

Artículo

Procesos institucionales e intervenciones del Trabajo Social en salud

Institutional processes and interventions of Social Work in health

Mara Mattioni

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad Nacional de La Matanza, Argentina)

Magister en Metodología de la investigación Social
(Universidad Nacional de Tres de Febrero, Argentina)

Docente investigadora categorizada
(Universidad de Buenos Aires, IESCODE-Universidad Nacional de José C. Paz y Universidad Nacional de La Matanza, Argentina)

Correo: mattionimara@gmail.com

Bárbara García Godoy

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Docente investigadora
(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Correo: bgarciagodoy@gmail.com

Liliana Murdocca

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Diplomada en Salud Internacional
(Universidad Nacional de José C. Paz, Argentina)

Docente investigadora
(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Correo: lcmurdocca@hotmail.com

Juan Pablo Burwiel

Licenciado en Trabajo Social
(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Docente investigador
(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Correo: juanburwiel@gmail.com

Resumen

El artículo se enmarca en el proyecto de investigación “Reconfiguraciones de las intervenciones profesionales de trabajo social en instituciones de salud metropolitanas durante la pandemia de Covid-19” (PRI-TS-UBA). El objetivo es analizar los procesos de intervención social en el sector salud en el contexto de la pandemia (2020-2021), centrándose en las experiencias de los trabajadores sociales en hospitales de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, focalizando en el impacto que la crisis sanitaria tuvo en las instituciones de salud y cómo el trabajo social se integra y construye las instituciones en las que se desempeña. De este modo, la propuesta aborda dos tensiones analíticas: la burocratización estatal y los procesos de intervención profesional atravesados por la subjetividad heroica. A partir de entrevistas realizadas a los profesionales, se reflexiona sobre la autonomía relativa en los procesos de intervención, entendiendo que esta autonomía debe ser analizada conjuntamente con las experiencias de ejercicio profesional y las estructuras institucionales que las enmarcan.

Palabras clave

Instituciones, Situaciones de salud, Procesos de intervención, Pandemia.

.....

Abstract

This article is part of the research project “Reconfigurations of Professional Social Work Interventions in Metropolitan Health Institutions during the COVID-19 Pandemic” (PRI-TS-UBA). The objective is to analyze social intervention processes in the health sector in the context of the pandemic (2020-2021), focusing on the experiences of social workers in hospitals in the southern part of Buenos Aires. This article focuses on the impact the health crisis had on health institutions and how social work integrates and constructs the institutions in which they work. In this way, the proposal addresses two analytical tensions: state bureaucratization and professional intervention processes influenced by heroic subjectivity. Based on interviews with professionals, the article reflects on the relative autonomy in intervention processes, understanding that this autonomy must be analyzed in conjunction with the experiences of professional practice and the institutional structures that frame them.

Keywords

Institutions, Health situations, Intervention processes, Pandemic.

.....

Introducción

El artículo se construye en el marco del desarrollo del proyecto de investigación “Reconfiguraciones de las intervenciones profesionales de trabajo social en instituciones de salud metropolitanas, en el contexto de la pandemia por Covid 19” (PRI-TS-UBA), el cual se propone conocer y analizar los procesos de intervención social en las situaciones de salud, desarrollados en el contexto de pandemia por Covid 19 en los años 2020 y 2021, mediante el análisis de las perspectivas y experiencias de los trabajadores sociales que se desempeñan en el sector salud en las regiones sanitarias de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, comprendiendo los barrios de Balvanera, La Boca, Barracas, Parque Patricios, Soldati, Flores, Lugano y Mataderos.

A cinco años del inicio de la pandemia por Covid 19 resulta innegable advertir el impacto que dicho proceso tuvo en las instituciones sanitarias. En palabras de Ana Arias “en momentos de crisis vuelve a ponerse de relieve la complejidad de la relación entre trabajo social e instituciones” (2022, p.51). Así, nos interesa recuperar en este trabajo de qué modo se fue configurando y reconfigurando la dinámica de las instituciones de salud en esa etapa, y sus vinculaciones con el desarrollo de la intervención social; entendiendo que lejos de posicionarse como una externalidad el trabajo social habita y construye las instituciones en las que se desempeña (Arias, 2020).

En esta propuesta problematizaremos en clave analítica desde el enfoque de las capacidades estatales en dos sentidos tensionados: por un lado, los procesos institucionales a partir de la categoría de burocratización estatal (Oszlak, 2006) y diferentes enfoques que la problematizan (Perelmiter, 2016; Matusevicius, 2020; Ferrari Mango, 2021; Arcidiácono y Perelmiter, 2021), y por otro, los procesos de intervención profesional y los atravesamientos de subjetividad heroica (de la Aldea y Lewlowicz, 1999; Arito, 2011; Rígoli et al, 2021), a partir del análisis de narrativas de colegas entrevistadas a los fines de este estudio.

En clave reflexiva y apostando a una construcción de conocimientos que recupere las experiencias transitadas, el artículo se interroga en torno a las implicancias de pensar en procesos de intervención atravesados por la autonomía relativa (Danani, 2006; Oliva, Mallardi y Perez 2010; Cazzaniga, 2015; Bruno y Karsz, 2020), entendiendo que los alcances de toda auto-

nomía demandan procesos de construcción epocal y situados, partiendo de las representaciones y los atravesamientos de quienes materializan los procesos de intervención cotidianos, y también de las instituciones que los encuadran y retroalimentan.

Metodología

El trabajo de campo se llevó a cabo en el marco de una investigación cualitativa con diseño fenomenológico, orientada a recuperar las experiencias y sentidos construidos por trabajadoras sociales en relación con los fenómenos estudiados. Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad, un instrumento que permitió generar un espacio de diálogo abierto y reflexivo, donde las participantes pudieron relatar sus vivencias y perspectivas de manera detallada. Respecto del muestreo, el mismo fue de tipo bola de nieve buscando contemplar heterogeneidad en las experiencias compartidas y en los dispositivos de desarrollo del ejercicio profesional, atendiendo a que las unidades de análisis cumplieran con el criterio establecido de desempeñarse en instituciones pertenecientes al universo delimitado (regiones sanitarias de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, comprendiendo los barrios de Balvanera, La Boca, Barracas, Parque Patricios, Soldati, Flores, Lugano y Mataderos) y de haber estado en funciones durante los años 2020 y 2021.

Durante el desarrollo del trabajo de campo, se enfrentaron ciertas dificultades, como la disponibilidad limitada de las profesionales debido a sus responsabilidades laborales y la coordinación de entrevistas en contextos institucionales complejos, especialmente considerando las restricciones y exigencias vinculadas a la situación sanitaria de los años en estudio. A pesar de ello, estas limitaciones se abordaron mediante flexibilidad en la planificación de los encuentros y el uso de modalidades adaptadas a la situación de cada participante, lo que fortaleció la confianza y la apertura en las entrevistas.

Entre las fortalezas del trabajo de campo se destaca la riqueza de los relatos obtenidos, que permitió identificar matices y complejidades en la práctica profesional de las trabajadoras sociales, así como la construcción de un vínculo empático entre investigadora y participantes, que facilitó la profundización en los sentidos y experiencias compartidas. En total, se realizaron nueve entrevistas en profundidad, suficientes para alcanzar satu-

ración teórica, garantizando la consistencia y la validez de los hallazgos obtenidos.

Resultados

Burocracia pública, estatalidad y presencias estatales

Abordar la burocracia estatal no es una tarea sencilla, especialmente cuando se analiza en el contexto de la pandemia. Esta crisis puso en evidencia el desempeño del Estado en la garantía de la salud pública, probando tanto su autoridad en la aplicación de medidas de aislamiento y prevención como sus capacidades institucionales en la atención sanitaria y en la obtención y distribución de vacunas (Nosetto, 2023).

A partir de un análisis exhaustivo, resulta interesante considerar la burocracia pública desde una perspectiva negativa: ¿Qué no es la burocracia pública? En primer lugar, es importante destacar que “una burocracia pública no es un tipo ideal de organización que realiza o no diversas tareas; una burocracia pública es lo que hace” (Oszlak, 2006, p.13). Su existencia y funcionamiento, según Oszlak (2006), se entienden como uno de los atributos del Estado y su herramienta principal para lograr y mantener otros aspectos de su “estatalidad”. La formación de la burocracia suele seguir un patrón irregular, errático y contradictorio, mostrando rastros de diversas estrategias y programas de acción política.

En relación con la estatalidad, podemos considerar la noción de capacidades estatales (Isuani, 2010), que permite distinguir entre las capacidades potenciales del Estado para alcanzar sus objetivos —es decir, las condiciones necesarias para implementar una política— y las capacidades demostradas, que permiten evaluar los logros alcanzados.

Otra categoría relevante es la de presencias estatales, que nos invita a examinar el Estado en sus “múltiples presencias”. Como sostienen Manzano y Ramos (2015), “en cada una de ellas, qué es el Estado dependerá del interjuego entre enunciaciones y audiencias, entre proyectos divergentes de unidad, entre lugares disponibles y formas de circularlos” (p. 11).

En este contexto, Pimentel Neto (2014) define los arreglos institucionales como el conjunto de reglas y relaciones entre distintos agentes (públicos y privados) que definen una forma particular de coordinar políticas públicas específicas para el desarrollo de una sociedad o territorio. Estos arreglos

pueden aumentar o disminuir los procesos burocráticos, afectando así la eficiencia de las acciones públicas. Desde nuestra perspectiva, la noción de arreglos institucionales permite entender cómo las instituciones ajustan o reconfiguran su funcionamiento en diferentes contextos, atendiendo a los intereses y demandas de diversos actores y a las particularidades del entorno. Por ejemplo, en trabajos previos, hemos abordado cómo los arreglos institucionales se manifestaron en las nuevas configuraciones de intervenciones y procedimientos de las instituciones de política social durante el aislamiento preventivo y obligatorio a causa de la pandemia de COVID-19 (Clemente et al., 2021).

A lo largo del trabajo de campo, de la mano de las voces de trabajadoras sociales del campo sanitario en funciones durante la pandemia en sus diversas fases, fue posible advertir cómo las diversas presencias estatales y la burocracia misma parecía diversificarse y reconfigurarse, poniendo en jaque incluso arreglos institucionales vigentes y demandando nuevas reglas, relaciones y modos de comprender de parte de las instituciones. Así, algunas profesionales expresaron al respecto:

En relación al hospital, al ser un hospital de agudos donde se focalizó la atención de personas con Covid, todo estaba abocado a ese abordaje y creo que hubo obstáculos en la posibilidad de re pensar la práctica. Fueron varios años donde no se pudo detener y pensar estrategias ético políticas acordes a las necesidades, sino que había como una respuesta más de ejecución vinculada con el pedido de un modelo médico hegemónico que establecía cuál era nuestra intervención y que debíamos hacer. Me cuesta pensar en innovaciones o transformaciones y estrategias, como en aspectos positivos. Respecto de la situación que atravesamos, me parece que fue intentar dar una respuesta rápida a lo esperado (...) Al interior del servicio se vivió una dinámica particular que obstaculizó de alguna manera el funcionamiento dado que había ciertos desacuerdos y era difícil tener un objetivo en común desde el servicio y no desde lo exigido, digamos, por el ministerio en relación a nuestras funciones, que esas sí las llevamos a cabo de manera acordada porque era lo pedido, era lo que había que hacer (Trabajadora Social con desempeño profesional en el Servicio Social de un Hospital Polivalente de CABA).

Aquellos vacíos institucionales, así como también aquellos arreglos institucionales que supieron responder a determinados paradigmas, mostraron diversidad de presencias estatales pero también permitieron vislumbrar capacidades potenciales que no devinieron y desdibujaron encuadres o incluso obstaculizaron procesos de problematización en circunstancias de trabajo extremas. Sin embargo, volviendo sobre Oszlak (2006) “la burocracia pública es lo que se hace” y en este sentido resulta potente retrotraernos a los modos en los que se fueron estructurando los procesos de intervención, aun cuando lo errático y lo contradictorio atraviesa la vida cotidiana.

La pandemia: tiempos de ¿héroes y heroínas? en el campo sanitario

Volviendo sobre la narrativa de las colegas entrevistadas a los fines de este estudio fue posible traccionar descripciones ligadas a los procesos de intervención profesional con las características propias de la subjetividad heroica (De la Aldea y Lewlowicz, 1999; Arito, 2011; Rígoli et al, 2021), entendiendo esta categoría como “un modo específico de situarse ante un problema” (De la Aldea y Lewlowicz, 1999, p.3) o en palabras de Sandra Arito “como un recurso sobre el que a veces el trabajador se sostiene para intervenir, en especial frente a situaciones límites” (Arito, 2011, p.13).

La subjetividad heroica se presenta como una posición al interior del ejercicio profesional en la cual la comunidad aparece convertida como un objeto a preservar o rescatar, pero ubicada totalmente ajena a la situación. Así es como, en palabras de De la Aldea y Lewkowicz:

Con la mejor voluntad, la mejor intención y avalados por el espíritu de servicio a la comunidad –que formó parte sustancial de su formación profesional–, respaldados por los valores más elevados (el bien, la comunidad), empuñando la flamígera espada de la justicia ante la catástrofe en ciernes, los trabajadores de la salud [mental] nos disponemos a salvar a la comunidad” (1999, p.2).

Hablar de subjetividad heroica en contexto de una pandemia conlleva inevitablemente a revisar la categoría de la urgencia como tal: ¿Qué era urgente en la pandemia? ¿Quién establece la jerarquización de la urgencia? ¿Cómo ponderar demandas en función de su urgencia si no había posibilidades de “repartir” abordajes y tareas ante el corrimiento de determinados

dispositivos e instituciones? A propósito de ello, una Trabajadora Social de un Hospital General de CABA nos refirió:

Nosotros no tuvimos opción de decir me quedo en mi casa, no había opción. Nosotros teníamos que venir y trabajar aunque el resto de las instituciones cerró sus puertas y dijo yo no tengo contacto con ninguna persona física. Hasta que se organizaron para la atención virtual, nosotros trabajamos con una población que no tiene las herramientas para acceder a una atención virtual de bancos, de Anses, de Juzgados, Defensorías, Consejos. Hubo cosas que tuvimos que suplir nosotros. Así, atendíamos consultorios externos o gestiones de cuentas bancarias para poder cobrar el IFE. Anses no te abría la puerta, entonces nosotros, como si abriamos la puerta, gestionamos claves y otras cuestiones que no tienen que ver con nuestro rol de trabajador social hospitalario pero ¿quien lo hacía si no lo hacíamos nosotros? (Trabajadora Social con desempeño profesional en el Servicio Social de un Hospital Polivalente de CABA).

La coexistencia de diversas dinámicas y encuadres institucionales propias del periodo de pandemia, especialmente en su fase inicial, generó una marcada heterogeneidad en términos de abordajes y de desarrollo de intervenciones. Al desdibujarse o correrse determinados dispositivos y sectores, otros tuvieron un correlato consecuente atendiendo a que las personas “deambulaban” entre aquellos espacios que no habían cerrado sus puertas. Así, los dispositivos de urgencias fueron de los pocos que mantuvieron su atención de forma ininterrumpida y ello tuvo un impacto en el modo de concebir no sólo la urgencia en sí misma sino también como limitar la atención o bien establecer jerarquías ante la imposibilidad de “atender todo”.

Sandra Arito refiere al respecto que:

(...) las instituciones mutan, se alteran, se transforman, por tanto, las prácticas político - institucionales cambian y con ellas lo hacen las prácticas profesionales. Los sujetos con los que intervenimos pueden transformarse en sujetos a acompañar, a preservar, a veces incluso a rescatar (2011, p.13).

Esta impresión de encuadres desdibujados y cierta falta de claridad en la distribución de tareas y/o responsabilidades entre sectores que habitual-

mente trabajaban de manera conjunta presentó sus particularidades al interior del colectivo profesional. Una trabajadora social del área de urgencias de un hospital de CABA mencionaba al respecto:

Los equipos profesionales de áreas de niñez y adicciones no volvieron a hacer admisiones o certificaciones de egresos. Esto quedó instalado de esa manera y las situaciones cotidianas tenían que ver con prestar los teléfonos personales para que se hiciera una videollamada, intentando suplir con eso la entrevista de admisión. Algunos organismos incluso nos derivaron la realización de valoraciones o las actas compromisos que habitualmente estaban a cargo de ellos, porque nunca terminaron de volver no solo a la atención presencial sino a asumir responsabilidades que eran de ese sector y necesarias para pensar situaciones problemáticas en clave de intersectorialidad” (Trabajadora Social con desempeño profesional en la Guardia Externa de un Hospital Polivalente de CABA).

Al pensar en términos de subjetividad heroica, la intervención adquiere algunas adjetivaciones que demandan problematizaciones al respecto. La tensión vinculada con “alguien tiene que resolverlo” o bien “no se puede esperar” conlleva complejidades y dificultades que tensionan el desarrollo de los procesos de intervención.

“Al trabajar con situaciones urgentes, de emergencia, en las que el tiempo apremia, no hay demasiado tiempo para pensar y ese es terreno firme para que aparezca el héroe” enuncia Sandra Arito (2011, p.15). Resulta inevitable recordar aquellos momentos iniciales de la pandemia cuando los trabajadores de la salud eran aplaudidos por la noche mientras rodaban caracterizaciones del personal de salud como héroes y heroínas por sostener la atención hospitalaria mientras la mayor parte de la población se “quedaba en casa”. La misma autora interroga esta cuestión, ligada a lo que De la Aldea y Lewlowicz (1999) caracterizan como “salir a apagar incendios”, y enuncia que:

cuando quedamos atrapados en un lugar de luchador/a, cuasi héroe o heroína que da y es capaz de hacer casi todo por otros, esa posición -cuasi heroica- es en parte autoimpuesta pero también construida en un entorno al que le viene bien que alguien la asuma (Arito, 2011:14).

En esta línea de análisis una trabajadora social de un centro de salud refiere:

Siempre trabajamos con poblaciones que se manejan mucho con las changas o el trabajo informal y eso quedó pausado. Desde mediados de abril empezamos a tener reuniones con gente de comedores del Gobierno de la Ciudad, donde terminamos peleando. Nosotros teníamos ahí a la gente llorando que no tenían que darle de comer a los pibes. A tal punto llegó eso que nosotros hicimos en el centro de salud entre todos los profesionales una vaquita. Todos los meses poníamos, plata y nos íbamos a Maxi-consumo a comprar alimentos y armábamos bolsas de alimentos, no solo para ayudar a comer... yo creo que para poder dar una respuesta a tanta angustia. Yo creo que era más por nosotros que por los otros (Trabajadora Social con desempeño profesional en un Centro de Salud Comunitario de CABA).

En sus aportes vinculados a la subjetividad heroica como un modo de posicionarse ante los problemas, Sandra Arito desarrolla que:

Es necesario señalar que en profesionales cuyo eje de intervención es la relación con otros sujetos en situación de necesidad, la ansiedad originada por las demandas de la tarea puede generar en los profesionales comportamientos estereotipados que surgen como mecanismo de defensa frente a la ansiedad (2011:12).

La reflexión que nos ofrece el recorte de la entrevista a la trabajadora social del centro de salud nos permite recuperar nuevamente el riesgo que conlleva la posición de héroes o heroínas pero al mismo tiempo la complejidad de escapar de asumirla cuando las instituciones presentan encuadres desdibujados o se corren de sus escenarios de incumbencia:

El héroe es solidario, “da todo”; su entrega, su espíritu de sacrificio, su compromiso con los valores lo sitúan en un lugar de “plena verdad”, y por lo tanto no se lo puede criticar: es indudablemente bueno –y susceptible de ofenderse ante la menor sospecha de impureza–. En su discurso sostiene que lo que hace es “por el bien del otro”. “Yo no importo, porque lo importante es el otro. Lo que hago no es para mí, es para los demás”.

Ese discurso de sacrificio otorga un valor y una posición al héroe por sobre los demás. Y con esa autoridad enfrenta la situación desde un lugar omnipotente (De la Aldea y Lewlowicz, 1999, p.3)

Esta posposición de las instancias de reflexión, en un momento donde el espacio y tiempo resultaba escaso porque siempre había cuestiones que resolver ligadas a la ejecución de políticas sociales o bien al desarrollo de procesos de salud enfermedad atención y cuidado, demanda ser problematizada de forma situada. La cuestión emergente y característica del contexto analizado permite volver sobre la necesidad de identificar al autocuidado no solo como una cuestión esencial ligada al ejercicio profesional sino también a ser incluida de forma permanente en la agenda del colectivo profesional como un nudo problemático transversal (Madeira, Bogliano, y García Godoy, 2020).

En suma, la subjetividad heroica se presenta como una categoría clave para comprender los procesos de intervención llevados adelante por trabajadores/as sociales, incidiendo en la forma en que los/as profesionales comprenden y problematizan los problemas sociales, así como también en el modo en que se despliegan las políticas sociales. La pandemia resultó un escenario propenso a que la subjetividad heroica caracterice el despliegue de los procesos de intervención, al mismo tiempo que ha subrayado la necesidad imperiosa de autocuidado. En un entorno de alta demanda y estrés, el autocuidado emerge como un pilar fundamental para asegurar que los trabajadores sociales puedan desarrollar su práctica profesional de modo reflexivo teniendo presente la dimensión ético política característica de la disciplina.

Discusión

Este artículo profundiza en cómo la crisis sanitaria global ha transformado las prácticas de trabajo social en las instituciones de salud de la Ciudad de Buenos Aires. A través del análisis de las experiencias y perspectivas de los trabajadores sociales en la zona sur de la ciudad, hemos explorado cómo los profesionales han reconfigurado sus intervenciones en un contexto de emergencia de forma entramada con dinámicas institucionales singulares.

A cinco años del inicio de la pandemia, queda claro el impacto profundo y multifacético que este evento ha tenido en las instituciones de salud. Las reconfiguraciones observadas en las instituciones de salud reflejan la singularidad del trabajo social para delimitar, comprender y problematizar situaciones emergentes aún tiempos de crisis y en escenarios institucionales disímiles. Así, el desafío sigue siendo instalar y sostener instancias de reflexión que permitan volver sobre lo acontecido comprendiendo que la cartografía en el campo sanitario continúa en proceso de transformación desde aquel entonces.

En clave reflexiva y apostando a una construcción de conocimiento que recupere las experiencias transitadas, la propuesta se interroga en torno a las implicancias de pensar en procesos de intervención atravesados por la autonomía relativa (Danani, 2006; Oliva et al 2010; Cazzaniga, 2015; Bruno y Karsz, 2020), entendiendo que los alcances de toda autonomía demandan procesos de construcción epocal y situados, partiendo de las representaciones y los atravesamientos de quienes materializan los procesos de intervención cotidianos, y también de las instituciones que los encuadran y retroalimentan.

Durante la pandemia las instituciones públicas y privadas de salud trastocaron, modificaron sus formas habituales de atención a la población, por otro lado, muchos dispositivos estatales no se hicieron presentes físicamente en los territorios para atender/trabajar con la población. Esos cambios abruptos, desordenados y las ausencias en territorio, dejaron a les agentes de salud en general y a les trabajadores sociales en particular, con la sensación de “estar solos”. Desde una perspectiva relacional, que recupera la idea de campo como un espacio de disputas, podríamos decir que el cambio en las reglas de juego institucionales, generó dificultades para (re) ubicarse, la necesidad de repensar las intervenciones del trabajo social (a quien, como, donde, etc), pero también una oportunidad para poner en juego y en valor, los saberes acumulados. La ausencia de algunos organismos dejó algunas vacancias en la tarea a las que les trabajadores sociales de salud fueron dando respuesta desde su capacidad teórica profesional y su compromiso ético. En esta línea una trabajadora social de la guardia de un hospital polivalente refiere:

En el caso del organismo de protección de derechos, nosotros hacíamos las valoraciones o las actas compromiso que son lo que habitualmente está a cargo de ellos, ...porque ellos no volvieron. No y eso se sostuvo, la verdad que no volvieron, ahora está habiendo algunas modificaciones (Trabajadora Social del equipo de salud mental de la guardia de un hospital de CABA)

Cazzaniga retoma una idea de Mario Heler para quien

La mayor o menor autonomía de los trabajadores sociales es producto de las relaciones de fuerza que se fueron estableciendo en el proceso de profesionalización, que han definido la estructura del campo específico, siendo interiorizada por los miembros de la profesión en su formación y en la experiencia de su desempeño (Heler, 2001, citado en Cazzaniga, 2015:81)

Durante este período, algunas profesionales fueron reubicadas en otros dispositivos de atención no habituales (formar parte de un triage, atender o realizar seguimientos en forma telefónica desde el hogar), otras continuaron asistiendo a sus lugares de trabajo, pero con cambios en los procesos de atención y asistencia a la población que tenía restricciones para viajar, para salir de sus hogares y acercarse a los dispositivos de salud. En esos espacios relacionales, se pusieron en juego los saberes acumulados (en términos colectivos e individuales) sobre intervención profesional, salud y territorio y un posicionamiento ético vinculado al lugar y las necesidades de ese Otro, sujeto de la intervención profesional, que también interpeló la hegemonía de otras profesiones. Así relata una colega la construcción de su intervención:

Un momento absolutamente distinto donde la estructura de centro de salud cambió para todos, entonces la demanda de trabajo social no era ser trabajador social, uno tiene que arreglárselas para buscar algo de lo disciplinario y trabajar en eso. Yo (...) tomé sobre todo el tema de los llamados telefónicos y desde ese lugar a partir de estas entrevistas semiestructuradas encontraba algo más que para mí tenía que ver con mi disciplina. A veces era mucho trabajo administrativo también (...) yo creo que, en estos llamados, al ser consecuente, realizar varios llamados y guardar un lugar de escucha, se iba generando un vínculo en una situación de crisis. Yo creo

que eso tiene que ver con la promoción y la prevención de la salud a nivel de acompañamiento de salud mental de estar presente desde lo afectivo en un momento de crisis (Trabajadora Social con desempeño profesional en un Centro de Salud Comunitario de CABA).

Danani alude al capital científico y simbólico como “ese reconocimiento es el de tener o no una competencia que confiere autoridad a quienes se les atribuya: la autoridad de hablar, de hablar en nombre de, de hacer” (2006, p.190). Alteradas, trastocadas por la pandemia las habituales formas y procedimientos de intervención, se pusieron en juego fuertemente la competencia técnica y el conocimiento acumulado del contacto cotidiano de los trabajadores sociales con la población y sus necesidades. En el primer nivel de atención este conocimiento facilitó ubicar a la población más vulnerada, así lo relata una trabajadora social del primer nivel de atención con muchos años de inserción territorial:

Nosotros tenemos mucha población de adultos mayores y a eso sí se le dio mucha prioridad de ir a vacunar en domicilios. Ahí, si bien los trabajadores sociales no vacunamos, claramente, pero sí estuvimos muy presentes en la articulación de a qué viejis hay que ir a la casa y vacunar (Trabajadora Social con desempeño profesional en un Centro de Salud Comunitario de CABA).

Algunos autores al definir autonomía relativa (Oliva et al, 2010; Matusevicius, 2020) aluden a la burocracia estatal como un limitante, condicionante de los procesos de intervención profesional y hacen hincapié en la construcción desde un posicionamiento ético político. Sin embargo, y aún más, en este contexto excepcional de pandemia, esta perspectiva no alcanza para explicar los mecanismos y capacidades que les trabajadores sociales pusieron a rodar en los dispositivos institucionales donde se encontraban insertes, cuyas normas, para la atención estandarizada, habían sido totalmente cambiadas. La posibilidad de proponer cambios en las modalidades de atención como la incorporación del uso del teléfono para las entrevistas de personas internadas y aisladas, los grupos de adultos y seguimientos por whatsapp, etc dan cuenta de nuevas o novedosas formas de habitar los habituales espacios institucionales de intervención, donde también lograron

construir consensos. Así lo refiere una trabajadora social que desarrolló su tarea en la sala de internación de un hospital polivalente:

Todo el acompañamiento emocional en el duelo y articular para que recibieran acompañamiento quienes estaban internados. Yo pondría la palabra humanizar porque sentíamos como que los médicos estaban tan saturados, eran tanto el caudal de paciente, era tan complejo desde la cuestión médica biológica, nadie tenía conocimiento de nada, pero tenía que trabajar, intervenir, probar lo que se pudiera, atender. Y nosotros estuvimos ahí tratando de frenar un poco, que no es un número más, no es un cuerpo más, sino decir este tiene esto particular, formar equipos con los médicos para que pudieran atender la cuestión de llamar a la familia para informar, la familia que no podía venir al hospital, llamarlo, organizamos toda una forma, en conjunto, no fue solo mérito nuestro, pero nosotros estuvimos ahí hinchando mucho (Trabajadora social con desempeño en el Servicio Social de un Hospital Polivalente de CABA)

Si “las prácticas de nuestros profesionales se hallan entre la obediencia a principios y reglas en general rígidas y burocráticas y la autonomía que le concede su competencia técnica y el contacto cotidiano con las poblaciones y sus problemas” (Cazzaniga 2015, p.76) fue la competencia técnica, el capital científico y simbólico el que observamos, a partir de las entrevistas, que las trabajadoras sociales pudieron desplegar en los distintos ámbitos donde estaban insertas.

Desde esta perspectiva relacional se observa cómo les trabajadores que continuaron asistiendo físicamente a sus lugares de trabajo realizaron, al interior de los equipos interdisciplinarios de los que formaban parte y en un momento de poca circulación, propuestas en los procesos de intervención para facilitar a la población la accesibilidad a la atención médica y humanizada, medicamentos, alimentos, derivaciones, informes sociales solicitados por otras instituciones. Otros colegas refirieron poder resignificar los seguimientos telefónicos o las intervenciones en los triages, partiendo de sus conocimientos acumulados en salud y otros recursos como políticas sociales, programas, redes que, articulados en esos momentos, podían acompañar y asistir de distintas formas, a la población que se encontraba sola y aislada.

A lo largo de las entrevistas se pudo observar cómo ante la retracción de la intervención territorial de muchos dispositivos de la política social

en el contexto pandémico, la reconfiguración de los procesos asistenciales de salud se erigió como escenario donde las trabajadoras sociales, pudieron desplegar su “competencia”, esa capacidad y conocimiento acumulado, para proponer intervenciones con mayor autoridad al interior de sus equipos de trabajo y de las instituciones, observándose un mayor despliegue del sentido de autonomía profesional.

Así, la propuesta proporciona una descripción y una reflexión ligada con desafíos asumidos por profesionales del Trabajo Social que desplegaron su práctica profesional en instituciones sanitarias diversas durante la pandemia, subrayando la importancia de sostener y jerarquizar instancias de reflexión en torno a estas experiencias y aspirando a seguir aprendiendo de ellas para fortalecer tanto la práctica del trabajo social como la configuración de las instituciones habitadas y co construidas.

Referencias bibliográficas

Arcidiácono, Pilar y Perelmiter, Luisina (2021). Asistir sin ventanillas: El trabajo estatal de trinchera en tiempos de COVID-19. *Estudios Sociales del Estado*, 7(13). <https://doi.org/10.35305/ese.v7i13.255>

Arias, Ana Josefina (2020). El problema del triángulo: Trabajo social e instituciones en una propuesta del CELATS. *Revista Escenarios*, 31, 1–7. <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10037/8775>

Arias, Ana Josefina (2022). Trabajo social e instituciones: Control social, transformación y vías de escape en tiempos críticos. *Propuestas Críticas en Trabajo Social - Critical Proposals in Social Work*, 2(3), 51–72. <https://doi.org/10.5354/2735-6620.2022.61443>

Arito, Sandra (2011). Cuando la subjetividad se torna “heroica” en las intervenciones profesionales. *Proyecto de formación en emergencias, desastres y catástrofes. Módulo III* (pp. 12–19). Universidad Nacional de Entre Ríos.

Bruno, Luz y Karsz, Saúl (2020). Pensar el trabajo social para fortalecer sus prácticas. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(19), 21–32. <https://doi.org/10.62174/DPdp.8388>

Cazzaniga, Susana (2015). Trabajo social: Miradas teóricas, epistemológicas y políticas. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 5(9), 69–84. <https://doi.org/10.62174/DPdp.8536>

Clemente, Adriana, Galante, Araceli, Gamardo, Mónica, García Godoy, Bárbara, Ierullo, Martín, & Engelman, Anni (2021). Esencialidad y COVID-19: Hacia una definición con-

ceptual y operativa en el campo social. *Revista Medio Ambiente y Urbanización*, 94(1), 281–302. <https://www.iied-al.org.ar/>

Danani, Claudia (2006). Politización: ¿Autonomía para el trabajo social? Un intento de reconstruir el panorama latinoamericano. *Revista Katálysis*, 9(2). Florianópolis.

De la Aldea, Elena y Lewkowicz, Ignacio (1999). La subjetividad heroica: Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud.

Ferrari Mango, Cynthia (2021). Burocracia social: Reconfiguración macro institucional y micro sociopolítica entre la ANSES y el programa Hacemos Futuro. *Revista Población y Sociedad*, 28(1).

Isuani, Fernando (2010). *Los caminos de la debilidad estatal: Capacidades estatales y políticas públicas. Una mirada desde el proceso de configuración de instrumentos de políticas públicas, el caso de la política del agua en la Provincia de Buenos Aires, 1992–2008* (Tesis doctoral). FLACSO. <http://hdl.handle.net/10469/2989>

Madeira, Sandra, Bogliano, Eduardo, & García Godoy, Bárbara (2020). La intervención profesional es siempre una pregunta abierta: Estrategias, dilemas y desafíos en el ámbito de salud en contexto de pandemia. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(19), 11–20. <https://doi.org/10.62174/DPdp.8387>

Manzano, Virginia y Ramos, Ana (2015). Procesos de movilización y de demandas colectivas: Estudios y modos de abordar ‘lo político’ en la vida social. *Identidades*, 8(5), 1–25. <http://hdl.handle.net/11336/54676>

Matusevicius, Jorgelina (2020). La burocracia estatal como determinación de la intervención profesional. *Revista Plaza Pública*, 13(23), 76–83. <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/887>

Nosetto, Luciano (2023). Una teoría del Estado para la democracia argentina. *Voces en el Fénix*, 91, 66–73. <http://hdl.handle.net/11336/229286>

Oliva, Andrea, Mallardi, Manuel, & Pérez, María C. (2010). Trabajador asalariado y relativa autonomía del profesional del trabajo social: Problematisando los procesos de intervención y las tácticas operativas en la práctica del trabajo social. Ponencia presentada en el 3er Encuentro Argentino y Latinoamericano de Trabajo Social, Universidad Nacional de Córdoba.

Oszlak, Oscar (2006). Burocracia estatal: Política y políticas públicas. *Postdata*, 11, 11–56.

Perelmiter, Luisina (2016). Burocracia plebeya: La trastienda de la asistencia social en el Estado argentino. Buenos Aires: UNSAM Edita.

Pimentel Neto, José G. (2014). Arranjos institucionais e políticas públicas no Brasil: Uma análise preliminar para o desenvolvimento urbano-territorial em Pernambuco. XVI Jornadas de Investigación del Centro de Investigaciones Geográficas y del Departamento de Geografía, 1–2 de octubre de 2014. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4103/ev.4103.pdf

Rígoli, Analía; De la Aldea, Elena; Cerini, Lucrecia y Cordero, Mariela (2021). Conversación con Elena de la Aldea: Reflexiones acerca del cuidado y la subjetividad heroica. *Educación y Vínculos. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Educación*, 8, 23–36. <https://doi.org/10.33255/2591/1135>

Recibido: 21/04/2025

Aceptado: 15/09/2025