explicarse dentro de estos determinantes y, la gran mayoría, pueden ser evitados.

En este sentido, un aspecto a indagar, que puede resultar clave para pensar el alta médica, es la trayectoria de atención de los pacientes.

Siguiendo a Menéndez (2003) entendemos por la “trayectoria de atención” o “carrera del paciente” a la combinación que cada persona hace de distintas formas de atención,

alternativas o establecidas, para tratar o llevar distintos padecimientos y enfermedades (p.187).

Esto nos aporta una mayor comprensión sobre cuál es la relación de cada sujeto con su salud y cuál es su adherencia a las formas establecidas de atención, como al Centro de Salud y al hospital, así también, información sobre acceso al cuidado/ autocuidado.

La presencia, o no de este abordaje, que se sustentará en una mirada más amplia de la salud, dependerá de qué profesionales están presentes en cada reunión de sala y la disputa de poder entre ellos. Los posicionamientos se podrán percibir en el modo de comunicarse entre ellos, además del modo de referirse a los pacientes.

Estas diferencias, en los posicionamientos, podemos percibirlas durante el periodo de prácticas profesionales 2019:

Podemos destacar una característica que aparece en algunos países referida a cómo se utiliza el lenguaje médico como un mecanismo que, por un lado, segrega a otras disciplinas, delimita incumbencias al expresarse de modo tecnicista; y por otro descalifica y minimiza la situación de los pacientes desde una posición de poder. (Marchi, Romero; 2019)

Estas situaciones son comunes cuando están presentes médicos jefes de sectores que explícitamente solicitan a residentes esta forma de expresión (y evaluación) donde sólo se deberá brindar número de cama y diagnóstico.

De esta manera, estas formas opuestas de comunicar y percibir la salud de los pacientes, permitirá o no, detectar temprano factores que indiquen que pueden surgir problemas a la hora de acceder a cuidados y poder abordarlos con tiempo.

El tiempo será un factor fundamental para brindar posibilidades acorde a los deseos de los pacientes y sus familias.

Siguiendo a Gianna (2011), podemos pensar que en el cotidiano del trabajo social recibe la demanda institucional de resolver "problemas sociales" que aparecen con las características de "superficialidad, inmediatez, heterogeneidad". Se le exige al profesional un accionar inmediato, generalmente del tipo instrumental.

En el caso del hospital, la urgencia en el alta médica y en la atención, es parte de ese cotidiano que demanda una solución rápida, instrumental, que resulte en el alta de los pacientes.

Esta dinámica institucional se transmite en la demanda al trabajo social, no siempre por la dirección del hospital, sino por profesionales médicos que se encuentran atravesados por la urgencia hospitalaria. Es entonces cuando es necesario una ruptura sobre este cotidiano para pensar "resignificar la demanda institucional" y la direccionalidad de esas intervenciones, partiendo de reconocer las particularidades de cada situación, los sujetos involucrados y sus deseos.

En algunas situaciones el alta de los pacientes depende del acceso a otras instituciones. Entonces aparece la diferencia en los tiempos de funcionamiento entre las instituciones, la urgencia del hospital se enfrenta a la espera que establecen otras instituciones, por ejemplo el acceso a un hogar puede tardar meses.

Muchas veces esta espera también se manifiesta en otros espacios del hospital, como a la hora de conseguir turnos o de recibir atención en guardia.

Sobre los tiempos institucionales, Auyero (2013), nos señala cómo esta espera se configura en una forma de dominación hacia la población que no tiene otra opción más que "obedecer y esperar" para obtener respuestas (p.86). De este modo se va remarcando la asimetría en la relación de las personas con los representantes del Estado.

Los inconvenientes que genera esta espera en el funcionamiento del hospital muchas veces se transmiten a la trabajadora social que gestionó el recurso y lo propuso como estrategia de externación. Esta reacción sin fundamentos demuestra cómo se delega a la trabajadora social la resolución de "lo social" y se desconoce la responsabilidad del resto de profesionales a la hora de pensar la continuidad del proceso de atención.

Sostenemos que es fundamental informar a los pacientes sobre las distintas posibilidades y sus tiempos de espera y trabajar con los deseos y derechos de las personas para construir estrategias de externación que intenten romper con la asimetría y el lugar de sumisión de los pacientes.

Les Pacientes Internados y el Derecho al Cuidado.

La situación de los pacientes de sala de baja complejidad es encontrarse con que aún necesitan asistencia para tareas básicas como moverse al baño y alimentarse. Por esta razón, el hospital exige la permanencia de un familiar o acompañante cuidador.

La principal tarea que se espera del acompañante será la de asistir en la alimentación a los pacientes que así lo requieran. Esta tarea no se considera incumbencia de ningún otro profesional del hospital y, cuando los pacientes se encuentran solos, será motivo de disputa entre los profesionales.

Los profesionales defienden sus límites de intervención y sostienen que son los acompañantes quien debe hacerse cargo de la alimentación de los pacientes.

Se producen entonces escenarios en que los pacientes se encuentran con la comida frente a ellos, distribuida por el personal de cocina, pero incapacitados para moverse por sus propios medios y, sin nadie que los asista, no pueden acceder a la misma. En estos casos, solo le queda esperar que un profesional o un acompañante de otro paciente de la sala, acceda a asistirlo en la alimentación.

Por esta razón, la demanda de acompañante para los pacientes es inminente en estas situaciones, donde se pone en juego quien brindará el acceso a algo tan básico y necesario como lo es la alimentación.

Reafirmamos que, tanto está, como todas las acciones que permiten la reproducción diaria de los individuos son actividades de cuidado y tanto el acceso al mismo, como el acceso a brindarle a otro, son derechos.

Seguendo a Pautassi (2019), el cuidado es expresamente reconocido como derecho desde el año 2007, en la X Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe y más tarde en convenios de la Organización Nacional del Trabajo. "Se identificaron obligaciones y responsabilidades que consideran que el cuidado es un derecho, definido como derecho humano que reconoce que toda persona tiene derecho a "cuidar, a ser cuidado y a cuidarse (autocuidado)" (Pautassi, 2016, p.731).

Reconocer al cuidado como derecho humano implica que garantizarlo, ya no depende de la condición laboral de cada persona, sino que se establece, como responsabilidad del Estado garantizar el acceso y no obstaculizar para todas las personas por igual.

El reconocimiento del cuidado como un derecho humano, no ha sido planteado sino hasta muy recientemente, con la aplicación del enfoque de derechos al cuidado para reconocer que toda persona tiene derecho a cuidar, a ser cuidado y a cuidar(se) o autocuidado(10). La naturaleza innovadora de este reconocimiento es precisamente que, al ser un derecho universal, está desvinculado de la relación asalariada formal y las consiguientes medidas de conciliación trabajo-familia cuando existen – acotadas mayoritariamente a trabajadoras mujeres madres y muy pocas veces a los padres – o del estado de necesidad – por condición de vulnerabilidad socioeconómica, de género, étnica, etaria –, para situarse como un derecho humano individual, universal e inalienable de cada persona. (Pautassi, 2016, p.624)

Por otra parte, también se reconoce que, cuando se habla de cuidado, se habla de una desigual división del trabajo,² donde son las mujeres a quien se le ha asignado como mandato, históricamente construido y naturalizado en roles de género, las tareas de cuidado, incluidas en el trabajo reproductivo realizado dentro del hogar.

Así, hasta hoy en día, estas tareas de cuidado son mayormente provistas por mujeres, aun cuando las mujeres están insertas en el mercado laboral, generando cargas de doble o triple jornada laboral. La lucha de las mujeres por modificar estas inequidades es una de las principales responsables de instalar la demanda por el acceso al cuidado.

Partiendo de esta consideración, cuando aparece la demanda de cuidado de los pacientes en el hospital, no sólo, es necesario pensar en quién dependerá de otro para su cuidado, si no en quienes tienen derecho a acompañar y cuidar. Sin perder de vista, que el cuidado implica un trabajo e “incluye dimensiones materiales –el acto de cuidar (trabajo) y el

² Históricamente la asignación de roles de género ha sido en base a una concepción binaria de los mismos, donde hay tareas y características propias de lo femenino y de lo masculino. No se conciben otras identidades posibles y se propone una organización heteronormativa de la sociedad. Por esta razón, para este análisis, se utilizará un lenguaje binario.

costo económico que conlleva dicho trabajo- y simbólicas –afectivas, emocionales” (Pautassi & Zibecchi, 2010, p.12).

Entendemos, entonces, que el derecho a ser cuidados permaneciendo con sus familiares, va más allá de la existencia de una dependencia física, implica, además, el acceso a brindar y recibir afecto y contención.

Por parte del hospital se instalaron algunos recursos que permiten facilitar la permanencia de familiares cuidadores como: brindar el acceso a comidas, no sólo a personas internadas, sino también, a acompañantes que no residan en la ciudad de Rosario; brindar acceso a transporte a familiares, sea a través de la carga de la tarjeta de colectivo o solventando el gasto de colectivos de media o larga distancia.

Recientemente, se empezaron a reconocer también los alojamientos a acompañantes de pacientes que vivan fuera de Rosario. Este recurso va destinado a acompañantes de personas internadas en sala de UCI, que pueden acceder a visitar a sus familiares, pero no pueden permanecer en sala fuera del horario de visita. Surge como un recurso limitado, que tiene presente el derecho a acompañar la internación en una situación de gravedad, pero fue instalándose de a poco como un recurso posible para más situaciones.

Desde trabajo social es un recurso que genera disputa, ya que por un lado, la demanda del hospital es de limitarlo a situaciones específicas, “filtradas” por los trabajadores sociales según la necesidad y, por otro lado, hay quienes sostienen que es un recurso que puede lograr instalarse en todas las situaciones que sea requerido.

Otro recurso, propuesto por el Servicio de trabajo social, es la posibilidad de contratar cuidadoras (en su mayoría para este trabajo se presentan mujeres) para los pacientes que se encuentran solos en la sala de internación. Esta propuesta parte de reconocer una demanda de cuidado que se repite entre los pacientes internados. Es aceptada por la dirección del hospital pero queda limitada a situaciones puntuales, para aquellos pacientes que no cuenten con recursos. En estas situaciones, a la búsqueda de limitar el recurso, se le suma la dificultad de conseguir cuidadoras, tarea que queda a cargo de la

trabajadora social de la sala ante la incapacidad del paciente y la ausencia de familiares o vínculos. Profundizaremos más sobre el trabajo de las cuidadoras contratadas más adelante.

Disputar el acceso al cuidado y acompañamiento y quién brindará los recursos para garantizarlo, es discutir sobre los límites de las incumbencias del hospital como institución de salud, es retomar la discusión sobre los límites de las intervenciones desde las instituciones de salud desde una perspectiva de salud integral que todo lo abarca. Se plantea, por otro lado, la posibilidad de comprometer a otros sectores Estatales, como municipios o comunas de donde provenga el paciente o Secretarías de Asistencia, para que brinden recursos y seguimiento a las situaciones de los pacientes.

En contraposición, hay una postura de responsabilizar a la familia. Se sustenta en una comprensión del ámbito familiar como el “ámbito privado” y, las problemáticas que surgen de este ámbito como temas a resolver al interior de las mismas familias, no son objeto de intervención institucional, entre ellas, la provisión de cuidado.

Capítulo V

Familiarización del Cuidado y Feminización del Cuidado en el Hogar y en la Internación.

El cuidado es visto como algo nato a las familias, glorificadas como proveedoras de cuidado y afecto. Dentro de ellas, es a las mujeres a quien históricamente se les ha asignado este rol.

Partiendo de la mirada de Fraser (2016), este rol será una construcción propia de la consolidación del sistema capitalista:

(...) las sociedades capitalistas crearon una base institucional para formas nuevas y modernas de subordinación de las mujeres. Separando el trabajo reproductivo del universo de las actividades humanas en general, en el que antes el trabajo de las mujeres ocupaba un lugar reconocido, lo relegaron a una «esfera doméstica» de nueva institucionalización, en la que la importancia social de dicho trabajo quedó oscurecida. (p.115)

Las tareas de cuidado quedaron asociadas a lo femenino, tareas que requieren de paciencia, atención y afecto, características a las que se les atribuye feminidad.

El afecto aparecerá, no sólo, como requerimiento para la realización de estas tareas, sino como su fundamentación. Las mujeres madres, hijas y esposas cuidan como un acto de cariño.

Comprendemos, entonces, al cuidado dentro de los trabajos reproductivos, asignados a las mujeres tomando los aportes de Federicci (2014):

La diferencia con el trabajo doméstico reside en el hecho de que este no solo se le ha impuesto a las mujeres, sino que ha sido transformado en un atributo natural de nuestra psique y personalidad femenina, una necesidad interna, una aspiración, proveniente supuestamente de las profundidades de nuestro carácter de mujeres. (p.37).

Esto servirá para encubrir al cuidado como un trabajo no remunerado que, como cualquier otro trabajo, requiere tiempo, dedicación y esfuerzo, es decir, encubre su calificación de trabajo.

El aprendizaje se encubre en tareas que se les asigna a las mujeres desde niñas a través de juegos y se irá transformando en obligaciones cuando se les comienza a exigir la responsabilidad de cuidar y responder por hermanes, por ejemplo.

Esta forma de entender al cuidado genera un disciplinamiento a través de la crítica a las mujeres que no cumplen con estas funciones en su familia, estén insertas o no en el mercado laboral, cuando la necesidad de cuidado de algún familiar aparece, también aparece para las mujeres la convocatoria a ejercer el rol de cuidadoras.

Con los mismos fundamentos se ha alejado a los hombres de estos roles, que requieren cualidades como la atención, la paciencia, la capacidad para escuchar y consolar a otros que son vistas como impropias de la masculinidad.

La carga de las tareas de cuidado y el trabajo reproductivo del hogar sobre las mujeres puede observarse en las situaciones que transitan muchas de las pacientes internadas, sobre todo en quienes cumplen roles maternos o de cuidado a adultos mayores. Aparece en estas mujeres la preocupación por quien cumplirá su función mientras están internadas.

Un ejemplo de esto, es la situación de Romina³, quien se encontraba cursando una internación prolongada por fractura de fémur en un accidente de moto. Es madre de dos hijos que viven con ella y se encuentra separada del padre de sus hijos. A raíz del accidente aparece la urgencia de garantizar cuidado para sus hijos, tareas que en el día a día eran desempeñadas exclusivamente por Romina, y que ahora deberán ser asumidas por el padre de los niños. Esto genera incertidumbre en ella, quien sostiene que el padre de sus hijos no dispone ni del tiempo ni de los conocimientos para realizar esta tarea.

³ Registro en Cuaderno de Campo 20 y 28 de marzo del 2019

En una situación similar se encuentra Fabiana, que cursa una internación por un cuadro de EPOC severo, en cuya situación interviene trabajo social desde la demanda por parte del equipo de Sala de UCI, a falta de familiares acompañantes que le permitan permanecer en sala de internación. Tras contactar a la familia se logran acordar horarios en que su hijo y su esposo pueden acompañarla durante la internación pero plantean que no dispondrán del mismo tiempo para acompañarla una vez dada el alta médica. Por su parte, Fabiana, manifiesta el deseo de “irse de alta” para volver a sus tareas de cuidado, principalmente, de su hijo adolescente.

Según el equipo médico, retomar las tareas que realizaba cotidianamente como ama de casa la pondrían en riesgo de una recaída y dependerá de la asistencia de otros para garantizar su recuperación. Se plantea entonces, desde trabajo social al equipo de la sala, que Fabiana no llega a reconocer cuáles serán sus posibilidades y limitaciones una vez dada el alta, por falta de comunicación clara con el equipo médico. Además, se plantea la posibilidad de abordar con psicología la idea de no ser capaz de continuar con su rol de cuidadora y ama de casa, ya que le generan malestar. A su vez, no está claro quién le brindará a ella cuidados cuando regrese a su hogar. Finalmente, Fabiana es dada de alta sin llegar a abordar ninguno de estos aspectos.

Por esta razón, retomando a Belli (2019), sostenemos que:

(...)el género es un determinante estructural clave: establece la existencia de oportunidades diferentes para niñas y niños, mujeres y varones de gozar de una salud óptima y desempeñar una función decisiva, tanto en la manera en la que las mujeres y los varones contribuyen al desarrollo sanitario, como también en la que reciben sus beneficios. (Belli, 2019)

Esta concepción sobre las diferentes capacidades masculinas y femeninas no sólo afectan a la organización del hogar y al reparto de tareas, sino que, impactan a las mujeres a la hora de insertarse en el mercado laboral.

Las mujeres, al ingresar al mercado del empleo, ya sea en las economías más ricas o en las más pobres, ocupan un lugar que significa una desventaja respecto a los hombres. Existen trabajos que son considerados femeninos. Estos son los peor pagos y con las peores condiciones laborales (Celiberti, Mesa; 2009)

La inserción laboral de hombres y mujeres está fuertemente influenciada por estas características que se les asignan según su género. Para las mujeres las ofertas laborales de cocineras, limpieza y cuidadoras son muy comunes.

Este tipo de segregación en el mercado de trabajo es denominada horizontal, mientras que existe, también, la segregación vertical, que implica la ausencia de mujeres en puestos jerárquicos (Martínez Franzoni, 2008)

Las valoraciones que impactan sobre los trabajos femeninos dentro del hogar, es decir, su supuesta poca necesidad de esfuerzo para realizarlos o aprenderlos, impacta también en la realización de estos por fuera del hogar como trabajos o empleos, asignándose a estos trabajos bajo reconocimiento tanto salarial, como social. Se esconde la importancia de estos trabajos como trabajos reproductivos, sin los cuales no se podría atravesar lo cotidiano que a la vez son vistos como tareas simples.

En esta situación se encuentran las cuidadoras, quienes son contratadas por los pacientes o sus familias, pero también por el hospital.

Familia, Cuidado y Responsabilidad.

La familiarización del cuidado también aparece como una responsabilidad sostenida por mandatos morales en los discursos del equipo de salud pero, también, puede recurrirse a la ley en situaciones en que las familias se rehúsan a responsabilizarse del cuidado. El Código Penal Argentino pena a través de la ley LEY 13.944 “el incumplimiento de los deberes de la asistencia familiar”. Esta ley abarca a hijos, padres, adoptantes de adultos impedidos o menores de 18 años y cónyuges de adultos impedidos.

En situaciones de alta dependencia de las personas hacia el cuidado de sus familiares, es habitual encontrarse con el agotamiento de las familias, que manifiestan la incapacidad de continuar brindando atenciones. Aparece, entonces, una puja entre la familia y la institución hospitalaria por la responsabilidad sobre el paciente una vez dada el alta médica.

A partir de las entrevistas de trabajo social, pueden encontrarse historias de vida como las de la familia de Ricardo⁴, donde hubo muy poca escucha y acompañamiento por parte de los profesionales de salud. La intervención es del tipo ambulatoria y termina en el abordaje específico de los aspectos físicos o en acompañamientos psiquiátricos que no salen de la intervención individualizada. Así, las dificultades que se le presentan a las familias al brindar cuidados, pasan desapercibidas, quedan en el interior del hogar.

En esta situación, se abren preguntas sobre qué se considera familia y la posibilidad de reconocer otros vínculos en la vida de las personas.

Vemos en situaciones complejas, donde se entrelazan padecimientos de salud mental y otras dependencias físicas, se invisibiliza la dificultad del cuidar. Como vimos, las tareas del cuidado son entendidas como poco complejas, producto de la dedicación (femenina) y el cariño.

Retomando a Pautassi (2019):

(...) en el ámbito de cuidado no remunerado, tanto al interior de los hogares, debido a la asimetría intergeneracional e intragénero que existe, las condiciones en que se “satisface” el cuidado no resultan espacio de discusión en torno a su distribución, pero si se presupone la calidad y disponibilidad de las mujeres para realizarlo, con disponibilidad horaria permanente, y sin reparar en que cada acto de cuidado se produce a expensas del tiempo, bienestar, salud y oportunidades laborales de las mujeres. (p.724)

Esta situación se plantea cuando, al momento de trasladar a sala al paciente Ricardo, quien se encontraba internado en guardia tras un “episodio psicótico”, se contacta a “su hija” quien se presenta en el hospital manifestando que no quiere estar a cargo de acompañarlo y

⁴ Registro Cuaderno de Campo 16 y 23 de Septiembre del 2019

al momento del alta “no se lo quiere llevar”. Por este motivo, se programa una entrevista con ella y con el equipo de Salud Mental, quienes estaban a cargo de su internación.

En el transcurso de la entrevista, Agustina, relata que no se considera hija de Ricardo, ya que él nunca cumplió un rol paterno para ella. Pero, a pesar de ello, tanto ella como su hermano y su madre, que aún se encuentra legalmente casada con Ricardo, están hace 4 años a cargo de su cuidado. Agustina relata que ni su hermano ni ella tuvieron nunca la intención de volver a vincularse con su padre, y tampoco la hubo por su parte. Él solo volvió a su hogar, después de 20 años, porque el equipo médico del Hospital, cuatro años atrás en una internación previa tras sufrir un infarto, se comunica con su madre indicando que el estado de salud de Ricardo era crítico. La madre de Agustina decide llevarlo a vivir a su casa con sus hijos para brindarle cuidados (que creían paliativos), en lo que, según ella relata, pensaban sería un breve período de tiempo, ya que no le habían dado expectativas alentadoras sobre el estado de salud de Ricardo.

A partir de ese momento, relata, cómo el estado de salud tanto mental y físico de Ricardo fueron deteriorándose. Cómo nunca se tuvo una buena relación y cómo Ricardo siempre fue una persona demandante, con malos modos y fue volviéndose más agresivo. También, relata cómo esta relación y los cuidados que demandaba su estado de salud fue impactando en su familia, deteriorando la salud de su madre en un principio y, luego, la de ella, quien tuvo que asumir finalmente las tareas principales de cuidado.

Principalmente las dificultades en relación a su salud mental son muy difíciles de abordar para la familia y que las crisis en relación a su patología cada vez son más recurrentes, a pesar de que asiste a psiquiatría por consultorio externo. Los episodios de violencia o de pérdida de la realidad son imposibles de contener por parte de la familia. La única contención que reciben es la consulta psiquiátrica por la cual se le brinda medicación. La convivencia se dificulta aún más teniendo en cuenta que no hay vínculo afectivo por parte de sus hijos.

Por toda esta situación ella manifiesta no querer seguir siendo responsable de Ricardo. Por ese motivo, se estaría asesorando en defensoría del Pueblo.

Ante el pedido del hospital de acompañamiento en sala para darle de comer, ella manifiesta que no quiere asumir esta tarea “hagan de cuenta que no tiene familia, que está en la calle”.

En esta situación, el posicionamiento en torno a la cuestión del cuidado de los pacientes que se encuentran en sala por parte de los profesionales de la institución es claro: la familia debe ser la responsable de acompañarlos y brindarles cuidados, tales como ayudarlos a comer si es necesario. Y se sostiene que en el momento del alta la familia será la responsable, respaldándose en la ley.

La propuesta de trabajo social, tras indagar sobre los recursos familiares, es la opción de afiliarse a PAMI al paciente. Posibilidad que le brindaría el seguir casado con la madre de Agustina, tras lo cual podría acceder al Hogar Provincial. Esta propuesta es aceptada por la familia, que accede a brindar cuidados mientras se consigue el Hogar.

Desde el trabajo social, prestar el lugar de escucha a estas situaciones, puede permitir pensar y reconstruir, tanto la historia de vida familiar, como la trayectoria de atención, proponiendo alternativas que contemplen, no sólo, el derecho al cuidado del paciente, sino, también, el deseo de la familia.

De esto se trata cuando el “sentido” de la intervención se sustenta en una Perspectiva de Derechos donde se asume la búsqueda de otras estrategias que no recaigan en la familiarización del cuidado y se respeten los deseos de las personas involucradas, tanto familiares como pacientes. En este caso la institucionalización se presenta como una alternativa posible y es aceptada por la familia, mientras que el paciente no se encuentra en condiciones de decidir por sí mismo debido a su condición de salud mental. Sin embargo estas alternativas no siempre son posibles de construir y no siempre son deseadas por los pacientes.

Críticas a la Familiarización ¿Qué familia pensamos?

Creemos importante deconstruir la idea de familia que se sostiene a la hora de buscar quien acompañe a los pacientes.

En las intervenciones de trabajo social, se intenta, a través de la escucha al paciente, encontrar lazos cercanos que puedan acompañar en las internaciones y altas médicas. Creemos que esto es fundamental para no forzar procesos de re-vinculación indeseados por los sujetos que, en el transcurso de su vida, conforman nuevos vínculos y lazos afectivos.

Creemos que no se debe reducir la idea de familia sólo a familia “nuclear” o a familia biológica.

La escucha en entrevistas será fundamental para comprender qué vínculos, afectos y relaciones de cuidado establecen las personas a lo largo de su vida, cómo se relacionan con su comunidad y a quienes consideran “familia”. Esto nos parece indispensable para no fomentar procesos de “re-vinculación familiar” en situaciones donde las personas involucradas no lo deseen.

Siguiendo a Carballada (2018)

“La entrevista en la Intervención Social, implica además intentar comprender, generando una relación diferente con ese Otro que permita acceder a su interioridad desde la expresión de su padecimiento, habilitando para decir aquello que estaba callado, ocultado, negado por la desigualdad, la opresión o el dolor.”(p.2)

Por otro lado, entendemos que esta idea se encuentra enfrentada con la concepción de la ley, que como mencionamos antes, otorga responsabilidades legales a hijos, padres , hermanos.

Entonces será fundamental elegir desde qué posicionamiento intervenimos, qué idea de familia nos sustenta y cual es la direccionalidad de nuestra intervención, familiarizar el cuidado o buscar alternativas.

En este sentido, incorporamos las ideas de Hermida y Bruno (2019) que proponen una mirada crítica desde el trabajo social, a la noción de familia, con aportes desde una mirada intersectorial, es decir, teniendo en cuenta como distintas categorías sociales, construidas socialmente, reflejan distintas formas de opresión sobre los sujetos: como la raza, la etnia, el género y la orientación sexual.

La “familia” es una construcción social, colonial, patriarcal, adultocentrista, heteronormada y cis género, donde se asignan roles y expectativas de comportamiento y se rechazan y oprimen otras formas de comportarse o de identificarse. Será fundamental, entonces, romper con esas categorías pre-establecidas, a la hora de intervenir, dando lugar a la escucha, para comprender la singularidad de cada “familia” y de cada sujeto dentro de esta organización.

A la hora de intervenir, desde el trabajo social, será un desafío no reproducir discursos que perpetúan estas formas de opresión.

Correr el velo de esas lecturas clasificatorias que ubican a las personas en categorías predefinidas, para abrir paso al estar siendo familiar en el aquí y ahora, con las singularidades propias que lo caracterizan a partir de las diversas sub autorizaciones, y lo efectos específicos que esos peculiares cruces generan en cada trayectoria biográfica subjetiva y familiar, en términos también de limitación en acceso a derechos. (p.174)

Con respecto al cuidado, esto quiere decir romper con la asignaciones de esta tarea al género femenino, poder identificar cuales son las relaciones de cuidado y afecto que se establecen en el hogar, y por fuera, comunitarias y otros lazos, que serán singulares a cada situación. Tener en cuenta como el mandato de asumir estas tareas impacta en la vida de las personas para evitar seguir reproduciendo en lo discursivo y buscar alternativas según los deseos y posibilidades de cada persona y sus vínculos.

En el hospital entendemos que se suma la demanda institucional, como ya mencionamos, la “urgencia” en muchas ocasiones de dar el alta o de encontrar acompañantes para el cuidado de las personas en las internaciones.

Esta doble demanda, por un lado del hospital y por otro de la familia o el paciente, recae en el trabajo social

En este contexto, será fundamental no sólo el posicionamiento del trabajo social respecto a la familia, sino cómo desde el hospital se entiende a la misma y al cuidado, a la

hora de pensar estrategias o de construir una oferta desde la salud que busque garantizar el acceso al mismo.

Retomando a Cazzaniga (1999), entendemos a estas intervenciones profesionales como construcciones artificiales. Donde, en estas situaciones, hay una interpretación de una demanda de cuidado, un posicionamiento ético - profesional que busca garantizar el acceso al cuidado como derecho, brindando alternativas a la familiarización, reconociendo las consecuencias de acceder o no a estas alternativas, tanto para la familia como para el paciente.

Se producirá entonces una mediación entre este posicionamiento teórico - ideológico, que se posiciona desde una perspectiva de derechos, y las posibilidades de acción que se encuentran en la práctica, donde la disponibilidad de recursos varían según la singularidad de cada situación.

Por más que se reconozca el cuidado como derecho, y que el posicionamiento profesional sea el de garantizarlo, sin contar con políticas públicas que garanticen la igualdad de acceso a los recursos de cuidado de forma igualitaria, las estrategias de intervención variarán dependiendo los recursos y limitaciones que se descubran en las entrevistas con la familia y la disponibilidad de otros recursos como lugares disponibles en Hogares públicos o privados.

Capítulo VI

Crisis del Cuidado.

Esta demanda constante de acceso a cuidados, que se percibe en el hospital, responde a un contexto de “crisis de los cuidados”. Retomando a Nancy Fraser (2017) la estructura de funcionamiento capitalista se ha fundado en la invisibilización de las tareas reproductivas, ocultando su característica de trabajo, negando el salario y el reconocimiento, a la vez que se estableció como una tarea femenina desvalorizada.

De esta manera, se garantizó el acceso a este trabajo para sostener el trabajo productivo, contando con que las mujeres, principalmente, pero también la comunidad en general, estuvieran disponibles para absorber la carga de estas tareas.

La forma de organización capitalista se basó entonces en hacer uso indiscriminado de este trabajo invisibilizado para sostenerse funcionando y, al igual que con los recursos naturales, esta explotación de los recursos comienza a agotarlos.

Esta forma de organización se sostuvo durante años con la división entre trabajo asalariado masculino y trabajo femenino invisibilizado en el hogar, generando un lugar de dependencia de la mujer que no contaba con sus propios ingresos.

Este modelo de organización familiar tendrá su auge a mitad del siglo XX con el Modelo de Estado de Bienestar que, a través del “salario familiar”, incentivaba la conformación de familias nucleares con esta clara división de roles.

Se comenzará a transformar cuando las mujeres comiencen a incorporarse masivamente al mercado laboral. Pero, aún hasta el día de hoy, se ven dentro de los hogares cómo las tareas reproductivas y, sobre todo, las de cuidado, siguen designadas como tareas femeninas. Implicando para las mujeres una sobrecarga de trabajo, ya que absorben tareas de cuidado de hijos, adultos mayores y, a la vez, mantienen jornadas laborales fuera del hogar.

Es por esta sobrecarga que, hoy, esta forma de organización social no puede sostenerse, generando mujeres con exceso de trabajo y personas que no pueden acceder a cuidado.

Los reclamos de movimientos feministas, ligados a esta problemática, van desde la mayor oferta de servicios del Estado para brindar cuidados, el reconocimiento del trabajo doméstico como trabajo y, por consiguiente, el salario correspondiente al mismo y la búsqueda por parte del Estado de impulsar una división de las tareas reproductivas de manera más equitativa dejando de asignarlas a las mujeres, sobre todo en el diseño e implementación de políticas públicas.

En este sentido podemos reconocer los aportes de Silvia Federicci en “Salario para el trabajo doméstico” donde, partiendo de reconocer el lugar de opresión y dependencia en que esta división del trabajo mantiene a las mujeres, retoma la lucha de los movimientos feministas para plantear una organización de la economía feminista que parta del reconocimiento del valor de este trabajo para garantizar un salario justo. Siguiendo a Martínez Franzoni (2008), tanto en Argentina como en Latinoamérica en general, la forma de acceder al cuidado, se apoya principalmente en la familiarización del mismo. El rol del Estado brindando alternativas de cuidado es limitado a situaciones puntuales, como las instituciones educativas y una insuficiente oferta de guarderías y hogares públicos.

Entre las distintas interpretaciones, se ha denominado que América Latina se encuentra ante una “crisis de cuidado” entendida como “un momento histórico en que se reorganiza simultáneamente el trabajo remunerado y el doméstico no remunerado, mientras que persiste una rígida división sexual del trabajo en los hogares y la segmentación de género en el mercado laboral. (Pautassi, 2016, 37)}

En este contexto, en que las mujeres de la familia no pueden absorber la demanda de cuidado, es el mercado del cuidado la alternativa disponible. Se opta así por la contratación de, mayormente, mujeres cuidadoras. Y, como vimos, esta tarea está desvalorizada, por lo que las condiciones de contratación son muy variadas, muchas veces manteniéndose en la

informalidad. Es así que la sobrecarga de trabajo de cuidado recae en la precarización de las mujeres que ofrecen servicios de cuidado, remunerado o no.

Cuidadoras Contratadas en el Hospital.

Como dijimos anteriormente, en las internaciones del hospital, se hace cada vez más presente el rol de cuidadoras contratadas, no sólo por las familias, sino también por el hospital.

Si bien las contrataciones en general para las tareas de cuidado son generalmente informales, o por empresas que ofrecen el servicio a las familias como mediadoras, nos interesa centrarnos en las cuidadoras que contrata el hospital, ya que consideramos que se vuelven actores cada vez más necesarios para garantizar la provisión de cuidado y bienestar a los pacientes, pero su trabajo se mantiene desvalorizado.

A su vez, este trabajo se realiza en condiciones que afectan al cuerpo de quienes realizan estas tareas. En el hospital, brindar cuidados a la persona internada, implica, para la cuidadora, permanecer en la sala que solo cuenta con una silla para los acompañantes, donde pueden estar por períodos de un par de horas, en algunos casos, pero en otros serán acompañamientos toda la noche. Estas condiciones, para quienes realizan este trabajo a largo plazo, impactan directamente en su salud.

La propuesta de contratación de trabajadoras cuidadoras para los pacientes de sala, surge por parte del equipo de trabajo social y luego es elevada a la dirección, que autoriza la contratación de trabajadores cuidadores en situaciones puntuales en que los pacientes estén sin acompañante y necesiten ayuda.

Es una propuesta producto de la visibilización de esta necesidad de acceder al cuidado por parte de muchos pacientes internados en sala. Implica una posibilidad de acceso al cuidado por parte de pacientes que se encontraban sin acompañantes.

Con respecto a este tema se entrevistó a dos trabajadoras sociales del hospital.

Paula

"Ahora nosotras vamos a trabajar las cuestiones del acompañamiento del cuidado que tiene que ver con la persona que está muy fragilizada, en el sentido de que no se puede

alimentar sola, que necesita estar con alguien que la ayude para movilizarse"(...) "Siempre nos planteamos (que el cuidador) sea alguien que tenga lazos con la persona, en la medida de lo posible. Ahora, muchas veces, esas personas quedan sin ser cuidadas, porque no son cuidadas, como históricamente, por el personal de enfermería, que nunca es suficiente, y, no son cuidadas por nadie y no se visibilizan hasta que no preguntamos"

Pero, como señalan las trabajadoras sociales en la entrevista, esta forma de trabajo no está sustentada por una política pública, ni por lineamientos institucionales, sino que, cada vez que se quiere hacer uso del trabajo con cuidadoras como recurso para garantizar el cuidado, depende de la aprobación de la dirección del hospital.

También se señala que el trabajo con personas por fuera del hospital implica que puedan surgir problemas para adaptarse a la dinámica hospitalaria de trabajo o que la persona no esté capacitada para brindar los cuidados específicos que requieren los pacientes internados.

A la vez, al ser contratos informales, los límites de las tareas no son claras, las cuidadoras no pueden definir que tareas no les corresponden y este límite difuso es motivo de disputa con el personal de enfermería.

Valeria: "Lo que pasa es que también es como una línea delgada cuando no es una política de la institución o del Estado. Porque el cuidador viene y hay una cuestión también ahí de la responsabilidad de cuidado, de lo que puede suceder y lo que eso implica."

Este trabajo se presenta como una oportunidad laboral, para la que siempre hay personas interesadas, pero aún quedan por mejorar y regular las condiciones de este trabajo.

El Trabajo de Cuidar.

Tomamos los aportes de Borgeaud-Garciandía (2020) para señalar el desgaste que implican las tareas de cuidado para quienes trabajan exclusivamente de esto. La autora señala cómo las condiciones de trabajo están determinadas por las necesidades de las personas a cuidar. Esto implica que, si una persona es completamente dependiente, las cuidadoras deberán brindar cuidados todo el día. Los contratos informales implican que a las cuidadoras no se les garantizan días de descanso semanales o jornadas de trabajo de 8hs, por

el contrario, la responsabilidad de cuidar a una persona dependiente que necesita asistencia y, con la que muchas veces se genera un vínculo, es usada como apelativo para que las trabajadoras accedan a pasar más horas trabajando.

A esto se le suma la necesidad económica, ya que la baja remuneración por hora implica la necesidad de trabajar más, y la posibilidad de ser reemplazadas si no se cumple con los requisitos.

Estas condiciones laborales, se sostienen, en la idea de que este trabajo es poco calificado y, como vimos, innato a cualquier mujer. Pero, siguiendo a Borgeaud-Garciandía, utilizamos el concepto de “trabajo de relación” para denominar la construcción constante que implica este tipo de trabajo:

Se refiere a un intenso trabajo realizado sobre la relación de cuidado, la expresión de los afectos, el entorno espacial y relacional de la persona asistida, elaborando condiciones de desempeño lo más serenas y previsibles posible, que permiten a la vez dar los cuidados y protegerse de los aspectos perjudiciales de la actividad. Esto requiere desarrollar una percepción y conocimiento finos de la persona asistida, de su familia y las relaciones entre ellos, de los efectos de la enfermedad y, también, mucha habilidad (p.48).

Se muestra así, cómo las cuidadoras forman parte indispensable de la vida de las personas, crean vínculos y conocen sus necesidades.

Sostenemos que estos conocimientos deben ser tenidos en cuenta y escuchados a la hora de tomar decisiones, cuando el paciente no puede hacerlo por si mismo, que respeten a su salud y su bienestar cotidiano.

Concluimos que valorizar este trabajo implica, primordialmente, la regulación del Estado para garantizar condiciones dignas. En el caso de las cuidadoras que trabajan en el hospital, se puede partir por pensar estrategias que mejoren las condiciones para acompañar en las salas de internación, tanto para la familia como para las cuidadoras, pero también se debe reconocer el valor de este trabajo, tanto en términos de contratación, como en términos de aporte para la salud de los pacientes.

Como lo sostienen las trabajadoras sociales del hospital, creemos que es necesaria la existencia de una política pública que priorice y establezca lineamientos para garantizar el acceso al cuidado y las condiciones dignas para quienes trabajan de brindarlo.

Capítulo VII

Pandemia y Emergencia en Salud.

La pandemia tuvo varias etapas si la pensamos según los distintos niveles de aislamiento y cierre de espacios, según las olas de contagio y los avances que se hacían en las formas de prevención, como la aplicación de las vacunas a finales del 2020.

En un principio, el 19 de marzo del 2020, se decretó en Argentina el "Aislamiento Social Preventivo Y Obligatorio" con el objetivo de resguardar la salud pública, declarando "emergencia pública en materia sanitaria". (Decreto n° 297,2020,).

Esta medida, planteada en un marco de crisis epidemiológica mundial, trataba de evitar el nivel de contagios que se veía en Asia y Europa y se extendería por meses.

Comenzará así una etapa de cierre casi total de espacios, sólo podían abrir los lugares considerados esenciales, ligados a la atención de salud, a la provisión de servicios básicos, a la venta de medicamentos y alimentos.

A la vez, se implementarían medidas de control con sanciones y detenciones a quienes no cumplieran con las normativas.

Enseguida siguieron medidas para tratar de brindar asistencia a la población que había quedado sin posibilidades de trabajar, como el Ingreso Familiar de Emergencia que, destinado a personas desempleadas, trabajadores informales y monotributistas, comenzó a pagarse en el mes de mayo del 2020.

A la vez, se establecieron sanciones a quienes despidieran en pandemia a sus trabajadores y se implementó el "El Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción" (ATP), mediante el cual el Estado se hacía cargo de parte del pago de salarios a trabajadores de empresas privadas que se encontraban sin funcionar.

A pesar de estas medidas el impacto socio - económico en la población fue evidente. Repercutiendo sobre todo en las poblaciones más vulnerables que no podían cumplir con las medidas de aislamiento y subsistir al mismo tiempo. Esto se evidencia en publicaciones de trabajo social, como la de Cazzaniga (2020), que al principio de la pandemia ya planteaban

los problemas que más afectan a la poblaciones, sobre todo en los barrios donde la interrupción de la vida cotidiano implicó una dificultad para garantizar la subsistencia a quienes viven de changas, por ejemplo; donde hubo que rearmar circuitos que les permitieran acceder a alimentos a quienes no podían salir, por ser población de riesgo; donde había que estar atentos para que nadie quede afuera de las asistencias alimentarias o monetarias del Estado.

Las consecuencias en la economía y en la salud integral de las personas fueron y son múltiples y siguen descubriéndose aún hoy.

Pandemia y Cuidado.

Nos interesa destacar el impacto en las tareas de cuidado, en quienes cuidaban y quienes debían ser cuidados.

A través de los trabajos de Franzoni (2020) y Pautassi (2020) podemos repensar el impacto en quienes debieron brindar cuidados en los hogares y quienes los necesitaban. Durante la pandemia, la obligatoriedad de permanecer en los hogares; el cierre de escuelas y, de la mayoría, de los lugares de trabajo; la imposibilidad de asistir a espacios recreativos, sumado a la imposibilidad de salir por riesgo de contagio para personas mayores y población de riesgo; más las necesidades de las personas contagiadas de COVID, con síntomas o aisladas, han sido factores que sobrecargaron la demanda de cuidado.

Siguiendo a Franzoni (2020), esta sobrecarga de trabajo recae mayormente en las mujeres, mostrando como aún persiste claramente una desigual división de tareas en el hogar. Las mujeres debían permanecer en el hogar combinando, muchas veces, teletrabajo y cuidado. Esto puso en riesgo la permanencia de las mujeres en sus trabajos remunerados por la sobrecarga de coordinar ambos trabajos.

Por el lado de los trabajos considerados esenciales, que seguían en completo funcionamiento y con mayor exposición a contagio, muchos también implican cuidados y son realizados mayormente por mujeres, como trabajadoras en instituciones de salud, enfermeras, cuidadoras. (Los Cuidados En La Agenda De Políticas Públicas, s.f.)

En suma, tanto las respuestas desde el mercado laboral como desde los servicios sociales han tensionado la vida de las mujeres, ejercido presión sobre su capacidad de atender las demandas de cuidados, y en muchos casos vulnerado la cantidad y calidad de los cuidados que necesitan recibir las personas. (Martínez Franzoni, 2021, p.135)

En cuanto a la posibilidad de acceder a cuidados, en el hogar, planteó un desafío para muchas personas que se encuentran aisladas en soledad y con sus circuitos cotidianos interrumpidos. Continuar con algunos tratamientos, como rehabilitaciones, o concurrir a espacios comunitarios como vecinales, centros de día, clubes, comedores fue prohibido, sobre todo durante la primera parte de la pandemia, sumando dificultades para muchas personas que contaban con estas redes de apoyo.

El Trabajo Social y la Pandemia en el Hospital Centenario.

A través del relato de las trabajadoras sociales del hospital entrevistadas podemos reconstruir cómo fue la experiencia de trabajo en el Hospital del Centenario. Durante el periodo 2020, 2021 el equipo de trabajo social trabajó de manera reducida, ya que se permitía tomar licencias a los trabajadores que fueran de alto riesgo o convivieran con personas que lo fueran, las entrevistadas fueron quienes pudieron sostener el trabajo de manera ininterrumpida durante este periodo.

A partir de su relato podemos concluir que, en el tiempo de pandemia, el hospital tuvo un funcionamiento excepcional de emergencia. Donde los trabajadores se encontraban aislados entre sí y de los pacientes, donde las medidas de protección no solo eran hacia los pacientes sino para evitar el contagio de los trabajadores y sus familias. Comenzando con una primera medida de protección por la cual se desobliga a gran parte de los trabajadores, esta medida redujo el número de trabajadores considerablemente. Algunos de estos puestos fueron cubiertos con contratos de emergencia, sobre todo en los casos de enfermería, pero en el caso de trabajo social las trabajadoras presentes debieron repartirse el trabajo de sus compañeras.

A la vez, se implementaron medidas de aislamiento entre los equipos de salud, con sistemas de rotación en distintos días y horarios para evitar que un caso de covid positivo entre el personal derivara en el aislamiento de sus compañeros.

El funcionamiento del hospital se iba adaptando a medida que la situación lo requería y los lineamientos que aprecian en términos de medidas de protección y formas de atención al COVID. En un primer momento se adaptaron salas de aislamiento y se implementaron medidas estrictas de cuidado, con el avance de la pandemia y las olas de contagio estas salas fueron insuficientes, llegando a estar todas las salas destinadas a pacientes con COVID, en momentos de extremo contagio.

Los cuidados a los pacientes con COVID también se iban adaptando a los descubrimientos internacionales de cómo era el funcionamiento y el contagio de la enfermedad. Por ejemplo, fue de importancia la implementación de los hisopados, en un primer momento, pero, más tarde, también lo fue el descubrimiento de que se podía tener un hisopado positivo y ya no ser contagioso para otros.

Esto impactó en la forma de organizar el acompañamiento de familiares en la sala, solo se permitía un familiar cuidador por paciente pero, si el paciente era COVID positivo, el familiar debía permanecer aislado también por "contacto estrecho" durante quince días en el hospital.

En el caso de las trabajadoras sociales, de las 6 que normalmente conforman el equipo se redujo el número a 4 y hasta 2, según el momento de la pandemia. La forma de trabajo era la rotación, dividiendo los días de trabajo, y la comunicación virtual. Se implementó el registro de las situaciones abordadas en un cuaderno compartido para poder darle continuidad a las situaciones trabajadas.

Según el relato en la entrevista, un gran impacto fue la soledad de la intervención a partir del cierre de instituciones estatales con las que normalmente se trabajaba.

Valeria: "A mí lo que más me impactó de la pandemia, más allá de la tarea nuestra acá, es el hecho de que las demás instituciones cerraron todas. Entonces la gente en general lo único que veía abierto era el hospital."

Comprendemos que fue un tiempo de incertidumbre donde la improvisación y la adaptabilidad fueron fundamentales en la intervención del trabajo social. A medida que aparecen situaciones problemáticas nuevas o nuevos recursos o dispositivos estatales se iban implementando y modificando las estrategias de atención, que dependen también de la intermitencia en la apertura de instituciones, según las medidas de cada momento. Por ejemplo, los centros de salud tenían momento de funcionamiento con guardia mínima, de cierre parcial, de funcionamiento exclusivo como vacunatorio, etc.

La reducción en la atención, la virtualidad y el cierre de todos estos espacios, aumentó el aislamiento de las personas incrementando su situación de vulnerabilidad. El hospital funcionó, para muchos, como único espacio de escucha, pero a la vez la prohibición de circular y la reducción de la atención implicó que la llegada de las personas fuera reducida.

Otro impacto en la reducción de la atención en la salud de las personas, fue la suspensión de controles médicos de rutina, que se manifestó en el incremento de situaciones de urgencia que podrían haber sido previstas. El miedo al contagio también fue un factor que impactó, en este sentido, ya que las personas evitaban los centros de atención de salud donde circulaba el virus.

El trabajo en este periodo se caracteriza a la vez por el miedo al contagio y por la necesidad de exponer el cuerpo. Paula: "Fuimos viendo fallecer un montón de gente. Entonces, es como que fue creciendo, digamos, el miedo. De marzo, de la primera etapa, hablamos del 2020, fue distinto al resto."

Valeria:" Y esta cuestión de volver cada uno a su casa y éramos como los posibles transmisores de enfermedades en la familia, en las subjetividades de los trabajadores de salud, yo creo que impactó un montón."

Los trabajadores de la salud no solo se veían expuestos ellos mismos, sino que, conviven con el miedo de contagiar a sus seres queridos. En este sentido, se sintieron pocos protegidos y también señalan la poca contención con la que contaron los trabajadores de la salud durante y en el post pandemia:

Paula: "No hubo una instancia que alguien que coordina en la institución, en este caso, en este momento, qué pregunté cómo están las personas después de semejante, semejante evento"

Valeria: "Si bien, era algo que nosotras siempre lo pensábamos, el tema del cuidado del trabajador de la salud, de los espacios, de pensar alguien que sea de recursos humanos, o lo que fuera, que estuviera mirando la salud de los trabajadores porque es una tarea que, la verdad, que fragiliza un montón. Te genera muchas preguntas todo el tiempo, te repercute subjetivamente de otro modo, eso ya no estaba dado".

Con respecto a la forma de atención de salud fue un contexto de emergencia que hizo de la supervivencia la prioridad, mientras, aumentaban las problemáticas y la vulnerabilidad de la población.

Paula: "Todo el mundo se quedó como en un standby de decir, bueno, ahora lo importante es la pandemia, pero la gente no podía, no comía, no tenían nada, necesitaba gestionar recursos, necesitas gestionar alimentos."

En ese contexto de emergencia se volvió a una atención centrada en la individualidad y en la supervivencia, donde el aspecto físico biológico fue prioridad. Se redujeron los abordajes desde la interdisciplinariedad y aumentaron las formas de atención fragmentadas, reforzadas por el propio aislamiento de los trabajadores, donde la hegemonía del saber médico fue prioridad, en un contexto en que reducir el número de muertes lo fue.

En la actualidad, las consecuencias de dejar de lado otras necesidades de las personas, se hacen evidentes en problemáticas que requieren de un abordaje integral y que impulsan a volver a trabajar en equipos y redes.

El rol de las trabajadoras sociales fue de sostener la importancia de la integralidad y los abordajes interdisciplinarios en cuanto el contexto lo permitía. Paula: "Hubo que decir, bueno che, vamos a volver, porque si nosotros dejamos esto de esta manera va a quedar de esta manera. Y sí, se vuelve a un modelo anterior."

En la actualidad aún se encuentran recuperándose estos espacios al interior del hospital, como el dispositivo de guardia de salud mental, del cual se hace evidente la

necesidad por el incremento de demanda por parte de situaciones de salud mental, así como, la complejidad de las situaciones hace evidente la necesidad del trabajo en equipo.

Valeria: “Y también, creo, que ahora en salud mental, se ve el post pandemia.. que es totalmente impresionante lo que causó, digamos, que se está empezando a ver la repercusión en las personas, que es tremendo, y en los cuerpos, en las enfermedades crónicas. Y la complejidad también, del contexto en el que estamos, social y económico hace que necesariamente tengamos que trabajar en equipo.”

Entre las consecuencias de la pandemia se resaltan situaciones de vulnerabilidad y fractura de lazos sociales que requieren de acompañamientos y abordajes interdisciplinarios.

Paula: “Es el modo, también, de enfrentar, de trabajar la complejidad de las situaciones que se presentan en este sentido, de lo que dejó la pandemia, de las condiciones socioeconómicas en las que nos encontramos, de la vulnerabilidad de las personas, que pocas veces asistimos a ver situaciones tan extremas como la que venimos viendo este último tiempo, de cómo quedaron fracturado esos lazos en la comunidad, cómo quedaron un montón de personas solas”

Por otro lado, en la actualidad se hace evidente en el constante reclamo de los trabajadores, tanto por la falta de pago de salarios y de contratos justos, como por la falta de personal, que la salud pública se encuentra con muchas problemáticas para su eficiente funcionamiento.

A la vez vivimos en un contexto político de incertidumbre, con elecciones próximas, donde algunos modelos que están en discusión no reconocen la importancia de la salud pública.

Sostenemos que, para poder garantizar el correcto abordaje de las problemáticas que hoy aparecen en el campo salud de una manera integral e interdisciplinaria, debe garantizarse también el bienestar de los trabajadores en estos espacios.

Así como visualizamos, en este trabajo, la necesidad de contrataciones de trabajo dignas para las cuidadoras del hospital, creemos necesario recalcar la necesidad de

garantizar las mismas condiciones para todo el personal de salud, ya que esta es también una forma de cuidar.

No se pueden pensar políticas de cuidado, sin partir del cuidado de quienes cuidan. No creemos que el cuidado pueda sostenerse si depende de la explotación del cuerpo de quienes lo brindan.

El Cuidado en la Agenda Post-Pandemia.

Como desarrollamos anteriormente, en el contexto de pandemia y post pandemia el cuidado fue necesario más que nunca, por lo cual la crisis del cuidado, que implica la sobrecarga de tareas en completa desigualdad sobre las mujeres de la familia, se hizo imposible de ignorar.

Si bien, vimos como en la última década se viene instalando por parte de los movimientos feministas el reclamo por políticas de cuidado, es en este último periodo que podemos reconocer como el tema del cuidado ocupa un lugar específico en la agenda pública, ya no a través de políticas no específicas que, pensadas para acceder a otros derechos, facilitan el cuidado de manera secundaria (Berardi; 2020), sino, ahora ya, con propuestas que tienen como objetivo principal mejorar las condiciones de cuidado, reconociendo las desigualdades de género y buscando garantizar el acceso al mismo.

Esto podemos considerarlo, siguiendo a (Sanchís, 2020) y (Zibecchi, 2022), como producto de la confluencia de varios factores, por un lado, la voluntad política del gobierno electo en 2019, que pone en agenda al cuidado, como se ve por la creación del Ministerio de la Mujeres, Género y diversidades; por otro lado, la lucha del movimiento feminista por instalar el tema; los conocimientos acumulados para abordar la temática y, como mencionamos, la exacerbación de la crisis del cuidado que implicó la pandemia.

"Con el nuevo gobierno nacional se crea el Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidades que incorpora el tema de la equidad de género y los cuidados en sus líneas de acción; se consolida la Mesa Interministerial de los Cuidados que propone la transversalización de los cuidados con catorce organismos del Poder Ejecutivo Nacional; se incorporan mujeres feministas en los ministerios nacionales y en algunos provinciales; se

conforma una comisión redactora del anteproyecto de ley para elaborar un Sistema Integral de Cuidados; se planteó la importancia de construir un Mapa Federal de los Cuidados con apoyo de organismos internacionales; entre otros." (Zibecchi, 2022, p.106)

En este sentido, podemos destacar, el reconocimiento de las tareas de cuidado como trabajo que se hace a partir del decreto n° 475 sancionado en 2021. A través del cual, se permite a las mujeres madres sumar aportes jubilatorios por cada hijo, un año o dos, en caso de hijos con discapacidad o adoptados. Este decreto se sustenta en datos de INDEC, a través del cual, se vienen corroborando las inequidades en el uso del tiempo, entre hombres y mujeres, a la hora de cuidar y repartir las tareas reproductivas del hogar.

En Santa Fé, el cuidado se ve en la agenda pública con la implementación del plan Cuidar Santa Fe. Es impulsado por el Ministerio de Igualdad, Género y Diversidades, plantea: "crear un sistema integral de cuidados" y va destinado tanto a quienes dependen del cuidado como a quienes lo brindan. Se basa en:

- Una primera etapa, que fue de diagnóstico para conocer "las formas en que se organiza socialmente el cuidado"
- El establecimiento de una Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado: donde participan todos los ministerios
- El Registro Público de Espacios, Instituciones y Servicios donde se brindan Cuidados Comunitarios, Privados y Estatales en Santa Fe.
- Mapeo de servicios, programas y proyectos provinciales y locales existentes enfocados en los cuidados.

Plantea como objetivo socializar las tareas de cuidado, impactando positivamente en la autonomía de las mujeres y en quienes reciben cuidado.

A nivel local, en Rosario, desde el 2021 se implementa el Plan Cuidar que, plantea la unificación de recursos, tanto Estatales como comunitarios y privados, para brindar el cuidado a quienes lo necesiten, haciendo foco en acercarlo a los barrios y trabajar con las familias y los espacios barriales.

Se basará en el trabajo intersectorial, articulando entre Secretarías para trabajar en conjunto sobre "7 ejes estratégicos: Cuidar los vínculos, las familias y la comunidad; Cuidar la alimentación y la salud; Cuidar el juego, el deporte y el bienestar; Cuidar la educación y la cultura; Cuidar la igualdad de género; Cuidar la inclusión socioproductiva; Cuidar el hábitat sustentable".

Plantea entonces la creación de una Red de Cuidados integrada por distintos "Centro o Puntos Cuidar" en los barrios, espacios donde se llevará a cabo distintas actividades orientadas al cuidado, comprendiendo desde actividades recreativas para adultos mayores, capacitaciones para jóvenes, capacitaciones sobre alimentación, propuestas socio - educativas para niños.

Con respecto a quienes brindan los cuidados plantean generar condiciones adecuadas para que el cuidado se brinde sin discriminación y con corresponsabilidad.

Estos planes tienen en común que se plantean indagar en la actualidad sobre la necesidad de cuidado y el trabajo que implica el mismo, partiendo de reconocer como la responsabilidad de cuidar recae hoy de manera desigual en la mujer repercutiendo en su vida y su autonomía. Desde ese posicionamiento se plantean objetivos a futuro, donde el Estado se compromete a mejorar el acceso al cuidado.

Planeado a futuro encontramos el programa "Promover el empleo decente para las mujeres a través de políticas de crecimiento inclusivo y de inversiones en la economía del cuidado", desde el Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad y la Secretaría de Cooperación Internacional e Integración Regional, y en conjunto con las agencias ONU Mujeres y la Organización Internacional del Trabajo, realizamos el Informe "Costeo de la ampliación de la cobertura de los servicios de cuidado en Santa Fe"(Gobierno de Santa Fe). Este programa plantea mejorar las condiciones del cuidado para el año 2030.

Por otro lado, si bien se reconoce la relación del cuidado con la salud, aún no se plantean políticas que sean transversales a las instituciones de salud y que permitan pensar el acceso al cuidado de las personas internadas. En la actualidad el trabajo con cuidadoras en estos espacios no está sustentado por ninguna ley o programa estatal.

Reflexiones Finales.

En el desarrollo de este trabajo buscamos conectar como el cuidado atraviesa la vida de las personas impactando directamente en su salud; como el género es un factor decisivo a la hora de recibir o brindar cuidados, tanto en lo cotidiano como en la inserción laboral; y como este trabajo de cuidar está desvalorizado y naturalizado como tarea femenina, impactando directamente en la remuneración y el reconocimiento del mismo.

Abordamos cómo, quienes trabajan de brindar cuidados, se encuentran con dificultades a la hora de recibirlos y cómo son las mujeres quienes mayormente se encuentran en esta posición.

El cuidado impacta, también, a quienes trabajan en salud, tanto intervenir en salud cómo cuidar a otro implica involucrarse subjetivamente, exponer el cuerpo y la propia salud.

A partir de esto, sostenemos que brindar condiciones de trabajo dignas tanto para las cuidadoras contratadas como para el personal de salud es también ocuparse del cuidado y es primordial para pensar en el cuidado de los pacientes.

A la hora de intervenir, desde el trabajo social, es necesario repensar cómo nos atraviesa el cuidado en nuestro lugar de trabajo y como lo concebimos en nuestra cotidianeidad.

Creemos que cada intervención debe partir de la escucha para comprender qué entiende el otro por salud y cómo se relaciona con el cuidado. Los trabajadores sociales nos encontramos con la posibilidad de generar un espacio de escucha para resignificar procesos de atención, reconocer los significados que cada sujeto le otorga a sus vivencias, reconocer los lazos que se establecen y el deseo de mantenerlos o no. Esa instancia puede brindar la posibilidad de resignificar las trayectorias de atención y las prácticas cotidianas. Desde este lugar podemos construir estrategias para brindar acceso al cuidado y la salud, que se alejen de lugares asimétricos de poder desde el cual decidir cuáles son las funciones asignadas a cada quien y como se debe cuidar, sino más bien, partiendo de considerar al otro como sujeto de derecho.

También, creemos fundamental deconstruir la demanda que llega al trabajo social, pensarla en esta disputa de sentidos por definir la salud, en donde se busca fragmentar las intervenciones y asignar las intervenciones "sociales" a trabajo social.

Sostenemos que garantizar el acceso al cuidado y reclamar por políticas que lo contemplen, no es solo tarea del trabajo social, sino que es parte de garantizar el acceso a la salud integral y como tal incumbencia de todos los trabajadores de la Red de Atención Primaria de Salud.

Consideramos que son necesarias políticas con perspectiva de género que dejen de fomentar la responsabilidad de las mujeres a la hora de garantizar el acceso a la salud y al cuidado; pero también que busquen mejorar las condiciones de trabajo para las mujeres que se dedican a cuidar.

En las situaciones abordadas en este trabajo, creemos que se ve reflejado el desafío que presenta para trabajo social intervenir en una institución de salud, en un hospital de tercera complejidad, específicamente, donde la institución demanda respuestas inmediatas, desde el trabajo social, no solo se debe construir intervenciones que no reproducen lógicas opresivas y que sean en pos de los derechos, sino que, a la vez, se busca defender la integralidad en salud y las intervenciones desde la interdisciplina, intentando no reproducir lógicas de intervención fragmentadas donde las demandas son derivadas por el criterio médico.

En este sentido, creemos que después del periodo de pandemia que desestabilizó las formas de funcionamiento habituales de las instituciones de salud y llevó a trabajar en la improvisación; pensando en el contexto actual de incertidumbre política, donde se desconocen y amenazan los derechos, desde el trabajo social debemos posicionarnos, más que nunca, en la defensa de los derechos, no perder de vista el sentido de nuestras intervenciones y siempre reivindicar nuestro lugar como profesionales de la salud.

Propuesta de Intervención

Creación de un dispositivo interdisciplinar para abordar, acompañar y mejorar el acceso al cuidado, dirigido a pacientes internados, en sala de adultos y sus cuidadores.

Problema a abordar:

Como hemos mostrado en este trabajo, cuando el cuidado de los pacientes internados depende de terceros, se evidencia la dificultad en el acceso al mismo como problema.

Entre las dificultades encontradas encontramos que:

- las cuidadoras contratadas no tienen experiencia en trabajo en instituciones públicas; no pueden definir sus incumbencias;
- tanto cuidadoras contratadas, como familiares, no están preparadas para atender las necesidades específicas que la salud del paciente requiere;
- hay dificultades a la hora de detectar y acompañar, por parte del equipo de sala, las situaciones donde el acceso al cuidado será un problema.

Entre las causas del problema del acceso al cuidado pudimos ver:

- la responsabilización histórica de la familia, pensando el cuidado como problema familiar y responsabilidad de las mujeres;
- la idea de que no es una problemática para abordar desde las instituciones de salud, debido a concepciones de salud en juego que se sustentan en una mirada biologicista de la misma;
- la escasez de recursos institucionales para abordar determinadas situaciones, como las que requieren de contratación de cuidadoras de manera permanente;
- la dificultad para detectar el problema con antelación e intervenir sobre el mismo;
- La ausencia de políticas públicas que reconozcan la necesidad de cuidado en los procesos de internación;

Algunas consecuencias de no abordar este problema serán que;

- Las intervenciones se requieren con "urgencia" porque se detectan al momento del alta;

- las situaciones se agravan por falta de intervención previa (agotamiento familiar, personas solas accidentadas por no tener acceso a cuidadores);
- aparecen dificultades para los cuidadores para brindar cuidado, por desconocimiento y falta de acompañamiento;
- recaerá en las familias y en las mujeres toda la responsabilidad de cuidar, sin conocer alternativas o tener acompañamiento.

Propuesta:

Teniendo en cuenta que el cuidado es parte fundamental del proceso de salud, que se da durante y continuará más allá del momento de la internación; planteada la dificultad para acompañar y visibilizar las necesidades vinculadas al cuidado de terceros de los pacientes, creemos necesaria una instancia donde la forma de vivenciar la salud de los pacientes en su cotidiano pueda ser percibida por los profesionales, a la vez que estos brinden sus conocimientos a los pacientes y sus cuidadores; buscando que en esta interacción se construyan, conjuntamente, estrategias para que el cuidado pueda ser sostenido en el tiempo, según las necesidades y posibilidades de los sujetos.

Fundamentación.

Entendemos que el hospital se posiciona desde la organización de cuidados progresivos que busca abordar la salud como un proceso. Si entendemos a la salud como un proceso que no termina en el alta médica, el acceso al cuidado será fundamental durante y después de la internación.

En este proceso se entremezclan distintas formas de concebir la salud, entre ellas las de los propios sujetos y sus cuidadores. Estas formas son las que se ven reflejadas en los cuidados cotidianos de cada uno, y deberán convivir con las concepciones y las formas de la institución.

Sustentándose en intervenciones previas de trabajo social e intervenciones interdisciplinarias coordinadas por cuidados progresivos; donde se ha trabajado con recursos brindados por el hospital, como alojamiento y cuidadoras contratadas; donde la intervención de trabajo social fue fundamental para proponer alternativas que no recaigan

en la familiarización del cuidado; y donde la intervención de otros profesionales como médicos y profesionales psi aparece como una demanda fundamental a la hora de proporcionar las herramientas indispensables para abordar y acompañar procesos de cuidado. Retomando las situaciones trabajadas donde se encontraron dificultades para detectar estas demandas y acompañarlas interdisciplinariamente, consideramos que mejorar esta capacidad de responder a la demanda del cuidado es prioritario pero se encuentra con obstáculos cuando no todos los profesionales sostienen intervenciones desde la salud integral.

Por estas razones proponemos la constitución de un dispositivo para abordar el acceso al cuidado que plantee otras estrategias que no recaigan en la familiarización y feminización del cuidado como única alternativa y, a la vez, reconozca y facilite el derecho a cuidar a quienes lo requieran.

Sostenemos entonces que, planteada la dificultad de cuidar para quienes acompañan a los pacientes y la dificultad para detectar y acompañar estas situaciones por parte de los profesionales de salud, este proyecto no solo debe plantear un acompañamiento con un equipo interdisciplinario que acompañe, escuche y sirva para esclarecer las funciones de quienes vengán a cuidar y mejorar las condiciones de las mismas, tanto para familiares como cuidadoras/es contratadas; también debe tener una instancia de retrabajo de las situaciones acompañadas que sirva para generar propuestas para mejorar el abordaje de estas situaciones a futuro.

Tendrá como Objetivo:

Creación de un dispositivo institucional interdisciplinario para trabajar el acceso al cuidado durante y post internación.

El dispositivo deberá:

- estar Integrado interdisciplinariamente;
- compartir una visión: salud integral, cuidado como derecho, reconocimiento del cuidado como trabajo; perspectiva de género;

- plantear como estrategia; la escucha, el acompañamiento y registro para captar las dificultades a la hora de cuidar, construir propuestas y reclamar recursos que permitan acceder al cuidado.

Destinatarios:

Pacientes y cuidadores, tanto familiares como contratados de pacientes adultos, internados, que dependen de terceros.

Responsables:

El Dispositivo dependerá de la Coordinación de Cuidados Progresivos y trabajará las propuestas a futuro con esta Coordinación. La financiación quedará a cargo del hospital.

Objetivos específicos.

1. Abordaje interdisciplinar de la problemática del acceso al cuidado. Entendiendo al cuidado como derecho y parte de la salud integral de las personas.
2. Brindar asesoramiento y acompañamiento a: pacientes, familiares y cuidadores, sobre: recursos y conocimientos que faciliten el acceso a cuidar y ser cuidado.
3. Crear una instancia de re-trabajo y creación de propuestas

Actores:

Se conformará un equipo interdisciplinario convocando a profesionales de la salud de las salas de internación de adultos, deberá contar al menos con profesionales de medicina, psicología y de trabajo social.

Consideramos que el trabajo social en el equipo tendrá un rol fundamental para pensar la complejidad de las situaciones y no caer en respuestas fragmentadas. Retomando a Cazzaniga (2015) "Consideramos que es justamente el carácter interdisciplinario y complejo de los temas el que no puede ser reducido a la especificidad de un saber profesional, lo que nos coloca en ventaja frente a otros profesionales en cuanto somos portadores de saberes interdisciplinarios." (p.103)

Funcionamiento:

Deberá funcionar 3 días semanales, dos de los cuales se destinarán a acompañar los procesos de cuidado y el tercer día a retrabajar las situaciones abordadas para generar propuestas para mejorar el acceso al cuidado en el hospital.

Acciones:

1. Establecer un espacio físico que funcione en horarios y días establecidos, conformado interdisciplinariamente, partiendo de reconocer al cuidado y a la salud integral como derechos.
2. Convocar a las cuidadoras contratadas y cuidadores familiares al dispositivo para intercambiar información sobre el proceso de cuidado de los pacientes, partiendo de la escucha como estrategia.
3. Registrar los procesos de salud - cuidado abordados en este espacio, las formas de atravesarlos, las demandas planteadas y las dificultades que se presentan para los cuidadores.
4. A partir de las situaciones abordadas, generar propuestas para mejorar las condiciones de cuidado en las salas de internación, que serán compartidas con Cuidados Progresivos.

Bibliografía

-Belli, L. (2019). La importancia de la perspectiva de género en salud. Economía Feminista.

-Bourdieu, P. (2005). Una invitación a la sociología reflexiva. Siglo xxi

-Carballeda, A. (2018). La palabra, la mirada y la escucha en los procesos de formación profesional. La entrevista como espacio de encuentro en la intervención del Trabajo Social. Margen: Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales.

-Cazzaniga, Susana (1999). "El Abordaje desde la Singularidad". Revista Desde el Fondo. Fac de Trabajo Social, UNER

-Cazzaniga, S. (2020, March 30). *Trabajo social en la pandemia*:. CPAS Santa Fe. Retrieved julio 8, 2023, from <https://trabajosocialsantafe.org/wp-content/uploads/2020/04/Trabajo-social-en-la-pandemia-por-Susana-Cazzaniga.pdf>

-del Valle Cazzaniga, Susana (2015) "Trabajo social: entre diferencias y potencialidades," Tendencias y Retos: Iss. 1 , Article 6. Disponible en:<https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1267&context=te>

-Decreto 297/2020: Aislamiento Social Preventivo Y Obligatorio, (Poder Judicial Nacional), 20 de marzo del 2020

-Gianna, Sergio (2011) "Vida Cotidiana y Trabajo Social; límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional". Revista Cátedra Paralela. N° 8.

-Federici, S. (2013). Revolución en punto cero: trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. Traficantes de sueños.

-Franzoni, J. M. (2008). ¿Arañando bienestar?: trabajo remunerado, protección social y familias en América Central. Buenos Aires: Clacso.

-Hermida, M. E. (2018, Diciembre 5). La intervención profesional en el capitalismo neoliberal: revisar el enfoque de derechos desde las teorías críticas del Sur. *Abordajes*

UNLaR, 7(13), 7-29. <https://revistaelectronica.unlar.edu.ar/index.php/abordajes/article/view/656/572>

-Hermida, M. E., & Bruno, M. L. (2019). Aportes de la crítica colonial patriarcal al abordaje familiar en Trabajo Social. *ConCienciaSocial*, 3(5), 171-186.

-*Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) para trabajadores no registrados y monotributistas*. (2020, March 31). Argentina.gob.ar. Retrieved August 8, 2023, from <https://www.argentina.gob.ar/economia/politicatributaria/covid19/ife>

-Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.

-Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.

-Laura Pautassi y Carla Zibecchi (2011). Programas de sociales: ¿Quién pensó en el cuidado? Un debate pendiente en Argentina. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

-Pautassi, L. C. (2016). Del “boom” del cuidado al ejercicio de derechos.

-Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En Sabrina Balaña, Agostina Finielli, Carla Giuliano, Andrea Paz y Carlota Ramirez, *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires (Argentina): Tinta Limón.

-*Programa de asistencia de emergencia al trabajo y la producción*. (n.d.). Argentina.gob.ar. Retrieved August 8, 2023, from <https://www.argentina.gob.ar/economia/politicatributaria/covid19/trabajoyproduccion>

-Sautu, R. (2003). *Todo es teoría*. Buenos Aires: Lumiere Ediciones.

-Sanchís, N. (2020). Ampliando la concepción de cuidado: ¿privilegio de pocxs o bien común? In *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá* (pp. 9-21). Norma Sanchís(compil.). <http://asociacionlolamora.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/El-cuidado-comunitario-Publicacio%CC%81n-virtual.pdf>

-Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina social*, 5(1), 89-95.

-Zibecchi, C. (2022). El cuidado comunitario en Argentina en tiempos de Covid-19: prácticas preexistentes y respuestas emergentes, en *Revista de Investigaciones Feministas*, 13(1), pp. 103-114

Anexo.

Entrevista semiestructurada realizada, el día 10 de julio de 2023, a Paula y Valería, trabajadoras sociales del Servicio de Trabajo Social del Hospital del Centenario.

Va dirigida a indagar sobre la organización institucional durante la pandemia y la intervención del trabajo social durante este periodo.

En una segunda parte se abordará el tema del cuidado en el hospital, cuando se registra como problema, los pacientes que dependen de terceros, la contratación de cuidadoras para quienes están solos y de dónde surge este recurso y las limitaciones con las que se presenta.

¿Cómo se modificó la atención durante el durante la pandemia en el hospital?

Paula: Nosotras, recordamos, en ese momento, que fue absolutamente impactante para todas las personas que no sabíamos bien dónde posicionarnos. No había, hay que recordar eso, digamos, no había demasiada información, no nos transmitían demasiado porque las personas que coordinan, tanto la salud pública en el mundo, digamos, los espacios de atención de salud, tampoco sabían mucho de qué se trataba ni para dónde iba la cuestión, con lo cual los lineamientos fueron como muy generales. Esencialmente de separarnos, digamos, los lineamientos tenían que ver con que fuéramos pocas personas en los espacios y , obviamente del cuidado, cómo aislarnos con el barbijo, con los cuidados del alcohol. Bueno, todas las cosas que se implementaron en todos los lugares que fueron comunes a cualquier lugar de cuidado, ya sea en un domicilio, o sea en un hospital, pero acá lo vivimos de una manera mucho más extrema.

Entonces, la propuesta que acá trabajamos con con Vale, era armar equipos de trabajo porque te ponían como una un límite de cantidad de personas por oficina.

Valeria: Además estaba el tema de los contactos,

Paula: ...porque si alguna se enfermaba ninguna podía venir porque habías estado en contacto estrecho.

Entonces, también era como bueno, por lo menos eso era claro, decir bueno, a ver, no vengamos todas juntas, porque sino, no va a quedar nadie acá cuando te contagias.

Valeria: las tareas se fueron construyendo a medida que fue pasando la pandemia y como se iba viendo, digamos, el contexto más macro y cómo iba bajando en cada institución, según las particularidades en la atención que tenía, pero nosotras la verdad que en un momento quedamos pocas, muy pocas.

Paula: Porque hubo esa posibilidad de tomar licencias también de personas con situaciones de vulnerabilidad física, problemas cardíacos. Bueno, por eso digo, a medida que fue pasando el tiempo se fue despejando a quienes impactaba más la pandemia, a quienes impactaba más el virus.

En función de eso se iba a generando el cuidado, o la vuelta de personas que se habían ido, de persona que se tomaban licencia el día uno y volvieron cuando estaban los lineamientos, los mandaron a llamar para que vengan a trabajar porque no volvían. Pero, esencialmente, los que tenían niños pequeños al cuidado u otras personas, digamos, fueron las primeras personas que tuvieron la posibilidad (de tomar licencia) al principio. Pero después la gente a medida que fue siendo muy riesgoso, fuimos viendo fallecer un montón de gente, entonces es como que fue creciendo, digamos, el miedo. De marzo, de la primera etapa, hablamos del 2020 fue distinto al resto.

Valeria: Y también lo que repercutirá en nosotros, porque como que la mayoría, si uno se pone a pensar, en la sociedad se protegió obviamente para adentro, pero los trabajadores de salud, las que tuvimos que estar, no había opción, más que si tenías alguna enfermedad, alguna situación de riesgo.

Y esta cuestión de volver cada uno a su casa y éramos como los posibles transmisores de enfermedades en familia, en las subjetividades de los trabajadores de salud, yo creo que impactó un montón.

Nosotros llegamos, por ahora, con el tiempo, pero fue alguno que hacía como todo, como siempre en salud en el momento, como le pone el cuerpo, literalmente en todo el

sentido, la cabeza, el cuerpo, todo, pero despues te vas dando cuenta en la práctica cotidiana, que veníamos con Pauli las dos juntas, veníamos mañana, y ya no venía nadie.

Paula: Es una sensación rarísima. No había nadie, ni en la parte de facultades, hoy en día, a la vista, es impresionante la gran cantidad de gente que hay, pero entonces no había nadie en la ciudad. Y había un horario que al principio era como un toque de queda, viste, era una sensación que teníamos, de ciudad abandonada, donde no sabes dónde están las personas, están los perros dando vueltas, los animales, viste, que tomaron como la calle también.

Bueno literal que era una cosa... un paisaje rarísimo.

Nosotros nos preparamos, unas declaraciones juradas que veníamos a trabajar y nos fuimos a comprar unos ambos.

Valeria: Sí, a la vez también, hasta la ropa. El tema de llegar a tu casa y desvestirte, de sacar todo, lavarlo todos los días. Es así, llegar a tu casa y la mismo tiempo uno no lo dimensiona en ese momento.

A a mí lo que más me impactó de la pandemia, más allá de la tarea nuestra acá, es el hecho de que las demás instituciones cerraron todas..

Entonces la gente, en general lo único que veía abierto era el hospital. Sí, en ese sentido, porque todo lo que era ANSES, lo que fuera gestión de discapacidad, todos se fueron a su casa.

-¿Había forma de gestionar?

Paula: No, casi nada.

Valeria: Lo que pasa es que venían a buscar en nosotros el puente hacia todos esos lugares que, en algunos teníamos, obviamente, y otros no.

Paula: sí, pero eran muy poquitos

Todo el mundo se quedó como en un standby de decir, bueno, ahora lo importante es la pandemia, pero la gente no podía, no comía, no tenían nada, necesitaba gestionar recursos, necesitas gestionar alimentos.

Valeria: Había gente que tenía que venir de los pueblos, que tenía familiares internados o que tenía que venir a un turno.

¿Cómo eran los acompañamientos de los familiares?

Paula: Era muy restrictivo, era solamente si una persona necesitaba.

Valeria: Es el trabajo que tuvo para mí la pandemia, quien estaba pasando por un proceso de salud que a lo mejor no era COVID. Si bien los del COVID también fue algo bastante complejo de acompañar, porque bueno, la sala se ponía muy rígidos, con eso

¿Ustedes podían pasar a las salas? ¿Había salas de aislamiento?

Valeria: Sí, nosotras podíamos

Paula: En realidad, fue así el proceso, al principio, por ejemplo, cuando arrancó como la progresión de caso fue dando la epidemiología de cómo se armó la institución, entonces, al principio había pocos casos, toda la primera parte, acordate que de marzo hasta julio no había tantos casos en Rosario había algunos. Después, fue una cosa impresionante el modo de transmisión, cuando llegó en el momento del invierno, la gente se quedó mucho en su casa, fue el encierro mucho tiempo previo que desgastó un montón y cuando llegó el momento, ya veníamos con un montón de tiempo de encierro. De sensación de encierro aparte y, en la sala, por ejemplo, al principio fue algunas camas de la sala 1 hasta llegar a un momento a tener todas las cuatro salas, cuatro salas de adultos con COVID, alguna habitaciones habían quedado en cada sala destinadas a otras patologías, pero en general se terminan contagiando todas las personas, prácticamente

Valeria: también todas las terapias y también los cuidados progresivos

-¿Cómo se organizaron entonces? ¿Había continuidad de las reuniones de equipo, por ejemplo?

Paula: No, nada, eso no sucedía, nada.

Valeria: No se pudo sostener.

Paula: Por los cuidados no nos juntábamos, no había manera

Valeria: Los pases de sala ahí se postergaron y después se hicieron virtuales, les buscamos la vuelta de hacerlos virtuales porque sucedían cosas, como siempre, más allá del

COVID. Ese era el punto también y ,ahí también, después, todo lo que uno tiene que armar en la afuera es la más difícil porque no estaba...

Paula: los centros de salud se abocaron específicamente a la vacunación, entonces en ese recorrido tampoco contábamos con la red en el territorio, era muy difícil, estábamos como muy complicados, en ese sentido, de poder conectar con un afuera y el afuera no existía. Esa sensación de que el afuera no existe, es tremenda, tremenda, porque es la transmisión a esas personas llegan a conectar con alguien, (acá) y es a lo mejor con la única persona a la cual le pueden transmitir, entonces aparecía mucha angustia, fallecimiento de familiares porque, por ejemplo, quedaba el familiar dentro (del hospital) con COVID. Y las otras personas se conectaban por teléfono y no había señal, entonces quedaban aislado y solo entraban a darle de comer

¿A toda esta semana recibían acá en la puerta del Servicio?

Paula: A veces sí, muy poca, porque la gente no se movía mucho, no circulaba, ya no. Venía a buscar, por ejemplo, medicación y aprovechaba a alguien hacer una consulta, entonces implementamos, bueno, que sea a la distancia, ponemos un escritorio delante para que la gente nos pueda contar, pero de lejos con barbijo, nosotros con una escafandra. Era muy difícil de interpretar, poder escuchar bien lo que la otra persona quería transmitir, la angustia, digamos, un montón de cosas o asistir, digamos, a las personas que fallecían sus familiares acá en la terapia.

En un momento la terapia intensiva estuvo totalmente completa con casos de COVID.

Todas las personas puestas como boca abajo, que era como se suponía en ese momento que los pulmones tenían alguna capacidad, un poquito más, de respirar. Las escenas son terribles, quedan en la retina y cuando uno entraba, a veces entrábamos muy poquito, yo recuerdo haber entrado en la UCIN más que nadie en algún momento, así de lejos en la terapia intensiva.

La idea era que no circulamos todos por todos lados para no transmitir, para no tocar cosas que tenía mucho que ver con la idea del contacto, como vía de transmisión, que fue una

obsesión en un primer momento y después ya no fue, digamos, esa no era la vía de transmisión en realidad.

Después, cada vez más, a medida que se fue sabiendo algo, veíamos que lo importante era el uso del barbijo, que fue lo que quedó más que nada y la higiene de las manos.

Que la higiene de las manos es un hábito, bueno en todo sentido, para trabajar en cualquier lugar de salud por otros vectores, digamos, que también se pueden transmitir.

Valeria: Si, de hecho son cosas que quedaron para ahora que están buenas más para los trabajadores de salud que a veces tenemos como esa...

Paula: como una impunidad...

Valeria: si, de todos los días que entras a las salas, todo eso, y ahora te pasa que tenes ese reparo de pensar, bueno, si vas a ver a alguien que tiene neumonía ponete el barbijo, también para cuidar al otro, preguntar con qué problema está la otra persona, no entrar directamente. Digamos, la dimensión del tema del cuidado, si bien trabajó una institución que tiene que ver con el cuidado todo el tiempo. Es como que la pandemia los redimensiona y los saca de ese lugar más, viste, como habitual. No sé por cuánto tiempo lo tendremos ahí, pero eso está bueno por ahí. En ese sentido.

-¿Cambia un poco la concepción de salud post pandemia?

Paula: Quizás en el sentido de la concepción de salud como tal, no. Pero si en esto que plantea Vale de tomar dimensión de que puede pasar lo que no está previsto. Y de cómo el sistema, en ese sentido, tuvo que aprender a cuidar de otro modo en una situación muy extrema de una pandemia que no habíamos vivido anteriormente. Y cómo es eso y cómo impacta en las personas, en la subjetividad de las personas

A mí, pues yo creo lo que fue pasando después, fue que empezaron a emerger... y ahora todavía, porque no hace mucho el invierno pasado todavía estamos flaqueando, claro, con casos con barbijos. Este es el primer ingreso al invierno, un poco más aliviados en algunas cosas.

Valeria: Yo creo que lo que la pandemia puso en escena en sí y lo resignificó es el tema de la muerte. Nosotros convivimos con la muerte en el hospital, es algo naturalizado.

Pero en la pandemia parece como que eso impacta de otro modo, obviamente por la cantidad y por el riesgo que nos puso a todos en el mismo lugar

O sea, ya no era, digamos, el personal de salud viendo situaciones de enfermedad y posibles muertes del otro, sino que nos ponía a nosotros en ese lugar de vulnerabilidad decir, vos también podés contagiar y transmitir y transmitírsele a familiares. Digo, esa vulnerabilidad me parece que como me puso a la muerte otra vez ahí en el punto de decir bueno...

Paula: del no control de la situación.

Valeria: y también a lo mejor de una mayor sensibilización, una empatía, como creo que un poco salimos de esa naturalización que, creo, que el personal médico tiene, más que nada, por una cuestión de su formación o por cuestión de protección de su disciplina, pero creo que algo de eso impacto para mejor.

Y de ver esta cuestión, más integral, ¿no? de la vida de los cuidados de, bueno, de todo, me parece que puso más en escena eso.

Paula: y yo creo, también, que eso le da otra visión a la desaparición del afuera. Y cuándo vuelve cobra importancia. Vuelve a mirar, a decir mirá!... qué importantes son esas redes, el trabajar con otros ministerios, con otras dimensiones de la vida de las personas que requerimos todo el tiempo, (nosotras también estamos en el mismo plan), de tener un afuera, que la concentración en los hospitales de la atención no tiene sentido en sí misma. De ese modo, más que lo agudo, pero después todo el tiempo, necesitas conectar con una red cercana de las personas en tu domicilio. O sea, para mí, es con la misma concepción puesta en juego en situación extrema o, es decir, para mí refuerza eso de que las redes necesitan ser reforzadas en ese sentido, mejoradas, mejorar el acceso a recursos a cuidados

Valeria: sí, es como que obligó nuevamente a mirar el afuera de algunos actores dentro de salud que les cuesta muchísimo

Paula: También parece que reforzó eso un montón en algunas de las redes y al revés, digamos, para nosotras nos cobró importancia la cuestión de red y en otras disciplinas más tradicionales, en la cuestión médica, más hegemónica, se replegaron nuevamente en la

mirada de lo propio y nada más, no? como a esto de los héroes y heroínas, el aplauso y esto decir “bueno, con mi trabajo yo voy salvando gente” Y tuvimos, después, que re trabajar la dimensión de equipos, la necesidad de volver a sentarnos colectivamente, porque parecía que con la indicación y “ yo ese trabajo me es más cómodo” no? el trabajar solo, vengo trabajo, hago mi trabajo indicó y me voy.

Valeria: Lo que también pasaba es que cuando alguien era COVID positivo, se quedaba en el hospital hasta que era negativo prácticamente, porque se tenía este cuidado, digamos, de bueno no podía darle un alta a un domicilio que sabemos que mucha de la población no tiene las condiciones..., viven en una misma habitación, con lo cual el aislamiento no era posible. Se tenía reparo en eso y hacía que, bueno, estaba justificado el estar en la institución.

-¿Cómo se trabajaba la demanda en ese sentido, de reconstruir de dónde viene la persona y ver si se puede dar un alta o no?¿ le planteaba cuidados progresivos? ¿ fue un trabajo que plantearon ustedes?

Paula: Lo trabajamos en conjunto a distancia, con llamado, porque tratábamos de no circular, imagínate, tratábamos de no circular de una oficina a la otra.

Valeria: la tecnología en eso ayudó, pero un tiempo después, no te puedes quedar con eso, uno tiene que volver a reunirse encontrarse porque no se puede a través de un teléfono siempre armar una estrategia de alta que es mucho más compleja de situaciones más complejas, donde uno tiene que sentarse a discutir, a hablar.

Lo que tuvo la pandemia fue esa particularidad, es como que la vida se detuvo? Sí, sí, pero no sé detuvo. Todo continúa. Entonces cada uno tenía, digamos, sus planificaciones, sus cuestiones y decir, bueno, en medio de la pandemia, cada uno como pudo, fue progresando y haciendo lo que iba planificando hacer de su vida.

Paula: Pero, esto, era desigual en el sentido de que las personas que tuvieran un ingreso más o menos podían faltar, ahí se ve mucho la desigualdad, las personas que tenían que salir a cirujear salían, a trabajar salían...

Valeria: Ahí ayudó mucho la ayuda alimentaria, en ese momento trabajamos mucho con la Muni de Rosario, que entregaba a domicilio las cajas de alimentos.

Paula:... la medicación, venía la gente de Adultos Mayores de la Muni y coordinó con nosotras también la entrega de medicación en los domicilios a través de las farmacias. Digamos, hubo muchos dispositivos armados interesantes.

Valeria: Si, digamos que se abrieron nuevos canales que no estaban antes, de asistencia más directa.

Paula: Los geriátricos (por otro lado)estaban cerrados hacia adentro, o sea, muy se hacía muy difícil.

-¿Cómo se hacía cuando se quería contactar para trabajar en red con estas instituciones?

Paula: Y, nosotras hemos ido a llevar al geriátrico, directamente, a las personas...

Valeria: Sí, sí, para las derivaciones, en un principio, había armado una sala para los pacientes de acá, para ingresar y la población del hospital se quedaba aislada ahí adentro, porque, claro, había una población vulnerable donde nosotros teníamos que disponer una cama

Paula: esperaban a ver si hacía síntoma ahí el primer tiempo y después lo ingresaban a sala, se lo dejaban en aislamiento.

Valeria: Lograr eso fue como una lucha, o una discusión, porque no podía estar todo estancado. Esa era la realidad.

Paula: Claro, porque si no ¿a donde iba esa persona?

Con el Anses, por ejemplo, que estuvo cerrado, era ridículo, porque todas las personas con un panel adelante podían atender tranquilamente.

Valeria: Si, la pregunta era: Si nosotras podemos atender y estar en contacto con la gente, con las medidas de seguridad que se podían. ¿Por qué ellos no? Eso fue muy llamativo. Cuando creo que las instituciones deberían, en ese escenario, haber sido mucho más accesibles. Porque la gente era cuando más vulnerable estaba, más necesitaba de la

asistencia, osea un montón de cosas nuevas que surgieron que a lo mejor se podrían haber resuelto de una manera mucho más accesible.

-Entonces llegó toda la demanda acá y ¿cómo hacían para brindar las respuestas?

Valeria: Y se hacía lo que se podía, generando conexiones, por ejemplo, aparecía lo de la Muni, y teníamos mucho contacto, como dice Pau, lo de la tercera edad de la muni... Osea, como que aparecieron algunas cosas, se fueron abriendo, pero eso fue con un tiempo. O sea, el primer momento fue un cierre total y cada uno en su casa.

Paula: Muy impactante esa primera parte.

Valeria: Después empezaron de a poco a abrir, pero estuvieron bastante tiempo, como Anses que estuvo cerradísimo, por lo menos para el contacto directo, estaba la virtualidad, todo eso, pero no todo el mundo tiene las posibilidades de acceder.

Paula: Bueno, y eso también era demanda: que nosotras mediemos para poder acceder a algunos beneficios que Anses daba en virtud de la pandemia y era muy difícil, muy difícil el acceso. La gente se desesperaba y nos demandaba, nos reclamaba y nosotras íbamos tratando de hacer algunas cosas, pero no había interlocutores del otro lado.

Entonces, por supuesto que Anses podría haber abierto poniendo unos paneles. Eran paneles de aislamiento, como tiene un banco, como un montón de lugares tienen, los súper... Entender el modo en que la gente pueda seguir abasteciéndose, como así lo hizo en los supermercados, poder hacer gestiones en distintas oficinas.

Pero bueno, yo pensaba, recién incluso, estamos en 2023, a principios de 2022 y este año todavía seguimos hablando del tema, ¿no? Como que, por ejemplo, el año pasado me acuerdo que en un momento sacamos los cuadernos, teníamos los cuadernos de la pandemia, tomo uno y tomo dos.

Valeria: Eso sí, lo habíamos implementado como una herramienta, porque como todos nos habíamos dividido en grupos y todas nosotras trabajadoras sociales, veníamos acá y no nos veíamos y, en situaciones más así de demanda espontánea o de sala que teníamos

que seguir continuando, íbamos anotando todo ahí, en el cuaderno, para la persona que venía el otro día.

Paula: De eso quedó el registro de la pandemia.

-¿Cómo se modificó el trabajo en los dispositivos del hospital? ¿Como el de salud mental?

Paula: Nuestros compañeros de salud mental se organizaron junto, creo que con la Dirección Provincial De Salud Mental. Porque ese fue un efecto no previsto, digamos, de personas que ya no se encontraban bien, que estaban ya en ese proceso de atención y quedaron como mucha soledad porque, por ejemplo, gente que se atendía en los centros de salud, se prioriza en los centros de salud la vacunación y, por ejemplo, la atención de embarazo, por decirte algo, y la gente quedó como en la virtualidad y cuando podía hacía una consulta. Entonces se fueron armando después esos dispositivos de atención virtual y las campañas de salud mental, ahí nos desvinculamos un montón.

Valeria: Pero el dispositivo como venía funcionando en la Guardia ya no funcionó porque la guardia también se transformó, tuvieron que modificar todo, entonces había un lado COVID y el otro no.

Paula: Entrabas por un lugar, te cambiabas en otra parte, tenías que ponerte como 500 cosas para entrar a la sala.

Valeria: Era generalmente el lugar de entrada por lo cual era el más complicado de circular, generalmente.

Paula: ... y armaron sí esos equipos que lo coordinaron con la dirección provincial de salud mental que era ponerse a disposición los trabajadores de salud mental para ofrecer, digamos, estas posibilidades de escuchar a personas. Había 0800, recibían llamadas, acompañaban...

Valeria: y después internamente también estuvieron, ellos se rotaban por las salas, había menos días para atención en sala y había distintos equipos. Era muy distinto.

Paula: Sí, sí. No, no era la oferta, no es la oferta de atención actual, nada que ver lo que era.

-Y al día de hoy ¿Se volvió a organizar el trabajo en equipos? ¿Y los dispositivos de atención?

Paula: Sí, sí volvió, pero quedó algo de eso... en la comodidad. Sí, hay una comodidad ahí del trabajo individual, de un modelo de atención como hegemónico...

-¿Se volvió un poco la atención desde el individualismo?

Paula: Si si, individualidad total. Ahora, hubo que decir, bueno che, vamos a volver. Porque si nosotros dejamos esto de esta manera va a quedar de esta manera. Y sí, se vuelve a un modelo anterior.

Valeria: Y te digo que el espacio físico, físico que había en la Guardia, se recuperó recién ahora, la semana pasada o la anterior. Porque seguía la Guardia con este modelo, digamos, y sigue estando, tienen los cuidados, los carteles, se ingresa a parte, pero bueno, el lugar físico, recién hace una semana.

Paula: Hubo que volver a pedir, de entender que la institución volvió a un estado de que cada uno tomaba su decisión. Que a mucha gente, que no es, no acostumbra a trabajar colectivamente con otros, les quedó comodísima. (el consultorio) exacto, singular individual, donde yo defino qué cómo... y me voy, no tengo que hablar con otras personas, no tengo que rendir cuenta de mi trabajo, no tengo que articular con nadie, entonces hubo que hacer como una remada ahí, con la coordinación ambulatoria y con cuidado progresivos para empujar.

Valeria: Y también creo, que ahora en salud mental, se ve el post pandemia... que es totalmente impresionante lo que causó. Digamos, que se está empezando a ver la repercusión en las personas, que es tremendo, y en los cuerpos, en las enfermedades crónicas. Y la complejidad también, del contexto en el que estamos social y económico, hace que, necesariamente, tengamos que trabajar en equipo.

Yo creo que ya ahora la complejidad en la que estamos, de las situaciones, te impulsa. No ya a la virtualidad.

-¿Quedó algo de la virtualidad en el trabajo hacia afuera o volvió a la presencialidad?

Paula: No, no. Todo es presencial.

Y la cuestión también de empezar a ver estas otras cuestiones, decir, por ejemplo, personas que quedaron encerradas conviviendo con la violencia, con la pobreza. Esto fue generando también la aparición de situaciones en la Guardia, de violencia de género y otro tipo de cosas, de situaciones extremas. La gente que estaba en la calle, que no podía estar, la gente en situación de calle ,no podía estar en la calle, entonces eran llevados con la policía, con la GUN, con distintos modos más coercitivo, menos coercitivo, para el cuidado. Estábamos muy en contacto con la gente del equipo de situación de calle porque tenían los dispositivos para mujeres, para hombres, de tal a tal edad, en tal lugar, el hostel... pero las personas una vez que entraban no podían salir y por eso la gente no quería ir.

Valeria: y también se había creado la asistencia que después se dejó de dar, se fue retirando a parte de la población. En ese momento de la pandemia, mucha gente perdió su fuente laboral porque los lugares cerraron. Entonces también quedó la cola de eso, todo, yo creo, que fue sumando a lo que hoy vemos que fue bastante complejo.

Paula: Ahora, hay un montón de lugares cerrados y se transformó ese movimiento y capaz que se transformó para siempre, digamos.

(...) el deterioro de la de la situación socioeconómica hoy, que estamos viviendo, es tremendo

Valeria: La cantidad de gente que hay en situación de calle hoy...

Paula: Con problemática de consumo y eso es otra pandemia digamos.. Está planteado en un post pandemia.

-¿Cómo se podía trabajar con las personas que requerían cuidado en el hospital y en el alta? ¿Se podía seguir trabajando con acompañantes?

Paula: Dentro del momento de la pandemia, nada. Los cuidadores eran solo familiares, un solo familiar que ingresaba. Y muchas veces el problema era que si la persona internada estaba con COVID la persona que acompañaba se quedaba adentro, o se quedaba dentro siempre o se iba. O te ibas o te quedabas. Entonces te quedabas 15 días, y no solo 15 días, en 15 días se evaluaba y, si seguías dando positivo, te seguías quedando. Porque

después se descubrió que el COVID seguía dando positivo a algunas personas un montón de tiempo. Eso fue muy complicado.

Valeria: Eso fue muy impactante, obviamente, para la persona que lo vivió porque le debió parecer tipo una cárcel.

-¿Tenían que elegir entre cuidar a la persona internada acá o volver afuera?

Valeria: Y si, la realidad era que vos te ibas a vivir tu vida, en tu casa, y también estabas aislado allá de tu familia y a veces eran situaciones, también, muy difíciles.

Acá también había pacientes que no eran pacientes con COVID, a lo mejor eran pacientes oncológicos o en situaciones que requerían otro cuidado y también se contagiaron porque se daban los contagios también dentro de la institución.(...) Se mantienen todos los cuidados extremos pero igual sucedía, porque era imposible.

Paula: Aparte, depende de la cepa, algunas fueron muy contagiosas, y algo de los cuidados siempre se filtraba.

Valeria: O en la misma habitación que venía un cuidador nuevo y a lo mejor no sabía que tenía COVID y entonces se trataba en una sala que no tenían covid, habían menos cuidado en esa habitación. Te relajás un poco hasta que venía uno que después daba positivo.

-¿Llegaron a contagiarse ustedes?

Paula: Más tarde sí, en la última del 2021 me parece, ya no me acuerdo.

Valeria: Yo en la última ola, no sé porque estaba todo más liberado, pero la realidad es que mi pareja empezó a viajar y a tener reuniones, y ya no tenían el cuidado del barbijo y ahí nos contagiamos.

Paula: (...) no me contagie de esa primera tanda, creo que teníamos una preparación interna, de tanto escuchar, conocer, prepararnos, llevar guantes, tener doble barbijo, bata y cantidades de cosas que hizo que, también, estuviéramos como dispuestas al cuidado. Y nosotros siempre decíamos que en el hospital había muchísimo más cuidado de lo que había en el afuera, cotidiano.

Y la gente le tenía miedo a la gente que venía de los efectores de salud y en realidad el que tenía menos cuidado, o el mayor descuido, se generaba en las relaciones (cotidianas), porque era impensado. La gente se enojaba, pero en realidad es impensado de un día para el otro, poder aislarse, esconderse y dejar de abrazar a alguien, digamos, si lo pensamos hoy, ¿no? ya con el diario del lunes decís, por supuesto que iban a pasar cosas, tensiones, broncas, enojos, entre alguien que se cuidaba mucho y tenía más miedo. Porque tiene que ver con unas dimensiones subjetivas y la percepción de la salud es diferente para cada persona. Otra persona que venía y decía: “pero no pasa nada ¿Qué crees? Esto es un invento de la política” Digamos, cada uno tenía una teoría cualquiera y nosotros estando dentro de los efectivos y vamos viendo que la gente se contagiaba y fallecía gente, en distintos momentos y distintas etapas.

Otras personas lo pasaban en su casa como si nada, sin fiebre, o sea los cuerpos también iban respondiendo con la historia de cada cuerpo, digamos, no? También la historia de cuidado, las posibilidades.... y después, también, era aleatorio, alguien joven que falleció y nadie se explicaba cómo, sin una enfermedad. Te acordas que se buscaba siempre, se decía: “pero debe haber tenido otra cosa” Y a veces no, y la ciencia no se lo podía explicar.

Valeria: Se está viendo eso, de todo lo que dejó en los cuerpos el haber tenido COVID. Muchas enfermedades que se fueron presentando, cardiológicas, de diabetes, todo eso. Que se están investigando, pero en su mayoría lo relacionan con el post COVID.

Paula: Mucha gente que ha quedado secuelada, mucha gente joven que ha quedado secuelada, también con necesidad de rehabilitación. Gente que ingresaba al hospital, había estado trabajando, hizo fiebre, hizo COVID, se quedó 3, 4, 5 semanas internado/ internada con secuelas en el cuerpo, no poder caminar y una depresión terrible.

Valeria: Eso creo que, también, era una información que los trabajadores de salud tenemos y el resto no, de ver situaciones, como veíamos que alguien estaba bien, se agarraba COVID, esta bien se recuperaba no tenía ningún síntoma, listo. Pero nosotros también veíamos acá gente que permanencia en terapia 3 meses, 6 meses y que bajaban a la sala totalmente secuelados, de no poder hablar, de volver a aprender a hablar después, de volver

a caminar, unas situaciones que vos decís, guau le podría haber tocado a cualquiera. Como dice Pau, el cuerpo de cada uno hace lo que puede, responde tan diferente. Por eso digo, uno, a lo mejor estaba como más aterrado, porque veía estas realidades que no era una cosa de decir “no yo lo tuve y no me pasó nada, tuve una tos, un poquito de fiebre”

Paula: “No pasa nada” decía la gente. Eso lo veíamos pero también veíamos la otra película..

Valeria: claro, también estaba lo otro... Gente que te contaba su trayectoria de salud, que nunca había sido un problema, no era una población de riesgo que, bueno, eso ya es una persona diabética o que hace diálisis o tratamiento oncológico, que eran más vulnerables. Pero vos lo veías en personas que no tenían nada.

Paula: Fallecieron personas muy jóvenes. Eso fue muy impactante también, personas de nuestra edades que de golpe no pudieron salir. Después empezaba a ver que el terror era que te lleven a terapia porque, antes, de la terapia no se salvaban.

-¿Antes de las vacunas?

Paula: Si, el proceso de vacunación fue espectacular también. Porque la gente no se quería poner la vacuna. Y nosotras nos fuimos a poner la vacuna, que todavía no era para nosotras. Esencialmente abrían una con 5 dosis y una vez que se abre hay que ponerlas y en general.. la población médica estaba leyendo... Leían los abstracts, todas las explicaciones de laboratorio, porque se formaron de esa manera también. Y nosotras dijimos, mira hay una vacuna, nos vamos a vacunar, no sabemos de las otras vacunas. Y nos pusimos la vacuna en la primera tanda... y nos preguntaban ¿cómo te fue con la vacuna? En el momento no lo pensamos...

Pero bueno.. Todas las personas manejamos, más o menos, que era un desarrollo muy rápido de la vacuna y con poca prueba, que es lo que le da cierta seriedad, si iba a ser efectiva o no...

Después, nosotras fuimos viendo esa efectividad de la vacunación.

Valeria: La población de enfermería era la más difícil de vacunar, no querían. Y era la población que estaba más en contacto con el paciente.

Paula: Y falleció gente de enfermería. Enfermería estaba más en contacto, más que médicos y médicas, porque enfermería va sobre los cuerpos, de higienizar, de mover.

Pero tenían muchas preguntas, muchas dudas... (sobre la vacuna)- Pero bueno, también dar el puntapié y vacunarnos también le fue mostrando a las personas. Nosotras teníamos dos compañeros que trabajaban en el armado del proceso de vacunación y llamaban al personal a vacunarse y no venían.

Y ahí nosotras, éramos desconocedoras absolutas del mundo de las vacunas, pero había gente que se ponían a leer y decía, “bueno no se pongan esta, ponganse esta otra”. Porque investigaban, para esta cepa sirve, no sirve. Y bueno, en el momento nosotras nos pusimos la que había, después llegará otra y así. Y decíamos: “miren que no nos salió ningún cuerno”... (risas) no nos altero...

Valeria: En ese momento era eso o fallecer, digamos, nosotros lo veíamos así, más blanco o negro, en las instituciones de salud.

Paula: Sí, nosotros no podemos correr el cuerpo y decir, me quedo en mi casa y no me vacuno.

Valeria: Era una posibilidad de cuidado, una posibilidad de protección, esa era la dimensión que le dábamos, dentro del caos, de la inseguridad que había, de esto que pasaba algo nuevo todo el tiempo, la información que circulaba era tanta que era imposible.

Paula: Y uno tenía que tomar una decisión y decías, bueno, ves fallecimientos y bueno, es una posibilidad de cuidarme. Total vamos a seguir viniendo a trabajar, entonces si es una protección media, bueno vamos con la protección media.

Valeria: Si uno ubica en su mente que, bueno, es una medida de protección de cuidado, iba por ahí. Pero el que la rechazaba, evidentemente la ubicaba en un lugar de todo lo contrario, de que era algo que lo iba a enfermar, que iba a hacer peor.

Paula: Se había planteado la obligatoriedad... pero eso después se retiró de la escena.

Pero bueno, la vacuna fue excelente, fue una posibilidad de parar una pandemia, con más efectividad o menos, depende la sepa, depende el desarrollo de la investigación. Pero

bueno, nosotras, ninguna, sabíamos de eso porque no estábamos en el desarrollo de la vacuna. Entonces, bueno, hablaban científicos y científicas del mundo contando que era la única manera de parar un poco la pandemia, generar algún sistema de protección personal. El tema es que duraban poco los anticuerpos y era muy variado...

Nosotros nos medimos al principio los anticuerpos y algunas personas desarrollamos mucho y otras nada. Entonces a algunos nos servía un montón y otras personas se seguían contagiando, pero con menos secuelas. Eso fue lo más importante a medida que fue avanzando la vacunación.

-¿Fue confiar en los organismos de salud por completo?

Paula: Y sí, exacto. Tenés que, en una pandemia no hay otro modo. Tenés que confiar en las propuestas internacionales. A parte era un esfuerzo de investigación...

Valeria: O sea, era todo una discusión desde diferentes planos, no era solamente científico también era lo político...

Paula: Estaban mezcladas las prioridades, algunos querían poder viajar en sus vacaciones y otros querían comer.

Valeria: emerge lo político...

Paula: Y las desigualdades sociales que son impresionantes. En un principio, emerge la solidaridad que en un tiempo se desaparece porque, en lo general, las personas somos mezquinas en ese sentido y hay sistemas de protección en determinadas comunidades que siguió trabajando lo comunitario y en otros fue más singularizado.

Valeria: Yo creo que es re interesante eso para analizar el tema de los lazos de solidaridad antes y después de la pandemia. Y después de la pandemia yo creo que esperábamos otra cosa... La pandemia nos deja mucha violencia...

-Con respecto al trabajo en salud: ¿esperaban otro tipo de reconocimiento?

Paula: un retrabajo...

Valeria: Más que reconocimiento, nosotros como trabajadores de la salud uno lo que pretende todo el tiempo en el trabajo es estar bien remunerado.

Paula: Si, por ejemplo se suspendían paritarias y negociaciones

Valeria: No un reconocimiento de lo que tiene que ver con la tarea de uno en sí, sino, lo que si redimensionó fue la complejidad de nuestra tarea, lo complejo de nuestra tarea, el valor que tiene nuestra tarea. Yo creo que si uno lo resignificar en la pandemia o post pandemia, entonces, no se si tiene que ver con el reconocimiento. Yo creo que tiene que ver con una tarea que es muy compleja y que no se le da realmente el valor y obviamente la remuneración económica para los profesionales de la salud que tendríamos que tener y el cuidado ni hablar.

Paula: Por otro lado, me parece la cuestión de que nadie le puso palabras a la vuelta. A la vuelta progresiva, entonces nosotros, esto que hablamos ahora con vos, o lo hemos hablado en reuniones, que lo vamos como poniendo afuera del cuerpo..” te acordas de tal cosa...” No hubo una instancia que alguien que coordina en la institución, en este caso, en este momento, pregunté cómo están las personas después de semejante, semejante evento

Valeria: Si bien, era algo que nosotras siempre lo pensábamos, el tema del cuidado del trabajador de la salud, de los espacios, de pensar de alguien que sea de recursos humanos o lo que fuera, que estuviera mirando la salud de los trabajadores porque es una tarea que, la verdad, que fragiliza un montón. Te genera muchas preguntas todo el tiempo, te repercute subjetivamente de otro modo, eso ya no estaba dado. Quizás tuvimos como esa esperanza de, bueno, después de todo lo que paso creímos iba a haber un espacio para eso, para poder ver las necesidades.

Paula: Incluso para el re-trabajo colectivo, lo remamos como pudimos, dijimos bueno nos conectamos persona entre personas, sin que nos convoquen en ese sentido.

Valeria: Aparte, la particularidad de cada espacio. A nosotras nos pasan determinadas cosas entre las compañeras, que una quedó embarazada en ese momento y no podía estar, el que tenía niños tampoco... En un momento quedamos solamente Paula y yo porque no teníamos nada, digamos.

Paula: Moni y Silvi también, y ahí dijimos bueno somos cuatro, armamos un equipo de cuatro.

Valeria: Digo, todas esas situaciones que parecen chiquitas pero no lo son.

-¿Fue todo armado por ustedes? No hubo organización desde la dirección?

Valeria: No, no. Cada uno tenía que armar con lo que tenía de recurso humanos que quedaba, lo que podía. Entonces, digo, que eso genera también, nosotras porque lo pudimos ir llevando, pero hubo otros espacios que quedaba muy poca gente, de quedar una persona, o no quedar ninguna. Entonces, digo, eso tiene repercusiones..

Paula: Sí y entre los compañeros, también de decir “che, vos te fuiste un año y medio..”

Valeria: Y tampoco existía la posibilidad de reemplazo, si bien hablamos de un déficit siempre de reemplazo en nuestra actividad, en general, en la pandemia fue peor.

Paula: y los reemplazos fueron dirigidos específicamente a médicos y médicas.

Valeria: Nosotras tuvimos dos licencias de maternidad (en el equipo) que no fueron reemplazadas.

Paula: Porque, por decreto, la plata que pusieron tenía que ir a respiradores, material para el cuidado, digamos, comprar muchos más barbijos, que antes no había esta oferta de material descartable, alcohol a rajatabla, en todos los lugares. También pensamos que era un cambio de gobierno en la provincia que tenía un proyecto determinado que se frustró y que tuvieron que poner un montón de plata en el área de salud que no lo habían pensado. Vinieron refuerzos de nación y todo... Hubo que poner dinero en áreas de salud que no estaban pensadas, refaccionar la guardia para que tengan los espacios, las salas, reforzar el hospital de determinada manera, pero esa plata se restó del cuidado también.

Valeria: Pero vos fijate se pensó quién es la población vulnerable de los trabajadores? Las embarazadas y quienes tenían alguna enfermedad, etc.. “bueno que se vayan” y el resto? Quedaba con menos gente trabajando en una pandemia, digo, el cuidado para unos pero no el cuidado para todos.

Paula: La justificación de eso es que: “bueno, total igual no pueden estar muchas personas en una oficina” Como una cuestión de número... La falta de planificación, en ese

sentido, de criterio, de conocimiento de la salud pública, de las redes, se noto un montón. Yo lo pienso personalmente de ese modo, creo que era un gobierno provincial que no venía sabiendo cómo era la política pública en relación a salud y se improvisó, como improvisaron todos, digamos, en eso fue general, porque de la pandemia no es que se sabía pero, no trabajaron armando equipos. Incluso, los equipos, hubieran estado buenos que no fueran por disciplina, vos podías haber armado equipos interdisciplinarios y sostener esos equipos que se hubieran sostenido de un modo, quizás, mucho mejor que, armar pequeñas islas que se quedaron desvinculada. Entonces, no era efectivo el trabajo nuestro solas, el trabajo de cuidados progresivos solos.... Al principio parecía que sí, porque no estaba clara la tarea, pero cuando se empezó a complejizar y empezaron a emerger los problemas socioeconómicos, de gestión y qué sé yo... ahí había que volver a pensar, decir, bueno, hasta acá pudimos con esto, pero ahora ya no se puede más. Así no se puede, con dos personas solas, tenés que reemplazar, tenés que verlo.

EL reemplazo y la plata vino a cuenta solamente de la atención médica, con lo cual, eso fue un perfil de una gestión, decir: solo refuerzo esto, la atención, el cuerpo médico y la terapia. Sí, era la terapia intensiva, la intermedia y la Guardia.

-¿Ahora quedo un poco ese perfil de priorizar lo médico - biológico?

Paula: Si. Sobre todo la terapia, la terapia intensiva, la terapia intermedia y la Guardia siempre son las que tienen más. Han quedado con refuerzo de cargos COVID que se quedaron y no se perdieron, pero que, bueno, parece que fue como muy absolutamente muy cerrado.

-¿Ustedes pudieron volver a trabajar en cuidados intermedios?

Paula: Sí, sí, volvimos a todos, a todos los espacios, a todos los espacios a retomar. Nosotros tenemos esta formación, digamos, en Trabajo Social que somos las que levantamos. Casi siempre decimos que hay que volver a juntarse. Entonces fuimos como juntando los pedazos. Sí, para nosotros es una necesidad. Y fuimos refundando. De decir “bueno che, basta con la virtualidad, vamos a juntarnos en las reuniones interdisciplinarias” Volver a los

pases de sala, volver a juntarnos con salud mental y decir, bueno, trabajemos juntos, recuperemos el espacio.

Todo ese trabajo como que lo fuimos haciendo despacito y recién, te diría este año, nos sentimos otra vez con un andar más relajado, este año un poco mejor.

Es el modo, también, de enfrentar, de trabajar la complejidad de las situaciones que se presentan en este sentido, de lo que dejó la pandemia, de las condiciones socioeconómicas en las que nos encontramos, de la vulnerabilidad de las personas, que pocas veces asistimos a ver situaciones tan extremas como la que venimos viendo este último tiempo, de cómo quedaron fracturado esos lazos en la comunidad, cómo quedaron un montón de personas solas.

-Con respecto a las personas que quedan solas, dentro del hospital: ¿se volvió a trabajar con cuidadoras?

Paula: Si, si en sala si.

Valeria: Si, es un recurso que escasea mucho.

¿Cómo surge este recurso de cuidadoras contratadas desde el hospital.

Paula: Nosotras hicimos un proceso, fue una propuesta de nosotras. En realidad de una de las compañeras, que estaba de reemplazo por una licencia por maternidad, nosotras siempre estábamos buscando y ella conocía una cooperativa de cuidadoras “Cotracuc”, con lo cual hicimos una propuesta a la dirección e hicimos ese recurso. Antes teníamos siempre alguna persona puntual que nos daba una mano, casi sin formación, sino más que el ejercicio del cuidado de un familiar, entonces acercamos esta posibilidad.

Ahora, está muy mediado y muy condicionado por las condiciones económicas, que el hospital pueda pagar ese cuidado y que nos aprueben.

Valeria: No es que haya una política, ni de la institución, ni nada.

Es como un recurso disponible

Paula: Es un recurso que nos buscamos nosotras, no es una cuestión instalada de necesidad del Ministerio de Salud en estos momentos pensar cómo se cuidan las personas.

Lo dejan a cuestas de alguna propuesta posible. Nosotras la elevamos, pusieron dedito arriba, pero no es que nadie se interesa por saber cómo se cuidan las personas en la sala...

Valeria: A parte también eso conlleva, vos llamar a alguien que está por fuera de la institución, es alguien que viene con una mirada de su recorrido pero que no es una persona que conozca las particularidades de la institución, o que a lo mejor, no se, tiene experiencia de haber cuidado personas en la parte privada y no la pública...

Paula: Inauguramos con algunas situaciones muy extremas, en la sala cuatro y en la vuelta de la evaluación nos dijeron (las cuidadoras), bueno, nuestro perfil de persona no puede con eso, puede con algo menos extremo, digamos. Estábamos hablando de alguien totalmente desnutrido que no podía comunicarse, que se alimentaba, digamos, con unos cuidados que nosotras naturalizamos que son muy extremos de una persona que no puede prácticamente nada y hay que cuidar todo su cuerpo, la conexión, su subjetividad, etcétera y angustia del otro lado, si la persona no está preparada para cuidar a alguien en esas condiciones.

Pero les interesaba formarse.

Valeria: a veces uno llama a quien está disponible puede venir, pero no es alguien con quien tampoco uno haya podido trabajar. En un tiempo mucho más atrás, cuando fue una la situación más delicada, por ahí teníamos un trabajo de mucho tiempo con la misma persona, era distinto y teníamos reuniones también con acompañamiento terapéutico, entonces íbamos trabajando. Pero tampoco es que hay un acompañamiento terapéutico como era antes.

Paula: Un poco nos dividimos eso con Salud Mental. que ellos coordinen los acompañamientos terapéuticos de personas con problemas de crisis subjetivas internaciones y nosotras trabajar las cuestiones del cuidado, del acompañamiento del cuidado, que tiene que ver con la posible alta de una persona que está muy fragilizada. En el sentido que no se puede alimentar sola, que necesita estar con alguien que la ayude para movilizarse...

Valeria: diferenciar lo que es el cuidado de un cuidador al acompañamiento terapéutico, que está dentro de una estrategia, digamos, de abordaje interdisciplinario.

¿Este recurso hoy se financia desde el hospital si ustedes lo demandan?

Paula: Si, pero en este momento, por ejemplo, no hay nadie trabajando y siempre nos planteamos primero que sea alguien que tenga lazos con la persona, en lo posible, en general siempre hay alguien que viene. Ahora muchas veces quedan sin ser cuidadas, porque no son cuidadas como históricamente por el personal de enfermería y no son cuidadas por nadie y no se visibiliza hasta que vamos y preguntamos, vamos a los pasos o las salas...

Valeria: Es como una línea delgada cuando no es una política ni de la institución o del estado, porque el cuidador viene, y hay una cuestión también ahí de la responsabilidad del cuidado y lo que eso implica y lo que puede suceder también. Uno lo va naturalizando por una necesidad, porque bueno necesitamos que estén acompañados, que estén cuidados. Pero también hay un lazo que se da, también en la interacción del cuidado. Y nadie lo está mirando, lo está evaluando, digamos. Nosotras estamos acompañando pero tampoco es que uno, en el día a día, uno tiene armado algo.

-¿El cuidado en las internaciones es una tarea que puede volverse más complicada, no?

Valeria: Lógico, también, después aparece esta cuestión de que si hay un cuidador, aparece la cuestión con enfermería, aparece esto de que bueno: “higienizarlos, hace esto y esto otro” y el cuidador no está para eso. La cuestión de quién es la responsabilidad. Porque cumpliría la función “del familiar”, que el familiar tampoco es responsable de hacer ciertas tareas que a veces se le asigna...

Paula: le dejan la medicación. Que “cambialo, rotaló...”

Valeria: Nosotros hablamos con los cuidadores, por ejemplo, siempre hay una chica que siempre llamamos, si está libre, porque es una persona que conoce mucho la institución que ya ha cuidado muchas personas y ha pasado por todas las salas y tiene un nexo, digamos, un vínculo hasta con las enfermeras. Y siempre le aclaramos: vos no estas para higienizar, vos no estas para esto, vos no estas para lo otro, porque también ahí hay un tema. Darle la medicación a alguien es una responsabilidad, o se puede broncoaspirar.. darle una comida que no esté indicada para comer... Osea, hay que estar muy alerta a esas cosas en el día a día

y obviamente que el cuidador en su tarea de querer colaborar, ayudar, por ahí pierde ese límite, con la exigencia, también, del otro lado de “tenes que hacerlo porque nosotros no estamos para eso, estamos sobrecargados de tareas..”

Paula: y las salas son muy desiguales en ese sentido, el staff, digamos, no es parejo en las salas de adulto de internación. Entonces, hay horarios y momentos en que hay mas equipo, mas intencionalidad de cuidado y otros no.

Valeria: es super interesante pensarlo de ese lugar... que sea una política

Paula: nosotras sabemos que tendría que ser una política de cuidado

Valeria: tanto eso como el acompañamiento terapéutico

-Con respecto al acompañamiento terapéutico: ¿como fue que se logró tener un grupo de Acompañantes Terapéuticos trabajando en planta?

Valeria: Si eso se logró, ahora se modificó, es distinto, otra dinámica

Paula: Esa historia la conocemos bastante porque en principio, cuando sale la Ley de Salud Mental, se abre toda una posibilidad de contratar gente para los acompañamientos terapéuticos y se abre toda una cantidad de opciones y, con el tiempo, hubo que hacer, digamos con eso, una propuesta de tener un presupuesto en la Provincia, digamos, en la dirección Provincial de Salud Mental y terminan pasando a planta una cantidad de personas y se distribuyen en el sistema de atención.

Ahora, en el momento en que nosotros trabajamos más vinculadas con los acompañantes terapéuticos, eran muchísimas más ofertas de horas que las que tenemos ahora. Entonces, ahora es muy poco para el abordaje de salud mental que tienen los hospitales generales en este momento,

En este momento quedó muchísima demanda porque se van reconfigurando los monovalentes de otro modo y esto fue quedando corto. No sabemos dónde están las otras acompañantes.

Valeria: En el día a día, está el acompañamiento terapéutico de muy poquitos casos. Muy pocas horas.

Ahora se reconvierte y hay un espacio de salud donde está ahí una de las acompañantes terapéuticas con una psicóloga, que está en el turno tarde, que están los lunes y los jueves que funcionan acá en el hospital, que es un espacio para todos los pacientes o acompañantes familiares que estén transcurriendo la internación. Hay un espacio ahí para trabajar, ese acontecer y que se rompa un poco, el tema de permanecer solo en la sala. Esos espacios están buenísimos, pero el tema es que ya no tenemos ese acompañamiento terapéutico como teníamos antes.

Paula: Hay otra de las acompañantes que está con una licencia sin goce de sueldo y la política de Perotti fue no cubrir las licencias sin goce de sueldo. Así que, en todo el sistema de salud tanto en APS como en hospitales, él decidió no cubrir las licencias sin goce. Y hay un montón de personas en ese proceso, que tiene que ver con la vuelta de la pandemia y el desgaste de las personas y la caída del ingreso y la combinación hizo que un montón de personas se tomaran, sobre todo este último tiempo, licencias sin goces y no fueron reemplazadas.

Valería: Y ahí, eso también habla del cuidado...

Paula: Claro, es decir: ¿Cómo supones que las personas siguieron trabajando? Se fracturaron los equipos. Vos vas por atención primaria, vas preguntando y ahí donde había solo una o un psicólogo, no hay más, y no está más la oferta de esa disciplina. Vos decidiste que no esté más esa oferta...

Valeria: Es como que esta cuestión del reconocimiento... que esta cuestión viene más allá de eso, que viene desde antes, del cuidado... desde lo salarial, hasta los espacios de trabajo hasta la singularidad de cada trabajador, que además de trabajar le pasan un montón de cosas. Pero acá, es un lugar muy sensible, es un campo de trabajo diferente que tiene otras cuestiones, porque estamos siempre trabajando con la enfermedad, la muerte, la vida también, todo el tiempo entrecruzado.

-La pregunta anterior sobre el reconocimiento venía un poco relacionada a esto, porque desde afuera parece que fue todo lo contrario a un

reconocimiento, en vez de reforzar los espacios de salud se fueron desgastando.

¿Es así?

Valeria: Claro, se fueron desgastando. Dejaron que se cayeran y lo que quedo, quedo... y así seguimos. Pero así fue en la pandemia también... se cuidaron a algunos que si se podían ir por tal o cual cosa, que me parece fantástico, pero el resto que se quedó a poner el cuerpo, literalmente, en un pandemia que, uno no sabía lo que iba a pasar, que todos los días venían y era algo nuevo y tratar de reinventarse, artesanal todo el tiempo. Y bueno... “hagan lo que puedan”.

Paula: Si, “hagan lo que puedan”. Lo que sí hicieron fue obligar a las personas a que vuelvan a trabajar, eso fue re fuerte. Y lo que quedó, nadie retomo de ahí, porque ya arrancó la campaña política. Osea, no nos olvidemos cuando fue lo de la pandemia y cuando empezó a pasar un poco el efecto pandemia. Cuando era momento de retomar y reever y reevaluar como estaban los equipo arranco la campaña política y ahi olvidate que la plata fue para otro lado.

Entonces, es como esa sensación permanente de estar relegado o relegada de la agenda. Y bueno son perfiles políticos.

Y bueno, ahora hay que ver quien va a ingresar y como y cuanto sabe del sistema de salud, siempre está acuesta de eso: quienes van a estar, cual va a ser el perfil que le van a adar al trabajo y ver los recortes...

Valeria: En salud implica estar como uno, más predispuesto a la flexibilidad de lo que hay y lo que viene.

Paula: Quizás se puso mucha más plata en complejidad, por ejemplo, oferta de complejidad hubo un montón, porque eso también no hay que dejar de pensar que es un negocio la salud, absolutamente, que genera un montón de posibilidades de negocio.

-Volviendo sobre el tema de cuidado, creen que hay alguna propuesta que se pueda pensar desde el hospital más allá de que haya o no una política?

Paula: No, tiene que ser una política centralizada para que un hospital le de importancia, tienen que venir un lineamiento de un proyecto de salud, para mí

personalmente. Creo que no hay en este momento, que no hubo en estos cuatro años, y ya veníamos de un deterioro anterior, de un proyecto de salud que arrancó con mucha fuerza y se fue tergiversando, abandonando, dejando, quedaron como las palabras de aquel proyecto pero la efectivización del retraining con los equipos se fueron perdiendo y ya después de la pandemia fue, digamos, la mirada fue absolutamente otra, y se recontranoto, digamos: la centralización en el modelo hegemónico más tradicional, la complejidad en la oferta de atención. Atención primaria fue la más bastardeada y la más golpeada en ese sentido- Porque fueron equipos donde se fueron yendo de sus espacios de trabajo las personas profesionales porque fueron abandonados en ese sentido. Entonces, si, ese ese un perfil de salud, esa es una decisión política de cómo implementar la salud pública. Bueno, es un proyecto con el que yo no acuerdo, personalmente.

Valeria: Creo que las tareas de cuidado específicamente, en muchos niveles se está hablando hace tiempo del tema del cuidado, del tema de los cuidados paliativos, también, en el escenario eso se viene instalando. No se si eso en algún momento será como la Ley de Salud Mental que se logre instalar. Si bien, hay una ley de cuidado... de cuidado paliativo y todo... no se si allá en algún momento, haya una ley, algo que vaya a hablar del cuidado...

-¿Aparece actualmente la urgencia de no poder dar un alta porque no hay quien brinde cuidado?

Paula: Si, si todo el tiempo. A parte porque los espacios no son solo el cuidado, para poder pensar espacios de cuidado hay que retraining la internación y el cuidado en la internación de que se trata, si es la atención médica específica o es la integralidad del cuidado durante un proceso de internación. Y después la fragilización de los lazos sociales que están por fuera de los proyectos de salud, digamos es mucho más integral que eso.

Valeria: Hay gente que viene muy deteriorada, sin registro del cuidado personal...

Paula: Digamos, el cuidado en el domicilio, de las redes, de los lazos, digamos, de las condiciones mínimas básicas de las personas.

Valeria: esto sin vinculación con los espacios de salud, de tratamiento, de reininternaciones todo el tiempo... eso es lo que vemos ahora mucho. muchas internaciones y mucha gente sin cuidados...

-¿Está el proceso de atención más fracturado? ¿Se llega directamente a la internación, sin atención previa?

Valeria: En realidad entiendo que tiene que ver con las condiciones de vida de cada uno, el lugar que ocupa la salud. Cuando uno tiene otras necesidades la salud no es algo priorizado hasta que aparece alguna situación que te para y por la cual terminas internado como vemos acá.

Paula: Lo que pasa es que la estrategia de atención primaria como estrategia global, digamos, como estrategia que incluye tanto el territorio como los hospitales, habla de la dimensión del cuidado. Del cuidado en territorio y la prevención y promoción de la salud del salir e ir a ver como esta la gente...

Valeria: Si, es todo. Es no llegar a una hospitalización que sería un extremo de la necesidad. Pero lo que nosotros estamos viendo últimamente es gente que llega directamente sin conexión con los centros de salud, del territorio.. o que fue alguna vez... o dejó de ir...

-¿Esto emperor en la post pandemia?

Valeria: Si, empeoro... yo creo que porque en un punto la gente no se quería acercar a los centro de salud, eso apareció. También hay gente que dejó de controlarse, dejó de hacerse sus estudios, sus análisis, sus controles anuales con el médico de cabecera y aparecieron situaciones de diagnósticos severos que bueno, aparecieron.

Paula: Y cómo no, cómo no iba a aparecer si vos dejás de atenderte o de controlarte.

Valeria: Si, los controles más básicos, como el clínico o el ginecológico en las mujeres...

Paula: Si, aparecen diabetes descontroladas, tratamientos abandonados...

Valeria: Yo creo, que este va a ser el tema en la salud, más allá de la pandemia, esto se venía viendo. Yo creo que va a ser el tema , esto de la cronicidad, y las condiciones de vida, el estrés, la alimentación...

Paula: Y el autocuidado, la percepción... digo, si no hay proyecto de vida en un país, en el sentido de que la gente sobrevive solamente. Porque la proyección todos los días es la del deterioro de tus condiciones de vida y de tus condiciones económicas, no hay proyección ¿de donde va a emerger el autocuidado?. Viene de la posibilidad de proyectarse más o menos hacia adelante, ¿no? Digamos en todas las etapas de la vida, las personas jóvenes que terminan de estudiar y no se pueden proyectar. Nosotros tenemos cantidad de personas que ingresan con crisis subjetivas a los 20, 24 años, sin proyecciones de vida.

Parece como que eso es lo que se está viendo. Las personas de mediana edad que vuelven a vivir, hijos e hijas a la casa y no alcanza el dinero. Digamos, ¿de donde va a venir el propio cuidado si no de la posibilidad de poder proyectarte un poco en la vida hacia un lugar saludable querible, o con ciertas posibilidad de armar algún proyecto de vida un poco más feliz? Si no deviene de ahí, no está esta posibilidad y es solo sobrevivir o pegar el mango del día o ver si comes, se va deteriorando la salud y se va deteriorando esa posibilidad de proyectarse hacia adelante, con lo cual la persona no encuentra estímulo para cuidarse.

-¿Aparece la dificultad de tener un tercero que esté disponible para cuidar?

-Paula: Si ni hablar. Es que todas las personas tiene que salir a trabajar

-¿Aparece esta demanda o expectativa de que haya una mujer cuidadora?

Valeria: el cuidado esperado en la mujer, es asignado históricamente.

Paula: eso es lo que mas se movio de lugar, en ese sentido,

Valeria: igual hay ámbitos que en ese sentido son más machistas y les ha costado más....

A la tarea del cuidado doméstico, del cuidado de la familia, de dar de comer, se le suma también ser mujer trabajadora, tener que salir a laburar y mantener a la familia, eso se ha agudizado, yo creo, muchísimo. Pero uno lo ve en el día a día, muchas veces me llama la atención cuando vengo al hospital y ves la cantidad de mujeres que vienen en el colectivo, en todos lados ves la cantidad de mujeres que salen a trabajar y a eso sumado a todas las tareas que son asignadas de por vida. Eso sí se ve.