

Abordaje de procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado desde un hospital de segundo nivel en contexto de pandemia

Por Paula E. Gaona Talavera

Paula E. Gaona Talavera. Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de La Matanza, Argentina. Residente de 2° año en HIGA Dr. Diego Paroissien de La Matanza. Residencias de Trabajo Social en Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El presente artículo surge a partir de la reflexión teórico-práctica del proceso transitado en el marco de una rotación como residente de trabajo social en salud pública por el área de internación de adultos/as -específicamente en los servicios de Clínica Médica, Ortopedia y Traumatología, Unidad de Terapia Intermedia, Unidad de Terapia Intensiva- del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Diego Paroissien (HIGA Paroissien), partido de La Matanza, Buenos Aires, Argentina.

Esta experiencia estuvo atravesada por la pandemia generada a partir de la propagación del virus COVID-19, desarrollándose entre los meses de marzo y noviembre de 2020, durante la cual se han podido visualizar los diferentes estadios del escenario epidemiológico, así también como las medidas sanitarias implementadas desde el Estado. Realizando un análisis desde una perspectiva de salud integral, se considera necesario reflexionar en relación a la incidencia de esta coyuntura en la determinación social de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de la población y el rol del trabajo social como disciplina que interviene en una institución hospitalaria de segundo nivel de atención dando respuesta a las manifestaciones de la cuestión social.

En este sentido, se han planteado los siguientes objetivos como ejes ordenadores del proceso analítico:

Objetivo general:

- Problematizar las características del acceso al sistema de salud de pacientes internados/as en el área de adultos/as (Clínica Médica, Ortopedia y Traumatología, Unidad de Terapia Intermedia, Unidad de Terapia Intensiva) y los abordajes de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) desarrollados por el equipo de salud del HIGA Paroissien en contexto de pandemia por COVID-19.

Objetivos específicos:

- Describir el contexto institucional del HIGA Paroissien en el marco de la pandemia por COVID-19.
- Analizar las implicancias de la actual coyuntura en el abordaje de los procesos de salud-

enfermedad-atención-cuidado desde el equipo de salud del sector de internación de adultos/as del HIGA Paroissien.

- Identificar los límites y posibilidades de la intervención del trabajo social en el abordaje integral de las problemáticas de salud de la población que concurre al HIGA Paroissien en contexto de pandemia.

Contextualización

El año 2020 fue distinguido por los hechos históricos que se sucedieron. El desarrollo de la pandemia por COVID-19 desafió a nivel mundial las aptitudes de los/as dirigentes para planificar e implementar políticas sanitarias de protección a las poblaciones frente a la amenaza de este virus, caracterizado por su fácil contagio y, por ende, rapidez de propagación.

En Argentina, con la confirmación del primer caso positivo el 3 de marzo de 2020, la pandemia se topó con un país que recientemente modificaba la gestión presidencial desde diciembre del 2019. La misma debía afrontar las consecuencias de políticas neoliberales implementadas en los cuatro años previos -endeudamiento, desabastecimiento del sistema público, crisis de la industria nacional, entre otros-. Barcos et al. (2020) aportan algunas cifras que dan cuenta de la situación estructural: según las estadísticas oficiales, alrededor de 16,6 millones de personas no tuvieron ni tienen los ingresos suficientes para adquirir la alimentación, servicios básicos e indumentaria que se requieren para no ubicarse por debajo de la línea de pobreza. Dentro de esta estadística de pobreza, 3,7 millones eran indigentes debido a que sus ingresos no alcanzaban para comprar el mínimo de alimentos para la subsistencia. En materia sanitaria, el país había afrontado la degradación del Ministerio de Salud a Secretaría y el consecuente recorte presupuestario en programas, recursos materiales y humanos.

En este contexto, los sistemas de comunicación globales permitieron a los/as dirigentes nacionales observar la situación epidemiológica de otros países y elaborar estrategias con el fin de prevenir una catástrofe sanitaria. De esta manera, en el mes de marzo del 2020 se procedió al establecimiento del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) por medio del DNU N° 297/2020. En este documento se estableció la determinación de algunos servicios como *esenciales*, lo cual implicaba que debían continuar con sus actividades. Dentro de esta categoría se encontraron los efectores de salud. Sin embargo, las instituciones estatales de la Provincia de Buenos Aires pertenecientes a los sistemas de protección y promoción social no fueron abiertas, por no ser consideradas servicios esenciales.

En este contexto, las particularidades de la coyuntura potenciaban la incertidumbre en relación al devenir de este fenómeno epidemiológico. La comunidad se encontraba desorientada, desprovista de insumos y acompañamiento de sus PSEAC, de manera tal que siendo una de las instituciones estatales que continuaba con la atención de la población, el hospital -y particularmente el Servicio Social- recibió un aumento de la demanda de orientación y asesoramiento sobre el acceso a diferentes servicios y recursos. El hecho de que la población gradualmente se acercara de forma presencial también implicó la necesidad de infringir el aislamiento obligatorio en búsqueda de respuestas a sus necesidades de la vida cotidiana.

Lo mencionado resulta un aspecto relevante al momento de analizar la salud desde una perspectiva integral, puesto que la misma comprende una complejidad en base a sus distintas dimensiones. Tomando los aportes del epidemiólogo Jaime Breilh (2010), la salud se desarrolla como un proceso concatenado entre las dimensiones espaciales de lo general, lo particular y lo

singular; es decir, entre los aspectos estructurales, los modos de vida de los grupos y estilos de vida de las personas. En este sentido, ante el escenario presentado como producto de la pandemia, considerar como servicios esenciales únicamente a las instituciones sanitarias conlleva una visión de la salud reducida, cuando no biomédica, que no contempla la determinación social de la misma.

Contexto institucional de un hospital de Segundo Nivel de Atención

El HIGA Paroissien es un hospital provincial de referencia del partido de La Matanza, ubicado en el segundo cordón del conurbano bonaerense; cuenta con variedad de especialidades, recibe niños/as, adolescentes y principalmente adultos/as. La población que mayormente concurre a la institución es oriunda del segundo y tercer cordón -localidades de Isidro Casanova, Gregorio de Laferrere, Rafael Castillo, González Catán, Virrey del Pino-. Estas áreas geográficas se caracterizan por condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, precariedad habitacional, dificultad en el acceso a servicios básicos -agua, luz, gas- y servicios sanitarios, situación que se ve acentuada en la medida que se avanza hacia el tercer cordón.

La población adulta que se atiende en el hospital se encuentra en la franja etaria de 18 a 64 años, presentan un deterioro físico que no se condice con su desarrollo cronológico, la gran mayoría se encuentra en edad económicamente activa pero sin posibilidades de acceder a empleos formales por lo que se dedican a realizar trabajos de manera esporádica a partir de oficios adquiridos a lo largo de sus trayectorias de vida.

Como producto de la emergencia sanitaria, en la institución -con previa evaluación del Comité de Crisis de la misma- comenzaron a implementarse medidas tendientes a disminuir la circulación comunitaria, por lo que se restringió la atención de los consultorios externos y se priorizaron los casos de urgencia para internación. A su vez, se readecuó este último sector generando espacios de aislamiento y mayor disponibilidad de camas para cuadros clínicos vinculados al COVID-19. Si bien esta estrategia estaba destinada al cuidado de la población, la misma no fue informada por medios de comunicación institucionales de manera tal que predominaba el desconocimiento/desinformación y la incertidumbre en relación a las posibilidades de acompañamiento desde los equipos de salud de los PSEAC.

Coyuntura y cotidiano en el partido de La Matanza

Retomando lo mencionado hasta aquí, es posible analizar la incidencia de esta coyuntura en las cotidianidades de la comunidad. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de la población carece de empleos formales, prima el trabajo por cuenta propia, gran parte de las personas que se acercan al hospital obtienen sus ingresos a partir de la realización esporádica de *changas* vinculadas a la venta ambulante, recolección y venta de residuos reciclables, venta de alimentos en la vía pública (puestos de comida), albañilería, servicio doméstico -en su mayoría no registrado-.

Tal situación implica la imposibilidad de acceso a derechos laborales -obra social, licencia por enfermedad, entre otros- o abonar coberturas de salud privadas -prepagas-. Lo mencionado puede considerarse un resultado de la precarización laboral e inexistencia de políticas públicas que fomenten la creación de puestos de trabajo, sumado a la crisis de la industria nacional producto de las medidas neoliberales que azotaron a la Argentina de manera exacerbada durante la década del 90 y se acentuaron nuevamente en la gestión del ex presidente Mauricio Macri. Esto generó como resultado la pérdida de numerosos puestos laborales, siendo éste un aspecto de la determinación

social de la salud que incidió en los padecimientos de los sujetos y las (im)posibilidades de acceder al sistema sanitario.

El funcionamiento del segundo nivel de atención también presenta barreras de accesibilidad. A modo de ejemplo, se puede mencionar la escasez de turnos para las especialidades médicas y no médicas, lo cual genera que la población concurra por la madrugada y haga largas filas con el fin de ampliar sus probabilidades de acceso a servicios. Este hecho se encuentra atravesado por el desfinanciamiento del sistema público y la precarización laboral que padecen los/as trabajadores/as de la salud, lo que incide en que muchos/as profesionales opten por el sistema privado que le es más redituable económicamente o que, aquellos/as que eligen el sector público para su desempeño laboral, no obtengan puestos laborales a causa de la falta de apertura de cargos de planta permanente; generando escasez de recursos humanos que den respuesta a las demandas.

La lejanía del territorio es también una barrera de accesibilidad, ya que dependiendo de la zona de procedencia y la distancia de la misma respecto al hospital, puede implicar la necesidad de requerir más de un transporte público para arribar a destino. De esta manera, el traslado se torna en una problemática en los barrios vulnerables y asentamientos que no tienen acceso a líneas de transporte público cercanas al domicilio y tampoco poseen recursos económicos suficientes que le permitan solventar un traslado privado. En este sentido, tomando los aportes de Mallardi (2012), se ha podido visualizar cómo la dimensión espacial adquiere un significado a partir de las contradicciones económico-sociales, es decir “la situación barrial y habitacional, aspectos estrechamente vinculados, condicionan el desarrollo de la vida cotidiana, y, a su vez, expresan las posibilidades concretas de acceso a determinados bienes y servicios” (p. 67).

Los aspectos mencionados se convierten en obstáculos para que las personas puedan acceder efectivamente a evaluaciones de su estado de salud desde el sistema público. En la medida que sus condiciones materiales de existencia implican que al momento de precisar atención esto conlleve la necesidad de resignar un día laboral y, por ende, los ingresos monetarios que se pueden generar para el hogar, los sujetos suelen desarrollar conductas de *autoatención*. Menéndez (2003) define este concepto como una actividad que desarrollan los sujetos y grupos sociales de manera autónoma o teniendo como referencia otras formas de atención con el fin de explicar, diagnosticar, aliviar, curar o prevenir los procesos que afectan la salud. De esta manera, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento. A lo largo del proceso se ha podido observar que las personas se acercan al hospital una vez que estas estrategias ya no dan resultado o su cuadro de salud-enfermedad presenta una gravedad que pone en riesgo la vida.

Con el devenir de la pandemia, la situación previamente referida se vio acentuada, las acciones que la comunidad desarrollaba para satisfacer sus necesidades básicas se vieron coartadas frente a la *nueva realidad* que impuso el contexto, ya que con la declaración del ASPO la circulación para el personal *no esencial* fue estrictamente restringida. Este aislamiento también estuvo atravesado por la desigualdad. Tal como refiere Mallardi (2020), “el aislamiento supone encierro y las formas de transcurrirlo están atravesadas por la desigualdad pre-existente” (p. 29). En otras palabras, “quedarse en casa” implicaba necesariamente contar con determinados recursos materiales que permitieran sobrevivir sin salir del hogar y, además, aplicar las medidas preventivas de cuidado - contar con elementos de higiene, agua corriente, condiciones habitacionales óptimas-, requisitos que no toda la comunidad podía cumplir.

También se hicieron notorios nuevos obstáculos tales como la imposibilidad de atención presencial en instituciones públicas de asistencia social, lo cual implicó una problemática para la población que presentaba situaciones de vulnerabilidad con anterioridad a la pandemia. Al respecto, es posible coincidir con Jorgelina Matusevicius (2014) cuando expone que:

Para las familias trabajadoras la imposibilidad de reproducir su existencia a través del salario se constituye en la “causa madre” de un sinnúmero de problemáticas sociales. La irregularidad e inestabilidad en el acceso al trabajo obliga a estas familias a recurrir a la asistencia estatal para reproducir sus vidas. (p. 181)

Posteriormente, comenzaron a establecerse canales de comunicación y atención virtuales desde los organismos/instituciones de asistencia social -como WhatsApp, correo electrónico, formularios google-; esto no fue una estrategia viable para una población que en su mayoría no contaba con acceso a estos medios de comunicación, ya sea por no poseer celulares o dinero para solventar el mantenimiento del servicio de telefonía.

En este mismo sentido, el Gobierno Nacional procedió al desarrollo e implementación del Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) como medida excepcional. El mismo consistió en una asistencia monetaria destinada a aquellas personas que perdieron o disminuyeron sus ingresos por la situación de emergencia sanitaria generada a causa del COVID-19 -trabajadores/as informales, monotributistas, trabajadores/as de casas particulares- y quienes percibían la Asignación Universal por Hijo o Asignación por Embarazo para Protección Social.

A partir de lo expuesto, resulta pertinente problematizar el rol del Estado y la implementación de estas políticas. En esta línea, se toman los aportes de Matusевичius (2014) en relación a la política social. La autora refiere que al no plantearse el combate al trabajo no registrado o la instrumentación de políticas de regulación del mercado laboral para garantizar la reproducción de las familias a través del salario y del trabajo con seguridad social, la política social se orienta a acompañar los procesos de precarización laboral (p. 182).

El IFE no logró asistir de manera efectiva a toda la población destinataria. El hecho de que la inscripción previa requerida para ser candidato/a a percibir el beneficio fuera de manera virtual y autónoma -cabe recordar la inexistencia de atención presencial en las oficinas de la Administración Nacional de Seguridad Social- derivó en una nueva manifestación de inaccesibilidad debido a las dificultades previamente mencionadas para acceder a medios electrónicos y los recursos simbólicos escasos para el manejo de tecnología.

De tal manera, en la era de la comunicación, paradójicamente este elemento se transformó, para las personas más vulnerables en un obstáculo frente a la necesidad de asistencia, lo cual denotó a su vez la ineficacia de las políticas implementadas en un contexto en el cual la prioridad que se determinó fue evitar la propagación del virus. Las consecuencias de estas decisiones serían posteriormente observadas y afrontadas por el sistema sanitario.

Acceso e inaccesso a la salud

En relación al acceso a la salud, las medidas de organización tomadas por parte de los niveles jerárquicos del hospital en el contexto de emergencia sanitaria, las cuales fueron mencionadas anteriormente, incidieron en las posibilidades de la población -en particular de aquellos pacientes crónicos/as que requerían cierta regularidad de atención- para concurrir a la institución a través de consultorios externos. Sumado a esto, durante el período de pico de contagios, el Servicio de Urgencias estuvo abocado principalmente a la atención de cuadros sospechosos de COVID-19. En este contexto, la crisis del sector público también se vio reflejada en la imposibilidad de brindar medicación e insumos para garantizar la continuidad de tratamientos prolongados.

Una vez atravesado el pico de contagios, comenzó a observarse la llegada a internación de numerosas y complejas situaciones críticas de salud no vinculadas directamente al COVID-19 sino a otras patologías de base. De tal manera, surgieron interrogantes en relación a dichas situaciones: ¿eran situaciones nuevas o situaciones históricas?, ¿pudieron prevenirse?, ¿de qué manera el inaccesso al sistema de salud repercutió en las mismas?

Transcurridos varios meses del ASPO, las estrategias de autoatención que desarrolló la población se tornaron insuficientes como respuesta a los PSEAC, por lo cual las personas comenzaron a disminuir la rigidez del aislamiento a causa de la necesidad de acceder a los servicios sanitarios en búsqueda de atención y medicación.

Esta situación se vio agravada en personas con padecimientos crónicos/as. El grado de criticidad de los/as mismos -producto de una histórica falta de atención- y la inexistencia de determinados recursos materiales desde el sistema de salud para la puesta en práctica de intervenciones complejas generaron la imposibilidad de desarrollar estrategias que pudieran mejorar la condición de los mismos, teniendo que implementar otras acciones irreversibles, como por ejemplo amputaciones de miembros a causa de diabetes. También se presentaron situaciones de personas hipertensas que desarrollaron cuadros de ACV moderados y severos, con secuelas que implicaban la necesidad de pronta rehabilitación para lograr revertirlas. Esto resultó dificultoso a causa de la escasez de centros de rehabilitación públicos en el territorio que permitieran admisiones en ese contexto.

Intervenciones del trabajo social: alcances y limitaciones

Partiendo de la conceptualización de la salud como un fenómeno complejo que se encuentra determinado socialmente, la intervención del trabajo social adquiere en general -y en específico en la coyuntura a la cual se hace referencia hasta aquí- características particulares y propicia aportes para el abordaje de los PSEAC en contexto hospitalario. Con una perspectiva de integralidad, la disciplina analiza las diversas manifestaciones de la cuestión social a partir de la contextualización de la vida cotidiana de los sujetos que la padecen ya que, como plantea Oliva (2011), “lo social’ no es un recorte factible de intervención en forma independiente de los elementos económicos, políticos, culturales, entre otros” (p. 6).

El trabajo social interviene en el ámbito de la salud a partir de las demandas de otros/as miembros del equipo de salud y de la comunidad; las mismas se vinculan mayormente a las condiciones sociales de reproducción de la población y las dificultades para acceder a bienes y servicios que posibiliten el efectivo ejercicio de sus derechos. En este sentido, la disciplina se encuentra envuelta en una dialéctica entre las condiciones objetivas de su realización y la percepción respecto de la misma, tanto de los propios agentes profesionales, como de los actores intervinientes en el proceso y la sociedad en su conjunto (Cruz et al. 2014 , p. 59).

En el ámbito hospitalario, marcado por una visión deshistorizada e individualizada de la salud, los/as profesionales suelen asignar a la disciplina todo lo vinculado con problemáticas sociales, es decir, aquellos aspectos relacionados con las dificultades de las personas para acceder a los bienes y servicios que le posibiliten la reproducción de la vida cotidiana, lo cual de alguna manera incide en las posibilidades de egreso de los/as mismos/as de sus procesos de internación. La intervención de la disciplina en el HIGA Paroissien se origina generalmente a partir de la solicitud -modalidad de interconsulta (IC)- de los equipos médicos y en algunos casos no médicos como psicología, al momento que detectan alguna problemática y catalogan a algún paciente como “social”. Esta modalidad se aplicó de tal manera hasta inicios de la pandemia en el mes de marzo.

A partir del establecimiento del ASPO disminuyeron las solicitudes de intervención en el área de internación de adultos/as. En consecuencia, el equipo de trabajadoras sociales se abocó al acompañamiento de las personas que estaban transitando la enfermedad de COVID-19. En un primer momento esto se realizó con quienes se hallaban aislados en domicilio y en internación, modificando posteriormente la modalidad para abarcar solo a aquellos/as internados/as y sus referentes vinculares.

Por otro lado se profundizaron las intervenciones en situaciones de demanda espontánea, es decir aquellas solicitudes planteadas por las personas de manera voluntaria, directa y presencial. A nivel comparativo con el periodo previo a la pandemia, fue posible observar un aumento de las mismas a medida que transcurría el tiempo y las restricciones aumentaban progresivamente. Basándose en la escucha de las diferentes demandas, se infiere que este hecho estuvo vinculado al cierre de organismos públicos de asistencia y seguridad social, por lo que en consecuencia, los sujetos canalizaron la manifestación de sus necesidades en el servicio social del hospital. El tomar conocimiento de estas situaciones posibilitó al trabajo social establecer mediaciones que permitieran comprender cómo la totalidad, marcada por la situación epidemiológica y expresada en la cuestión social, se estaba manifestando en las cotidianidades particulares de los sujetos.

Una vez atravesado el pico de contagios, las IC por parte de los/as profesionales del sector de internación comenzaron a aumentar notoriamente. La ausencia/deficiencia del Estado en términos de atención, contención y acompañamiento se vio reflejada en el deterioro físico y mental de las personas, siendo posible mencionar como algunas de las manifestaciones de la determinación social de la salud a: la dificultad de acceso a medicaciones para pacientes crónicos/as, insuficiencia de insumos -bolsas de colostomía, pañales para adultos/as, fórmula de nutrición enteral, entre otros-, vulnerabilidad habitacional para alojar a pacientes no autoválidos/as, situación de calle, imposibilidad de acceso a terapias y tratamientos pos egreso hospitalario, obstáculos en el acceso a hogares y centros de día.

Frente a este panorama, desde la disciplina se vieron limitadas las estrategias para dar respuesta a las necesidades de la población en un contexto en el que no era posible acceder a la gestión de recursos y/o prestaciones. A partir de esto, podría considerarse que la asistencia, en tanto una de las incumbencias de la profesión, se vio obstaculizada por los diferentes aspectos de la coyuntura mencionados hasta aquí; sin embargo, resulta necesario comprender que esta incumbencia “no está referida solamente a prestaciones, sino a recursos del profesional, es decir su capacidad de atención, conocimiento, lenguaje, reflexión” (Mallardi, 2011, p. 144).

En este escenario de incertidumbre, por medio de las entrevistas fue posible implementar estrategias de contención de la población y su entorno vincular. Desde un rol educativo del trabajo social, durante la pandemia se procedió a la gestión de información actualizada, su decodificación y retrasmisión a las personas, lo cual también implicó la realización de comunicaciones personales con trabajadores/as de otros organismos a fin de indagar acerca de la dinámica adquirida en cada institución. Esto posibilitó generar mayor accesibilidad de la comunidad, explicando y orientando sobre los diversos mecanismos institucionales y extra-institucionales a los cuales podían recurrir en favor de la satisfacción de sus necesidades y derechos.

Estas tácticas operativas conformaron intervenciones socio-educativas que no tuvieron como objetivo el mero asesoramiento sobre canales burocráticos sino que perseguían una finalidad estratégica, “lograr una síntesis en el sujeto de una visión más crítica sobre su realidad con un posicionamiento más activo, en donde se tornen sujetos protagónicos en la resolución de los problemas que los afectan” (Mallardi, 2014, p. 70).

El accionar profesional está atravesado por la dimensión socio-institucional, que implica una correlación entre la disciplina, la cuestión social y las políticas públicas; no obstante, existen a su vez otros procesos interpersonales de fortalecimiento y potenciación de la autonomía de los sujetos que son posibles desarrollar en el encuentro personal -y virtual en este contexto- con el/la otro/a desde un lugar de horizontalidad.

Desafíos: construcción de redes y articulación territorial

La pandemia ha visibilizado las falencias de las diferentes esferas estatales y la incidencia de éstas en las manifestaciones de la cuestión social. Frente a las dificultades de acceso a recursos y el desarrollo de políticas públicas que traccionen efectivamente determinadas lógicas mercantilistas del sistema de salud, para el trabajo social se presenta como desafío la creación de nuevas estrategias para dar respuesta a las múltiples demandas de la población.

Partiendo de la consideración de que los PSEAC se encuentran determinados socialmente y en consecuencia no pueden ser analizados ni abordados independientemente del contexto en el cual se desarrollan, resulta imprescindible reflexionar en relación al concepto de territorialidad. En este escrito, el territorio es entendido como “(...) el resultado de las formas de vinculación entre distintos sujetos, en un espacio específico y con una temporalidad propia, desde donde se produce y reproduce la vida a partir de determinadas técnicas” (Stratta y Barrera, 2003, p. 26).

Las instituciones de segundo nivel de atención de la salud se caracterizan por una complejidad mayor en comparación a los efectores de primer nivel, pero también por su lejanía del territorio y, por ende, de las condiciones cotidianas de existencia de la población que acude a los servicios. En esta línea, tomando en cuenta la coyuntura mencionada y la insuficiencia de recursos públicos que contribuyan a la reproducción social de las personas, la inserción en el territorio y la creación de redes con los diferentes actores -estatales y no estatales- que se encuentran en el mismo es un reto que no puede ser eludido desde la disciplina.

Tomando los aportes de Rovere (2000), se entiende a la red como un *concepto vincular*; en otras palabras, implica una conexión, un vínculo entre personas. El autor plantea la existencia de diferentes niveles en el proceso de construcción de una red. El primero implica el *reconocimiento* de los diferentes actores presentes en el territorio. El segundo nivel se relaciona con el *conocimiento* que aportan esos otros sujetos/instituciones en relación a una temática. El tercer nivel implica la *colaboración*, en el sentido de trabajar con el/la otro/a, lo cual contribuye a la generación de vínculos de reciprocidad. El cuarto nivel supone la existencia de un problema común sobre el cual se interviene desde una perspectiva de *cooperación*. Por último, el quinto nivel consiste en una *asociación*, conllevando alguna forma de contrato o acuerdo que implica compartir recursos.

Esta categorización se presenta a modo analítico para evaluar el grado de profundidad de una red, pero también resulta útil para contemplar las diferentes formas posibles de vinculación con los actores territoriales que acompañan a las comunidades con las cuales se trabaja desde el HIGA Paroissien.

El autor afirma que “Una de las bases de la lógica de redes es la autonomía, en consecuencia es muy claro que la construcción es voluntaria” (Rovere, 2000, p. 26). Esta afirmación conduce a reflexionar sobre el valor de un posicionamiento ético-político disciplinar orientado a la construcción de prácticas superadoras que aumenten la autonomía relativa en un contexto institucional jerárquica y burocráticamente constituido, como es la institución hospitalaria.

Las diversas vulneraciones que padecen las poblaciones y los/as trabajadores/as sociales en tanto trabajadores de la salud asalariados y precarizados plantean, en términos de Matusevicius (2014), “la necesidad de apropiarnos de nuestro proceso de trabajo, avanzar en la obtención de mayor capacidad de acción sobre la realidad” (p. 192). En este sentido, formar redes de articulación implica romper con los comportamientos burocratizados que se incorporan a nivel subjetivo como consecuencia de la sumersión en la vorágine institucional.

Reflexiones finales

A partir del 2020, la pandemia impactó en la sociedad argentina imponiendo la necesidad de implementar políticas sanitarias a nivel nacional e institucional. Esta situación inevitablemente recrudeció las manifestaciones de la cuestión social, visibilizando a su vez diferentes aspectos de la determinación social de la salud.

La cotidianidad de la población que concurre al HIGA Paroissien se encuentra atravesada por aspectos estructurales que generan vulnerabilidad socioeconómica y barreras en el acceso al sistema sanitario, lo cual se refleja en los padecimientos de salud individuales y colectivos.

La crisis de las diferentes esferas del Estado conlleva una insuficiencia de recursos para dar respuesta a las demandas y problemáticas de salud integral de las comunidades. A partir de ello, para el trabajo social surge la necesidad de elaborar artesanalmente estrategias que permitan desarrollar procesos de acompañamiento.

En esta línea, desde un segundo nivel de atención, para la disciplina se presenta como desafío el acercamiento al territorio para articular con otros actores y elaborar respuestas viables. Para esto, resulta menester crear lazos, vínculos de reciprocidad con las instituciones territoriales. Formar redes en este contexto de adversidad significa romper los muros del hospital para generar un acercamiento a la cotidianidad de las comunidades en pos de la construcción y promoción de procesos de autonomía.

Bibliografía consultada

Breilh, J. (2010). *Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud*. Seminario “Rediscutiendo a queso da determinando social da saúde” organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Cebes, Salvador Bahía, Brasil.

Mallardi, M. (2012). *Cuestión social y cotidiano: implicancias objetivas y subjetivas de la sociabilidad capitalista* (1ra edición). Centro de Estudios Interdisciplinarios en Problemáticas Internacionales y Locales (CEIPIL).

Matusevicius, J. (2014). *Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con los movimientos sociales*. En: Mallardi (compilador) *Procesos de intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico* (1ra edición). La Plata. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 173-202.

Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciencia y Salud Colectiva.

Oliva, A. y Mallardi, M. (2011). *Aportes tácticos-operativos a los procesos de intervención de trabajo social*. Consejo editor UNCPBA. https://practicatrabajosocial.files.wordpress.com/2015/06/aportes_tc3a1ctico_operativos_versic3b3n_final.pdf

Rovere M. (2000). *Redes. Hacia la Construcción de Redes en Salud. Los Grupos Humanos, las Instituciones, la Comunidad*. (2da edición). Secretaría de Salud Municipalidad de Rosario. Cap. 2, pp. 25-43.

Stratta, F. y Barrera, M. (2009) *El tizón encendido. Protesta social, conflicto y territorio en la Argentina de la posdictadura*. Ed. El Colectivo. Buenos Aires.

Zucherino, L (2014) *Incumbencias y rol profesional: dos nociones a problematizar en Trabajo Social*. En: Lo metodológico en trabajo social Desafíos frente a la simplificación e Instrumentalización de lo social. Ed. de la Universidad de La Plata. Buenos Aires, La Plata.