



Facultad de Ciencias Sociales,
Jurídicas y Económicas.
Escuela de Trabajo Social.

“EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL FRENTE A LA CRISIS SANITARIA”

SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

Andrea Patricia Chávez Varas

Claudia María Muñoz Morales

Milliette Alejandra López Venegas

Daniela Paz Orrego Corrales

Carla Andrea Paris Jerez

PROFESOR GUÍA: Víctor Manuel Parga

Santiago, Chile

2020

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	4
1. Antecedentes del problema.	4
2. Planteamiento del problema.	8
2.1. Relevancia estadística y/o cualitativa.	8
Situación de COVID-19 en la Región de las Américas.....	8
Mapa expansión del virus en Las Américas.	9
Mapa de contagios actualizado en Chile.	10
3. Problema de Investigación.	11
4. Justificación del problema.	12
5. Objetivos.	15
Objetivo General.	15
Objetivos Específicos.	15
CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA.	16
1. Antecedentes, estado del arte y conceptualizaciones.	16
Una mirada por algunos países.....	16
Situación en América Latina.	18
La realidad en Chile.	20
Trabajo Social Sanitario.	23
Las desigualdades en salud.	29
Desafíos del Trabajo Social en tiempos de crisis sanitaria.	31
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO.	33
1. Paradigma.	33
2. Enfoque.	34
3. Método.	34
4. Técnicas de recolección de datos.	35
5. Criterios de selección de informantes.	35
6. Criterios de validez.	36
7. Plan de análisis.	37
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	39
1. Descripción del trabajo de Campo.	39
a) Revisión documental.	39
b) Trabajo de Campo Virtual:	39
2. Presentación y análisis de resultados.	41
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	48
BIBLIOGRAFÍA.	53

***"Antes de atender a un enfermo,
hay que observar en que entorno vive"***
(Hipócrates)

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de seminario de grado, corresponde a la tesis realizada por las estudiantes de 4º año de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Católica Silva Henríquez, para optar al grado de licenciatura en Trabajo Social. Esta investigación, tiene como finalidad conocer cuáles son las acciones que han desarrollado los Trabajadores Sociales del área de la salud en Chile y cómo perciben su desempeño durante la crisis sanitaria.

Este tema, fue elegido por las estudiantes porque era un fenómeno nuevo que se estaba llevando a cabo en la actualidad y no existían investigaciones previas a esta crisis sanitaria del COVID-19, la que afectó a gran parte del mundo, y junto con esto las investigadoras quisieron saber la importancia del Trabajo Social en el ámbito de la salud, ya que son temas que están ligados desde su génesis.

Se comenzó esta investigación con un trabajo de campo virtual, que permitió obtener un conocimiento que apuntara a la pregunta de investigación. Posteriormente, se dio paso a una investigación de carácter cualitativa con un paradigma interpretativo, con una metodología de estudios de casos que permitió conocer las acciones y percepciones desde el relato de las Trabajadoras Sociales de los distintos centros de salud pública.

Posteriormente, se presenta el problema de investigación, que devela que existe un vacío en el ejercicio profesional y un desconocimiento de las acciones que deben realizar los Trabajadores Sociales, dentro del sistema de salud en la crisis sanitaria actual del COVID-19.

Luego, se dio paso a la justificación, abarcando la importancia que tiene esta investigación con respecto al desconocimiento o invisibilización de la labor de los Trabajadores Sociales del área de la Salud, ya que su aporte es fundamental para el fortalecimiento de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud y enfermedad de los sujetos en esta crisis sanitaria.

Además, está presente el marco referencial que permitió concretar las ideas principales de la investigación con sus respectivas bases teóricas, que

fundamentaron los conceptos e información del problema planteado, donde se dio a conocer cómo es la situación de crisis sanitaria en algunos países y la relación con el Trabajo Social, para luego llegar al Estado de Chile.

Finalmente, está la descripción de la estrategia metodológica junto con el análisis de los resultados de la investigación, además de las conclusiones, las sugerencias y hallazgos que aparecieron luego de la recopilación de datos.

CAPITULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1. Antecedentes del problema.

Para comenzar esta investigación, es necesario mencionar como fue el surgimiento del Trabajo Social en las distintas partes del mundo, en especial en Chile, y cuáles fueron sus principales acontecimientos. En Europa, el Trabajo Social se inició desde una idea filantrópica, que buscaba cubrir las necesidades de los más desposeídos que vivían en precarias condiciones, donde se les brindaba ayuda de parte de distintas instituciones, las cuales eran totalmente asistenciales, y es ahí donde,

La problemática del trabajo se puede asociar, entonces, con los fenómenos más evidentes de la historia de Europa occidental, donde se experimentaban los impactos de la primera onda de la industrialización, cuyos efectos se evidencian en el pauperismo masivo de la población trabajadora. (Gómez, 2015)

En cuanto a Chile, no se puede dejar de vincular la cuestión social (que data del siglo XIX) con el origen del Trabajo Social, teniendo en cuenta que la cuestión social es un conjunto de problemas sociales, políticos, culturales y económicos, que se originan por los medios de producción capitalista que inciden en la vida de las personas, como el deterioro de las clases populares, la falta de protección social, el desempleo que conlleva al surgimiento de las clases sociales, hacinamiento, entre otras. “La Cuestión Social, fue acuñada para designar un proceso en el que el capitalismo comienza a dar curso a las demandas de mejoras de salarios, de condiciones de trabajo y de habitación protagonizadas por las primeras organizaciones sindicales.” (Aquín, 2006). Por esto, es importante destacar que el desarrollo de la profesión, nace por una variedad de problemas, principalmente la desigualdad y precariedad, la que fueron causadas por el modelo de desarrollo capitalista, donde se creía que sería una sociedad de crecimiento económico y que traería consigo un modelo de políticas sociales universales, pero en la realidad chilena, la acomodaron quedando sólo como políticas sociales focalizadas en un modelo de desarrollo neoliberal, donde se plasman las desigualdades sociales en cuanto a la educación, vivienda y salud. Por esto, se hizo necesario tomar acciones en el asunto, a través de la intervención social del Trabajador Social, donde su objetivo es tratar de transformar estas realidades, y aminorar la desigualdad social existente.

En cuanto al Trabajo Social en el ámbito de la Salud, fue este uno de los primeros escenarios donde la profesión se pudo insertar y desarrollar. Los inicios del trabajo social sanitario, en Europa, se remontan a principios del siglo XX, cuando el médico Richard Cabot y la trabajadora social Ida. M. Cannon, instauraron en 1905 el primer servicio de Trabajo Social en Salud (denominado en aquel momento Servicio Social Médico) en el Hospital General de Massachusetts. Desde ese servicio, se proporcionaba junto al diagnóstico y al tratamiento médico del paciente, información relacionada con su estado mental y con las características de su contexto social.

Para Richard Cabot, la principal aportación que el Trabajo Social podía hacer en el contexto sanitario, no tenía relación tanto con los aspectos metodológicos, como con la incorporación de una visión más amplia de los problemas de salud. De este modo, los servicios prestados por el médico y el Trabajador Social tenían que ser interdependientes, de la misma forma que lo eran los condicionantes físicos y sociales del usuario.

En Chile, se fundó la primera Escuela de Servicio Social, el 04 de mayo de 1925, gestada por el médico Alejandro del Río, quien fue el fundador de la Posta Central, actualmente conocida como Hospital de Urgencia de Asistencia Pública (HUAP).

Las Asistentes Sociales, fueron formadas con una impronta sanitaria y el campo de la Salud Pública se convirtió en su principal fuente laboral, con más de un 30% de ellas trabajando en el Servicio Nacional de Salud (SNS) durante la década de 1960.

La profesionalización del Servicio Social chileno, coincidió con la inserción de las asistentes en los hospitales y consultorios, y una parte importante de su identidad profesional se forjó en un proceso de reconocimiento y, a la vez se diferenciaron, respecto de otros integrantes de los equipos sanitarios. De esta manera, la construcción identitaria se forjó al alero de la consolidación estatal. (González, 2017)

A nivel mundial, existe un Reglamento Sanitario regido por el Organismo Mundial de la Salud (OMS), que da los lineamientos de cómo prevenir la propagación internacional de enfermedades. En Chile, se dictó el primer Código Sanitario en 1918, pero se han realizado varias modificaciones. El artículo N°1 establece que:

El Código Sanitario rige a todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes, esta ley en general ha vivido varias modificaciones para ser adaptada a las necesidades momentáneas de alguna época del país, como por ejemplo, cuando en la constitución del 1980 el área de salud quedó fijada en la Ley Orgánica Constitucional, la última modificación que se ha hecho a esta ley tiene fecha de 8 de enero del año 2020 que fue la Ley N° 21.199 que tiene que ver con la fijación de precios de los fármacos y algunas prestaciones de servicio. (Ley Chile, 2020)

En el año 2017, en Chile se quiso someter en la Cámara de Diputados una modificación al Código Sanitario, que trataba sobre el ejercicio de la medicina y profesiones a fines. Sin embargo, la Comisión de Salud del Colegio de Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Chile, elaboraron una Declaración Pública, donde expusieron su rechazo a la modificación del Código Sanitario, ya que se estaría excluyendo al Trabajo Social como una profesión que puede participar en las diferentes acciones en el campo de la salud. Dentro de esta declaración se destacan dos puntos relevantes, como: “Nuestra profesión como Trabajadores Sociales está excluida. Esta determinación no sólo afecta al gremio de Trabajadores Sociales activos en salud, sino también, involucra a los Trabajadores Sociales en formación, pues podría incidir negativamente en el campo laboral presente y futuro”, además, “Este modelo de atención Integral en salud, significa una ampliación de la perspectiva en el abordaje de los problemas de salud, en contraste al anterior enfoque biomédico, al sumar la dimensión psicosocial, cultural y espiritual, como expresiones de la existencia humana directamente relacionadas con la comprensión de los procesos de la salud y la enfermedad”. Finalmente, esta declaración, si bien no tuvo fruto, se abrieron mesas de trabajo, referente a las profesiones que no están incorporadas en el Código Sanitario.

Actualmente en Chile y el mundo, se están viviendo momentos críticos enfrentando una crisis sanitaria que no discrimina género, rango etario y clase social. Una crisis sanitaria comienza con:

La detección de algún caso, o situación, que genera alarma (alerta), y ante el que es imperativo actuar con rapidez (emergencia). Alerta y emergencia son condiciones necesarias, pero no suficientes para hablar de crisis sanitaria, pues las crisis precisan la percepción del

riesgo de afectación colectiva y de la incertidumbre en el manejo del riesgo individual”. (Gervasa, 2009)

Las pandemias y epidemias, son tal vez tan antiguas como la propia humanidad, ya que se han provocado desde Antes de Cristo (A.C.). Estas, han evolucionado en sus diferentes representaciones de la enfermedad, una de las primeras que se conocieron fueron las diversas pestes y virus que afectaron a la civilización; como la varicela, la fiebre amarilla, el cólera, el sida, el ébola, HNP1 y la que nos afecta mundialmente en estos días, el Coronavirus (COVID-19).

Chile, junto con otros países, está pasando por una crisis sanitaria mundial, ya que el Coronavirus (COVID-19), como ha sido declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha expandido por el mundo.

El Nuevo Coronavirus COVID-19, nombre definitivo otorgado por la OMS, es una cepa de la familia de coronavirus que no se había identificado previamente en humanos. Los coronavirus, son causantes de enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave. (Gobierno de Chile, 2020)

Al ser una enfermedad de tipo respiratoria, el virus se transmite de persona a persona cuando tiene contacto cercano con un enfermo, por lo que es muy fácil el contagio y la propagación del mismo.

Los primeros casos de neumonía detectados en Wuhan, fueron reportados a la OMS durante el periodo del 12 al 29 de diciembre del año 2019, momento en el cual el virus aún era desconocido. En marzo de 2020, la OMS declaró que este brote de COVID-19 era una pandemia. Mientras tanto en Chile, el primer caso confirmado de coronavirus COVID-19 fue anunciado el día 3 de marzo del año 2020 por el Ministerio de Salud (MINSAL).

En la actualidad, la salud está relacionada directamente con la economía social de mercado y dentro de esta crisis sanitaria, se observan las falencias que tiene la Salud, no mirándola como un Derecho Humano fundamental, sino como un servicio donde prima el mercado.

Chile afronta esta contingencia con un Estado debilitado, un sistema de salud segregado y con políticas sociales que refuerzan el modelo subsidiario. El acaparamiento e incremento de los precios en productos de primera necesidad por parte de la población, el altísimo valor del test

de diagnóstico y la tardía respuesta de las autoridades políticas y la anunciada alza de los planes de salud por el sector privado son señales que indican una priorización pública de intereses económicos por sobre el derecho a la vida y la salud de la sociedad en su conjunto. (El Desconcierto, 2020)

Ya han pasado alrededor de diez meses desde los primeros casos oficiales de coronavirus en China, y ya se han colapsado ciudades y regiones en los cinco continentes. Los contagiados se cuentan por millones y los muertos son más de 1.600.000. aproximadamente. Y, aunque en Asia parecen haber controlado la pandemia todavía hay brotes en fase exponencial en medio mundo.

2. Planteamiento del problema.

2.1. Relevancia estadística y/o cualitativa.

Situación de COVID-19 en la Región de las Américas.

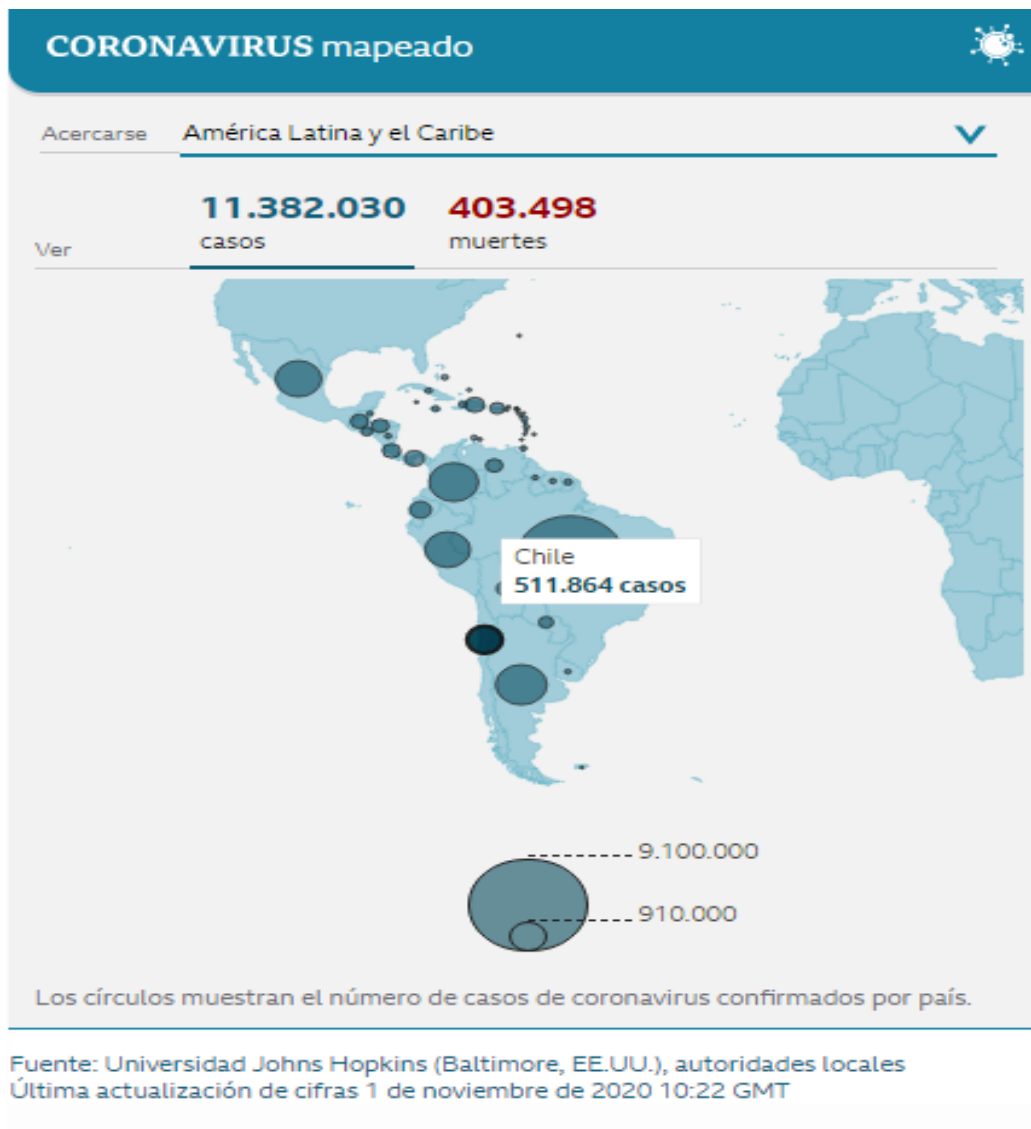
Al 13 de noviembre de 2020, 03:00 pm hora del este, se informaron 269.225 casos adicionales y 3.386 muertes en las últimas 24 horas, lo que representa un aumento relativo del 1,20% en los casos y un aumento relativo del 0,51% en las muertes, en comparación con el día anterior. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Para abordar esta crisis sanitaria, los gobiernos generaron dos tipos de estrategias de para enfrentar esta pandemia:

1- La cuarentena total: implica la prohibición total para salir de sus casas, esta medida está dirigida a las personas que habiten un país, ciudad o zona particular, a excepción que hayan motivos de emergencia que lo ameriten.

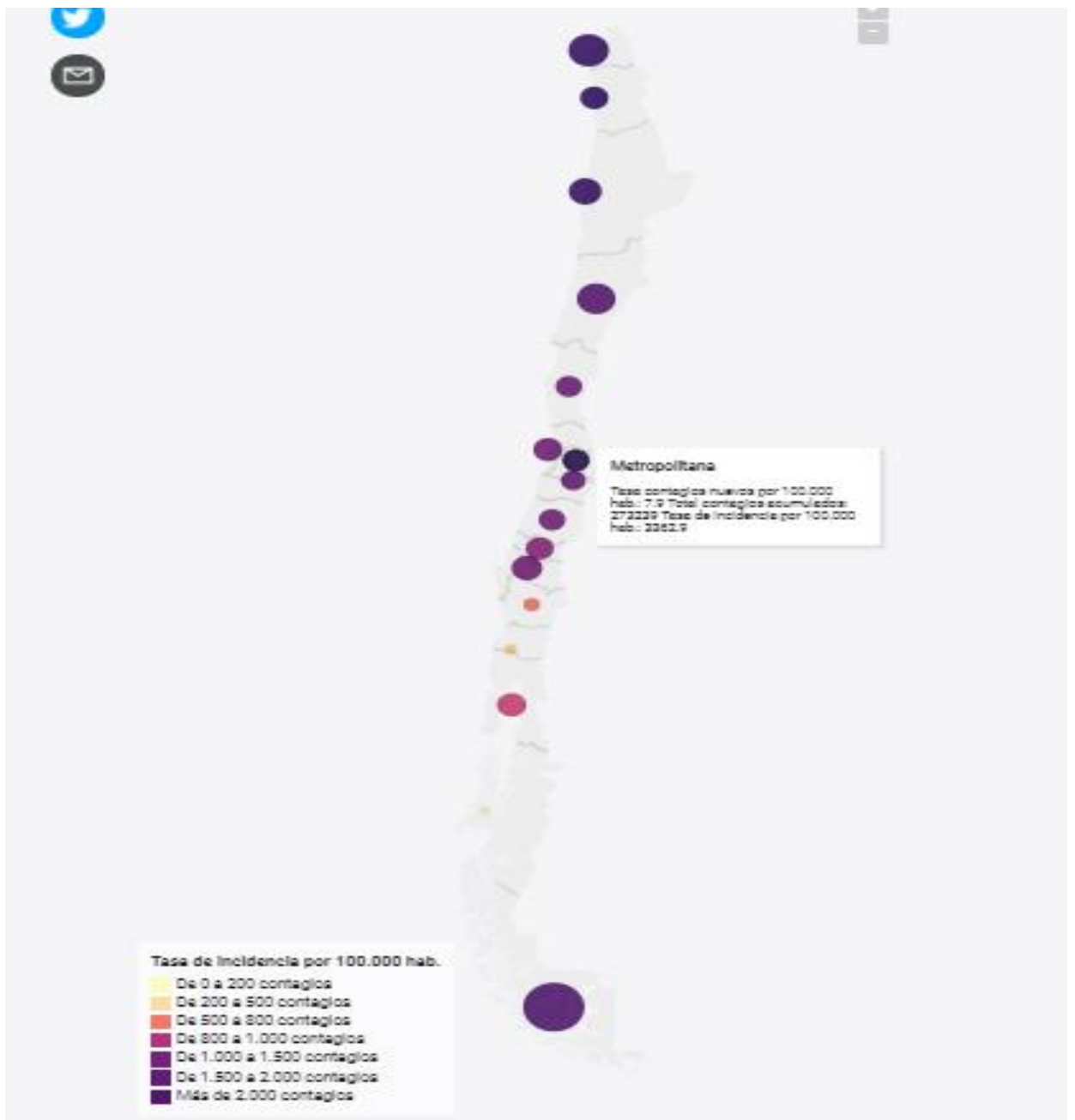
2- La cuarenta preventiva: es una restricción de las actividades que se realizan habitualmente fuera del domicilio, para aquellas personas que estuvieron expuestas a un agente infeccioso, y que actualmente no tienen síntomas, pudiendo desarrollar la enfermedad y por lo tanto transmitirla a otras personas.

Mapa expansión del virus en Las Américas.



Según el mapa a la fecha existen 403.498 personas fallecidas y un total 11.382.030 personas contagiadas en América Latina y el Caribe.

Mapa de contagios actualizado en Chile.



En la Región Metropolitana se concentran la gran mayoría de casos (273.239), un 68,7%, con la mayor tasa de incidencia por 100.000 habitantes del país, que llega al 3.362,9. Respecto los datos de hace una semana, las tasas de incidencia que más han aumentado son las de las regiones de Arica y Ñuble. En la RM la tasa ha aumentado en un 1,1 (está en 7,9) respecto a hace una semana. (El Desconcierto, 2020)

3. Problema de Investigación.

Para comenzar a abordar el Trabajo Social Sanitario, es importante definirlo como: “la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención socio sanitaria o la atención especializada.” (Colom, zerbitzuan, 2010)

La labor del Trabajador Social en tiempos de crisis sanitaria se ve muy disminuida, debido a que muchos desconocen los fundamentos del ejercicio del Trabajo Social, minimizándolo sólo a la realización del trámite de una receta o recursos materiales, “Uno de los errores más comunes entre quienes desconocen los fundamentos del ejercicio del trabajo social sanitario es minimizar su función a la tramitación de recursos que, además, dependen de los servicios sociales” (Colom, zerbitzuan, 2010)

Sin embargo, el papel que cumplen los Trabajadores Sociales en esta crisis sanitaria es mucho más relevante que esto, ya que apoya todo el tratamiento sanitario, realizando un proceso de promoción de la persona, para transformar y superar las situaciones complejas relacionadas con la enfermedad y su realidad de vida, que en algunos casos es muy adversa.

El Trabajo Social, brinda un aporte valioso e importante desde el manejo de los procesos de las personas, sobre todo, “se valora positivamente su propósito de contribuir al bienestar de los individuos siendo un garante de los derechos y deberes del paciente...” (Correa, 2018) así también, es comprendida por los Trabajadores Sociales como el componente biológico, psicológico, social, cultural, ambiental y espiritual de los seres humanos.

Durante la investigación, se fue constatando que en otros países, como Colombia y España, existe:

Un vacío significativo de información en cuanto a la comprensión de la profesión en el ejercicio de sus funciones dentro del sistema de salud y, específicamente, en las instituciones de más alta complejidad dentro del mismo, denominados clínicas y hospitales con servicios de tercero y cuarto nivel”. (Correa, 2018)

Se realizó una búsqueda para conocer cuáles son las acciones que realizan los Trabajadores Sociales, y cómo perciben su desempeño en esta crisis sanitaria en Chile y se observó que existe un vacío en el ejercicio profesional y un desconocimiento de las funciones que éstos deben realizar dentro del

sistema de salud, por lo que sólo realizan su labor desde la vocación profesional.

El Consejo General del Trabajo Social (CGTS), de Málaga, España, brinda recomendaciones para evitar el contagio del COVID-19 cuando se desempeña la labor profesional, sin embargo, no existen acciones concretas o un protocolo de atención al paciente a nivel de Estado, en relación al ejercicio profesional del Trabajador Social, sólo se basa en las acciones que cada servicio de salud realiza en forma particular, pero lo que no está claro es, si estas acciones que se están aplicando hoy en día en los distintos centros de salud, son realmente las adecuadas para afrontar esta situación o dan respuestas concretas a las necesidades o problemas que enfrenta el paciente en una crisis sanitaria, debido a que la aparición de este fenómeno mundial es reciente, no se sabe con claridad cuál es la situación, los problemas, desafíos y las acciones, que están enfrentando los Trabajadores Sociales de los servicios de salud pública, conocimiento que este estudio pretende aportar. Es aquí donde nace la pregunta de investigación.

¿Cuáles son las acciones que han desarrollado los Trabajadores Sociales del área de salud durante la crisis sanitaria y cómo perciben su desempeño?

4. Justificación del problema.

Las ciencias sociales y el Trabajo Social, son importantes para los cambios en el futuro de las sociedades y su desarrollo, además, generan cambios y transforman ciertas realidades que afectan a las personas. A pesar, de que el profesional es un agente transformador, hay ciertas dificultades y desafíos en la profesión en cuanto a sus acciones y herramientas respecto a las intervenciones, esto se debe por algunas cosas como: el proceso de globalización, “donde el doble proceso de integración internacional y segmentación interna, los costos sociales de la modernización, se traducen aquí en sujetos reales con los que cotidianamente se enfrentan todos aquellos que buscan intervenir en lo social”. (Matus, s.f.)

Las sociedades han ido cambiando, por lo tanto, el Trabajo Social también, en cuanto a su quehacer, ya que hay nuevas problemáticas y demandas que se han visibilizado, como la desigualdad social, la discriminación, la diversidad sexual, la contaminación, el abuso de poder, el acceso a la educación y salud,

entre otras, pero lo que convoca a las estudiantes en este caso, son las crisis sanitarias y es por eso que:

Todo el cuestionamiento a las diversas modalidades de un proceso de modernización, las nuevas formas de exclusión, los acelerados cambios en el ámbito de lo público y lo privado, los enormes desafíos en la innovación de la gestión en Trabajo Social nos demandan nuevos esfuerzos. (Matus, s.f.)

En cuanto a la labor de los Trabajadores Sociales del área de la salud, se puede decir que es importante, ya que ésta trabaja con un equipo multidisciplinario (médicos, psiquiatras, enfermeras, psicólogos, etc.) donde su aporte es fundamental para averiguar los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud y enfermedad de los sujetos, aún más en esta crisis sanitaria.

El tema fue elegido, desde la necesidad de averiguar la realidad de los Trabajadores Sociales en tiempos de crisis sanitarias, el cómo poder hacer que esta profesión no sea invisibilizada en lo social o separada de las profesiones médicas, en especial en esta situación que se vive actualmente de la crisis sanitaria por Coronavirus. Por otro lado, los Trabajadores Sociales, reconoce que los pacientes no son seres aislados de un entorno, sino por el contrario, es una persona que está inserta en una realidad social, que varía según su posición económica, territorial y familiar. Por lo tanto, esta investigación realiza un aporte al conocimiento del cómo el Trabajador Social del área de la salud se está desempeñando como profesional, básicamente, cómo es su participación y cuáles son las acciones que debiese llevar cabo para enfrentar la crisis sanitaria que se vive actualmente en Chile.

Por otra parte, la OMS define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Esto quiere decir que no sólo es lo físico, por lo tanto, se debería entregar un tratamiento integral, que le diera importancia al acompañamiento biopsicosocial, resguardando los derechos de estas personas.

Cuando se invisibilizan los contextos sociales, también se termina invisibilizando la forma de vida y la interacción de las personas, y es ahí, donde se asoma el Trabajador Social, que se logra insertar en la realidad de las distintas necesidades sociales, físicas y mentales. Por este motivo, el profesional sabe que es lo que falta en los distintos estamentos de la salud,

llámese: Centro de Salud Familiar (CESFAM), Centro de Salud Mental (COSAM), Hospitales (CDT), entre otros.

En consecuencia, ninguna modificación al Código Sanitario, se refiere al ingreso de otras profesiones para el resguardo de los derechos de los pacientes en relación a lo social, quedando todo en manos de las profesiones que tienen relación con las ciencias biológicas, capacidades matemáticas y muy pocas a las ciencias sociales, sin especificar profesión. Tampoco está incorporado el Trabajo Social, como una de las profesiones aptas para desempeñar acciones en el campo de la salud, según así lo manifiesta la Declaración Pública que elaboraron los Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Chile en el año 2017, donde señalan la importancia de la incorporación de los Trabajadores Sociales que se desempeñan en los servicios sanitarios, ya que entregan un apoyo Biopsicosocial, con una mirada individual, familiar, comunitaria y ambiental de los problemas de salud que afectan a las personas.

Si bien, el Trabajo Social tiene ciertos cumplimientos y labores que están claros dentro de cada institución, en cuanto a crisis sanitaria, por lo menos en Chile, no hay una normativa o acciones establecidas que debe cumplir el Trabajador Social en esta situación. Durante todos los pasos que se han dado sobre el control de la pandemia, no existe un instructivo desde la planificación sistemática de cómo el Trabajador Social debiera cumplir su quehacer más activo y así poder aplicar las herramientas necesarias, por lo tanto, el profesional no tiene sus funciones definidas.

Finalmente, es importante reconocer que en esta crisis sanitaria, es necesario contar con un protocolo o estrategias que estén plasmadas y normadas en cada centro de salud, el cual debe otorgar una orientación y respaldo sobre las acciones y herramientas que tiene que aplicar el Trabajador Social. Si bien, se está actuando desde lo que cada institución planifica de manera particular donde el Trabajador Social acata y trata de aportar desde su conocimiento, se hace compleja la intervención, por ende, este trabajo, dará a conocer cuáles son las acciones que están realizando los profesionales en el área de la salud pública para aportar un conocimiento en este vacío que hoy en día existe y además, cómo estos perciben su desempeño en las instituciones de salud a la cual pertenecen.

Según algunas opiniones científicas, el cambio climático y otros problemas ambientales de la modernidad hacen altamente probable que nuevos virus y bacterias aparezcan cada cierto tiempo, lo cual hace imprescindible que todos

los profesionales de la salud pública estén preparados y organizados para enfrentar tales peligros, incluyendo a los Trabajadores Sociales.

5. Objetivos.

Objetivo General.

Conocer cuáles son las acciones que han desarrollado los Trabajadores Sociales del área de salud en Chile y cómo perciben su desempeño durante la crisis sanitaria.

Objetivos Específicos.

1. Conocer las acciones que están realizando los Trabajadores Sociales del área de la salud en Chile en la crisis sanitaria.
2. Describir la percepción de los Trabajadores Sociales en Chile respecto del impacto de la crisis sanitaria en su quehacer habitual.
3. Identificar el estado emocional de los Trabajadores Sociales en Chile en esta crisis sanitaria.
4. Describir la percepción de los Trabajadores Sociales en Chile, frente al trabajo que realizan en la Institución de Salud.

CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA.

1. Antecedentes, estado del arte y conceptualizaciones.

Una mirada por algunos países.

Desde Europa, encontramos países como Alemania, que es un Estado capitalista, pero con un verdadero Estado de Bienestar, donde los derechos sociales, económicos y culturales son considerados como Derechos Humanos, es decir, seguridad social para todos los ciudadanos.

El Estado de Bienestar de Alemania se basa sobre cinco pilares:

- a) Los seguros públicos contra los riesgos esenciales de la vida (vejez/invalidez, enfermedad, desempleo transitorio).
- b) Los subsidios directos e indirectos provenientes de los presupuestos estatales para personas necesitadas.
- c) Los gastos obligatorios de las empresas (en particular: continuación del pago de salarios a los trabajadores enfermos).
- d) Educación escolar y universitaria, en gran medida gratuita, a la disposición de todos los residentes.
- e) Subsidios y exenciones tributarias para amplias capas de la población (familias con niños, ahorradores, compradores de vivienda propia y otros). (Friedrich Ebert Stiftung).

En Alemania, por su gran desarrollo y estado de bienestar que le brinda a sus ciudadanos, la cifra de contagios y muertes a causa del coronavirus ha ido disminuyendo considerablemente a lo largo de los meses, ya que cuentan con el fabricante de tecnología médica "Dräger", la cual es de renombre mundial en su propio país, que respondió rápidamente a la pandemia, tomaron ciertas restricciones de la vida pública para que las personas no salieran de sus casas, iniciaron test rápidos que proporcionan los resultados en tan sólo 2 horas y media, aprobaron un paquete de ayuda para mitigar los efectos de la crisis del coronavirus para las empresas, los inquilinos, los trabajadores autónomos y los hospitales, los caninos de las Fuerzas Armadas Unificadas de Alemania (Bundeswehr) son adiestrados para detectar infecciones con coronavirus, test de coronavirus en el aeropuerto de Fráncfort, entre otras

medidas, lo que hoy en día provoca que este país ya no esté en cuarentena obligatoria.

Sin embargo, podemos decir que este virus, se desplegó por todo el mundo, pero no de igual manera en todos los países, siendo un fenómeno no homogéneo, y que no ha tenido las mismas implicancias en todos los lugares. La evolución de los contagios muestra la realidad particular de cada país; se tomó la realidad de una de las potencias mundiales, Estados Unidos, que es una república, democrática presidencial y federal, siendo uno de los países más ricos, poderosos e influyentes de la tierra, con un modelo económico mixto que más se acerca al sistema económico capitalista. EE.UU., se encuentra en el centro de la pandemia, debido al crecimiento acelerado donde el número de contagiados en sus inicios fueron (787.901) y de fallecidos (42.364), y en la actualidad, la cifra alcanza 9.291.064 personas y contabiliza 234.800 fallecidos. (The New York Times, 2020)

Al comienzo de la pandemia, países como Estados Unidos, Brasil y Reino Unido, negaron la crisis y desampararon a sus poblaciones; aunque este último país tuvo que rectificar de forma abrupta y de emergencia sus políticas del “no pasa nada” y el “dejar hacer”, a tomar medidas para poder aminorar los problemas que afectan a diversas personas y sus familias.

Se vio, a través de los medios de comunicación que cada país ha reaccionado a la pandemia de manera diferente. Corea del Sur y EE.UU. vivieron el mismo día la aparición del primer caso de coronavirus. Mientras, que el primero puso todo su sistema de salud a disposición para diagnosticar tempranamente la presencia del COVID-19 en las zonas críticas del país; en el caso de Estados Unidos, país con limitado acceso al aseguramiento en salud, dictó tímidas medidas para proteger la salud y apostó por cuidar su economía, convirtiéndose en el primer país afectado con el mayor número de casos del coronavirus.

Mientras, que en algunos países se activaron rápidamente los servicios de protección social (principalmente europeos) que dan cobertura a todos los sectores vulnerables, en otros casos como El Salvador asumieron estrategias radicales para proteger la economía de las familias a costa de los intereses del empresariado nacional. En este país, se suspendió el pago de todos los servicios, alquileres y créditos por 90 días para personas y empresas afectadas por la pandemia, se asignó un bono de más de 300 dólares a un

millón y medio de personas que consumen menos energía en el país. (Centro Latinoamericano de Trabajo Social, 2020)

Hace más de 40 años se viene dando un conflicto de lucha y controversia entre países desarrollados de potencia mundial, siendo China y Estados Unidos de Norteamérica, países que luchan para conseguir la vacuna. El modelo neoliberal, hegemónico, determina al mercado como regulador principal de la economía y vida social, exigiendo la demanda de la presencia del Estado para la regulación de los capitales privados, no al recorte de los derechos laborales, sino principalmente a la negativa de los despidos colectivos y su presencia en el tejido social mediante las fuerzas policiales y militares para el cumplimiento de la cuarentena, “aislamiento social” y toque de queda, en una suerte de control y orden social.

Situación en América Latina.

Hoy, América Latina está siendo golpeada fuertemente por esta pandemia y hay cosas que están ligadas al modelo de desarrollo, pero también existen profundas diferencias que experimentan los distintos países de Latinoamérica, y si hay algo que se puede sostener, es que cada país ha tratado esta pandemia según sus ingresos, el grado de vulnerabilidad de la población y del respaldo político que tengan sus gobernantes, es así, que se fija la mirada en unos de los países que ha tenido un comportamiento y tratamiento de este virus según una serie de estrategias exitosas que no incluyó las cuarentenas obligatorias, como lo es Uruguay, país que contrastó con lo que pasa a su alrededor, teniendo una baja tasa de infectados y retomando paulatinamente su vida a una nueva normalidad, mientras que en el resto del continente sigue aumentando el número de contagiados y de fallecidos.

En Uruguay, el recién asumido presidente, Luis Lacalle Pou, se hace asesorar por más de 40 expertos para tomar decisiones con cautela para mantener un bajo número de contagios, por lo que en la actualidad se registran sólo 3.245 contagios y a la fecha han informado sólo 61 fallecidos, desde el primer caso registrado el 13 de Marzo del presente año. Todo esto resulta claro, debido a un confinamiento voluntario de parte de la ciudadanía en apoyo de su recién asumido presidente, y del sistema integrado de salud que se ha sostenido en el tiempo, ya que el gobierno del saliente presidente Mujica, realizó una fuerte inversión en esta área pasando de una cobertura del 3,2 % al 6,6 % de inversión en el área de la salud. (La Tercera, 2020)

Entonces, una pregunta resultó ser relevante ¿por qué los uruguayos acataron el llamado de quédate en casa sin ser obligatorio? Una posible respuesta, sería que reconocieron las medidas que involucraron desde la presidencia y esta estuvo centrada en el recorte del 20% de los sueldos del presidente, de sus ministros, legisladores y de los empleados públicos. Además, solicitó préstamos a organismos internacionales llegando rápidamente en apoyo de la sociedad en general, junto con eso, cuenta con un sistema sanitario que cubre el 100% de agua potable en la ciudadanía, con un sistema integrado de salud y un alto número de médicos de familia, pero sin duda unos de los factores que favorecieron al control de la pandemia fueron las características demográficas y su baja densidad, en el escenario económico, político y social. Uruguay, cuenta con un reconocimiento especial de los organismos internacionales, por su eficaz traspaso de gobernanza, por un sólido sistema económico y una fuerte estabilidad social.

“Uruguay se destaca en América Latina por ser una de las sociedades igualitarias y por su alto ingreso per cápita, bajo nivel de desigualdad y pobreza y por la ausencia casi total de indigencia” (Banco Mundial Uruguay, 2020)

Esto quiere decir, que tiene un sistema de bienestar, instituciones con bajo nivel de corrupción y un alto grado de confianza de sus ciudadanos, lo que marca una característica es su sólido pacto social y la apertura de su economía que mira a la reducción de la pobreza, con una amplia gama de políticas sociales inclusivas que apoyan a la sociedad, como por ejemplo, a los adultos mayores que cuentan con un sólido sistema de pensiones que llega a ocho de cada diez personas en el país.

Entonces, podemos decir que la diferencia de los otros estados de desarrollo de América Latina, también marca el avance o retroceso de una pandemia.

Bajo este estado de bienestar social, están los Trabajadores Sociales que han colaborado con la educación sanitaria de la sociedad y en el apoyo de las medidas que han recomendados los expertos en el control de la pandemia, llegando con recursos que el Estado proporciona a las necesidades sociales de la población en general.

Los Trabajadores Sociales de Uruguay, han tenido un rol importante en el control de la pandemia, desde el acceso a los recursos para cubrir necesidades especialmente en aquellas personas más vulnerables y participan de la entrega de información cumpliendo un rol de apoyo y orientación social.

Otro de los países que tuvieron un alto porcentaje de contagios es Brasil, que siendo una república democrática de derecho y de estructura federal, con un sistema presidencial, una legislatura bicameral y con un modelo de desarrollo Neoliberal Capitalista, ha sido el país menos enérgico, en cuanto a la prevención de la pandemia.

La situación que hoy vive Brasil con la crisis sanitaria, es bastante compleja, ya que a la fecha van más 161.100 muertes y más de 5.590.025 personas contagiadas por COVID-19, “las autoridades sanitarias calculan que el número de infectados podría duplicarse cada tres días, lo que aumentaría rápidamente los casos que pueden derivar en cuadros graves y sobrecargarían el sistema sanitario”. (El País, 2020)

La pandemia del COVID-19, se ha convertido en uno de los mayores desafíos, puesto que el virus ha sido calificado por el presidente como “una gripe”, a pesar que Brasil, es uno de los países con mayor contagio y muertes a nivel de América Latina y es el 2º país a nivel mundial, después de Estados Unidos, debido a que Bolsonaro ha hecho caso omiso al distanciamiento social, lo que ha provocado una situación crítica con los sistemas de salud por el aumento de número de pacientes y la escasez de equipamiento. “El alcalde de Sao Paulo, Bruno Covas, declaró que los hospitales públicos de la ciudad más poblada de Brasil, estaban al 90% de su capacidad”. (BBC, 2020)

A pesar de la postura del presidente frente a la situación de la pandemia, al bajarle el perfil a esta crisis sanitaria, de igual forma, se han tomado algunas medidas para mitigar el número de contagios en el país, como: reducir el flujo urbano con horarios alternativos para los trabajadores, fomentar el teletrabajo, prohibir cruceros turísticos por tiempo indefinido, cancelación de eventos de más de 500 personas, evitar que los niños estén en contacto con adultos mayores, cancelar las clases en la red municipal durante una semana, etc. Estas y otras medidas, se han ido tomando dependiendo de cada región. Sin embargo, aún no se han tomado medidas más drásticas, “si, antes, el Gobierno solo indicaba este tipo de acción más restrictiva, ahora ha pasado a recomendarlas y ha adelantado que en cualquier momento puede determinar medidas obligatorias, dependiendo de cómo evolucione la pandemia”. (El País, 2020)

La realidad en Chile.

Según Olmos y Silva, en su texto “El Rol del Estado Chileno en el Desarrollo de las Políticas de Bienestar”, en Chile, desde 1925 a 1973 el modelo de

desarrollo implicó que el Estado estuviera más presente, pero estos autores dicen que en el siguiente periodo entre 1964 y 1973, Chile adquirió un Estado de Bienestar, porque fue capaz de satisfacer los servicios básicos, como la educación, salud y vivienda, con políticas benefactoras en estos ámbitos, a través de la institucionalización donde la política social es centralizada en las necesidades básicas, es decir, que el Estado acoge las demandas sociales y aunque no haya combatido la pobreza, incorporan valores como la solidaridad y proyectos compartidos, adquiriendo una planificación económica en particular con una serie de consensos y colaboración de los actores productivos, generando así un Estado de Bienestar. Si bien, se atendían algunas problemáticas y hubo un crecimiento industrial, no se consideraba que hubo un Estado de bienestar, ya que no se acabó con la pobreza ni la desigualdad social. Se supone, que el Estado es promotor del cambio social, pero lamentablemente eso iba dirigido a los sectores medios y obreros y no a todos por igual, es decir, las políticas eran focalizadas y los beneficios eran sólo para algunos, provocando una brecha social.

Actualmente, con el modelo capitalista, el Estado ya no participa activamente en la sociedad, dejando en manos de otros entes ciertas decisiones y da cabida aún más a la lucha de clases, visibilizando la desigualdad social por la existencia de dos clases: “los ricos y los pobres”, existiendo un fenómeno de dominación y estratificación social donde los intereses políticos están en pugna, ya que sólo se enfoca en la economía de mercado. Esto lo podemos evidenciar en los tiempos de pandemia que vivimos actualmente, donde sólo algunos pueden acceder a una mejor atención y tratamiento del virus COVID-19 por medio de clínicas, las cuales tienen altos costos para enfrentar esta situación, aun cuando los montos se han fijado, “para pacientes de FONASA o ISAPRES, los valores se establecen en tres categorías, desde \$1.953.688, luego \$2.915.265 y hasta 4.866.950” (Diario Financiero, 2020), donde claramente no todos los ciudadanos chilenos cuentan con este dinero, menos en estos momentos donde la economía va en descenso, ya que muchos perdieron su fuente laboral o les redujeron sus ingresos.

Chile, ha sido una de las economías de más rápido crecimiento de América Latina en las últimas décadas, lo que ha permitido al país reducir significativamente la pobreza. Sin embargo, más del 30% de la población es económicamente vulnerable y la desigualdad de ingresos sigue siendo elevada.

“Chile se caracteriza por un modelo económico-político que en las últimas tres décadas ha mostrado un importante desarrollo de sus instituciones más básicas, lo que le ha permitido obtener un fuerte crecimiento económico con progreso social y estabilidad política.” (Saavedra, 2014) Sin embargo, la exclusión social y la desigualdad en las oportunidades amenazan su proyecto. Por lo tanto, el modelo económico-político chileno no ha logrado legitimarse del todo debido a que no ha sido capaz de garantizar inclusión social e igualdad de oportunidades.

“En consecuencia, nuestro sistema económico-político es de tipo ‘liberal’, a diferencia de otros modelos capitalistas que los autores llaman ‘coordinados’ y ‘jerárquicos’” (Saavedra, 2014) y en cuanto al tipo de gobierno, podemos decir que contamos con una república basada en una democracia presidencialista, en que el presidente está dotado de poderes extensos.

Uno de los acontecimientos políticos importantes ocurridos en Chile durante esta pandemia, fue que el día 13 de junio renunció el entonces Ministro de Salud, Jaime Mañalich, justo cuando cumplía un año en el cargo y mientras la pandemia alcanzaba sus efectos más devastadores en el país dejó su lugar en el gabinete, luego de la presión social y política que existía en el país en ese momento, debido al mal manejo de la pandemia y el alto porcentaje de contagiados. Siendo reemplazado por el nuevo Ministro de Salud el Dr. Enrique París, decano de la Facultad de Ciencias de la Universidad Mayor y ex presidente del Colegio Médico en dos oportunidades, quien debió asumir sus funciones de forma inmediata.

En América Latina, Chile es el segundo país con mayor gasto per cápita en salud pública, pero el más desigual en el acceso, no es igual para todas/os los chilenos debido al nivel de privatización de la salud. Si se compara con Cuba, este país sigue teniendo el primer lugar en acceso a la salud pública, mientras que Chile se encuentra en el décimo quinto lugar. Esto resulta un problema para las y los más desposeídos. En un contexto, en el que los estados no invierten en salud pública de calidad y acceso universal y se prioriza el respaldo a los intereses privados, es evidente que el abandono a la salud pública y la asistencia social hoy se está pagando caro con la vida.

Hay que destacar que el tratamiento o control de la pandemia está condicionado al modelo de desarrollo de cada país, dependiendo de sus factores ideológicos, culturales y económicos, por lo que es importante el rol que juega el Estado y el mercado en esta situación de crisis sanitaria. Como en el caso de algunos países capitalistas que tienen un estado de bienestar,

han sabido llevar de buena forma la pandemia, a diferencia de los modelos neoliberales capitalistas que se enfocan en cuidar la economía de su país y no en el bienestar de salud de los ciudadanos.

Trabajo Social Sanitario.

Las definiciones de Trabajo Social Sanitario son diversas, pero según la definición de Dolors Colom, en su artículo “Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión” menciona que “el común denominador de cualquier intervención desde el Trabajo Social Sanitario, es la atención a personas enfermas y sus familias, siempre tratadas en los establecimientos del sistema sanitario”. Asimismo, plantea que “en el medio sanitario, cualquier acción social o ayuda, si no se apoya en el Diagnóstico Social Sanitario siempre emitido por un Trabajador Social sanitario, esta no pasa de ser una acción filantrópica”. Además, dice que el Trabajador Social Sanitario presenta “las realidades, los hechos que como consecuencia de la enfermedad, de su tratamiento, conforman el corolario social de las personas enfermas, de su familia o red íntima”. (Colom, El Trabajo Social Santario, 2011)

El quehacer del Trabajador Social en tiempos de crisis sanitaria, se ve muy disminuido, debido a que su función sólo se enmarca como un yuxtapuesto del trabajo que realiza el médico, es por esto, que Mary Richmond, en su libro “Social Diagnosis”, plantea que los médicos y legisladores, miran la figura de la Trabajadora Social Sanitaria como: “una extensión de su función como una adjunta y no como una figura que significaba una nueva visión del hecho de enfermar”. (Colom, El Trabajo Social Santario, 2011)

Es decir, el o la Trabajadora Social Sanitaria, es mirada como una profesional que sólo apoya al trabajo del médico en la recuperación de la enfermedad del paciente, y no como una profesional cuya acción está orientada hacia el sujeto social y al análisis y evaluación de los factores personales, familiares y sociales que llevan al paciente a estar en esa situación compleja de salud, ya que la enfermedad va acompañada por una serie de circunstancias, produciendo alteraciones en el paciente y su entorno familiar. Debido a esto, Richmond, plantea que “Para proyectar la profesión al futuro es preciso dejar atrás el reduccionismo” (Colom, El Trabajo Social Santario, 2011) que ha disminuido y relegado a la profesión sólo al ejercicio de actividades puntuales y no a los beneficios que esta profesión pudiese aportar a los profesionales de la salud y los pacientes.

Las funciones del Trabajo Social en tiempos de crisis sanitaria, son muy relevantes para la ayuda social que necesitan las personas más afectadas, esto depende mucho de las herramientas e indicaciones que la institución le brinde al profesional. Esto, pone a prueba la capacidad de respuesta social que tienen las instituciones y las políticas de Estado frente a esta situación, “Como parte de la intervención social en el campo de la salud, tenemos el compromiso de continuar con el fortalecimiento de las actividades educativas con las familia y comunidad, principalmente con las medidas preventivas, de promoción de comportamientos saludables”. (Nueva Acción Crítica, 2020), con esto las personas tendrán un mayor apoyo y conocimiento sobre lo perjudicial que es el coronavirus y cómo evitar el contagio, pero lamentablemente esto no es suficiente.

Según una entrevista realizada por la Trabajadora Social Elizabeth Salcedo a distintas colegas sociales de los centros de salud en la ciudad de Trujillo, indican que las funciones que están realizando los Trabajadores Sociales de Perú son diversas, algunas son:

Josefina: “...Por su parte el CTSP (Colegio de Trabajadores Sociales de Perú) ha conformado Comisiones para elaborar algunas propuestas y respuestas de manera colectiva. También hay trabajos de voluntariado que se ha organizado, pero que enfrentan dificultades por la naturaleza de la actividad que requiere de organización, apoyo logístico y financiamiento”. (Nueva Acción Crítica, 2020)

Yuvissa: “Yo trabajo en un Centro de Salud Mental Comunitario. Me he enfocado en el trabajo propiamente comunitario, pero en este contexto observo una gran limitante, porque no es posible, hacer redes, gestión, salir a campo, visitar... además no contamos con todos los implementos de protección”. (Nueva Acción Crítica, 2020)

Según la revisión documental llevada a cabo hasta el momento, el Trabajo Social Sanitario en Chile no cuenta con un protocolo o lineamiento general que defina cuales son las funciones que cumple el profesional en el ámbito de la Salud. La Real Academia Española, define protocolo como “Secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica.” (Real Academia Española, 2014)

Es difícil encontrar información acerca de los aportes que el profesional Asistente Social ha realizado a la salud pública chilena, y pareciera ser que hemos sido los propios profesionales quienes hemos actuado en

forma muy invisible, discreta, pasando desapercibidos, incluso hasta usamos el color gris en nuestro uniforme. (Molina, 2019)

Sin embargo, otro es el escenario al conocer sobre la historia del Trabajo Social, la que cuenta que,

Desde los inicios de nuestra profesión hemos estado ligados a la salud, entregando aportes muy sustantivos a los “pacientes” y sus familias, aclarando conceptos, ayudando a que cumplan con sus respectivos tratamientos, y sobre todo, aportando al equipo de salud, información para un diagnóstico exhaustivo.... de manera de tener respuestas más integrales a los cada vez, más complejos problemas de salud. (Molina, 2019)

Los protocolos existentes que relacionan al Trabajador Social con Salud, han sido creados por las propias instituciones, tanto en Chile, como en el mundo. Sin embargo, en Chile no existe información sobre un lineamiento en caso de una crisis sanitaria.

Por otra parte, el Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS) reflexionó sobre el quehacer profesional ante la pandemia del coronavirus señalando que:

Las funciones y actividades se van perfilando de acuerdo a las áreas, niveles de intervención; que van desde la planificación, organización, coordinación, control y evaluación de las intervenciones en salud; hacia la atención social individualizada, y el trabajo extramural con las familias y comunidad. En este marco técnico, operativo, se desarrollan acciones sociales, educativas, para la generación de cambios sociales, sobre la base de los estudios y el diagnóstico social de las familias, para identificar los problemas y necesidades, categorizándolos, de acuerdo al nivel y grado de pobreza; para implementar un plan de intervenciones sociales efectivas, que permite llegar a quienes realmente lo necesitan. (CELATS, 2020)

La Interdisciplina en el Trabajo Social, es un aspecto natural de esta profesión, esta tiene un carácter colaborativo y disciplinario en la ayuda para resolver generalmente la operacionalización de los trabajos encomendados por los diferentes ministerios, para aplicar normas y hacer cumplir los procedimientos que el estamento gubernamental instruye, para que esta pueda llegar a la población fijada como beneficiarios del aparato público.

Existen grupos de Trabajadores Sociales participando en cómo combatir esta pandemia desde la misma área de la salud, desde las municipalidades y desde los diferentes ministerios pero entonces, ¿por qué el Trabajo Social está tan alejado de los grupos que tienen una real participación de la toma de decisiones?

Como bien se plantea en la entrevista a la Socióloga Carolina Gainza en “Ciencias Sociales y Humanidades: El eslabón perdido de la pandemia” deja claro que las Ciencias Sociales serían un aporte desde el punto de vista social, político y cultural develando las desigualdades, el trabajo a distancia y la brecha tecnológica que ha conllevado a las diferentes personas en este periodo y del cómo se habría llevado a cabo esta pandemia con la presencia de esta área y en especial la de los Trabajadores Sociales en los equipos multidisciplinarios de los Hospitales Públicos, mesas de expertos, entre otras.

“Hicimos el trabajo de mirar si había investigadores de las ciencias sociales y de las humanidades en las mesas que se habían formado, incluso en la mesa de datos, porque para mirar los datos también se requiere una perspectiva social. No había ninguno. “Y ahora se están viendo las consecuencias y la necesidad de formar equipos multidisciplinarios para mirar las problemáticas que enfrenta nuestro país.” (Jaque, 2020)

La cita anteriormente presentada, va perfilando como las Ciencias Sociales y en especial el Trabajo Social ha quedado al margen de todo proceso de especialización y reconocimientos en momentos claves para el país, y por qué en pleno siglo XXI no está como profesión en el Código Sanitario de Chile. “El código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes.” (MINSAL, 2019)

En el año 2017, el Colegio de Trabajadores Sociales elevó una solicitud de incorporación al Código Sanitario, con el fin de tener mayor influencia y participación en esta normativa. A solicitud del mismo Ministerio de Salud, se convocó a todos los colegios profesionales tanto del área de Salud y Ciencias Sociales, para actualizar las disposiciones del Código Sanitario de Chile, en su título V denominado “Del ejercicio de la medicina y profesiones afines”. Ante este llamado, el colegiado de Trabajo Social, buscó la forma de interpelar a sus asociados para ir en apoyo de este ingreso al Código, mediante la siguiente carta:

“Invitamos, por tanto, a los colegas colegiados y no colegiados, que se desempeñen en salud pública, otros sectores gubernamentales o del ámbito privado, en estado laboral de activos o inactivos, a los académicos y estudiantes de Trabajo Social, a expresar su apoyo a nuestra inclusión en el Código Sanitario y así continuar contribuyendo a la debida atención de todos los usuarios del Sistema Público de Salud.”
(Colegio de Trabajadores Sociales, 2017)

Sin embargo, resulta ser contradictorio, ya que como se menciona anteriormente, el Trabajo Social nace al alero de la salud, y los Trabajadores Sociales son colaboradores de los médicos, y parte de un equipo multidisciplinario y, días después, fue rechazado por la cámara de Diputados de Chile, donde la comisión tiene médicos dentro de ésta y sólo se desprendió una modificación en algunos artículos al libro V del Código Sanitario. Este párrafo enmarca lo establecido para la incorporación del Trabajo Social y otras profesiones en el código sanitario chileno, eliminando los nombres de las profesiones para general un nuevo inciso donde se extrae y se excluye al Trabajo Social del área de la salud.

- a. En su artículo 112, elimínese la frase “u otras relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud” e intercálense, entre las expresiones “farmacia” y “quienes”, las palabras “Enfermería”, “Matronería”, “Kinesiología”, “Terapia Ocupacional”, “Nutrición y Dietética”, “Psicología”, “Bioquímica”, “Fonoaudiología”, “Tecnología Médica”, “Medicina Veterinaria”, “Trabajador Social”.
- b. Incorporase un nuevo inciso tercero al artículo 112, pasando el actual inciso tercero a ser inciso cuarto:

“El ejercicio de las profesiones a que se refiere el inciso primero, comprende la asistencia sanitaria, individual o social, a través de actividades de promoción, prevención, protección, recuperación o rehabilitación de la salud, desarrolladas bajo un enfoque biopsicosocial y de determinantes de la salud, que contribuyan a generar condiciones y oportunidades para que las personas y comunidades, en su entorno, tengan una vida sana.” (Kineed)

Tanto el Colegio Médico, como el Colegio de Trabajadores Sociales se han inspirado en Hipócrates: “Antes de atender a un enfermo, hay que observar en que entorno vive”. Desde el Trabajo Social, hay que centrarse en la realidad que viven los pacientes y sus familias, de cómo evolucionan hacia la necesidad

de una atención multidisciplinaria, donde el Trabajo Social tenga una participación en tiempos de pandemia tomando en cuenta el respeto y los derechos de los pacientes, ciudadanos o individuos.

Para algunos, esta pandemia se convirtió en la mayor prueba de como las Ciencias Sociales deben estar presente y en cómo se enfrenta la parte social de los servicios de Salud Públicos y privados.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Salud, 2014)

La salud, es un derecho humano fundamental que sigue sin ser reconocido en muchos países. Se entiende que el derecho humano es inherente a las personas, y que no debe ser excluyente su sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Existen los principios de universalidad y no discriminación.

Por otro lado, hay diversos factores determinantes que influyen en el estado de salud de una persona y su calidad de vida, estos pueden ser sociales, políticos, económicos, ambientales, culturales u otros, como la condición de pobreza, exclusión o marginalidad, el desempleo, la educación, el acceso a alimentos, agua potable e instalaciones sanitarias, la vivienda, el acceso a la información, la discriminación por cuestiones de género, raza o edad, la inversión en salud pública, la vulnerabilidad frente al cambio climático, entre otros.

Los derechos humanos están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles; es decir, no se pueden respetar unos sí y otros no, aleatoriamente, porque unos influyen en el disfrute de otros.

Es importante subrayar que la Declaración Universal de los Derechos Humanos no es plenamente vinculante para los Estados, existen dos factores:

1) porque dicha resolución no establece medidas concretas para su puesta en práctica.

2) porque ante la presión de diferentes Estados, se incluyó una disposición según la cual todos los derechos y actividades contemplados en la declaración debían ejercitarse en el marco del derecho interno de cada país, lo que suponía una seria limitación para el disfrute de los derechos.

En el derecho a la salud, como en otros derechos humanos, se observa la interdependencia entre los derechos, por lo tanto, en una sociedad en la que no se respeten los derechos fundamentales no puede haber bienestar físico, mental y social, o lo que es lo mismo, vida saludable para las personas que son las titulares del derecho. (Salud, 2014)

Las desigualdades en salud.

Al situarse en el ámbito de la salud en Chile, se pudo identificar varias desigualdades, las cuales se han mencionado anteriormente, y aunque se dice que:

El acceso a la salud, según la Constitución de la República de Chile, asegura el acceso libre e igualitario a la salud, su lineamiento es la promoción, protección, recuperación y rehabilitación, es el deber del Estado garantizar estas acciones, ya sea en el servicio público o privado. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile)

Sin embargo, el acceso a la salud es segregador, ya que sólo una parte de la población puede elegir el sistema de salud (FONASA- ISAPRE), y por otra parte, las personas que están obligadas a atenderse en el sistema público.

En el año 1979, comienza la reestructuración descentralizadora del sector público de salud con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual sigue vigente. Este organismo opera sobre la base de los Servicios de Salud (que componían el antiguo SNS), y cuya función asignada es la provisión de salud a nivel secundario y terciario para toda la población. Sumado al SNSS, se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), quien administra y distribuye los recursos a los distintos Servicios de Salud del país mediante distintos canales, además de administrar el Mecanismo de Libre Elección (MLE) del antiguo Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) con recursos del descuento del 7% de los sueldos de los trabajadores (inicialmente de un 3%). El Fondo Nacional de Salud (FONASA) sistema público, es dependiente del Estado y se clasifica en distintos tramos A, B, C, D según el ingreso que perciba la personas es el tramo que se le asigna.

En 1980, se inició el proceso de municipalización de la atención primaria de salud, cuyo objetivo era mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de la población a través de los consultorios y postas rurales por municipio, orden que era necesario dada la precariedad fiscal que atravesaba el gobierno y, el aumento de eficiencia, se esperaba que este nuevo orden brindara al sistema.

Al año siguiente (1981), empezó la privatización de los servicios de salud, con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que son aseguradoras privadas que administran la cotización obligatoria de quienes opten por el sistema privado, captando la demanda por aseguramiento de los sectores de mayores ingresos (quienes a su vez, son los de menores riesgos sanitarios).

Estas entidades se destacaron por ampliar significativamente el campo de la libre elección, aprovecharse de las oportunidades del mercado en base a la eficiencia, y recibir apoyos indirectos del Estado, con la creencia de que la competencia entre estas, mejoraría la eficiencia del sistema. En la práctica se ha observado que si bien se ha mejorado en eficiencia y en tecnología, esta se concentra en el sector privado a expensas del público, quien en la actualidad concentra tres cuartas partes de la población.

La creación de las ISAPRES responde a la creciente necesidad por aumento de la inversión en servicios de salud, situación que podría ser corregida, según la creencia del gobierno, al asignar este rol a los empresarios privados quienes buscarían incentivos y oportunidades que facilitarían la mejora en la tecnología y calidad de atención.

La interiorización de la competencia y el libre mercado a los sistemas de salud, trae consigo la intrínseca necesidad de rescatar utilidades, situación que llevó a que la afiliación de personas al sistema privado se hiciera sólo previo análisis del riesgo del paciente (análisis de preexistencias y finanzas), garantizando de este modo que el gasto que debían realizar las ISAPRES por sus afiliados. (chileno, 2014)

Esta exclusión de personas riesgosas del sistema, trajo consigo la concentración de estas prestaciones de salud en el sector más acaudalado de la población, quienes son los que poseen mejor salud al poseer residencias de mayor calidad, mejor alimentación y mayores recursos disponibles, crea un sistema dual, donde el sector público concentra a la población de bajos recursos y de alto riesgo, y el sector privado agrupa a los individuos de mayores ingresos y menores riesgos, lo que sin duda, esta situación trajo

consigo la inequidad, la poca solidaridad y una escasa participación gubernamental.

A pesar de las desigualdades generadas por el sistema dual, según Haindl (2007) en “Chile y su desarrollo económico en el siglo XX”: “... las ISAPRES contribuyeron a la generación de una red de hospitales, clínicas y establecimientos de salud privados en forma paralela al sistema de salud estatal...”

La privatización de los servicios sanitarios, es una tónica en los últimos 30 años en los que se ha puesto en cuestión la viabilidad de los sistemas de protección social, el estado de bienestar, que se había desarrollado fundamentalmente en Europa, pero también en la mayoría de los países desarrollados.

En Chile, la oleada privatizadora neoliberal, ha creado un empobrecimiento en el sistema público de salud, trajo consigo una falta de credibilidad por parte de los sujetos, debido que nadie se hace responsable de las interminables horas de esperas para la atención, la falta de especialización médica y técnica, los bajos sueldos de los funcionarios de salud como los técnicos, auxiliares, administrativos y profesionales, la precarización de recursos e insumos en hospitales y otros servicios públicos.

La visión que tienen actualmente las personas del sistema de salud privado, es que es más eficiente y se puede proveer todo tipo de bienes y servicios desde el mercado donde cada persona puede elegir el lugar donde atenderse, ya que este tipo de atención brinda seguridad y conformidad.

Desafíos del Trabajo Social en tiempos de crisis sanitaria.

Hoy, el Trabajo Social, ha estado totalmente ligado a la pandemia que afecta a varios países del mundo, y en Chile especialmente,

Las asistentes sociales se han transformado en el nexo entre las familias y los pacientes frente a las restricciones de visitas en época de pandemia. No sólo han gestionado la entrega de artículos de aseo y de otros apoyos, también han trabajado en la gestión de camas y en el apoyo a las familias en el proceso de duelo. (La prensa austral, 2020)

Los Trabajadores Sociales, tienen un papel fundamental en tiempos de pandemia, ya que no sólo se basa en el ámbito de salud, sino que en los factores externos del sujeto, es decir, “la trabajadora social se encarga de la atención de usuarios con diferentes niveles de complejidad, aplicando distintas

técnicas para realizar el diagnóstico social de cada caso e investigando los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud.” (La prensa austral, 2020)

Es difícil dar cuenta de la intervención profesional que se viene realizando, porque es diversa, ya que sólo está parcialmente difundida en redes sociales, porque se realiza de manera casi atomizada, y casi sin ninguna orientación como colectivo, salvo algunos casos excepcionales.

Hoy en día, la intervención social enfrenta nuevos escenarios, donde se debe revisar la postura crítica, ética y política frente a los nuevos acontecimientos mundiales, ya que las intervenciones que se han ido realizando hasta ahora, nos hace repensar en otro tipo de intervención.

...el tránsito por esta difícil coyuntura está obligando a los trabajadores sociales, repensar su rol, a revisar la vigencia de su aporte, su especificidad y complementariedad profesional frente a retos complejos e interdisciplinarios; a evaluar su nivel de manejo tecnológico para hacer frente a las nuevas condiciones... a revisar postura crítica, ética y política frente a los acontecimientos mundiales. Sin embargo, hasta ahora solo se viene respondiendo a la demanda inmediata, sin una verdadera reflexión de los cambios que el nuevo contexto nos impone, y sin considerar que la pandemia ha cambiado muchas cosas, no solo la situación de salud. (CELATS)

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO.

El marco metodológico, hace referencia a cómo el sujeto de investigación interpreta su objeto de estudio desde los distintos enfoques, de los datos que van a recolectar, las herramientas y técnicas que se van utilizar para dar respuesta a la pregunta de investigación y sus objetivos, que en este caso, consiste en conocer cuáles son las acciones que han desarrollado los Trabajadores Sociales del área de salud y cómo perciben su desempeño durante la crisis sanitaria.

1. Paradigma.

Para realizar esta investigación, las estudiantes se enfocaron en el paradigma interpretativo,

... que se basa en el proceso de conocimiento en el cual se da una interacción entre sujeto y objeto, no pretende hacer generalizaciones a partir de los resultados obtenidos, su finalidad es profundizar nuestro conocimiento en comprender la conducta de las personas estudiadas, lo cual se logra cuando se interpreta los significados, actos y pensamientos. (Ruiz, s.f).

Esta investigación, se orientó a la comprensión del quehacer de los Trabajadores Sociales y las percepciones que tienen frente a esta crisis sanitaria, y esto se pudo observar en la participación y comunicación que se dio entre las investigadoras y las Trabajadoras Sociales entrevistadas, donde cada una de ellas, expresó su percepción frente a esta pandemia, otorgándole su propio significado desde su experiencia profesional, por lo tanto, el sentido que le dan a la realidad es totalmente subjetivo, construido desde sus propios valores, creencias, percepciones e historia socio-culturales.

Este paradigma hace comprender que las personas, son particulares, y aunque tengan algunas funciones, características o pensamientos en común, son totalmente diferentes, esto se logra cuando finalmente se hace la interpretación de las acepciones y significados propios de los sujetos, como también de las personas con las cuales interactúan frecuentemente, es decir, la realidad es dinámica y diversa, y el interés de este paradigma va dirigido al significado de las acciones humanas y de la práctica social.

Existe una participación democrática y comunicativa entre el investigador y los sujetos investigados. Considera a la entrevista,

observación sistemática y estudios de caso como el método modelo de producción de conocimiento. Su lógica es el conocimiento que permita al investigador entender lo que está pasando con su objeto de estudio, a partir de la interpretación ilustrada. (Ruiz, s.f.)

2. Enfoque.

Esta investigación se basa en el enfoque cualitativo, el cual “utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación...los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes durante y después de la recolección y análisis de los datos” (Sampieri, 2014)

Este enfoque les permitió a las investigadoras conocer desde la realidad empírica de los Trabajadores Sociales que están desempeñándose en el área de la salud en la crisis sanitaria, desde el relato personal de las entrevistadas, se pudo comprender cuáles son las percepciones de las profesionales, hacia su institución como también a su labor y desempeño en el mismo. Además, el describir su impacto emocional con respecto a la situación a la que se enfrentan a diario por su quehacer profesional, será fundamental para analizar cómo se encuentran anímicamente cada una de ellas.

La investigación cualitativa posee un enfoque multimetódico en el que se incluye un acercamiento interpretativo y naturalista al sujeto de estudio, lo cual significa que el investigador cualitativo estudia las cosas en sus ambientes naturales, pretendiendo darle sentido o interpretar los fenómenos en base a los significados que las personas les otorgan. (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, s.f.)

3. Método.

Las investigadoras utilizaron el método de estudio de caso, porque es una herramienta de investigación apropiada y una técnica de aprendizaje que considera los temas que son prácticamente nuevos, como lo es la crisis sanitaria, la cual es un fenómeno contemporáneo, donde no existe mucha información. Este método utiliza múltiples fuentes de datos, que en este caso fue una revisión documental y fuentes directas para conocer las particularidades de las Trabajadoras Sociales entrevistadas, para distinguir cómo funcionan en su quehacer diario y las relaciones con los otros, lo que permitió recabar una mayor información respecto a los objetivos propuestos.

"El estudio de caso es una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto de la vida real, especialmente cuando las fronteras entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes" (Viviana Elizabeth Jiménez Chaves, Cornelio Comet Weiler, 2016)

Este método es parte de una investigación cualitativa, la cual trata en profundidad una situación, caso o evento en particular tomando en cuenta las características internas, como también el contexto en el que se produce.

4. Técnicas de recolección de datos.

Para dar inicio a este trabajo, se realizó una revisión documental orientada a buscar respuestas al problema de investigación, la cual nos conduce a una nueva construcción de conocimiento.

Como en el proceso de investigación documental se dispone, esencialmente, de documentos, que son el resultado de otras investigaciones, de reflexiones de teóricos, lo cual representa la base teórica del área objeto de investigación, el conocimiento se construye a partir de su lectura, análisis, reflexión e interpretación de dichos documentos. (Morales, s.f.)

Sin embargo, hemos constatado luego de una minuciosa búsqueda y revisión de la documentación encontrada, que no existía respuesta para las inquietudes que fundamentan el problema de investigación. Por consiguiente, las investigadoras decidieron dar paso a una nueva metodología que tiene relación con entrevistas virtuales semi estructuradas, a través de la plataforma zoom, a algunas Trabajadoras Sociales de distintas áreas de la salud pública, como atención primaria (CESFAM), atención secundaria (COSAM) y atención terciaria (hospitales), con la finalidad de recopilar la información necesaria que complementen y den respuesta a la investigación. Las entrevistadas fueron grabadas con consentimiento por las estudiantes, y luego fueron transcritas a documentos word para posteriormente realizar el análisis de la información recabada.

5. Criterios de selección de informantes.

Los criterios que se utilizaron para la selección de las Trabajadoras Sociales, quienes entregaron la información requerida para realizar la investigación y así poder conocer las acciones y las percepciones sobre su

desempeño en esta crisis sanitaria en el área de salud, fueron los siguientes: se seleccionaron a cinco Trabajadoras Sociales de distintos centros de salud del área pública; CESFAM, COSAM y Hospital, con el fin de conocer el panorama que se vivía en los distintos escenarios de la salud pública y que tuvieran un año como mínimo trabajando en estas instituciones de salud.

Las Trabajadoras sociales elegidas para llevar a cabo las entrevistas, fueron cuatro chilenas y una de nacionalidad colombiana.

6. Criterios de validez.

Los criterios de validez utilizados por las investigadoras fueron: credibilidad y muestreo apropiado.

En el primer criterio, se observó que las Trabajadoras Sociales tuvieron buena disposición cada vez que fueron requeridas por las investigadoras para solicitar información respecto al fenómeno investigado, hubo interacción entre las entrevistadas e investigadoras, pudiendo responder de manera fluida, por lo tanto, la comunicación fue enriquecedora ya que los relatos de las entrevistadas permitieron abordar de manera clara el fenómeno estudiado.

Las respuestas entregadas por las Trabajadoras Sociales, fueron totalmente subjetivas ya que relataron desde su propia experiencia las acciones realizadas en esta crisis sanitaria desde su labor profesional como de su vida cotidiana.

Se logró percibir desde sus relatos los sentimientos y el impacto emocional que produjo en ellas esta pandemia, lo que permitió conocer la realidad empírica que viven las profesionales en sus lugares de trabajo y cómo enfrentan esta situación con sus familias, ya que están expuestas a contagiarse ellas y su entorno.

En el segundo criterio, el muestreo fue apropiado porque las Trabajadoras Sociales fueron elegidas desde las distintas áreas de la salud; COSAM, CESFAM, Hospital, ya que están insertas en este escenario actual de crisis sanitaria, con la finalidad tener información fidedigna y óptima que garanticen las acciones que realizan en su quehacer profesional, lo que nos llevó a tener una mayor capacidad de análisis con respecto a las categorías utilizadas en las entrevistas.

Las respuestas brindadas por las profesionales fueron asertivas y pertinentes, lo que permitió alcanzar los objetivos de la investigación.

7. Plan de análisis.

Para elaborar el plan de análisis, las investigadoras realizaron un análisis categorial, que consiste en un reconocimiento de categorías, las cuales se desprenden de los objetivos del instrumento metodológico (entrevistas), lo que permitió decodificar la información obtenida de la matriz para posteriormente ser analizada.

De este plan de análisis, se desprendieron cuatro categorías, las que se exponen a continuación:

1º categoría: las acciones que están realizando los Trabajadores Sociales del área de la salud en la crisis sanitaria.

Con esta categoría, las investigadoras querían obtener información respecto a las acciones que se estaban realizando en los distintos centros de salud pública con los pacientes y sus familias en relación a esta crisis sanitaria, y conocer si existían lineamientos de acción transversal a nivel ministerial y alguna directriz desde el colegio de Trabajadores Sociales.

2º categoría: percepciones y opiniones de los Trabajadores Sociales respecto al impacto de la crisis sanitaria en su quehacer habitual.

En esta categoría, las investigadoras querían descubrir las apreciaciones que tenían los Trabajadores Sociales respecto a cuáles eran las experiencias de trabajar con los pacientes contagiados con COVID-19, como también, se quería conocer cuáles fueron sus fortalezas y debilidades como profesionales para enfrentar esta crisis sanitaria.

3º categoría: el estado emocional de los Trabajadores Sociales en esta crisis sanitaria.

Las investigadoras, en esta categoría, quisieron conocer como les ha afectado psico-emocionalmente a las Trabajadoras Sociales esta crisis sanitaria, en la vida personal y profesional.

4º categoría: percepción de los Trabajadores Sociales frente al trabajo que realizan en la institución de salud.

En esta última categoría, las investigadoras quisieron conocer cómo perciben las Trabajadoras Sociales el trato desde la institución hacia su desempeño en esta crisis sanitaria. Conocer si han recibido apoyo por parte de la institución para realizar su labor desde la entrega de elementos de protección personal (EPP) hasta el apoyo para realizar su trabajo.

Una vez realizada la decodificación por las investigadoras, se encontraron similitudes y diferencias entre los relatos de las entrevistadas al momento de analizar la información, ya que cada una de ellas se encuentra en distintos centros de salud pública.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

1. Descripción del trabajo de Campo.

a) Revisión documental.

Una de las primeras decisiones que se realizó como equipo, fue la elección de un tema de investigación, el cual se escogió de manera democrática. Las investigadoras comenzaron a investigar sobre “El ejercicio profesional del Trabajador Social frente a la crisis sanitaria” tema que les pareció muy interesante, ya que “Trabajo Social” y “Salud” están ligados desde su génesis y ha tenido que enfrentar un gran desafío de la profesión en esta crisis sanitaria mundial que estamos viviendo durante estos últimos meses.

Cada una de las investigadoras, buscó material bibliográfico de un tema específico de la tesis y una vez que habían elaborado su parte, se compartió el trabajo de forma conjunta, y al hacer la revisión de los puntos se fueron dando cuenta que la pregunta y objetivos no eran adecuados, porque no apuntaban a lo que realmente querían investigar, y tuvieron que reformularlos en más de una ocasión hasta llegar a la pregunta y objetivos que les hicieran sentido al trabajo y es ahí donde se presentó una dificultad, ya que no encontraron información suficiente sobre las acciones y percepciones de los Trabajadores Sociales para llegar a responder la pregunta de investigación. Es por eso, que decidieron dar el siguiente paso, que consistía en crear un instrumento metodológico (entrevista) que se aplicó a Trabajadoras Sociales que se desempeñaban en el área de la salud, para así saber de primera fuente cómo se estaban desarrollando las acciones de las Trabajadoras Sociales y cuál es la percepción de su desempeño durante esta pandemia.

b) Trabajo de Campo Virtual:

A lo largo del trabajo y mientras las investigadoras realizaban el trabajo, se fueron dando cuenta que la información recopilada no estaba dando las respuestas pertinentes al objetivo de investigación, menos a los objetivos específicos, por ejemplo, con respecto a las acciones que están realizando los Trabajadores Sociales, no se encontró algo específico sobre esto, sólo que cuentan con recomendaciones de parte del Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS). En Chile, los Trabajadores Sociales, también cuentan con recomendaciones en sus lugares de trabajo para evitar el

contagio del COVID-19 al momento de realizar sus intervenciones, sin embargo no se encontró información sobre cuál es la percepción que tienen ellos sobre su desempeño profesional en esta crisis sanitaria, siendo esto importante, porque este virus llegó a posicionarse en el diario vivir.

Con esta nueva metodología de trabajo de campo virtual, por medio de entrevistas semi estructuradas a Trabajadores Sociales del área de la salud, a través de plataforma zoom, se pudo orientar y complementar el trabajo de campo y dar respuesta a la pregunta de investigación, objetivo general y objetivos específicos. Esto es bastante positivo, ya que por medio de la comunicación y el diálogo que existió en las entrevistas online, entre el equipo de investigación y las profesionales sociales, se dio un espacio de conocimiento que nos permite llegar al objetivo propuesto en la investigación.

Estas entrevistas se pudieron llevar a cabo, por medio de las mismas integrantes del grupo, ya que tenían contactos de Trabajadoras Sociales que se encuentran trabajando actualmente en el área de salud. Se envió un correo a cada una de ellas, presentando al equipo de investigación y describiendo el objetivo del trabajo, para posteriormente, realizar la invitación a participar de las entrevistas que eran relevantes para el proceso de investigación, donde sus relatos y respuestas serían un aporte fundamental para alcanzar los objetivos planteados.

Se lograron realizar cinco entrevistas semiestructuradas, cuatro a través de la plataforma zoom y una de manera presencial, las cuales tuvieron una duración de alrededor de 30 a 50 minutos aproximadamente y al inicio de cada una de las entrevistas se solicitó el consentimiento a las profesionales para ser grabadas. Estas entrevistas fueron realizadas en la fecha y horario acordado, sin embargo, una de ellas, no se pudo realizar en la fecha indicada, ya que una profesional tuvo un inconveniente de salud, por lo que se tuvo que reagendar la entrevista.

Actualmente, todas las entrevistas se encuentran transcritas en formato word donde la mayoría de ellas contiene más de 15 páginas, siendo este un proceso arduo, que requirió de organización del tiempo para la transcripción, el cual fue un proceso lento, ya que muchas veces dificultó el poder reconocer ciertas palabras con precisión para poder transcribirlas, teniendo que retroceder y volver a escuchar lo que no quedó claro, ya que una de las Trabajadoras Sociales, es extranjera y no se entendía de forma clara lo que quiso relatar, lo que finalmente tendió a demorar el traspaso de la información recabada al documento.

2. Presentación y análisis de resultados.

A continuación, se presentan y se codifican a las Trabajadoras Sociales de las distintas áreas de la salud, que fueron entrevistadas por el equipo de investigación.

CÓDIGO	NOMBRE	PERFIL
E1	Denisse Robinson	Chilena, 32 años, Trabajadora Social de la Universidad San Sebastián, trabaja actualmente en el CESFAM Sta. Julia de la comuna de Macul, a cargo del sector de capacitación de los Funcionarios del CESFAM, con 7 años de antigüedad en el cargo.
E2	Mónica Romero	Colombiana, 26 años, Trabajadora Social de la Universidad de Lasalle de Colombia, trabaja en el dispensario médico oriente de la Fuerzas Militares de Colombia, a cargo del Servicio al Ciudadano y Trabajo Social, con 1 año y meses en el cargo.
E3	Cecilia Cerda	Chilena, 63 años, Asistente Social de la Universidad de Chile, trabaja en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo, y está a cargo del programa PAD (programa de atención domiciliaria), con 5 años de antigüedad en el cargo.
E4	Cecilia Chandía	Chilena, 43 años, Trabajadora Social de la Universidad de Humanismo Cristiano, trabaja en el Hospital de Urgencia de Asistencia Pública (HUAP), trabaja en el servicio social de pacientes, con 3 años de antigüedad en el servicio.
E5	Mariana Muñoz	Chilena, 29 años, Trabajadora Social de la Universidad Cardenal Silva Henríquez, trabaja en el COSAM de Ñuñoa, en el programa Infanto Juvenil, con 3 años de antigüedad en el programa.

Por otra parte, se presentó por cada objetivo específico, algunos de los resultados que arrojaron las entrevistas, junto con cada categoría (ver matriz completa en el anexo N°2 del documento):

Objetivos Específicos	Sujetos/ Categorías	Entrevistada 1	Entrevistada 2	Entrevistada 3	Entrevistada 4	Entrevistada 5	Síntesis/ Análisis
1. Conocer las acciones que están realizando los Trabajadores Sociales del área de la salud en la crisis sanitaria.	Las acciones que están realizando los Trabajadores Sociales del área de la salud en la crisis sanitaria.	existe un equipo que se ha responsabilizado de los pacientes con Covid, todo el tema del Covid estuvimos ayudando en los formularios de alta toda la colaboración en realidad que se hacía desde la parte sanitaria, era separar a las personas por áreas Entonces al	Bueno como un protocolo directamente nosotros nos basamos bajo las directrices del Ministerio Salud de Colombia pertenecemos a fuerzas militares del ejército y dirección de sanidad militar ellos nos dan las directrices que van acompañada con los procesos administrativos. El dispensario médico oriente	Todas las mañanas entregan recursos de protección, alcohol en las manos y dos mascarillas, de las quirúrgicas, y una mascarilla de las R25 a la semana. Si yo digo que voy a terreno, me entregan el mameluco, más mascarillas, con eso voy, no he tenido dificultad con eso, o sea, el recurso es poco, poquísimo, de hecho hoy día	no se ha creado ni realizado un protocolo específico para pacientes con COVID, efectivamente la intervención es distinta..., a medida que ha ido apareciendo la problemática ahí uno la ha ido abordando, como en el camino. No hemos tenido mayor dificultad con los recursos de protección, en	Nosotros tenemos contacto directo con ehh... CESFAM que es donde nos dirigimos en caso que existan pacientes de nosotros con COVID19. Nosotros somos un sector secundario de especialidad, entonces trabajamos derivando al hospital. Tenemos contacto	similitud <ul style="list-style-type: none"> - no hay un protocolo como tal - fueron trabajando en los que aparecía - a medida que fueron pasando los días se empezó a recibir directrices de los diferentes organismo ministerio de salud. - Directrices o lineamientos desde el Ministerio de Salud. - la forma de intervención se ha hecho a través del teletrabajo. - Se trabaja con un equipo multidisciplinario. - Gestión con municipalidad para beneficios sociales. - Orientación, derivación y puente entre la municipalidad y los pacientes.

En el primer objetivo específico que es: “Conocer las acciones que están realizando los Trabajadores Sociales del área de la salud en la crisis sanitaria”, cuya categoría es las **acciones que están realizando los Trabajadores Sociales del área de la salud en la crisis sanitaria**, lo que arrojó el siguiente resultado:

Las respuestas no muestran regularidades, sino más bien realidades diferentes por lo que existe una ligera tendencia en dos de las entrevistas, las cuales indican que no tienen un protocolo específico en su área de trabajo para poder intervenir en la crisis sanitaria actual, pero la planificación la han concebido desde los órganos de salud, como indica:

- E2: “Bueno como un protocolo directamente no, nosotros nos basamos bajo las directrices del Ministerio Salud de Colombia...”
- E4: “...no se ha creado ni realizado un protocolo específico para pacientes con COVID...en relación a la planificación, han habido lineamientos desde el Ministerio como se trabaja con pacientes COVID...” que se traducen en acciones que realizan las Trabajadoras Sociales en esta crisis sanitaria.

Otra tendencia o similitud importante es que las entrevistadas han cambiado su forma de trabajar en esta crisis sanitaria, como lo menciona:

- E2 que indica: "...también se realizan procesos de teletrabajo, donde se les llama a los usuarios informándoles de los procesos de bioseguridad..."
- E4 dice: "...dejamos por ejemplo de atender de manera presencial, sólo atendemos de manera telefónica..."
- E5: "...Además, estamos haciendo telemedicina, trabajando casi tiempo completo desde la casa..."

Incluso se puede rescatar que todas las entrevistadas trabajan con un equipo multidisciplinario, por ejemplo:

- E1 dice: "...Nosotros hacíamos la solicitud a través de las enfermeras que hacían el seguimiento, pero también se empezó a trabajar en conjunto con toda la otra área..."
- E2: "...se trabaja con los equipos mancomunados y multidisciplinar..."
- E3 que indica: "...A nivel de equipo COVID, hay una enfermera que está haciendo un rastreo por computación..."
- E4 que dice: "...se egresan con ayudas técnicas, se deja egresado con medicamentos, se enlazan con la red local...se dejan enlazado a las instituciones"
- E5 que señala: "Tenemos contacto directo con CESFAM, entonces los derivamos, nos comunicamos y ellos hacen la gestión, lo mismo con las residencias sanitarias..."

Una de las diferencias destacadas, es que la gestión de los pacientes a las residencias sanitarias, las realizaban otros funcionarios y no las Trabajadoras Sociales y otras si la hacían las Trabajadoras Sociales. Con respecto a que la gestión la hace otro profesional, se señala lo siguiente:

- E2 indica: "...se tiene que hacer un proceso de remisión externa ese protocolo lo realiza los oficiales y suboficiales los temas de conexión con un hospital..."
- E3: "...por teléfono pedirles todos los antecedentes y hacerle el informe y enviarlo por correo para que la directora tramitara las residencias sanitarias..."

Y con respecto a que el Trabajador Social si hace la derivación a las residencias lo afirma:

- E4: "...se trabaja con pacientes COVID, por ejemplo, en el egreso, cuando requieren aislamiento, cuando el tema de las residencias sanitarias...Y nosotros como servicio social de pacientes también tenemos planificadas acciones para la atención de nuestros pacientes."

Las acciones más frecuentes de los Trabajadores Sociales del área de la salud es que trabajan con redes, y básicamente estos profesionales pasan a convertirse en el puente entre las personas y las instituciones, por ejemplo:

- E5: "...orientando con contacto también con DIDECO y con la municipalidad."
- E4: "...los pacientes que egresan desde la posta central, se dejan enlazado a las instituciones de rehabilitación."
- E1: "...también empezamos hacer ayudas sociales en las solicitudes a través de ser un puente con la municipalidad, se empezó a trabajar de forma más lineal hacer las solicitudes."

El segundo objetivo específico es "Describir la percepción de los Trabajadores Sociales respecto del impacto de la crisis sanitaria en su quehacer habitual", y su categoría es **percepciones y opiniones de los Trabajadores Sociales respecto al impacto de la crisis sanitaria en su quehacer habitual**, y lo que se puede evidenciar es lo siguiente:

Se ha percibido que el rol del Trabajador Social ha tenido una mayor valorización respecto a su labor profesional en la crisis sanitaria actual, lo cual es muy positivo porque destaca el quehacer y la disciplina del Trabajador Social en el área de salud, como indica:

- E1: "...logramos plantear la importancia del trabajo social en salud, como antes que era mucho más valorado, entonces en ese aspecto la atención social es súper valorable...".
- E4: "...yo creo que nosotros en el área de salud en el quehacer y en el fondo en el bienestar del paciente somos fundamentales en esta área, hoy día como yo visualizo el Trabajo Social acá en salud tenemos respuesta...".
- E5: "...creo o quiero creer que nuestro trabajo está más valorado después de esta crisis sanitaria."

En cuanto al tercer objetivo que es “Identificar el estado emocional de los Trabajadores Sociales en esta crisis sanitaria”, su categoría es **el estado emocional de los Trabajadores Sociales en esta crisis sanitaria**, y se puede rescatar lo siguiente:

Una de las coincidencias, es con respecto a la carga emocional considerable por el contagio y pérdidas de familiares y/o compañeros de trabajo, incluyendo el miedo y temor, esto lo mencionan varias entrevistadas, como por ejemplo:

- E1: “...ha sido el temor más grande, eso es algo que nos afecta a todos y hemos tenido duelos de gente de un compañero que se contagió y contagió a su papá que es adulto mayor y él falleció”.
- E4: señala: “...tuvimos una compañera nuestra que falleció, entonces fue fuerte, ha sido con hartos miedos, para ser sincera”.

Otra coincidencia destacable, es el desgaste emocional y cansancio por la carga de trabajo que han tenido los Trabajadores Sociales durante la crisis sanitaria, ya que por el aumento de las necesidades de la población y las medidas de protección hacen que el trabajo y las intervenciones sean más densas, eso lo podemos evidenciar:

- E3 que dice: “...es muy desgastante trabajar en este estado de crisis, hay una atmósfera de susto, de miedo...”.
- E4 que indica: “...ánimicamente, sí súper cansada, siento que estoy agotada anímicamente, ha sido complejo...”.
- E1 que menciona: “...se han atendido todos los casos, pero tenemos una carga emocional enorme”.

Una de las diferencias que se rescata es que las Trabajadoras Sociales han realizado el trabajo pero no están conforme en su totalidad y otras si, por ejemplo:

- E1 determina que: “Yo me siento conforme con el trabajo que hemos hecho como unidad”.
- E4 que indica: “la intervención ha cambiado, se ha modificado absolutamente, si me siento satisfecha”.
- E3 que a diferencia de las otras, menciona: “yo me siento satisfecha, pero siempre uno, siente que uno podría hacer más, uno se autoexige más...hay algunas cosas que no he quedado tan contenta y trato de buscar por donde se pueden arreglar”.

El último objetivo específico es “Describir la percepción de los Trabajadores Sociales, frente al trabajo que realizan en la Institución de Salud” y su categoría es la **percepción de los Trabajadores Sociales frente al trabajo que realizan en la institución de salud**, y lo que se pudo evidenciar con respecto a esto es lo siguiente:

Una de las similitudes de las entrevistadas es sobre la falta de Trabajadores Sociales para atender la emergencia sanitaria, es decir, colegas que puedan disminuir la carga laboral existente y dar mayor respuesta a las intervenciones. La falta de recurso humano afecta el buen desempeño de los trabajadores y al parecer las instituciones no han tomado conciencia de la escasez de personal, eso lo podemos evidenciar:

- E3 que señala: “Con los recursos humanos, estuvimos cortos, lo que pasa es que habían colegas que estaban con descanso en la casa. En cada sector acá, tiene una asistente social y de los 3 sectores, un momento que estaba yo sola...”.
- E4 que dice: “...el equipo humano fue siempre el mismo, nosotros somos 4 profesionales, somos 4 colegas que trabajamos para un hospital completo...El recurso humano acá no aumentaba, efectivamente desde lo clínico, el abordaje clínico sí...creo que somos uno de los hospitales con menos Trabajadores Sociales en el país.”

Otra similitud o tendencia es con respecto a la organización de turnos presenciales y virtuales de los Trabajadores Sociales del área de salud, un tema relevante para la protección y cuidado general de los profesionales que están laborando en tiempos de pandemia, y es necesario que la institución les pueda brindar eso, por ejemplo:

- E1 indica: “tenemos una semana presencial y otra de teletrabajo, que se dividieron los equipos de trabajo en dos. Efectivamente para poder cubrir cuando el resto se enfermara”.
- E2 señala: “la institución ha tenido bastantes consideraciones podemos intercalar de estar de manera presencial como en casa continuamos principalmente realizando llamadas telefónicas y seguimientos de los pacientes...”.
- E5 menciona: “Nunca existió una presión por volver a trabajar, sino más bien, se la han jugado porque funcione el sistema de forma remota.”

La tendencia importante que se encuentra dentro de las entrevistadas, es la participación y preocupación de parte de la jefatura hacia los Trabajadores Sociales, esto se comprueba a continuación:

- E2: “mi jefa, mi coordinadora de área si es militar y es trabajadora social existe un apoyo correspondiente”
- E3: “la directora siempre está abierta a evaluar situaciones que sean necesarias que el profesional o trabajador pueda ausentarse... tenemos una jefa de sector acá, es muy buena, es excelente.”
- E4: “...el equipo es súper afiatado... la verdad es que la jefatura es jefatura efectivamente, pero también, es una parte que es de la misma profesión, atiende pacientes igual que nosotros... eso ha sido una de las grandes ventajas para no colapsar en esta crisis sanitaria.”
- E5: “...el director siempre ha sido muy abierto, en que si alguien tiene algún problema, si alguien no puede realizar algo en un día...está todo como a nivel estructural y de cuidado del equipo está instaurado.”

Una de las diferencias rescatadas es con respecto a la estructuración del equipo de trabajo de las instituciones a las cuales pertenecen los Trabajadores Sociales donde en una sólo tiene una mirada clínico sanitario hacia el paciente, como es el caso:

- E4: “...algunos estamentos clínicos que sí han aumentado desde el recurso humano, las enfermeras aumentaron considerablemente, los médicos también...los kinesiólogos no aumentaron de forma considerable siendo que son bien importante en esta crisis sanitaria, los asistentes sociales tampoco, los psicólogos tampoco, entonces sigue siendo muy clínica la mirada, muy sanitaria, o sea no se aborda de manera integral... sólo la patología”.
- E3 a diferencia de las otras: “En cada sector acá tiene una asistente social y de los 3 sectores, un momento que estaba yo sola, pero hay otra asistente social que está en el programa PRAIS, contrataron a otra persona que está haciendo el reemplazo.”

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Esta investigación, ha dejado en evidencia que el sistema de salud pública en Chile es precario y segregador debido a que no existe un sistema de salud universal donde todas las personas puedan acceder a una salud oportuna, de calidad e igualitaria. Debido a estas situaciones, se debiese potenciar una dupla psicosocial que permitiera preparar y acompañar a las familias para lo que se viene en el futuro.

Hoy en día, existe una mirada clínica frente a lo que está ocurriendo en la crisis sanitaria, donde sólo se le presta la atención médica a los pacientes de COVID-19, dándole más importancia a la patología, pero no de una forma integral, las inversiones han sido más en recurso humano clínico, es decir, médicos y enfermeros, pero no en Psicólogos o Trabajadores Sociales que asistan de una manera psicosocial al sujeto, para que puedan resolver además de su problema de salud, sus problemas familiares, emocionales y sociales.

Es fundamental, que esta dupla psicosocial mantenga un trabajo multidisciplinario para afrontar las intervenciones en conjunto y así abordar de mejor manera las problemáticas complejas donde se necesita de ambas disciplinas y que exista un vínculo activo con el área clínica.

La labor que ha venido realizando el Trabajador social durante muchos años, se ha visto invisibilizada producto de que el profesional no sistematiza su trabajo, por ende, no queda registro o evidencia de su labor, también ha sido la falta de protocolo en cuanto a la labor que realiza en los centros de salud. Por esto, es importante que los Trabajadores Sociales sistematicen su trabajo sobre cómo han vivido esta crisis sanitaria, cuáles han sido sus intervenciones y cómo provocar un cambio de paradigma en su quehacer profesional. Hoy en día, los Trabajadores Sociales no se encuentran insertos en el Código Sanitario, siendo que son un apoyo relevante y tienen relación directa con los pacientes para lograr una buena recuperación e inserción social, además, producto de esta crisis sanitaria se ha logrado identificar que existe una mayor participación y relevancia de la labor cotidiana del Trabajador Social en los centros de salud pública, realizando un trabajo en redes, gestionando y reubicando a los pacientes en residencias sanitarias, prestando apoyo emocional a los pacientes y familias que perdieron a sus seres queridos. Por otra parte, es posible concluir que el Colegio de Trabajadores Sociales, no ha tenido un rol activo frente a esta crisis sanitaria, ya que no se han manifestado ante el Estado para exigir el ingreso de la profesión al código sanitario en tiempos que le son propicios, se intentó en algún momento el cual fue

rechazado, pero no lo han vuelto a intentar nuevas acciones que permitan el ingreso de la profesión al código sanitario.

Se puede decir que no hay cambios de fondo en la intervención que realizan los Trabajadores Sociales en sus lugares de trabajo, sino que hay cambios de forma de hacer la intervención, es decir, las acciones siguen siendo las mismas pero se han reestructurado en esta crisis sanitaria, como la técnica que utilizan, por ejemplo, cuatro de las entrevistadas que trabajan en los centros de salud (COSAM-CESFAM), empezaron a realizar teletrabajo, que consistía en hacer entrevistas telefónicas a los pacientes y sus familias para poder atender su necesidad o requerimiento y enviar solicitudes, donde la intervención es mayoritariamente virtual, por lo que el trabajo es más complicado ya que no se pueden resolver todas las problemáticas de las personas, debido a que hay menos personal, los espacios no son los adecuados para trabajar ya que se redujeron, porque las horas de atención aumentaron y en los hospitales siempre se mantuvo la atención de los pacientes de manera presencial, resguardando las medidas de protección sanitarias.

Además, la atención social que realizan los Trabajadores Sociales de manera presencial, hoy se centra en una sola intervención, donde se abarcan varios puntos, es decir, en una entrevista se tienen que resolver de manera inmediata más requerimientos de los que se hacían antes, la atención ahora es más larga ya que los sujetos pueden tener más de una problemática, por lo tanto, se atienden todas con el fin de que la persona no tenga que volver al servicio de salud y se arriesgue a un posible contagio de COVID-19. Esto puede ser bastante positivo para el proceso de intervención, ya que el profesional aborda al paciente de manera más integral y dinámica, permitiéndole obtener un conocimiento más en profundidad de las problemáticas que afectan a los usuarios.

Se considera muy importante una reflexión que hizo una Trabajadora Social del COSAM, que dice que después de la crisis sanitaria, vendrá una crisis de salud mental, debido a las pérdidas de compañeros, amigos y seres queridos, los contagios, la cuarentena, el déficit económico, entre otras problemáticas causadas por la pandemia, debiendo especializarnos en el área de salud mental. Esto tiene mucho sentido, ya que es totalmente necesario que se estudien los nuevos problemas de la sociedad, como lo es la crisis sanitaria actual, donde el Trabajador Social cumple un rol fundamental en el trabajo con redes.

Una de las sugerencias que hacen las investigadoras, es que dentro de la formación académica, los estudiantes de Trabajo Social, puedan adquirir nuevos conocimientos y técnicas especializadas en: Trabajo Social y Salud Mental, Trabajo Social y Suicidio, Trabajo Social - fallecimiento y duelo.

Los Trabajadores Sociales, deben tener ciertas habilidades y competencias para enfrentar de manera innovadora estas nuevas realidades que son cada vez más complejas, utilizando estas nuevas herramientas tecnológicas como las entrevistas virtuales, el uso de diferentes plataformas, videollamadas, formularios en línea, whatsapp, entre otras, de manera eficaz que permitan realizar una buena intervención en estos nuevos escenarios como lo es una crisis sanitaria.

El COVID-19, no sólo ha sido un virus biológico sino también político, ocurrido en esta pandemia mundial, que ha estremecido los cimientos del modelo neoliberal y del sistema capitalista que rige en los países del continente latinoamericano, haciendo brotar una serie de “cuestiones sociales” que desafían al Trabajador Social a ponerse enfrente a la intervención y acción desde lo social, ético y político.

Es urgente y necesario que los pueblos de América Latina exijan la defensa de un sistema de salud universal, que garantice una calidad de atención y tenga los recursos sanitarios suficientes para reestructurar el sistema de salud pública, no solo para resistir el COVID-19, sino los próximos virus. La atención primaria, es fundamental en la lógica de prevención de enfermedades, sobre todo cuando se entiende a la salud pública de forma integral, no sólo para curar las enfermedades o virus, sino también considerar la situación socioeconómica de las personas y su calidad de vida.

Se hace imprescindible que los profesionales de Trabajo Social en salud, tengan un auto cuidado por la carga emocional y laboral que ha producido la crisis sanitaria, debido a las horas extensas de trabajo, el clima de tensión que se produce por el miedo a contagiarse con el virus, por lo que se hace necesario resaltar que todas las profesionales entrevistadas manifestaron que recibieron un apoyo por parte de las jefaturas en esta crisis sanitaria, ya que en algunos estamentos autorizaron a sus trabajadores a que se pudiese ir alternando su trabajo, es decir, a realizar teletrabajo desde sus casas, se flexibilizó el horario, variando su trabajo en semanas presenciales y virtuales, se cubrían los turnos y se otorgaban permisos administrativos.

Es necesario potenciar la estructura del colegio de Trabajadores Sociales, donde exista una vinculación con otros estamentos nacionales, como el colegio médico, la Central Unitaria de Trabajadores y con estamentos internacionales, como también, debe tener una mayor visibilización a nivel nacional creando acciones para promover el ingreso al código sanitario y que entregue apoyo a los profesionales en distintas áreas de trabajo; salud, vivienda, educación, género, ambientales, etc., donde los objetivos de los Trabajadores Social sea transversal a todas las áreas de trabajo.

Con la crisis sanitaria actual, queda demostrado que el modelo capitalista neoliberal que está instalado en nuestra sociedad trae consigo una desigualdad importante, más aún en el ámbito de salud, ya que con la privatización que existe en Chile, sólo algunas personas pueden acceder a una atención oportuna y de calidad, mientras que las personas que no cuentan con los recursos económicos para acceder a los centros de salud privado y deben atenderse en un sistema público, el cual deben esperar meses para que le den horas para entrar a pabellón a realizarse una intervención quirúrgica, y muchas veces existe un riesgo vital en las personas por no realizar una atención oportuna, como también en la atención de urgencia puede sobrepasar las 12 horas de esperas si su estado es leve.

Existe un fenómeno de dominación y estratificación social que afecta a los más vulnerables, donde los intereses políticos están en pugna, los derechos de los ciudadanos no se consideran, provocando así una desigualdad social la cual se ha evidenciado en Chile este último tiempo, sobre todo en el estadillo social y pandemia, donde se continúa exigiendo el bienestar social y acabar con los problemas sociales, como la pobreza, bajas pensiones, corrupción, desigualdad, hacinamiento y sistema mixto de salud, por ello, no sólo en salud sino que en todas las áreas sociales se está luchando por transformaciones profundas, a las cuales los Trabajadores Sociales deben integrarse colectivamente.

Desde el quehacer profesional, valoramos el aporte y contribución que realizan los y las Trabajadores/as Sociales, ante situaciones de emergencias sanitarias. Es importante, que los profesionales de Trabajo Social tengan una mayor presencia e involucramiento, en los espacios y niveles de la formulación de las políticas públicas, y programas sociales de salud. Asimismo, debemos recalcar el aporte significativo de los Trabajadores Sociales en el análisis y diagnóstico social fortaleciendo las actividades educativas de las personas, familias y comunidades, principalmente con las medidas preventivas y de

promoción de comportamientos saludables, para una adecuada intervención técnica y una efectiva categorización social, en momentos de crisis y emergencias.

Para concluir, es de suma importancia que exista un protocolo o lineamiento general de acción para definir y limitar las acciones que deben realizar los Trabajadores Sociales en estos nuevos escenarios, ya que debido al cambio climático, las personas van a estar más expuestas a distintos tipos de problemáticas, como pandemias, desastres naturales y diferentes catástrofes. En este contexto, es importante destacar el rol que cumplen los Trabajadores y Trabajadoras Sociales en este caso de fenómenos, ya que se trabaja directamente con las personas y familias, acompañando, escuchando, gestionando redes e innovando, a través de acciones transformadoras, que le permitan al sujeto insertarse en su sistema socio comunitario con el fin de lograr una mejor calidad de vida, empoderando a las personas y entregando herramientas para que ellos mismos puedan buscar soluciones a los problemas que les afectan.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aquín, N. (2006). ¿Una nueva Cuestión Social? *UCSH*, 02.
- Banco Mundial Uruguay. (2020). *Banco Mundial Uruguay*. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/country/uruguay/overview>
- BBC. (18 de Mayo de 2020). *BBC NEWS*. Obtenido de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52708003>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f.). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leyfacil>
- BRICS. (s.f.). <https://bricscomlutense.wordpress.com/brasil/>. Obtenido de <https://bricscomlutense.wordpress.com/brasil/>
- CELATS. (2020). *Centro Latinoamericano de Trabajo Social*. Obtenido de <https://www.celats.org/19-publicaciones/nueva-accion-critica-7/226-reflexiones-del-quehacer-profesional-de-trabajo-social-ante-una-emergencia-sanitaria>
- CELATS. (s.f.). *CELATS*. Obtenido de 2020: <https://www.celats.org/19-publicaciones/nueva-accion-critica-7/221-coronavirus-que-le-toca-hacer-al-trabajo-social-para-enfrentar-la-pandemia-del-siglo-xxi>
- Centro Latinoamericano de Trabajo Social. (2020). Obtenido de <https://www.celats.org/19-publicaciones/nueva-accion-critica-7/221-coronavirus-que-le-toca-hacer-al-trabajo-social-para-enfrentar-la-pandemia-del-siglo-xxi>
- chileno, a. c. (2014). analisis critico del sistema de salud chileno. En Tesis. santiago de chile.
- Colegio de Trabajadores Sociales. (2017). *Camara de Diputados*. Obtenido de <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=60904>
- Colegio Profesional de Trabajo Social de Malaga. (2020). *Colegio Profesional de Trabajo Social de Malaga*. Obtenido de <https://www.trabajosocialmalaga.org/organizacion-colegial/>
- Colom, D. (2010). *zerbitzuan*. Obtenido de <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Trabajo%20social%20sanitario%20del%20sistema%20sanitario.pdf>
- Colom, D. (2011). *El Trabajo Social Santario*. España: UOC.
- Correa, M. (2018). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/eleut/v20/2011-4532-eleut-20-00199.pdf>
- Diario Financiero. (2020). *Diario Financiero*. Obtenido de <https://www.df.cl/noticias/reportajes/covid-19-en-cifras-309-274-contagiados-y-6-781-muertes-en-chile-y-tasa/2020-03-16/214213.html>

- Diario Financiero. (2020). *Diario Financiero*. Obtenido de <https://www.df.cl/noticias/economia-y-politica/actualidad/ministerio-de-salud-fija-precio-maximo-para-clinicas-que-atiendan/2020-04-15/115252.html>
- Edwin Miranda Ruiz. (s.f.). *Monografias.com*. Obtenido de Monografias: <https://www.monografias.com/trabajos97/paradigma-interpretativo/paradigma-interpretativo.shtml#:~:text=El%20paradigma%20interpretativo%20comprende%20que,a%20la%20comprension%20y%20significaci%C3%B3n.&text=Hay%20una%20relaci%C3%B3n%20de%20participaci%C3%B3n>
- El Desconcierto. (2020). *El Desconcierto*. Obtenido de <https://www.eldesconcierto.cl/2020/04/05/carta-red-de-investigadoras-e-investigadores-del-trabajo-de-chile-sobre-covid-19-y-politicas-laborales/>
- El País. (Marzo de 2020). *El País*. Obtenido de <https://elpais.com/sociedad/2020-03-14/brasil-endurece-la-lucha-contr-el-coronavirus-en-rio-de-janeiro-y-sao-paulo.html>
- El País. (Marzo de 2020). *El País*. Obtenido de <https://elpais.com/sociedad/2020-03-14/brasil-endurece-la-lucha-contr-el-coronavirus-en-rio-de-janeiro-y-sao-paulo.html>
- Escobar, S. R. (s.f.). *SliderPlayer*. Obtenido de <https://slideplayer.es/slide/4268098/>
- Friedrich Ebert Stiftung. (s.f.). *Biblioteca Digital*. Obtenido de Biblioteca digital
- Gervasa, J. (2009). *Gaceta Sanitaria*. Obtenido de <https://gacetasanitaria.org/es-aciertos-errores-gestion-crisis-salud-articulo-S0213911108000460>
- Gobierno de Chile. (2020). *Gobierno de Chile*. Obtenido de https://www.gob.cl/coronavirus/?gclid=Cj0KCQjwyur0BRDcARIsAET861BSTI3aW1KYaK6AGee5FckKCWxCQE7OtHGNjZI8x8eVzqnm0zu1dYQaAndtEALw_wcB
- Gómez, S. (2015). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n22/n22a14.pdf>
- González, M. (2017). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362017000200005
- Jaque, J. (2020). *La tercera*. Obtenido de <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/ciencias-sociales-y-humanidades-el-eslabon-perdido-de-la-pandemia/TYBF3KZS6RCYTHMWGGH227NF6M/>
- Juan Luis Álvarez, Gayou Jurgenson, Salvador Martín Camacho y López, Gabriela Maldonado Muñiz, Claudia Átala Trejo García, Abigahil Olguín López, Maribel Pérez Jiménez. (s.f.). *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. Obtenido de <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n3/e2.html#:~:text=La>

%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa%20posee%20un%20fen%C3%B3meno%20en%20base%20a%20los

Kineed. (s.f.). *Kineed*. Obtenido de <https://www.kineed.org/colegio-de-kinesiologos/que-es-el-codigo-sanitario/>

La prensa austral. (2020). *La prensa austral*. Obtenido de <https://laprensaaustral.cl/cronica/el-rol-del-trabajo-social-en-el-hospital-en-tiempos-de-pandemia/>

La Tercera. (2020). *La Tercera*. Obtenido de <https://www.latercera.com/mundo/noticia/abriran-malls-en-uruguay-tras-dos-dias-sin-casos-de-covid-19/15JNUHIHZFG7XJ4MZPTWAFFN54/>

Ley Chile. (2020). Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>

Matus, T. (s.f.). *Apuntes sobre intervencion social*.

MINSAL. (2019). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/codigo-sanitario-contexto/>

Molina, R. (2019). *La invisibilidad del Asistente Social en la Salud publica y en particular la salud mental*. Chile.

Morales, O. (s.f.). *Fundamentos de la investigación documental y la monografía*. Obtenido de Universidad de los Andes: http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/16490/fundamentos_investigacion.pdf;jsessionid=CEDFA1A9B1FA8C465ADC8D9999653EF5?sequence=1

Moya, M. G. (2017). *Scielo*. Obtenido de Asistentes sociales y salud pública en Chile: Identidad profesional y lucha gremial: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362017000200005

Nueva Acción Crítica. (marzo de 2020). *Revista Institucional del Centro Latinoamericano de Trabajo Social*, 7, 55. Obtenido de <https://www.celats.org/19-publicaciones/nueva-accion-critica-7/226-reflexiones-del-quehacer-profesional-de-trabajo-social-ante-una-emergencia-sanitaria>

Organizacion Mundial de la Salud. (2020). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

Puerta, A. R. (s.f.). *Lifeder.com*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/estudio-caso/>

Real Academia Española. (2014). *Real Academia Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/protocolo>

Ruiz, E. M. (s.f.). *Monografias.com*. Obtenido de <https://m.monografias.com/trabajos97/paradigma-interpretativo/paradigma->

interpretativo.shtml#:~:text=El%20paradigma%20interpretativo%20compren
de%20que,a%20la%20comprensi%C3%B3n%20y%20significaci%C3%B3n.&te
xt=Hay%20una%20relaci%C3%B3n%20de%20participaci%C3

Saavedra, E. (2014). *El Modelo Económico-Político de Chile: Desarrollo Institucional en la Encrucijada*.

Salud, C. e. (2014). *Comprendiendo el Derecho Humano a la Salud*. España: Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo .

Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

The New York Times. (2020). *The New York Times*. Obtenido de <https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/coronavirus-us-cases.html>

Universidad del Desarrollo. (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Santiago.