



**“EXPERIENCIA DE TRABAJADORES/AS SOCIALES
QUE SE DESEMPEÑAN EN CENTROS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD DURANTE LA CRISIS
SANITARIA POR PANDEMIA DE COVID-19 EN LA
REGIÓN METROPOLITANA”**

SEMINARIO PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

Autores

Keyla Naara Aravena León
Emerson Alejandro Bernal Jopia
Bárbara Javiera Castillo Caro

DOCENTE GUÍA:

Margarita Navarro Young

Santiago - Chile
2020

Agradecimientos

Pon todo lo que hagas en manos del Señor,
y tus planes tendrán éxito.
Proverbios 16:3 (NTV)

Mis primeras palabras son para darle gracias a Dios, porque sus planes son perfectos y dentro de ellos estaba el poder llegar hasta aquí. Gracias le doy por guiar mi camino, por su fidelidad y por este logro que es el resultado de su inmenso amor para mí.

También agradezco a mis padres, Sandra e Israel, quienes han estado en todo momento conmigo, alentándome cada día a seguir adelante. Gracias por sus oraciones diarias, por confiar en mí, creer en mis sueños y apoyarme en todo momento. Los amo.

Agradezco a mis hermanos, Constanza, Israel y Benjamín, por ser una fuente de alegría, por su inmenso compañerismo y por poder contar con ellos cuando lo he necesitado. Gracias por ser mi vía de distracción en un escenario tan complejo como el que estamos viviendo a nivel mundial.

Gracias a mi pololo, Gerson, por acompañarme durante toda mi carrera universitaria, por la contención otorgada, por sus palabras de ánimo y por alentarme día a día a esforzarme. Gracias por sus abrazos que me reiniciaron en innumerables ocasiones y me entregaron las fuerzas continuar. Eres mi complemento y te agradezco por estar en una etapa tan importante para mí.

Familia, son el ancla de mi vida. Este logro es gracias a ustedes.

Agradecer también al tremendo equipo de trabajo tras el presente Seminario de Grado, con quienes he compartido durante toda mi vida universitaria. Gracias Bárbara y Emerson por su gran compromiso, por su dedicación y por los lazos de amistad que se han creado durante estos años. No me cabe duda que para su futuro vienen cosas extraordinarias. Son personas increíbles.

Keyla Naara Aravena León.

*La creación es un pájaro sin plan de vuelo
que jamás volará en línea recta
Violeta Parra 1966*

El caminar del ser humano a la largo de la vida se presenta como algo incierto y desconocido, condicionado por nuestras acciones se forjan nuestros pasos por lo más bello que tenemos, nuestra vida, en la cual confluyen diferentes agentes que forman parte importante de nuestro actuar, impulsando y entregando herramientas para concretar nuestras metas y desafíos. Frente a ello, no puedo dejar de reconocer y agradecer el tremendo apoyo de mi familia y amigos para llegar donde hoy me encuentro, siendo estos parte fundamental de lo que he podido construir a lo largo de mi corta vida, permitiéndome crecer como ser humano bajo principios y valores que me han inculcado, los cuales he podido poner en práctica a lo largo de mi formación como futuro profesional de las ciencias sociales.

Por lo anterior, no me queda más que dar Gracias a la Vida por permitirme crear y soñar, contando siempre con el apoyo incondicional de quienes son y forman parte imprescindible de mi círculo familiar, así como también de mis amigos de infancia y adolescencia que son pilares fundamentales para mi desarrollo humano, profesional y académico.

Por último, no puedo dejar esta oportunidad de expresar mi más grande gratitud a quienes por más de cuatro años han sido parte de mi vida, de mi trabajo y experiencia, logrando juntos construir espacios académicos de gran importancia para nuestra formación, siendo ellas un pilar en mi formación académica, Mi Equipo de trabajo, Bárbara y Keyla quienes a pesar de nuestras diferencias y similitudes hemos logrado plasmar un legado sincero en nuestros propios libros de la vida.

Emerson Alejandro Bernal Jopia

Pies ¿para qué los quiero si tengo alas para volar?

- Frida Kahlo

En primer lugar, gracias a la vida por tener la fortuna de vivirla, de darme todos los días una nueva oportunidad de ser feliz, de disfrutar la risa de mi familia, el abrazo de mis abuelos, el compañerismo de mis amigas y los bellos recuerdos de quienes ya no están.

Gracias a mi familia porque sin ustedes nada de este proceso hubiera sido posible.

Gracias a mi madre Maribel, por darme alas para cumplir mis sueños, por inculcarme el valor de la perseverancia y disciplina, por tu ternura y amor que entregas a cada persona.

A mi padre Patricio por ser mi héroe, por enseñarme sobre resiliencia, valentía y fortaleza. Gracias por apoyarme en cada paso y ser un gran compañero.

A mi hermano y cuñada, Christopher y Danae por entregarme tantas risas y momentos de diversión que sin duda fueron necesarios en este proceso. Gracias por su cariño y por estar para mí.

A mi sobrino Joaquin, mi pequeño gran motor, porque desde tu llegada supe que seríamos inseparables y siendo una pandemia un escenario difícil, se volvió una oportunidad de pasar todos nuestros días juntos, yo a cargo de tus cuidados y tú enseñándome a disfrutar la simpleza de la vida, a reír a carcajadas con tus locuras y a dejar llevar mi imaginación con tus juegos. Verte crecer cada día es una de las cosas que llena mi corazón y tu sonrisa es mi motivación para crecer cada día.

Gracias a mis compañeros Keyla y Emerson, por su entrega y compromiso con nuestra formación profesional, por su amistad que ha hecho de estos años un sinfín de recuerdos hermosos y a la vida por permitirme conocer personas tan maravillosas como ustedes.

Bárbara Javiera Castillo Caro.

Índice de contenidos

Tabla de siglas.	7
Introducción	8
Capítulo I: Formulación del problema.	9
1.1 Antecedentes	9
1.1.1 Inicios del Trabajo Social en Europa	9
1.1.2 Surgimiento del Trabajo Social en Chile	10
1.1.3 Reforma al modelo de salud chileno.	12
1.2 Planteamiento del problema.	14
1.3 Justificación.	19
1.4 Objetivos de Investigación.	21
Capítulo II: Marco de Referencia	22
2.1. Enfoques teóricos para comprender el problema.	22
2.1.1 Enfoque biopsicosocial.	22
2.1.2 Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud	23
2.1.3 Enfoque de Derechos aplicado a la atención en salud.	24
2.1.4 Enfoque de vulnerabilidad.	25
2.2. Sistema de Salud Pública y Atención Primaria de Salud en Chile.	26
2.2.1 Historia de la Atención Primaria en Salud en Chile.	26
2.2.2 Organización del Sistema de Atención Pública en Chile.	27
2.2.3 Campo de investigación del estudio.	28
2.2.4 Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)	29
2.2.4.1 Principios del modelo MAIS.	30
Centrado en las personas.	32
Integralidad.	32
Continuidad del cuidado.	32
Promoción y Prevención.	32
2.3. Trabajo Social en salud como campo de intervención.	33
2.3.1 Rol del Trabajador Social en salud.	35
2.4 Trabajo Social en Catástrofes.	38

2.5 Pandemia por COVID-19 en la Región Metropolitana y el rol de la Atención Primaria	40
Capítulo III: Marco Metodológico	44
3.1 Paradigma: Interpretativo	44
3.2 Metodología: Enfoque Cualitativo	45
3.3 Método: Estudios de casos	45
3.4 Criterios de selección de informantes	46
3.5 Técnica de recolección de información.	47
3.6 Criterios de Validez	48
3.7 Plan de Análisis.	48
Capítulo IV: Presentación de resultados y Análisis de la información.	50
4.1 Trabajo de Campo	50
4.2 Presentación de los resultados.	52
4.2.1 Matriz de Categorización.	53
4.3 Análisis de los resultados.	61
Capítulo V: Conclusiones	80
Referencias bibliográficas	86
Anexos.	97

Tabla de siglas.

Siglas	Definición
AIETS	Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social.
APS	Atención Primaria de Salud.
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.
CECOSF	Centros Comunitarios de Salud Familiar.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CESFAM	Centro de Salud Familiar.
COLMED	Colegio Médico de Chile.
DSS	Determinantes Sociales de la Salud.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
FESP	Funciones esenciales de la salud pública.
FITS	Federación Internacional de Trabajadores Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas.
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud.
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PR	Posta Rural
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia.
SARS	Servicio de Alta Resolutividad en Salud.

Introducción

Durante el transcurso del año 2020 el mundo se vio impactado por la aparición del COVID-19, generando una pandemia a nivel global que ha terminado con la vida de miles de personas, situación inédita que ha obligado a la población a modificar sus estilos de vida a fin de prevenir posibles contagios. Tal acontecimiento puso en tensión a los diversos profesionales de la salud, teniendo que contener una situación inédita de la cual no hay registros, por lo que el quehacer profesional clínico se volcó a desarrollar su intervención bajo protocolos de acción que fueron puesto a prueba sobre la marcha, instancia en que la Atención Primaria de Salud tuvo un rol primordial para la contención de la crisis sanitaria, siendo los CESFAM, CECOSF, PR y SAPU la primera línea en recibir a la población frente a la sintomatología desarrollada por el COVID-19. Es en este escenario donde del Trabajo Social mantiene una conexión directa con los territorios y los sujetos insertos en ella, permitiendo tener una lectura mayor sobre los planes de acción a implementar dado su rol articulador entre las sujetos, las organizaciones de la sociedad civil y los centros de APS, donde la profesión se presenta desde la capacidad de gestión, control y dinamismo ante el contexto socio-sanitario, entendiendo que, la pandemia por COVID-19 no es solo una crisis sanitaria, sino también una crisis social que deja al descubierto las falencias del sistema y la precariedad en las que se desarrolla la vida de gran parte de la población chilena.

Por consiguiente, la presente investigación tiene por objetivo “Conocer la experiencia de los y las trabajadores/as sociales que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de Salud durante la crisis sanitaria por pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana”, llevando a cabo una investigación cualitativa, que, mediante entrevistas semiestructuradas permitió dar cuenta de la percepción de los entrevistados frente a este nuevo contexto.

El presente Seminario de Grado contiene cinco capítulos, en los cuales se encuentran, la formulación del problema de la investigación, marco de referencia del mismo, marco metodológico, presentación de resultados, análisis de la información, y finalmente las conclusiones, permitiendo dar cuenta del escenario socio-sanitario en el cual se desarrolla la profesión, sus marcos normativos, vivencias y principales hallazgos del proceso investigativo.

Capítulo I: Formulación del problema.

1.1 Antecedentes

1.1.1 Inicios del Trabajo Social en Europa

Los inicios de la profesión se remontan a principios del siglo XVII en el continente europeo, donde según Casanova (2005), la iglesia católica mantenía una conexión directa con las problemáticas sociales que se desarrollaban en la época, siendo estas guiadas por un espíritu caritativo de parte de las clases privilegiadas como parte de la esperanza hacia el llamado de la salvación y su creencia cristiana de ayuda al prójimo, la cual se fundaba en la ayuda directa a los pobres y mendigos que pertenecían al mismo radio de su centro de culto. Esta práctica caritativa era desarrollada por damas aristócratas, junto al sacerdote Vicente de Paúl, quienes conjuntamente fundan la Organización de Alivio a los Pobres, para luego, dar paso a la conformación de diversas organizaciones lideradas por mujeres a lo largo de Europa bajo el alero constante de la iglesia, siendo las más destacada la guiada por Luisa de Marillac llamada las “Hijas de la Caridad”, para posteriormente fundar una nueva institución, las “Damas de la Caridad”, grupo que estaba compuesto por señoras de la nobleza, quienes trabajaban en pos de una vida digna para los niños abandonados, para los ancianos desamparados, mendigos y jóvenes. Esta experiencia luego se extendió a diferentes lugares y se tradujo en una gran variedad de obras de caridad. La preocupación por prestar asistencia social a los pobres y desvalidos, siendo la época de expansión capitalista, en la cual surge principalmente en los ambientes cristianos (católicos y protestantes), fundada en una acción caritativa, donde esta acción de ayuda al otro tiene por objeto primordial a Dios y secundariamente a las personas. Es desde esta concepción de la caridad que se desprende la modalidad operativa de ayuda a los pobres y de asistencia social en el presente periodo (Casanova, 2005).

Con el paso de los siglos, la expansión de la población mantuvo un crecimiento exponencial dada las oportunidades que trajo consigo el desarrollo de la industrialización, siendo el trabajo mecanizado y manufacturero el campo laboral a desarrollar por la población, generando que existiera una migración de la población hacia los espacios urbanos donde se encontraban estas fuentes laborales, desencadenando en forma paralela el origen de una nueva clase social, la clase proletaria, la cual se agrupaba en los suburbios cercanos a las fábricas bajo condiciones de vida precarias tanto en los lugares de trabajo como en los suburbios, donde no contaban con las condiciones mínimas de salubridad y seguridad, debiendo trabajar jornadas superiores a doce horas diarias, los siete días de la semana. En este contexto

se expanden diversos focos de infección y epidemias que alcanzan una fácil y rápida propagación, por lo que los trabajadores afectados por estas condiciones se organizaron para la defensa de sus intereses y producto de ello aparecen los movimientos obreros (Gepeese, 1970). Además de los problemas sociales mencionados, los obreros no contaban con una protección frente a la figura del empleador, quien retribuía su trabajo mediante la ley de la oferta y la demanda, por lo que era variable su remuneración por el trabajo realizado (Sequera, 2014).

Es así como a mediados del siglo XIX, que la labor profesional del Trabajo Social comienza a tomar fuerza dentro de los procesos de intervención con los diversos sujetos, siendo el escenario en el cual se desarrolla la profesión bajo una condición mayormente higienista, la cual respondía a las necesidades y cuidados educativos que entregaban grupos de mujeres a estos espacios sociales en contextos de pobreza y segregación social, siendo los pioneros de la asistencia social organizada Octavia Hill, William Booth, Thomas Chalmers, Toynbee y Dawson en Inglaterra, Federico Ozanam en Francia y Daniel Von Der Heydt en Alemania (Casanova, 2005). Dentro de los elementos distintivos se encuentran motivaciones fundamentalmente religiosas, el génesis de organizaciones de acción asistencial y ciertas técnicas operativas, siendo estos quienes entregan la base para la actuación profesional del Trabajo Social, en la cual, el Trabajo Social se convierte una respuesta a las demandas sociales emanadas en la época las cuales se acrecentaron por los problemas de salubridad dado los hacinamientos donde se desarrollaba vida de los sujetos, así como también por las escasas habilidades en la conducta de higiene que mantenía la población, siendo las primeras labores del Trabajo Social el acompañamiento social y la educación en materia de salud pública.

1.1.2 Surgimiento del Trabajo Social en Chile

A fines del siglo XIX y a principios del siglo XX Chile se encontraba en una situación similar a la desarrollada en el contexto europeo, enfrentando en el escenario nacional importantes desplazamientos de población hacia los centros urbanos como Santiago, Valparaíso y Concepción, bajo un sentimiento de crisis en aumento, transformaciones de las relaciones laborales, cambios en la estructura económica nacional, siendo estos algunos de los antecedentes elementales para la comprensión de la realidad y el origen de la llamada cuestión social, la cual mantenía repercusiones tanto en Europa como en Chile (Zemelman, 1971).

Desde el punto de vista nacional algunas de las situaciones que afectaron a la clase obrera y popular fueron el analfabetismo, alcoholismo, hacinamiento, diversidad de enfermedades, huelgas, inflación, luchas de clases, absorción de la mano de obra y restricción de condiciones salubres, lo que produjo la propagación de diversas

enfermedades que causaron la muerte de muchas personas, ya que no se contaban con las condiciones de higiene necesarias para la población, como el acceso a agua segura, así como también por las prácticas de manipulación de alimentos, el uso debido del agua y la eliminación de desechos, lo que produjo el malestar generalizado en los obreros, quienes a finales del siglo XIX fundaron las primeras asociaciones de trabajadores y partidos políticos, con el fin de exigir mejores condiciones laborales, quienes logran que para el año 1916 se promulguen políticas sociales y laborales en beneficio de los anteriores, como la ley de descanso semanal y la ley de accidentes de trabajo, las cuales tienen el objetivo de regular el trabajo y proteger a los obreros (Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile, 2006), siendo un factor que aún se mantenía en deuda la crisis sanitaria que desarrollaba en las grandes urbes del país.

En este contexto, en el año 1925 se funda en Santiago de Chile la primera Escuela de Servicio Social por el Dr. Alejandro del Río (médico y sociólogo), la que no sólo fue pionera en el país, sino también a nivel latinoamericano. El Doctor Alejandro del Río a través de sus viajes a países tanto en Europa como Norteamérica, tuvo la posibilidad de observar que los equipos de salud podían contar con un integrante que les proveyera antecedentes para poder comprender las "causas" de los problemas médicos y actuar sobre ellas más allá de las fronteras del recinto hospitalario, un asistente que fuera capaz de colaborar y controlar el cumplimiento del tratamiento establecido, de proporcionar normas de higiene, de instruir acerca de los cuidados necesarios para los bebés, entre otros. Por otra parte, Alejandro del Río, Ismael Valdés, Gregorio Amunátegui y otros facultativos consideraron que, si realmente se deseaba resolver los graves problemas sanitarios y sociales de la época, las prestaciones médico-asistenciales debían realizarse en el marco de instituciones racionalmente pensadas, organizadas de acuerdo a los más altos estándares del desarrollo internacional y lideradas por profesionales que tuvieran la preparación adecuada para un nuevo tipo de gestión científica (González,2017).

Bajo el planteamiento anterior, se despliega así una preocupación preeminente en el área de la salud pública y el consecuente énfasis en la formación para el desempeño en el campo médico-social y en organismos públicos de asistencia y seguridad social, principalmente enfocado en la atención al enfermo y su familia (Quiroz, 2000), permitiendo que a partir de enero de 1927 todos los Hospitales pasarán a contar con una Oficina de Servicio Social, a cargo de una visitadora, a fin de que se ocupase "en forma amistosa y benévola del bienestar y tranquilidad moral del enfermo", cooperando de manera directa con la labor del médico a través de la elaboración de una encuesta social y, de manera indirecta, procurando la reinserción de los enfermos recuperados a la vida laboral, reportando situaciones de insalubridad

diagnosticadas en los domicilios, facilitando la hospitalización, haciendo seguimiento de los egresados y, en general, apoyando a las familias de los internados y los dados de alta. (González, 2017), siendo posible encontrar a lo largo de los años venideros al Trabajo Social en los tres niveles de atención de la salud pública, estando la profesión inserta en el nivel primario, secundario y terciario, bajo el enfoque del modelo biomédico, teniendo la profesión a la base de su proceso de intervención, los lineamientos del modelo médico con el objetivo de asegurar éxito en los tratamientos establecidos para los pacientes y velando por el bienestar del usuario y su familia (González, 2017).

Por lo cual, la profesión fue adquiriendo a mediados de siglo una significación importante al actuar profesional, marcado un punto de partida hacia una nueva mirada del Trabajo Social en los diferentes campos de participación laboral, estando la atención de salud como uno de los campos más significativos en el desarrollo integral de sujetos, posicionando un cambio

En el marco de los procesos estructurales en los que participaba activamente la profesión impulsado por la búsqueda de una nueva definición que superara la mirada asistencialista, Trabajo Social comienza a tensar las fronteras tradicionales de su quehacer, avanzando desde el concepto de “profesionales de la caridad y el apoyo oportuno” hacia “agentes de cambio social” (Figueroa, 1976, p. 115).

Permitiendo proyectar la actuación profesional de los trabajadores sociales bajo diferentes enfoques que garantizaban el reconocimiento del sujeto, su historicidad y contexto social en el cual se desarrollaba.

1.1.3 Reforma al modelo de salud chileno.

Tras la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la integración de Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán en el año 1978, se adopta un cambio en la manera en la que se venía entendiendo el concepto de salud por parte del organismo internacional, el cual hasta ese entonces estaba relacionado con la ausencia de enfermedad, evolucionando a un concepto más integrador del bienestar físico y mental del sujeto. Desde este hito histórico, los diversos Estados miembros comienzan a adoptar diversas estrategias para incorporar estos énfasis a través de reformas a sus sistemas de salud pública, siendo el caso de Chile desarrollado desde inicios de la década del 90' donde se adopta el nuevo concepto de salud emanado por la OMS, incorporando el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), manteniendo

como objetivo principal de la Atención Primaria el otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad, contando con un equipo de salud de cabecera que brinda atención continua a lo largo de todo el ciclo de vida (Ministerio de Salud, s. f.).

Siendo el escenario de la reforma una oportunidad para el posicionamiento de la profesión en los centros de Atención Primaria de Salud (APS), surgen las Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud del año 1993, las cuales contienen las actividades básicas que desarrollan los asistentes sociales, tales como: consultas de orientación social, consultas sociales, consultas sociales especializadas, visitas domiciliarias, coordinación, educación de grupos, trabajos comunitarios, supervisión y asesoría, administración, docencia en servicio y reuniones técnicas (Ministerio de Salud, 1993, p. 23-30).

Es así como a través de la reforma de salud en Chile, se inicia un proceso de transformación que busca dar respuesta a los cambios epidemiológicos, demográficos y sociales de la población, pasando de un modelo de “consultorio general” a los Centros de Salud Familiar (CESFAM) el cual está basado en un enfoque biopsicosocial con énfasis en la participación social y enfoque territorial, buscando incidir significativamente en los territorios bajo la red de atención primaria, alcanzando, según los datos proporcionados del “Diagnóstico de Salud de la Región Metropolitana del año 2014 (Secretaría Regional Ministerial de Salud Metropolitana, 2014), 457 centros de APS, entregando una cobertura del 80% de la red de salud pública, realizando prestaciones a más de 5 millones de personas adscritas al sistema FONASA representando el 33% de las intervenciones de APS a nivel nacional.

A partir de lo mencionado, el equipo investigador ha querido centrar el presente estudio en el nivel primario de atención, dado que es el nivel más cercano al territorio, con mayor cobertura a nivel nacional, el cual busca responder a las necesidades de sus usuarios de una manera integral, fomentando la participación de los sujetos y teniendo como centro a la familia y su contexto, donde el trabajador social se encuentra inserto permitiendo un encuentro más inmediato con las comunidades y los sujetos insertos en ella, ya que APS se presenta como el área de salud de mayor relevancia y con mayor cercanía a los sujetos, su ámbito familiar y social (Tellez, 2006).

Es a partir de esta mirada que la experiencia del trabajador social en la Atención Primaria de Salud suele ser amplia actuando junto al usuario, su familia y la comunidad desde la prevención, en la implementación de programas para mejorar la calidad de vida, el tratamiento y seguimiento de casos a través de visitas domiciliarias, la

activación de redes, la rehabilitación psicosocial y la derivación de casos. También cabe destacar su importancia dentro de los equipos multidisciplinarios al momento de aportar sus conocimientos desde el área social de la salud, abriendo la posibilidad de conocer al paciente en su faceta social y relacional, permitiendo estudiar la situación de pérdida de salud aportando otros elementos de análisis, superando las limitaciones del componente biológico o psíquico, siendo la mirada biopsicosocial del profesional la que permite una mirada mayormente integradora en la atención de salud del sujeto (Castillo y Abad, 1991, p.137).

1.2 Planteamiento del problema.

Los antecedentes planteados con anterioridad dan cuenta que al transcurrir los siglos se fueron presentando diversas problemáticas las cuales han afectado la vida de las personas y su comunidades, tal como es posible observar en la actualidad, donde a nivel global la población está siendo gravemente afectada por la pandemia por COVID-19, la cual tiene su origen en la ciudad de Wuhan, China, recibiendo el primer reporte la Organización Mundial de la Salud (OMS) a fines del año 2019, comenzando desde esa fecha a propagarse a nivel internacional, declarándose por la OMS como una pandemia global a mediados del mes de marzo, haciendo un llamado a los países “para que adopten medidas urgentes y agresivas”(Organización Mundial de la Salud, 2020). La aparición de este virus ha terminado con la vida de más 1,5 millones de personas a nivel mundial hasta el mes de diciembre del presente año, según lo indica Fabian Barría (2020), pérdida de vidas que hasta la fecha siguen en ascenso tanto a nivel internacional como nacional. Dicho acontecer mundial ha tenido consecuencias importantes, tales como la contracción de la economía mundial, según lo previsto por el Banco Mundial, dando a conocer que el presente año se reducirá en un 5,2%, manifestando que será “la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial, y la primera vez desde 1870 en que tantas economías experimentarían una disminución del producto per cápita” (Banco Mundial, 2020), dejando como consecuencia **“a millones de personas en pobreza extrema este año”** (Banco Mundial, 2020). A su vez, respecto de tal fenómeno Chile no ha estado exento, generando como consecuencia diversas problemáticas en el territorio nacional, mayormente relacionadas con la alta tasa de desempleo alcanzando un 9%, proyectando una caída en el crecimiento cercana al 4% del PIB para el año 2020, según informa el Instituto Nacional de Estadísticas (2020), teniendo la población que recurrir a un primer retiro del 10% del Fondo de Pensiones para paliar las consecuencias del virus en el territorio, teniendo que utilizar un porcentaje o la totalidad de los ingresos ahorrados para su pensión para poder satisfacer en la actualidad sus necesidades básicas, siendo este fenómeno un efecto de una escasa respuesta por parte

del Gobierno para ir en auxilio de las personas que lo requieren, siendo la desconexión con los territorios el punto de mayor complejidad para afrontar la crisis socio-sanitaria, así como también la falta de una clara política de protección social hacia los habitantes del mismo.

En correlación a lo anterior, es importante develar cómo la pandemia COVID-19 ha sido mucho más que una crisis sanitaria, ya que se ha convertido en un escenario sociosanitario que ha dejado al descubierto la desigualdad social existente en Chile, dado que incrementó en mayor medida una serie de problemas sociales que se encontraban invisibilizados, como por ejemplo, la precariedad del empleo, los bajos sueldos, pensiones insuficientes para un gran número de adultos mayores, la falta de protección social, entre otras situaciones que son parte de los efectos económicos que ha traído para muchas familias. También ha develado como problema social el hacinamiento, el déficit habitacional que imposibilita la realización de cuarentenas o aislamientos intradomiciliarios, la falta de servicios básicos como el agua potable, son situaciones que se viven en Chile y que la pandemia ha dejado aún en mayor evidencia, a lo cual Alvarado (2020) lo plantea desde los privilegios y lujos que existen en algunos territorios de la ciudadanía chilena, donde el factor económico garantiza el bienestar biopsicosocial de una parte de la población, siendo la habitabilidad, el hacinamiento, la conexión y la alimentación los factores sociales claves para sobrellevar la pandemia, develando las carencias socioeconómicas presentes en diversos territorios de la Región Metropolitana, siendo efecto de una política neoliberal que invisibilizando la realidad de la población nacional bajo el endeudamiento para optar a mejores condiciones de vida.

Dichas desigualdades indiscutiblemente se hicieron presentes dentro de las demandas sociales en el llamado “estallido social” a mediados del mes de octubre del año 2019, donde parte importante de la población alzó la voz en contra de diversas problemáticas y desigualdad social en la población, tales como el sistema de pensiones, la lucha por una educación de calidad y gratuita, y la demanda de una mejora en el sistema de salud en Chile (Paúl, 2019) entre otros. En materia de salud, se presentan como asuntos a resolver la ausencia de hospitales y especialistas, mejoras en la atención primaria de salud para prevenir enfermedades, la necesidad de reducir las listas de espera (Paúl, 2019), el trato indigno recibido en los establecimientos de salud, los costos asociados a la atención y de los medicamentos, por las inequidades que se generan desde el sistema de la atención secundaria y terciaria en salud (Fuentes-García, 2019), entre otras de las tantas desigualdades que hasta la fecha se visibilizan en el sistema de salud público en Chile. Ante lo mencionado, se señala que la crisis generada

mediante el estallido social es de enorme profundidad, ya que no solo trata y devela demandas sociales insatisfechas como pensiones, salud, educación, entre otras, sino de la incapacidad del sistema político para advertir y procesar esas demandas de manera adecuada y oportuna (Artaza, P. Candina, A. Esteve, J. Folchi, M. Grez, S. Guerrero, C. Martínez, J. Matus, M. Peñaloza, C. Sanhueza C. y Zavala, J., 2019).

Por otra parte, y ante el avance de la pandemia por COVID-19, es posible dar cuenta de las comunas de la Región Metropolitana que se vieron mayormente afectadas, comunas como La Pintana, Pedro Aguirre Cerda, Paine, Curacaví San Pedro y Peñaflores, en comparación a comunas como La Reina, Las Condes, Macul, Ñuñoa, y Providencia. Lo anterior estaría relacionado directamente a factores de tipo económicos, donde las personas de comunas más vulnerables serían las más afectadas, entendiendo que el “no poder trabajar significa no percibir ingresos, o enfrentar una alta probabilidad de perder el empleo” (Fosco & Zurita, 2020). Es decir, que pese a las restricciones de confinamiento para prevenir el contagio del virus y movilidad reducida de las comunas, es posible que esta población continúe trabajando a fin de percibir ingresos para su sustento y el de su familia. Considerando lo antes expuesto, las comunas con mayor nivel de vulnerabilidad debieran considerarse también expuestas a un riesgo de salud elevado, encontrándose en la paradoja sobre mantener el trabajo exponiendo su salud; mientras que aquellas que cuidan su salud, sufrirán mayores costos económicos (Fosco & Zurita, 2020). Por lo anterior, desde la mirada del Trabajo Social, la intervención debe realizarse desde una mirada situada, donde se consideren los factores contextuales de exposición a la enfermedad, lo cual es reforzado por Alfredo Carballada, quien señala que

Los trabajadores sociales sabemos que, como toda enfermedad, el Covid-19 es una enfermedad social, es decir que no puede ser pensada sólo desde la medicina, la biología o los efectos psicológicos. De allí que lo social la atraviesa totalmente, dándole sentido, heterogeneidad y diferente impacto, tanto a nivel singular como territorial. (2020, p.1).

Por tal motivo, es que se considera relevante dar respuestas a las necesidades de la población de manera integral, incorporando factores demográficos y epidemiológicos, (Abad y Castillo, 1993), lo cual aporta una mirada de la salud no solo como un elemento que depende de factores biológicos, sino que incorpora una mirada sistémica

incorporando los determinantes sociales de la salud que afectan de manera transversal la situación de salud- enfermedad de la población, determinantes sociales los cuales según Frenz (2005) mantienen un enfoque que sobrepasa las limitaciones del enfoque biomédico, ya que incluye las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, siendo estas consideradas como fundamentales para el desarrollo integral de la salud, entendiéndolos como factores estructurales e intermedios, que inciden directamente en la salud de las personas o en los mecanismos por los cuales se expresan en efectos para su salud. Es decir, mantenerse sanos no solo dependería de los factores biológicos y físicos, sino que los aspectos materiales e inmateriales donde se desenvuelve la vida de las personas, los que condicionan en su estado de salud final, plano que sobrepasa al ámbito de salud influyendo factores económicos, sociales, de habitabilidad, entre otros.

A partir de lo señalado surge la necesidad desde la mirada del Trabajo Social de poner especial atención a los factores contextuales que permiten situar la atención en salud, donde la participación del trabajador social se vuelve esencial desde el enfoque de derechos y protección social, siendo la labor profesional concebida desde un proceso de intervención social situado, reflexivo y crítico, donde el derecho a la salud debe ser garantizado bajo un derecho humano fundamental, y desde la protección social garantizar la accesibilidad a los servicios de atención de salud pública mediante programas intersectoriales, dando paso a una mirada transversal de la política de salud (González y Zárate, 2019).

En este sentido, la profesión siempre ha mantenido su actuación profesional desde una mirada situada, lo que permite

(...) promover el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, fortaleciendo la liberación del pueblo para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social (FITS, 2000).

Por ello, la mirada integrativa y multidimensional que tienen los trabajadores sociales para abordar las problemáticas en las que están inmersos, implica una relación directa con el sujeto de atención, con su entorno, familia, comunidad y redes de apoyo. En este sentido, el modelo ecosistémico de Urie Bronfenbrenner (1979) cobra gran relevancia en esta área, ya que vincula los subsistemas desde una mirada integradora,

donde los problemas a pesar de presentarse en forma compleja son visualizados de manera holística, dado su capacidad de comprender al individuo no como un ser aislado, sino como un sujeto que es afectado por el ambiente en el que se desarrolla, donde se está experimentando una crisis sociosanitaria inédita en estos últimos cien años, donde la pandemia mundial del COVID – 19, ha profundizado y develado las desigualdades sociales y la precariedad del sistema de salud, siendo los más pobres, los más afectados por esta situación.

Teniendo en consideración este sentido de urgencia para poder combatir la pandemia por COVID-19 los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas Rurales y los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SAPU) “han realizado un trabajo silencioso de vigilancia epidemiológica. Esta labor fue desarrollada de manera más bien artesanal hasta que se encargó a la Atención Primaria de Salud (APS) hacerlo de manera coordinada” (Marín, 2020), teniendo en consideración que son los equipos de APS los que están en permanente contacto con la población, por lo que poseen un mayor conocimiento de las problemáticas presentes del territorio y de los factores de riesgo de la población a la que atienden. Sin embargo, el transcurso de la pandemia ha significado cambios en el modo de vincularse con la población a cargo, limitando el trabajo multidisciplinario, siendo el cambio de funciones y actividades de los profesionales lo que ha experimentado mayores alteraciones, ya que la relación directa con los pacientes se ha visto coartada por el distanciamiento social y el trabajo territorial con las comunidades (Perez, 2020).

Es debido a tal fenómeno que se desconoce cuáles han sido las funciones que han tenido que desplegar los equipos multidisciplinarios para ir en respuesta de las necesidades de la población en este escenario complejo, abocándose el presente estudio principalmente a la figura del trabajador social, considerando a éste como un profesional que está en contacto directo con el sujeto, su entorno y familia en este campo de intervención profesional. Si bien se cuenta con las Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud, documento elaborado “con el fin de orientar su quehacer en el marco de desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria de Salud” (1993), y existiendo una actualización el año 2018¹, estas darían cuenta del rol, funciones y actividades a desempeñar los trabajadores sociales en un contexto de

¹ Las Orientaciones y Normas Técnicas para el trabajador social en Salud del año 2018 se dejaron sin efecto, en base al requerimiento interpuesto por el Colegio de Psicólogos de Chile ante la Contraloría General de la República, razón por la cual es Ministerio de Salud se ve en la obligación de dictar Resolución Exenta n° 357 de abril de 2019 para dichos efectos.

normalidad, no encontrándose sustentos teóricos que indiquen las modificaciones que experimenta la labor de los trabajadores sociales en los centros de APS en un contexto de pandemia. Por tal motivo, es que dado el contexto actual en el cual se desarrolla la profesión y siendo la crisis socio-sanitaria por COVID-19 un hecho inédito que desafía al quehacer profesional, realizando una intervención sobre la marcha, reconociendo el contexto en la cual se sitúa la intervención y haciendo un camino al andar (Garcés, 2008), del cual no se tienen registros es que surge la siguiente interrogante que guiará la presente investigación: **¿Cuál ha sido la experiencia de los y las trabajadoras sociales que se desempeñan en la atención primaria de salud frente al contexto de crisis sanitaria por pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana?**

1.3 Justificación.

Las crisis sanitarias han sido parte del desarrollo de la humanidad, siendo posible encontrarlas a lo largo de la historia manteniendo siempre un impacto significativo en la mortalidad de las personas, así como también en las formas de afrontarla por parte de los diferentes gobiernos. Hoy en día, nos vemos enfrentados a la crisis sociosanitaria más grande del último siglo, siendo la pandemia mundial por COVID-19 un escenario inédito para las diversas profesiones del área de la salud, impactando directamente en los Centros de Salud dada la fragilidad del sistema para responder a la demanda de contagios, impidiendo otorgar una cobertura adecuada ante la crisis sanitaria, siendo este contexto, similar al cual se funda la profesión del Trabajo Social a fines del siglo XIX en Europa y a principios de siglo XX en Chile, siendo el contexto de desigualdad ante la crisis sanitaria en la cual surge el Trabajo Social, tratando de paliar los efectos de los grandes cambios de la época, logrando así combatir los problemas sanitarios del momento (Tellez, 2006).

Bajo el plano actual, la crisis sociosanitaria demanda repensar los procesos de intervención dentro de los centros de APS, tanto de los equipos de salud como de los trabajadores sociales insertos en el campo sanitario, siendo la pandemia la oportunidad para reflexionar respecto al actuar y proceder en forma conjunta para desarrollar un proceso de intervención significativo, situado y reflexivo para el bienestar biopsicosocial del sujeto, sus familias y su entorno comunitario, donde pese a que la labor del trabajador/a social por muchos años estuvo invisibilizado al considerarse un profesional de apoyo, no de cabecera (Molina, 2006), el aporte que realiza la profesión en la Atención Primaria de Salud, radica en su mirada integrativa de los problemas sociales, no solo centrándose exclusivamente en el sujeto y su enfermedad, sino que ampliando la mirada biomédica a una biopsicosocial, lo cual está en directa relación

con los lineamientos de la política pública en salud que apunta a la evolución de la atención en salud a través de enfoques integrales como lo es el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, donde el Trabajo Social tiene mucho que decir y hacer.

Tomando en consideración la formación disciplinar y su campo de conocimiento dentro de las ciencias sociales, el Trabajo Social presenta una oportunidad histórica de situar la profesión en el campo de la salud, siendo la profesión un medio articulador para funciones esenciales para la salud pública (FESP) (Orientaciones y Normas Técnicas para el trabajador social en Salud, 2018).

Pese a lo anterior, es necesario precisar la escasa literatura existente sobre Trabajo Social en salud, pese a los orígenes de la profesión en Chile ligada al ámbito médico, tal como se ha señalado en los acápites precedentes, por lo cual, y dado en escenario inédito en el cual se desarrolla la pandemia, permite al equipo investigador no solo plasmar un aporte respecto al actuar de los profesionales del Trabajo Social en el área de APS, sino también, aportar al conocimiento en la materia, develando no solo el actuar cotidiano para el manejo de la crisis del área social de salud, sino también en base a los desafíos que enfrentan día a día los/las trabajadores/ras sociales en el área de la salud pública en Chile.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, es fundamental considerar las condiciones demográficas, geográficas y ambientales que componen el territorio nacional, configurándose en uno de los países más proclives a sufrir emergencias (Madariaga,1998), al situarse en un área de alto riesgo de producirse catástrofes naturales, lo cual ha producido importantes episodios de terremotos, inundaciones, entre acontecimientos que tienen un impacto significativo en la salud de las personas, ante lo cual se considera vital el desarrollo de competencias profesionales para la intervención profesional en contextos de emergencia. En la misma línea, en el escenario actual de pandemia por COVID-19 ha sido un escenario de diseño e implementación de estrategias de intervención que se han generado in situ al interior de los equipos profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población de manera inmediata, las que son insumos relevantes para sistematización de estas experiencias y la construcción de líneas de intervención a futuro.

Para finalizar se considera que la generación de conocimientos en este escenario inédito de pandemia proporcionó al equipo investigador la oportunidad de conocer, tanto la experiencia como cambios en la praxis profesional cotidiana de los y las trabajadoras sociales que se desempeñan en la atención primaria de salud, en un contexto que está en constante cambio y evolución y que aún no finaliza. Lo anterior, permitirá en un

futuro próximo en base a estos conocimientos, abordar las brechas de conocimientos, habilidades y estrategias para enfrentar futuros escenarios críticos con la población a cargo.

1.4 Objetivos de Investigación.

Objetivo General:

Conocer la experiencia de los y las trabajadores/as sociales que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de Salud durante la crisis sanitaria por pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana.

Objetivos Específicos:

1. Indagar respecto de los roles que han desempeñado los trabajadores sociales de Atención Primaria de Salud durante la crisis sanitaria por COVID-19.
2. Develar el significado que ha tenido para los y las trabajadoras sociales desempeñarse en Centros de Atención Primaria de salud en contexto de crisis sanitaria por pandemia por COVID-19.
3. Reflexionar acerca de los desafíos presentes y futuros que presentan los y las trabajadores sociales en su ejercicio profesional durante la crisis sanitaria por COVID-19 en Atención Primaria de Salud.

Capítulo II: Marco de Referencia

El presente capítulo que lleva por nombre marco de referencia presentará diversas concepciones que permitirán comprender de manera más clara el problema de investigación sobre la experiencia del/la trabajador/ra social en el contexto de pandemia por COVID-19 en APS, que será abordado en este Seminario de Grado. Para ello se dividirá en tres partes, la primera tiene relación con los enfoques teóricos que permitirían entender el problema, la segunda categoría está ligada al área de la salud, abordando principalmente la Atención Primaria de Salud y el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, que es donde se sitúa el Seminario de Grado, y la tercera categoría está ligada netamente al Trabajo Social en el área de salud como campo de intervención en el que se desarrolla profesionalmente.

2.1. Enfoques teóricos para comprender el problema.

2.1.1 Enfoque biopsicosocial.

George Engel, psiquiatra norteamericano, propuso el modelo biopsicosocial en 1977, como respuesta al modelo dominante de la época, el biomédico (Gómez, 2013). El modelo biopsicosocial, al menos desde el punto discursivo, implica no solo un énfasis en la familia como unidad de estudio y cuidado, sino que además requiere de una comprensión integral de los fenómenos de salud y enfermedad de los individuos. Este enfoque, sopesando las contribuciones relativas a los factores sociales y psicológicos, como también a los factores biológicos implicados, se sitúa a distancia del modelo biomédico, ampliando el entendimiento de la salud y enfermedad del individuo hacia su contexto social más inmediato (Hadjez, 2013).

El enfoque biopsicosocial, como lo menciona Hadjez, integraría elementos tales como factores sociales, económicos, políticos, entre otros, para dar explicación de un fenómeno en particular, teniendo en consideración que las enfermedades no solo se producen por factores biológicos, sino que es un conjunto de causas los que dan origen a una situación conflictiva. Mediante este enfoque se entiende al sujeto como un ser integral, en constante interacción con el medio, desde allí radica la importancia que tiene para el presente estudio, debido a que los acontecimientos en salud no solo refieren al cuidado de ella, sino también a los factores sociales, culturales y económicos de base que afectan en cómo se desarrolle la enfermedad en la población afectada por COVID-19.

2.1.2 Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud

Los Determinantes Sociales de la Salud (en adelante DSS) son “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo sus sistemas de salud. Estas circunstancias están determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los planos, mundial, nacional y local. Se consideran los principales responsables de las inequidades en salud” (Organización Mundial de la Salud).

Este enfoque surge ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, las cuales no tomaban en cuenta el rol de la sociedad, teniendo en consideración que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos, por ello amplía el foco de los esfuerzos en salud pública para analizar las causas sociales más estructurales (Ministerio de Salud, 2019).

El enfoque de Determinantes Sociales de la Salud clasifica los mismos en estructurales e intermediarios. Los primeros se refieren a los componentes de la posición social de las personas y los segundos son los determinantes que establecen las diferencias de vulnerabilidad de las personas: recursos materiales, factores psicosociales, factores conductuales y servicios de salud (MINSAL, 2013, p.3).

Es la comprensión de los DSS lo que permite entender aquellos aspectos que generan la estratificación de la sociedad, para luego establecer desigualdades e inequidades, los cuales permiten a una parte de la sociedad tener mayores privilegios por sobre otra, y desde allí entender que son los factores estructurales e intermedios los que influyen en el desarrollo de las personas y comunidades. Aplicado al actual escenario sociosanitario en Chile existen ciertos grupos de la población que poseen las condiciones básicas para poder realizar cuarentenas preventivas u obligatorias sin mayores inconvenientes, a diferencia de otros que no las poseen, evidenciando la pobreza y desigualdad presente en el territorio nacional, impidiendo llevar a cabo lo indicado por la autoridad sanitaria.

Respecto a ello, la OMS (2009) señala que las enfermedades transmisibles y no transmisibles, en particular, no se pueden combatir de manera eficaz sin intervenir sobre los determinantes sociales de la salud, siendo el mayor desafío la adopción de la salud como objetivo social por parte de los sectores gubernamentales y normativos que

contribuyen a mejorar la equidad y el desarrollo, por ello, el reconocimiento del entorno social en el cual se desarrolla la vida permitirá visualizar de manera integrativa el sujeto, siendo este el principal desafío que enfrenta la política pública, frente a ello, la mirada transformadora, reflexiva y crítica del Trabajo Social permite concebir al sujeto desde contexto e historicidad (Arancibia y Cáceres, 2011), identificando los DSS como factores que inciden en el desarrollo socio-sanitario del sujeto, comprendiendo que bajo una intervención situada éste pueda ser conocido en forma integral para la comprensión del fenómeno de pandemia COVID-19 en los centros de APS.

2.1.3 Enfoque de Derechos aplicado a la atención en salud.

El Enfoque de Derechos está basado en los valores, principios y normas universales, propios de la dignidad de la persona, que se refieren a la vida, libertad, igualdad, seguridad, participación política, bienestar social y cualquier otro aspecto ligado al desarrollo integral de la persona, y que se sustentan en los derechos humanos (Borja, García, & Hidalgo, 2011, p.13).

El presente enfoque considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también, que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida (MINSAL, 2013, p.1).

A su vez, considera a la participación como una vía encaminada al logro de la disminución de las desigualdades en salud, inserto en los objetivos nacionales de salud, en la medida que “las inequidades en salud se deben abordar a partir de las desigualdades en la distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los grupos de la sociedad (MINSAL, 2013, p.87).

Es importante señalar que el enfoque de derechos basa sus líneas de acción en el reconocimiento y respeto mutuo, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, “sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social” (Soto, 2000, p.173), reconoce a la ciudadanía como sujetos de derechos desde la igualdad y considerando a estos como sujetos integrales, es por ello que las prestaciones por parte del área de salud deben ser entregadas a todos los ciudadanos del país de forma igualitaria, respondiendo a las necesidades de los sujetos independiente de su status socioeconómico, teniendo como objetivo el dignificar al ser humano, entendiendo a éste como un sujeto integrado, considerando su historicidad y dentro de su contexto en particular, reconociendo

además a este como un interlocutor válido con el cual se construye la realidad, siendo este parte del cambio, para lo cual el MINSAL (2013), ha fundado el reconocimiento del sujeto desde diferentes aristas, siendo el reconocimiento de los pueblos originarios, la equidad de género, el trato digno, respetuoso y oportuno, el ser llamado por su nombre y el recibir la información en forma óptima como parte los enfoques de la planificación en la red de salud, los que garantizan el acceso transversal al sistema de salud chileno.

2.1.4 Enfoque de vulnerabilidad.

Desde la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se considera la vulnerabilidad como un proceso al cual puede concurrir cualquier persona, grupo o comunidad que en un momento determinado se encuentre en una situación desfavorecida o de desventaja con respecto a otras personas, grupos o comunidades; y que tiene en cuenta los recursos que se poseen para enfrentar los riesgos y sus consecuencias (Pizarro, 2001, p. 11), por ello, el enfoque social de la vulnerabilidad destaca la importancia de las estructuras y procesos socio espaciales dinámicos, determinante de la vulnerabilidad de las personas y grupos desfavorecidos, enfatizando la comprensión de las condiciones de vida cotidiana de los individuos y comunidades para generar estrategias enfocadas a enfrentar y reducir la vulnerabilidad (Sánchez y Egea, 2011).

En correlación a lo anterior, la importancia del presente enfoque se basa en el abordaje de las problemáticas desde su capacidad de visualizar las situaciones y estructuras que generan vulnerabilidad en los sujetos, grupos y comunidades, comprendiendo que las condiciones de vida no son igual para todos y, que las situaciones desfavorecidas son producto de las estructuras sociales en las cuales se vive día a día. Del mismo modo, entendiendo el escenario de la pandemia este enfoque permite visibilizar que muchas personas se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social, estando impedidas para dar cumplimiento a las medidas preventivas para evitar el contagio del COVID-19, o cumplir medidas de cuarentena ya que no cuentan con lugares donde realizar un confinamiento efectivo, dado la configuración de sus hogares. Frente a ello, la mirada del profesional se vuelve esencial al reconocer al sujeto desde su contexto, desde una intervención social situada, intentando garantizar un acceso digno y oportuno para todas las personas.

2.2. Sistema de Salud Pública y Atención Primaria de Salud en Chile.

2.2.1 Historia de la Atención Primaria en Salud en Chile.

La base del desarrollo Atención Primaria en Chile está directamente relacionada con la “Declaración de Alma-Ata” organizada por la OMS en los años 70, donde se adopta el cambio en la concepción del concepto de salud, la cual incide en la reestructuración de los sistemas de salud de los países miembros, pasando desde un enfoque biomédico hacia uno que integre al sujeto desde una mirada biopsicosocial (Tellez, 2006); además de dar un énfasis fundamental a los sistemas de salud pública basado en atención primaria con enfoque local y territorial.

Es así, como Chile en el año 1995 comienza la transformación de los CESFAM, los cuales desarrollan líneas de acción que permiten la sectorización de la población, permitiendo entregar una atención más personalizada, con reconocimiento territorial, teniendo a su cargo estaciones poblacionales (Tellez, 2006). Desde 1997 la cobertura universal es parte de un hito importante, siendo esto propiciado mediante lineamientos emitidos por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (en adelante OCDE), buscando la estabilidad del sistema en base a planes de trabajo desde los países desarrollados.

Por otra parte, la reforma de salud implementada en Chile en el año 2005 aborda desafíos reconocidos al principio de la década, mediante estrategias coherentes y atingentes que encaminan un trabajo de promoción y prevención en el sistema, siendo la APS el pilar central que sustenta la reforma mediante el trabajo territorial de parte de los CESFAM (Montero, Tellez y Herrera, 2010). Uno de los mayores desafíos planteados en la reforma es centrar en la atención primaria la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud, con una atención primaria altamente resolutoria, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria “de cabecera”, con una cantidad definida de familias a cargo, dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad, lo cual implica la implementación del MAIS (MINSAL, 2005), el cual permite una relación estable entre los profesionales de la salud y los pacientes, que favorezca el conocimiento, la confianza mutua y una relación horizontal, que incentive a las personas, familias y comunidades a adquirir mejores competencias y a hacerse más responsables de su propio cuidado (Montero, Tellez y Herrera, 2010).

2.2.2 Organización del Sistema de Atención Pública en Chile.

El sistema de atención de salud pública chileno centra su intervención en diferentes niveles de acción, estas mandatadas bajo el nivel de complejidad en la cual se desarrolla el proceso de atención hacia el paciente, siendo posible encontrar tres niveles que intervienen que sitúan la baja, media y alta complejidad de la atención (Castillo, González y Matute, 2019). A continuación, se presenta los lineamientos del sistema de atención de la red de salud pública del Ministerio de Salud:

Atención Primaria de Salud (APS)

Constituye la base del sistema público de salud chileno, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público.

Su objetivo es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. Además, la Atención Primaria se constituye en el nivel de atención que cubre la entrada de la población inscrita en el sistema público siendo la instancia que integra, coordina y satisface la mayor parte de las necesidades de salud de la población a cargo. (MINSAL, s.f).

Sistema de Atención Secundaria:

Corresponde a una complejidad intermedia y de cobertura media. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de derivación a hospitalización en establecimientos hospitalarios, en los cuales la atención ambulatoria se presta en una unidad de apoyo (consultorio adosado) de dicho establecimiento. Los recursos involucrados para satisfacer las demandas de este nivel son más complejos, es decir, existe mayor participación profesional con cierto grado de diferenciación y mayor proporción de elementos de apoyo diagnóstico y terapéutico que en el nivel primario. (Herrera, M. I., 2012).

Sistema de Atención Terciaria:

Se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no solo para la derivación de pacientes desde su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, supraregional, y en oportunidades nacional. Al igual que el nivel intermedio,

a este nivel le corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de más alta especialización y los elementos de apoyo clínico, diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica. (Herrera, M. I., 2012). Dentro del sistema de atención terciaria se encuentran los organismos del Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT), los Centro de Referencia de Salud (CRS), entre otros.

2.2.3 Campo de investigación del estudio.

Para estos efectos, se utilizará como campo de investigación el nivel primario de atención, al considerarse el punto de acceso más inmediato en los organismos sociales, y el más cercano a los sujetos y su ámbito familiar y social, dado que responde a las necesidades de sus usuarios de una manera integral, fomentando la participación de los sujetos y teniendo como centro a la familia y su contexto.

La conferencia internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, Kazajistán el día 12 de septiembre de 1978, expresa la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales del área de salud y los implicados en el desarrollo, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo. En dicha instancia participaron 134 países de los 150 que integraban la OMS, además de organismos de naciones unidas, organismos internacionales y organismo no gubernamentales (Rivero, 2018).

La Declaración de Alma-Ata define la atención primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud. (...) ampliando el modelo médico para incluir factores sociales y económicos, teniendo como objetivo principal generar una equidad en el acceso a la atención, y la eficacia en la prestación de servicios (Chan, 2008).

A partir de esta declaración, comienzan a surgir reformas en el área de la salud en diversos países, incluyendo a Chile quien adopta este nuevo concepto y un enfoque biopsicosocial en la mirada del sujeto y la enfermedad. Nuevas ideas que implican un cambio en el actuar de los profesionales y la forma en que se desarrollan los sistemas de salud.

La Atención Primaria de Salud, como se mencionó anteriormente se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de su población a cargo, además debiese comprender las siguientes actividades según la declaración de Alma Ata de 1978:

la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, (...) la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

(1978)

Para cumplir con ello, se cuenta con un equipo multidisciplinario que lleva a cabo el funcionamiento y el control de la APS, “sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles” (Universidad de Chile, 2018) para mejorar la atención en salud.

2.2.4 Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

El proceso de reforma de salud mencionado anteriormente y la experiencia acumulada en la implementación del modelo, ha identificado la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial. Es así que el MAIS, se ha conceptualizado de la siguiente forma: un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, el que tiene a las personas como centro de la toma de decisiones, donde se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, los cuales son activos en el cuidado de su salud, donde el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas y la participación social en todo su quehacer. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de

prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales (MINSAL, 2013).

El modelo, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros) (MINSAL, 2013).

Los objetivos del modelo son:

- Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar alguno de estos factores en desmedro de los otros.
- Alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención, en relación con las acciones asistenciales.
- Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
- Entregar una atención de calidad, con el uso de la tecnología adecuada, basada en la evidencia, tanto en los establecimientos de atención ambulatoria como cerrada, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.

(MINSAL, 2005, p.11)

2.2.4.1 Principios del modelo MAIS.

En el desarrollo histórico de la Atención Primaria orientado hacia una mejoría de la equidad en los resultados en salud, se han descrito distintos principios que sustentan el Modelo de Atención Integral en Salud. Asimismo, en el documento “Modelo de Atención Integral en Salud” (MINSAL, 2005), fueron consensuados y expuestos los siguientes principios:

Figura N° 1: Principios del Modelo de Atención Integral en Salud.



(Fuente: MINSAL (2013). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Subsecretaría de redes asistenciales)

a. Centrado en las personas.

Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios.

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio son:

- Establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas.
- Establecer relaciones de confianza y de ayuda.
- Facilitar el acceso de la población a la atención de salud.
- Asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables.

(MINSAL, 2013).

b. Integralidad.

El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la

otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la oferta de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano (MINSAL, 2013).

c. Continuidad del cuidado.

La continuidad de la atención hace referencia a la perspectiva de las personas que se atienden en APS, correspondiendo al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. El objetivo más relevante relacionado con este principio es lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de:

- Reducir la fragmentación del cuidado asistencial.
- Mejorar la accesibilidad del sistema.
- Evitar la duplicación de infraestructura y servicios.
- Disminuir los costos de producción.
- Responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.
- Mejorar la aceptabilidad de los Servicios.
- Apoyar el cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar
- Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial (intrasector) y del intersector para la atención de las personas con problemas de salud, desde el domicilio y comunidad.

(MINSAL,2013)

d. Promoción y Prevención.

Una de las estrategias de consenso a nivel mundial para abordar los estilos de vida saludable es la promoción de la salud a través de la cual la comunidad, las personas y sus familias adquieren herramientas y conocimientos que les permiten mantener y mejorar su salud.

Las estrategias fundamentales de la Promoción y Prevención de la Salud son:

- Educación en Salud.
- Participación Social.
- Abogacía.

- Intersectorialidad.
- Comunicación Social.

(MINSAL,2013)

Respecto a ello, la intervención en los centros de APS permite una integración de los equipos multidisciplinarios en las comunidades, siendo las estrategias de prevención y promoción de salud las bases de actuación de la atención primaria, donde el Trabajo Social permite una actuación profesional desde el reconocimiento del territorio, la validación de los sujetos desde su contexto e historicidad, permitiendo realizar una intervención socio-sanitaria integral que mejore las condiciones de salud de las personas.

2.3. Trabajo Social en salud como campo de intervención.

Dentro de la intervención en Atención Primaria de Salud durante la pandemia y considerando los objetivos de la investigación, es importante analizar algunas definiciones desde el Trabajo Social y sus modelos de actuación profesional.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) (2014), definen al Trabajo Social como

...una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2014).

Lo anterior pone de manifiesto el compromiso de la profesión con la justicia social y los derechos humanos para la transformación de la realidad, teniendo en consideración “(...) la dignidad de toda persona, el desarrollo personal, la capacidad de las personas para la autodeterminación y la responsabilidad social” (Consejo General del Trabajo Social, s. f.).

Por otra parte, Nidia Aylwin, Liliana Briceño, Mónica Jimenes y Wanda Lado definen al Trabajo Social como “(...) una instancia integradora de elementos, que aportan las ciencias sociales para el logro de la transformación en una práctica social concreta” (como se cita en Alayon, 1987).

Desde el punto de vista de las ciencias sociales Bajoit (1997) señala que el rol de los trabajadores sociales se construye en las relaciones con los sujetos, en el que actúan como ayuda, intervención o compañía, así como a “la función social del rol profesional a la incidencia o el impacto que tiene la intervención profesional en las relaciones sociales involucradas en el objeto de intervención” (Salord, 1991).

Bajo este marco de acción profesional, la Organización Mundial de la Salud señala que la salud es definida como una situación de completo bienestar físico, psíquico y social (Organización Mundial de la Salud, s. f.), es que la labor que realiza el trabajador social en este campo se vuelve indispensable, el cual interviene en aquellos aspectos sociales que han originado la enfermedad, realizando un trabajo conjunto con el equipo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras, matronas, kinesiólogos, nutricionistas, entre otros, para así dar respuesta a la necesidad de los sujetos y la población (Tecglen, 2018).

Es por lo anteriormente expuesto que en el campo de la salud, el Trabajo Social es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad (Ituarte, 1992), es por ello que el conocimiento de la realidad de cada usuario es fundamental debido a que este proceso lleva comprendido el estudiar al usuario e identificar sus redes de relaciones y de apoyo.

Dicho lo anterior es que Arroyo, Ramos, García, Sánchez, & Velásquez afirman que el objetivo del Trabajo Social en la salud es identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población, a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades (2012).

Según lo señalan las Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud (1993) “El propósito del Trabajo Social en Salud es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de

individuos, familias, grupos y comunidades” (p.15), para que los anteriores asuman el papel principal en el cuidado de su salud.

En síntesis, el campo de intervención del trabajador social dentro del sector de salud es variado, lo cual responde a diversidad de la población y las necesidades que se presenten, por lo que el trabajador social tendrá la responsabilidad de contribuir con una “visión global e integral de los problemas de salud. Esto permitirá al equipo de salud, por una parte, visualizar la multicausalidad e interrelación de los diversos factores sociales que influyen o determinan los procesos de salud-enfermedad” (Unidad de Participación Social, 1993, p.33). Lo anterior también lo corrobora Juanita Pérez², quien señala que los principales dispositivos de intervención del Trabajo Social en salud son los siguientes: Centro de Salud Familiar (CESFAM), Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y recintos hospitalarios, en los cuales los trabajadores sociales se desempeñan interviniendo con los sujetos, grupos, familias y comunidad con la finalidad de asegurar atenciones que vayan en beneficio de la ciudadanía (2020).

2.3.1 Rol del Trabajador Social en salud.

En específico, según Rodríguez, Loor, & Anchundia (2017), las funciones que realizan los trabajadores sociales en el campo de la salud son diversas, las cuales se sintetizan en las siguientes áreas:

- Investigación:
 - Participar con el equipo interdisciplinario en proyectos de investigación sobre la salud integral de la población y así que aporten en la solución de problemas de salud de la comunidad.
 - Estudiar las características socioeconómicas de la población atendida.
 - Estudiar, analizar y actualizar la información sobre las necesidades, expectativas y percepciones de los usuarios y de la comunidad del sector.
 - Evaluar el impacto de las medidas de ley y proponer alternativas de atención y prevención de individuo, la familia y la comunidad más acordes con su realidad (aborto, divorcio, menor trabajador, aparición y agudización de enfermedades crónicas, desprotección).

² Producto de la escasa literatura respecto del Trabajo Social en APS es que el equipo investigador toma contacto con la trabajadora social Juanita Pérez, quien por medio de entrevista a distancia develó importantes antecedentes para el presente estudio.

- Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.
 - Plantear temas de sondeo, exploración e investigación referentes a aspectos sociales, económicos y culturales asociados a condiciones específicas de salud.
- Promoción:
- Orientar a las personas y sus familias sobre las rutas de atención del sistema de salud.
 - Brindar información sobre la enfermedad, y pautas a seguir para hacer frente al manejo externo de la problemática,
 - Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.
 - Promover en las personas y sus familias estilos de vida saludables.
- Prevención:
- Prevención de factores de riesgo en familiares de usuarios con problemática de salud mental específicamente.
 - Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
 - Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que aseguren la salud.
 - Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud.
 - Elaborar planes de tratamiento conjuntamente con el usuario y el equipo interdisciplinario para resolver los problemas o deficiencias del individuo o la familia.
- Recuperación:
- Contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad.
 - Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud.
 - Movilizar recursos internos y externos del paciente (familia, ámbito laboral, institución psiquiátrica, comunidad de residencia, redes institucionales) que aporten en el mejoramiento de la condición de enfermedad del paciente.
- Rehabilitación:

- Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma.
 - Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.
 - Coordinar con entidades contratantes que propendan al acceso a la información a la red de servicios de las instituciones favoreciendo la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Gestión y administración de los servicios:
- Participar con el equipo de salud en la programación de actividades con base en el perfil epidemiológico y características socioeconómicas y culturales de la población beneficiaria del centro de atención.
 - Evaluar los programas diseñados y ejecutados por el trabajador social y los realizados conjuntamente con las demás unidades funcionales del centro de atención.
 - Elaborar el presupuesto para proveer los recursos del área de Trabajo Social
 - Diseñar y evaluar permanentemente los procedimientos de atención al usuario, especialmente en lo que se refiere a la oportunidad y calidad de las respuestas dadas a los mismos.
 - Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud.
 - Realizar remisión a usuarios de acuerdo con la problemática social.
 - Planear, programar, ejecutar y evaluar procesos e intervenciones sociales y organizar su quehacer profesional en tiempos y movimientos planificados.
 - Gestionar y coordinar intra y extra institucionalmente recursos de diverso orden a fin de responder a los objetivos de trabajo.

(Rodríguez, Loor, & Anchundia, 2017)

Entre las actividades que realiza el trabajador social en salud según las Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud de 1993 se encuentran:

- Consulta de orientación social
- Consulta social
- Consulta social especializada
- Visita domiciliaria
- Coordinación
- Educación de grupos

- Trabajo comunitario

Encontrándose en las actividades complementarias la supervisión y asesoría, administración, docencia en servicio y reuniones técnicas (Unidad de Participación Social, 1993).

Como menciona Juanita Pérez (2020), el Trabajo Social en el ámbito de la Atención Primaria presenta gran importancia dentro de la articulación y funcionamiento del equipo multidisciplinario al establecer los canales de comunicación con el equipo, quien habla de la experiencia tras ser jefa por doce años en un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF). En cuanto a la labor del trabajador social en esta área de atención destaca la promoción de la salud, la prevención y la rehabilitación. En cuanto a la primera, se realiza la elaboración, ejecución y evaluación de los programas y divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, educando para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva de las personas. En la prevención, estudiar las actividades y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud, principalmente preocupados que la salud vaya en beneficio del sujeto y su familia, entendiéndolo desde el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, es decir, no solo se pone atención en el enfermo, sino que se extiende a una atención del grupo familiar y su comunidad. Dicho esto, es que añade que el trabajador social debe estar en permanente vínculo con la comunidad, para así realizar la vinculación entre los sujetos, los grupos y las comunidades comunidad con el centro de salud.

2.4 Trabajo Social en Catástrofes.

Abordar el Trabajo Social desde un contexto de catástrofe es relevante considerando que el presente estudio se sitúa en un escenario de pandemia a nivel mundial, por lo tanto, constituye una catástrofe en la cual los profesionales están actuando.

A lo largo de la historia, el mundo ha debido enfrentar importantes pandemias, como la de cólera (1886), la gripe española (1918) y la gripe asiática (1957), las cuales años más tarde de su aparición llegaron en diferentes periodos a Chile, períodos en los cuales el temor y la inseguridad se apoderó de la población, razón por la cual el Estado implementó una serie de políticas públicas de carácter sanitario, la que permitió formar y consolidar el Sistema Público de salud en Chile (Trejo, 2020).

Las situaciones de emergencias y catástrofes son, por tanto, un campo de intervención multidisciplinar en las que trabajadores (as) sociales debido a que están en constante relación con la comunidad y son los profesionales que “ (...) atienden en primera instancia las situaciones en las que las personas se ven desbordados en sus capacidades de respuesta a situaciones diversas de amenaza o traumáticas donde su autonomía, su salud, su seguridad, incluso su vida, queda comprometida” (Colegio Oficial Trabajo Social de Castilla - La Mancha, s. f.). En este contexto, los profesionales del Trabajo Social están llamados a participar en la resolución integral de las situaciones de crisis, emergencias y catástrofes actuando desde antes de que se produzca la situación de emergencia y debe continuar una vez que esta haya ocurrido.

Para efectos de una mayor comprensión se ofrecen 3 tipos de emergencias sociales, según el Colegio Oficial Trabajo Social de Castilla - La Mancha (s.f.), las cuales harán que el abordaje por parte de los profesionales del Trabajo Social sea distinto dependiendo del impacto de este. Ellas son:

Emergencia Social Individual y/o Familiar (ESI–ESF): Este tipo de emergencia es caracterizada porque afecta únicamente a un individuo o a su núcleo familiar. La atención a este tipo de prestaciones se da, en la mayoría de los casos, desde el sistema público de servicios sociales.

Emergencia Social Colectiva (ESC): La emergencia social colectiva afecta a un grupo de personas que pueden o no constituir una red social o familiar. La cobertura a este tipo de emergencias se da bien desde el sistema de Servicios Sociales o bien desde un equipo de atención especializada a Emergencias Sociales.

Gran Emergencia y/o Catástrofe (GES): Este tipo de emergencias afecta a un considerable número de personas y, además, obliga a la movilización y coordinación de unos considerables recursos para así ofrecer una respuesta adecuada. Estos tipos de emergencias sociales generan un gran número de situaciones de necesidad psicosociales y los profesionales del Trabajo Social tienen el deber y la obligación de canalizarlas adecuadamente.

En cuanto al rol de los trabajadores sociales en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes, Herrero (2012) postula que se sitúa sobre tres pilares básicos. En primer lugar, se debe tener en consideración y tener claras cuáles son las funciones que se pueden desempeñar dentro del rol profesional, en segundo momento analizar las situaciones en las que se puede intervenir y, por último, el proceso de evaluación y sus componentes.

En relación a las funciones de los Trabajadores Sociales en contextos de emergencia el Colegio Oficial Trabajo Social de Castilla - La Mancha ofrece una aproximación conceptual de las funciones de los anteriores en concordancia de tres momentos frente a una emergencia: preemergencia, impacto y post emergencia, donde en la primera de ella destaca la organización y preparación para afrontar el impacto del evento, planificación de la intervención según tipos de riesgos, educación en autoprotección y prevención de riesgos y la creación de planes de emergencia y comunicación a la población con un lenguaje comprensible. En la fase de emergencia se comprenden el acompañamiento de los sujetos afectados, atención de necesidades de urgencia inmediata, identificación de grado de afectación social, evaluación y supervisión permanente y formulación de programas, proyectos y servicios sociales adecuados a las necesidades dentro del contexto, para en la fase post emergencia realizar asesoramiento de terapia de crisis, reducir, reparar, y atender los daños, cooperar en la rehabilitación tras el fin de la emergencia, y apoyar a la propuesta y desarrollo de planes de rehabilitación (s. f).

2.5 Pandemia por COVID-19 en la Región Metropolitana y el rol de la Atención Primaria.

El contexto de crisis sociosanitaria por COVID-19 que enfrenta el país y el mundo, desafía a todo el sistema de atención de salud en Chile y en este caso particular, también a la APS, los que se enfrentan a buscar diferentes formas para tener una mejor gestión de la emergencia, por lo que Tarraga y Solera (2020) señalan que el primer nivel de atención asume responsabilidades sanitarias, lo que implica:

1. Capacidad de resolución: equipos interdisciplinarios que garantizan acceso a servicios de calidad.
2. Conocimiento de la población: prioridades de salud y singularidades (caracterización socioeconómica, pertinencia cultural, riesgos particulares y factores protectores).
3. Conocimiento del territorio: dinámica comunitaria, riesgos y recursos. Identificación temprana y
4. Clasificación del riesgo (individual, familiar y comunitario) y estrategias de atención: planes de cuidado, gestión de casos, autoayuda, entre otros.

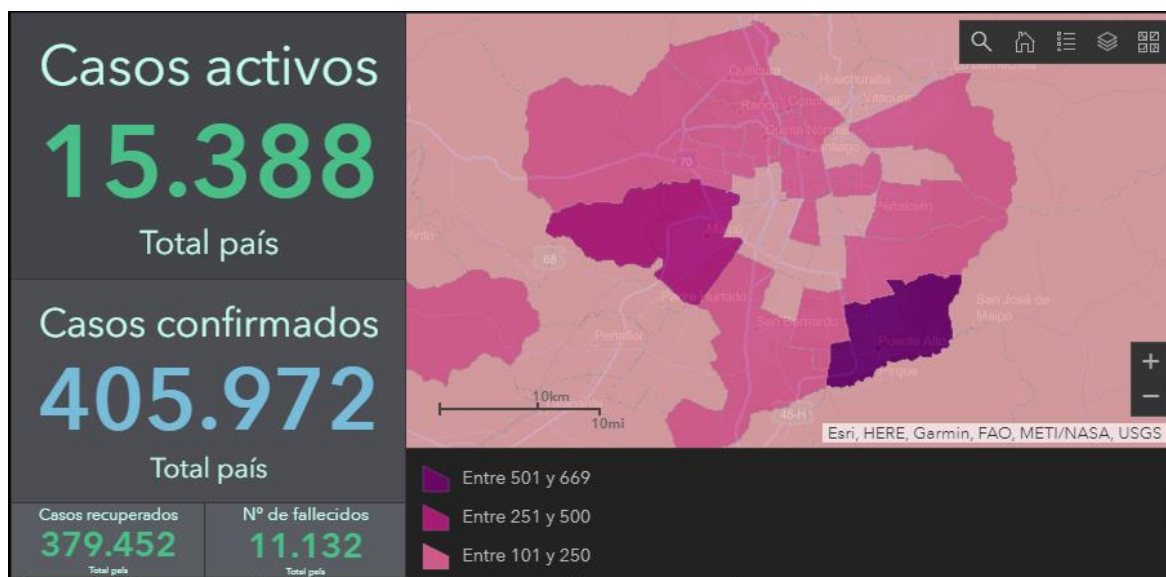
En el momento actual, la principal puerta de entrada de los posibles casos de COVID-19 son los Centros de Atención Primaria, siendo los centro de salud familiar

(CESFAM), Postas Rurales (PR) y centros comunitarios de salud familiar (CECOSF) (Pérez, 2020).

Ante lo cual Solera y Tárraga (2020) señalan que se estima que más del 80% de los pacientes con COVID-19 desarrollan una enfermedad leve o sin complicaciones, aproximadamente el 14% una enfermedad grave que requiere hospitalización y el 5% requiere admisión en una unidad de cuidados intensivos. En los casos graves, puede complicarse con Síndrome respiratorio agudo severo (SARS), sepsis y shock séptico, insuficiencia renal y afectación cardíaca. Las personas de edad avanzada y las con morbilidad (especialmente enfermedad cardiovascular, diabetes y EPOC), constituyen factores de riesgo de gravedad y muerte. Es por ello que la función que realiza APS se vuelve prioritaria, actuando como una barrera de contención el cual evite, en la medida de lo posible, el colapso en los hospitales o centros de atención de alta complejidad con casos que pueden ser resueltos en este nivel de atención.

En cuanto a las cifras, la región Metropolitana concentra la gran mayoría de los casos que presenta el país, siendo estos el 75% de los casos según el reporte emitido el junio de 2020 por MINSAL, ubicándose principalmente en la zona centro, poniente y sur, siendo las comunas mayormente afectadas Santiago Centro, Puente Alto, La Pintana, San Joaquín, El Bosque, Macul, San Bernardo, Maipú, Cerro Navia y Renca, territorios en los cuales los gobiernos locales mantiene una red en APS que contempla alrededor de 66 establecimientos de salud, siendo estos principalmente CESFAM, CECOSF, SAPU y PR, siendo estos territorios según la encuesta CASEN (2017) los que concentran mayor grado de vulnerabilidad social, ya que presentan una gran densidad de población dada la configuración geográfica en la cual se encuentran emplazados.

Figura N°2: Casos activos por COVID-19 en la región Metropolitana



Fuente: Ministerio de Bienes Nacionales. (2020). Visor Territorial Covid-19.

Según lo observado, tanto la APS como los Servicios de Salud en su mayoría se han enfocado en re-organizar la atención para dar respuesta a las atenciones espontáneas de morbilidades respiratorias y casos sospechosos de COVID-19, teniendo que postergar las funciones esenciales de la APS, tales como son la continuidad y la integralidad de los cuidados de su población a cargo, así como también han visto amenazado el acceso para las personas que presentan condiciones de salud que no sean patologías respiratorias agudas (Comunicaciones COFAMYCO , 2020).

Para ello, el Colegio Médico de Chile (COLMED) (2020) ha señalado que los roles de la APS en contextos de pandemia por Covid-19 estarían relacionados con:

Realizar la **atención de los pacientes con enfermedad por COVID-19** de acuerdo con la necesidad de cuidado requerida. En una fase inicial esto implica la atención de los casos sospechosos y su manejo de acuerdo a las normativas actualizadas, realizar el seguimiento clínico de los casos cuyo manejo requiere cuidados ambulatorios, detección oportuna de la necesidad de hospitalización y la coordinación de esta derivación.

Realizar **vigilancia epidemiológica** en el caso de los casos confirmados, sospechosos y contactos que se encuentren dentro de los territorios. Además de la sospecha y notificación, desde la red de APS se debería realizar la toma de muestras de exámenes, educación comunitaria y verificación del cumplimiento de las medidas de control (y la existencia de las condiciones para esto).

Realizar los **cuidados de salud de la población a cargo**, manteniendo la continuidad de la atención, la integralidad de los cuidados, la coordinación con otros niveles de atención y sectores, así como también resguardar el acceso para

la satisfacción de las necesidades en salud de la población. Esto requiere implementar estrategias que permitan realizar esta labor sin exponer a las personas a un mayor riesgo de contagio y que cautele también la salud en el contexto de la pandemia.

Para el cumplimiento de los roles mencionados, la APS requiere flexibilizar su atención sin perder de vista sus funciones habituales, en este sentido y debido al contexto actual, la teleasistencia se visualiza como una estrategia clave en esta adaptación y el uso de la tecnología para otorgar continuidad de cuidado en la comunidad. Así mismo, la reasignación de las tareas de los profesionales según las necesidades actuales, la redefinición de las poblaciones a cargo en un número más pequeño y con un equipo también más reducido, el cuestionamiento de la estructuración de la atención y de la población bajo control en base a programas (Comunicaciones COFAMYCO, 2020).

Hoy en día, desde la aparición de la pandemia por COVID-19, los equipos de APS han sido una fuerte barrera de contención frente a las problemáticas que enfrenta el sistema, ya que la atención primaria se presenta como el primer acercamiento de la comunidad frente a las situaciones sociosanitarias que afectan al país, teniendo que adecuar sus intervenciones para así poder dar respuesta al contexto actual (Pérez, 2020).

Capítulo III: Marco Metodológico

A continuación, se presenta el capítulo del marco metodológico que dirigió el presente estudio para el cumplimiento de los objetivos de investigación. En él se explicita el paradigma desde el cual se sitúa, la metodología, el método a utilizar, la definición del instrumento de investigación, los criterios que se usaron para seleccionar a los informantes, la técnica para recolectar la información necesaria, el criterio de validez y por último el plan de análisis que se llevó a cabo.

3.1 Paradigma: Interpretativo

Desde este posicionamiento investigativo debemos comprender que el paradigma interpretativo

(...) nos lleva a aceptar que los seres humanos no descubren el conocimiento, sino que lo construyen. Elaboramos conceptos, modelos y esquemas para dar sentido a la experiencia, y constantemente comprobamos y modificamos estas construcciones a la luz de nuevas experiencias. Por lo tanto, existe una ineludible dimensión histórica y sociocultural en esta construcción. (Schwandt, 2000)

Concibiendo que el ser humano mantiene una relación directa con la realidad, que le permite comprenderla e interpretarla, generando que este mantenga una relación holística con la realidad social, siendo ésta inherente al desarrollo de los sujetos, a lo cual José González (2001) señala que la realidad no puede ser comprendida como una sola o en forma absoluta, ya que esta se presenta en forma relativa en función del contexto en el cual se sitúa, siendo esta defendida y comprendida por los individuos o grupos desde su construcción mental y cognitiva.

Por ello, considerando los objetivos del presente estudio, este paradigma permitirá conocer la experiencia de los trabajadores sociales desde sus propias vivencias, basándose en la construcción social de su realidad desde la particularidad de cada centro de atención primaria de la Región Metropolitana, situando su intervención en base a las características propias de los territorios y, en cómo estos interpretan las problemáticas sociales desde la pandemia por COVID-19 y los lineamientos que entrega el modelo integral de salud, teniendo en consideración que este escenario actual es desconocido e incierto para la profesión, donde el proceso de intervención se ha visto limitado desde la interacción directa con los sujetos, generado restricciones que permitirán al profesional construir espacios de interacción en función de lo situado en cada contexto en que se desarrolle la intervención.

3.2 Metodología: Enfoque Cualitativo

Considerando el paradigma anteriormente expuesto, esta investigación se basará en una investigación cualitativa

(...) en el que se presentan los problemas objeto de indagación, los que no son aislados o independientes; no forman parte de una sola disciplina, ellos, irrumpen dentro de un contexto complejo, que tiene carácter de transdisciplinariedad. (Portilla, Rojas y Hernández, 2014, p. 92)

Según Hernández, Alvarado y Luna (2015), la investigación cualitativa es holística, la cual interpreta a los contextos, sujetos y grupos desde un punto de vista unificador, el que considera que la totalidad funciona bajo una lógica integral que es propia de la organización, comunidad o contexto específico que se está estudiando, teniendo en cuenta las relaciones simbólicas y sociales que se establecen dentro del contexto dado, sumado a las expresiones subjetivas de los participantes, dichos que están cargados de sentido, significado, y experiencias desde lo situado (Monje, 2011, p.32).

Dicha metodología, como se ha mencionado, se centra en la comprensión subjetiva de los investigados los cuales se desenvuelven en un contexto y realidad particular. Es por ello, que su elección es relevante para la siguiente investigación, dado que la información que los (a) trabajadores (a) sociales indiquen permitirá rescatar desde la experiencia y subjetividad cuál ha sido su rol dentro de los equipos de APS en el contexto de pandemia, teniendo presente que la riqueza de trabajar con un enfoque cualitativo, permite relevar la experiencia de cada trabajador social desde su propio espacio laboral y conocer los significados que estos le otorgan a esa experiencia.

3.3 Método: Estudios de casos

Con la finalidad de cumplir los objetivos del estudio se utilizará el método de estudio de caso “dadas las posibilidades que presenta en la explicación de nuevos fenómenos y en la elaboración de teorías en las que los elementos de carácter intangible, tácito o dinámico juegan un papel determinante” (Martínez, 2006, p. 175). Dentro del método de estudio de caso, se utilizará específicamente el de casos múltiples, el cual es definido por Stake (1999) como “el estudio de un fenómeno en que convergen y/o participan diversos actores, manteniendo estos patrones o puntos en común que permiten realizar el estudio de manera holística e integral.” Lo anterior, considerando que se pretende estudiar diversos casos de diferentes trabajadoras/res sociales para conocer la realidad y experiencia de su quehacer desde la salud primaria

en el contexto de la pandemia por COVID-19, para así tener una visión más amplia dependiendo de los contextos o lugares en que se desempeñe el profesional.

Por otra parte, dado que el fenómeno que se pretende investigar es un escenario desconocido y del cual no existe más información investigativa, es que en base al planteamiento de Yin (1989) en Martínez (2006) considera que:

(...) el método de estudio de caso apropiado para temas que se consideran prácticamente nuevos (...) porque examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real, las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes, se utilizan múltiples fuentes de datos, y puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos (p. 174).

3.4 Criterios de selección de informantes

Los criterios de selección de informantes establecidos para la presente investigación serán los siguientes:

a. Trabajador (a) social que se desempeñe en Atención Primaria de Salud.

Se ha considerado el presente criterio ya que la investigación se circunscribe en el área de salud, precisamente en los Centros de Atención Primaria de Salud ante la crisis socio-sanitaria por COVID-19, siendo estos CESFAM, CECOSF y Postas Rurales, dado que comparten dentro de sus líneas de intervención las mismas prestaciones, siendo la APS según Starfield, la “puerta de entrada donde los pacientes acuden por un problema de salud y que por consiguiente debe ser accesible, en todos los aspectos: geográfico, económico y oportuno” (2004). Por ende, está en constante contacto con los usuarios y sus familias.

b. Trabajador(a) social de la Región Metropolitana.

Ha sido seleccionada la Región Metropolitana como un criterio de selección puesto que es la región con mayor cantidad de contagiados del país, donde el total de contagiados al día 01 de diciembre de 2020 es de 308.319, información que corresponde a las cifras oficiales reportadas por el Ministerio de Salud en sus Reportes Diarios de COVID-19 e Informe Epidemiológico COVID-19, elaboradas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (Ministerio de Salud, 2020).

c. Trabajador (a) social con 2 años de experiencia en Atención Primaria de Salud.

Dicho criterio ha sido seleccionado debido a que un profesional inserto un periodo de tiempo de 2 años como mínimo, conoce en mayor profundidad el funcionamiento del centro de atención en el cual trabaja y cómo éste interviene con los usuarios, lo que permitirá que el profesional cuente con la experiencia para hacer un contraste de cómo se desenvolvía antes de la crisis socio-sanitaria y la forma en la que ha modificado el trabajo durante este tiempo.

d. Trabajador (a) social con contacto directo con la comunidad.

El contacto directo con la comunidad que tengan los (as) trabajadores (as) sociales permite tener una visión desde lo situado, lo que posibilita que este conozca la realidad de los usuarios y sus familias, tenga un mayor conocimiento de la población y de la dinámica que se produce en ella, por lo que tendría un mayor vínculo con el territorio.

e. Trabajador (a) social que trabaje jornada completa en APS.

Se ha considerado el siguiente criterio dado que un Trabajador Social que se desempeña en jornada completa presenta mayor permanencia en el Centro de Salud y en el territorio asignado, lo que le permitiría mayor involucramiento con la comunidad y población a cargo en general, lo que a su vez facilitaría conocer de manera más profunda los desafíos que ha conllevado el complejo contexto de crisis sanitaria por la pandemia COVID-19 con respecto al rol de los trabajadores sociales en los centros de APS.

3.5 Técnica de recolección de información.

Para la realización del presente estudio se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de información, considerando este instrumento “debido a que su flexibilidad permite obtener información más profunda, detallada, que incluso el entrevistado y entrevistador no tenían identificada, ya que se adapta al contexto y a las características del entrevistado” (Díaz et al, 2013). Se considera el más apropiado para los fines de la investigación ya que “el investigador no solamente hace preguntas sobre los aspectos que le interesa estudiar, sino que debe comprender el lenguaje de los participantes y apropiarse del significado que estos le otorgan en el ambiente natural donde desarrollan sus actividades” (Troncoso y Daniele, 2003).

Es por ello que se considera este instrumento el adecuado para cumplir con los objetivos de la investigación, donde la entrevista semiestructurada permitirá ahondar

en las respuestas que proporcionen los trabajadores sociales, posibilitando conocer sus experiencias y su labor en el contexto en el que se sitúe, permitiendo que el profesional y que el entrevistador en una postura de flexibilidad pueda realizar preguntas en base a los temas que surjan en el momento a partir de las respuestas del entrevistado.

3.6 Criterios de Validez

La técnica para la validación del instrumento de recolección de información será por medio de un panel de jueces expertos quienes deberán analizar la coherencia de cada pregunta inserta en la entrevista con los lineamientos que guían la investigación, siendo estos la interrogante que se busca responder conjunto a los objetivos del seminario (Berrios, S. Gutiérrez, M. Mayorga, M y Urrutia, M 2014), permitiendo que estos entreguen una retroalimentación al equipo investigador respecto a su participación en el campo profesional.

Para ello, el instrumento será revisado por un panel de jueces expertos con conocimientos en el área de la APS y académicos expertos en investigación, siendo estos docentes y trabajadores sociales de la Universidad Católica Raúl Silva Henríquez que mantengan una conexión directa con la atención primaria y/o con investigaciones sociales cualitativas, generando que mediante su revisión entreguen lineamientos, opiniones y sugerencias que permitan mejorar y/o modificar el instrumento a través de su participación para la validación de este. A su vez, el instrumento será sometido a una prueba piloto aplicada a uno/a trabajadora social que mantenga relación con la Atención Primaria de Salud, permitiendo detectar posibles falencias o dificultades en la aplicación del instrumento. Esto puede hacerse incluyendo ordenamientos alternativos en la presentación de las preguntas, comparando luego los resultados obtenidos y verificando la reacción que las preguntas producen en quien responde, permitiendo así determinar si se establece la relación deseada (Casas, J. García, J y González, F. 2016).

3.7 Plan de Análisis.

El plan de análisis, como menciona Bolívar (2012), permite por medio de categorías temáticas, convertir en manejable la información para el análisis de ella mediante la codificación, el procesamiento y la obtención de conclusiones, ante lo cual será preciso buscar las regularidades que encierran, determinar sus partes, aspectos más destacables, extraer los elementos comunes y divergentes, entre otras, que son facilitados normalmente por el empleo de programas (informáticos o no) de análisis de contenido.

Una vez que se obtienen las respuestas a través de las entrevistas semiestructuradas, se realiza la transcripción del material de audio emitido por los profesionales entrevistados y el entrevistador, para luego iniciar al análisis del contenido, siendo esta la acción esencial en que se reciben datos no estructurados, a los cuales se les proporciona una estructura (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), la cual, para efectos de este Seminario de Grado, será realizada mediante un análisis categorial simple, el cual consiste según Cervantes y Montoya, (2011), en revisar los resúmenes del material recogido, en donde se obtiene la información necesaria para categorizar las principales ideas que nos permitirán responder a la pregunta de investigación, para lo cual, siguiendo el planteamiento de Andreú (2018), se realizará:

- **Análisis del material dentro de un modelo de comunicación:** el cual determina que parte de la comunicación infiere sobre el comunicador (sus experiencias, sentimientos, entre otros.), la propia situación del texto, sus aspectos socioculturales, los efectos del mensaje, etc.
- **Reglas de análisis:** El material que es analizado paso a paso crea reglas y procedimientos que permiten dividir el material en unidades de análisis más interpretables.
- **Categorías centrales de análisis:** La investigación e interpretación continua del texto crea categorías cuidadosamente revisadas mediante procesos de “feedback” que ayudan a construir las ideas fundamentales del investigador.

Por ello, el análisis de la información cualitativa se realizará de manera manual, lo cual permitirá al equipo investigador, mediante la categorización y/o configuración de una estructura, conocer la experiencia de los trabajadores sociales de la APS de la Región Metropolitana en el contexto de pandemia por COVID-19.

Capítulo IV: Presentación de resultados y Análisis de la información.

4.1 Trabajo de Campo

Con la finalidad de desarrollar los objetivos de la presente investigación se procedió a la búsqueda de profesionales que cumplieran con los criterios de selección descritos en el capítulo anterior para ser entrevistados, ante lo cual, cada miembro del equipo investigador activó sus redes para acceder a diversos profesionales del Trabajo Social que en la actualidad ejercieran en los centros de APS de la RM, siendo la docente guía del presente seminario, un pilar fundamental para la búsqueda de profesionales. En relación a ello, una vez que se verifica que cumplían dichos criterios se procedió a tomar contacto con los profesionales a través de correo electrónico y/o contacto telefónico para comentarles sobre los objetivos del estudio y solicitarles su participación mediante entrevista. Luego de contar con su aprobación se coordinó día y hora del encuentro. Considerando el actual contexto de crisis sociosanitaria actual, las entrevistas se realizaron de manera virtual, utilizando medios digitales como las plataformas Zoom y Meet, las cuales permitieron su desarrollo. A su vez, a cada profesional participante de este estudio se le envió mediante correo electrónico un consentimiento informado, indicando la finalidad de la investigación, el contenido de la entrevista, y solicitando su autorización para grabar, con el objetivo de tener un registro y respaldo del trabajo realizado, para la posterior transcripción, mencionando además sobre la confidencialidad de la información entregada y la voluntariedad de la participación, solicitud a la que todas accedieron.

Al momento de la ejecución de las entrevistas, cada integrante del equipo investigador fue encargado de entrevistar 2 trabajadoras/res sociales, en distintos horarios y día a cada persona. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 40 minutos, en la cual se utilizó la pauta de entrevista elaborada por el equipo investigador, como base para establecer un diálogo, el que se fue enriqueciendo a través de nuevas preguntas que fueron surgiendo a partir de los relatos y respuestas de las participantes.

Cabe destacar que las profesionales seleccionadas pertenecen a seis comunas diferentes, lo cual le brindó a la investigación una mayor riqueza y diversidad de experiencias. Otro aspecto a destacar es que ante el contexto de crisis sociosanitaria no fue un escenario fácil para lograr llevar a cabo las entrevistas, considerando la alta carga laboral de las profesionales durante la pandemia en los Centros de Salud.

A continuación, se presenta el listado de participantes contactados para el presente Seminario de Grado, concretándose con siete de ellos las respectivas entrevistas.

Figura N° 3: Listado de participantes contactados.

N°	Trabajadores Sociales en centros de APS	Comunas	Contacto	¿Se realiza entrevista?	
				SI	NO
1	SAPU Gacitúa	Isla de Maipo	si		X
2	CECOSF La Islita	Isla de Maipo	si	X	
3	CESFAM Villa O'Higgins	La Florida	si	X	
4	CESFAM Padre Vicente Irarrázaval	Estación Central	si	X	
5	CESFAM El Aguilucho	Providencia	si		X
6	CESFAM El Aguilucho	Providencia	si		X
7	CESFAM Apoquindo	Las Condes	si	X	
8	CESFAM El Aguilucho	Providencia	si		X
9	CESFAM Villa O'Higgins	La Florida	si		X
10	CECOSF Rapa Nui	San Bernardo	si	X	
11	CESFAM Raúl Cuevas	San Bernardo	si	X	
12	CESFAM Ramón Corbalán	Santiago	si	X	

4.2 Presentación de los resultados.

A continuación, se presenta la matriz de categorización en la cual se enuncian los principales hallazgos develados de las entrevistas, permitiendo la construcción de subcategorías que guiaron el proceso de análisis del presente Seminario de Grado junto a sus ejes temáticos de investigación.

4.2.1 Matriz de Categorización.

Objetivo General	Objetivos Específicos	Ejes Temáticos	Sub Ejes Temáticos	Categoría	Sub Categorías
Conocer la experiencia de trabajadores/as sociales que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de Salud durante la crisis sanitaria por pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana.		1. Identificación del entrevistado	1.1 Sexo		
			1.2 Edad (22-30); (31-45); (46-60); (60 y más).		
			1.3 Centro de salud donde se desempeña		
			1.4 Comuna		
			1.5 Años de ejercicio profesional:		
			1.6 Años de ejercicio profesional en Atención Primaria de Salud:		
	Obj 1: Indagar respecto de	2. Roles del trabajador social de	2.1 Rol de la/el Trabajador/a		

los roles que han desempeñado los trabajadores sociales de Atención Primaria de Salud durante la crisis sanitaria por COVID-19.	Atención Primaria de Salud en contexto de normalidad.	Social previo a la pandemia al interior del Centro de Salud	Integrante de equipo de salud	Intervenciones grupales
				Intervenciones comunitarias
			Encargada de programa/equipo	OIRS
				Encargada de sector
				Encargada de CECOF
	Participación en programas.			
	2.2 Principales funciones y actividades que desarrolla en el Centro de Salud	Actividades con la comunidad	Activ. Con organizaciones sociales	
			Operativos de salud.	
		Trabajo en red	Coordinación y Derivación	
	Actividades de vinculación directa con usuarios y sus familias.			
3. Roles del trabajador social de Atención Primaria de Salud	3.1- Principales funciones y actividades que desarrolla en	Apoyo directo a la gestión de la crisis socio-sanitaria	Seguimiento de pacientes COVID positivos.	
			Visitas domiciliarias	

		durante el contexto de crisis	el Centro de Salud en el contexto actual	por COVID-19.	integrales a pacientes contagiados.		
					Educación a la población en medidas sanitarias para la prevención del COVID 19.		
					Apoyo en selección de la demanda		
					Pesquisa y trazabilidad de casos asintomáticos		
					Coordinación con la red	Coordinación con intrasector para seguimiento de casos COVID-19	
						Coordinación intersector para abordaje de casos COVID -19	
						Coordinación comunitaria	
					3.2 - Transformación y/o evolución de las funciones y actividades que desempeñan los trabajadores sociales durante el período de crisis sanitaria	Incorporar las plataformas digitales	
						Pérdida parcial de la presencialidad	
						Cambio en la estructura de trabajo	Turnos y rotación
Intercomunicación entre Trabajadores Sociales							

					Anulación de metas ministeriales
				Flexibilidad y capacidad de adaptación ante la crisis	Participación en otros programas
Obj 2: Develar el significado que ha tenido para los y las trabajadoras sociales desempeñarse en centros de Atención Primaria de Salud en contexto de crisis sanitaria por pandemia por COVID-19.	4. Significado que ha tenido para los y las trabajadoras sociales desempeñarse en centros	4.1- Significados que ha tenido desempeñarse en un Centro de Salud durante esta crisis sanitaria a nivel personal.	Desempeño laboral presencial como amenaza a su salud y a la de su grupo familiar.	Emociones asociadas al miedo e incertidumbre	
				Satisfacción profesional	
		4.2- Significados que ha tenido desempeñarse en un Centro de Salud durante esta crisis sanitaria a nivel profesional	Crisis sociosanitaria como un desafío para la profesión		
			Reconocimiento del rol y el aporte de la profesión en el ámbito sanitario por parte de la comunidad en tiempos de crisis		
			Reconocimiento de habilidades sociales y técnicas para enfrentar contextos complejos.	Competencias profesionales del trabajador/a social en tiempos de crisis.	
Obj 3: Reflexionar acerca de los	5. Desafíos presentes y futuros que presentan	5.1- Desafíos profesionales que ha	Apertura, adaptabilidad y flexibilidad profesional		

	desafíos presentes y futuros que presentan los y las trabajadores sociales en su ejercicio profesional durante la crisis sanitaria por COVID-19 en Atención Primaria de Salud.	los y las trabajadores sociales en su ejercicio profesional durante la crisis sanitaria por COVID-19 en Atención Primaria de Salud	enfrentado durante la crisis sanitaria por COVID-19 en los Centros de Atención Primaria de Salud	Nuevas formas de relacionarse entre los miembros del equipo y la comunidad		
				Lucha por la reivindicación del Trabajo Social		
				Aumento de la violencia en distintas expresiones en la población destinataria	Vulneración de derechos	
				Exacerbación de la pobreza y precariedad económica.		
	5.2- Desafíos profesionales para el Trabajo Social que proyecta a post pandemia en Atención Primaria de Salud.				Efectos en la salud mental de la población producto de la pandemia.	
					Incorporación de canales virtuales de atención con la población a cargo como parte de la estrategia de atención	
					Recuperación de la mirada biopsicosocial.	

4.2.2 Antecedentes generales de las entrevistadas.

A continuación, se presenta una caracterización general de las informantes claves del presente estudio.

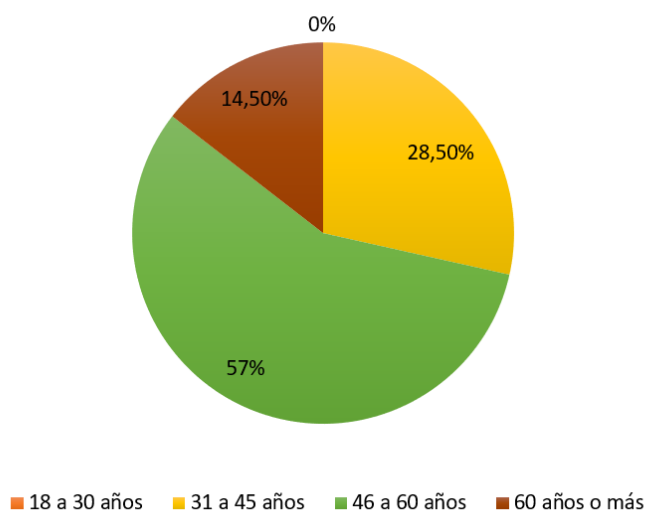
- **Sexo**

Respecto a los entrevistados participantes en su totalidad corresponden a personas del sexo femenino.

- **Edad**

Figura N°4

Edad



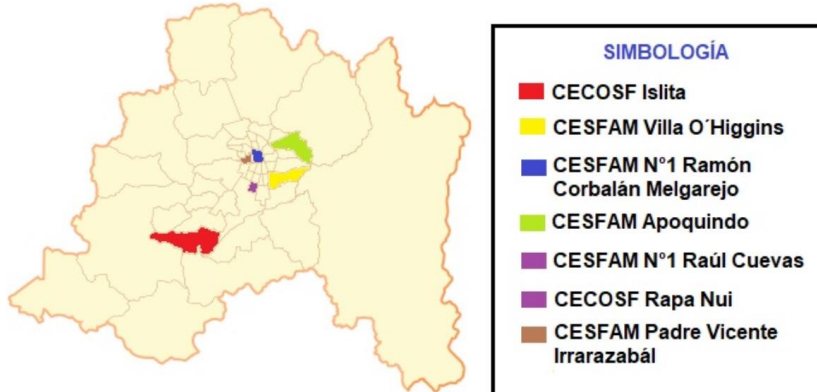
(Fuente: elaboración propia)

En cuanto al rango de edad de las entrevistadas se señala que la mayoría se encuentra en un rango de 46 a 60 años, mientras que el rango de 31 a 45 años se encuentra representado por el 28,5% de las entrevistadas, y el rango de 18 a 30 años por el 14,5% de ellas.

- Centro de salud donde se desempeña

Figura N°5

Centros de APS en los cuales se desempeñan las trabajadoras sociales seleccionadas



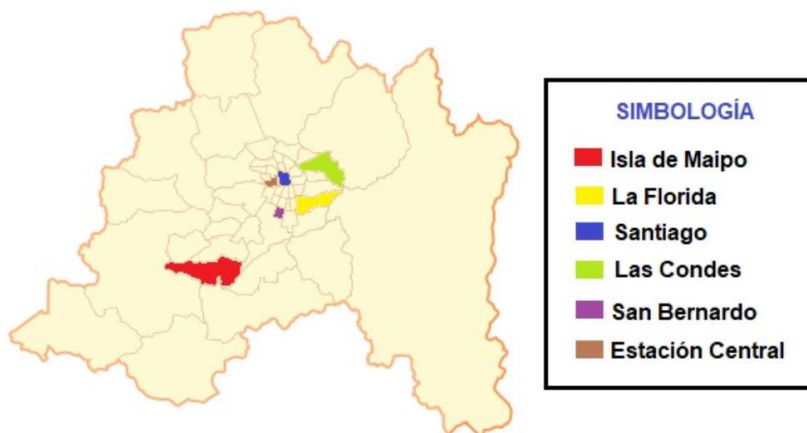
(Fuente: elaboración propia)

Las Trabajadoras Sociales seleccionadas para el desarrollo del presente Seminario de Grado se desempeñan en los CESFAM Y CECOSF graficados.

- Comuna donde se encuentra inserto el Centro de Salud

Figura N°6

Comunas donde están insertos los centros de APS

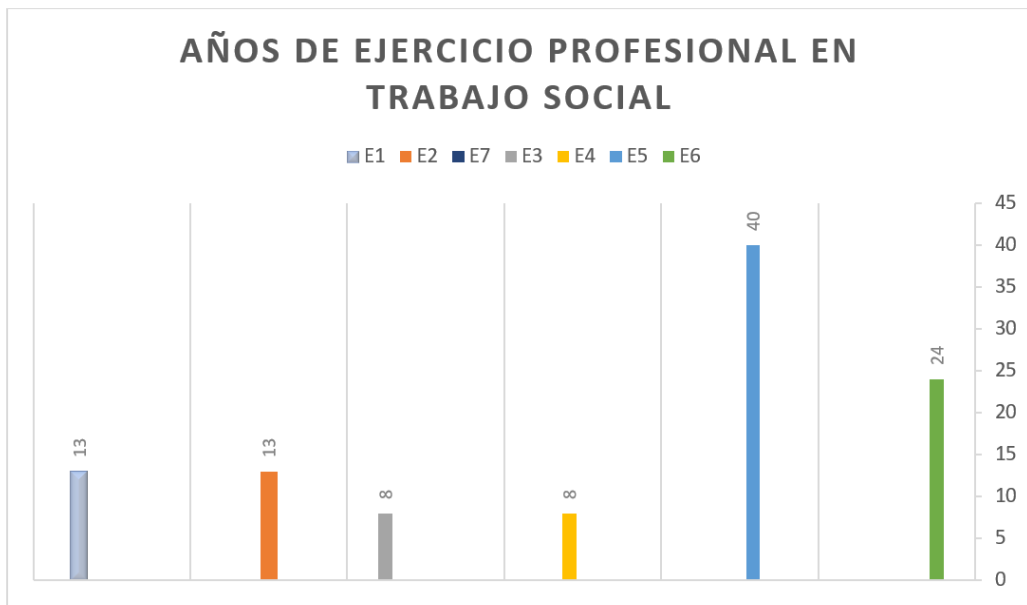


(Fuente: elaboración propia)

Respecto a las comunas a las que pertenecen los Centros de Salud donde se desempeñan las trabajadoras sociales seleccionadas es claro observar la diversidad de territorios en función de zonas rurales y urbanas, siendo el área seleccionada el centro sur de la región y el área suroeste de la misma.

- **Años de ejercicio profesional**

Figura N°7

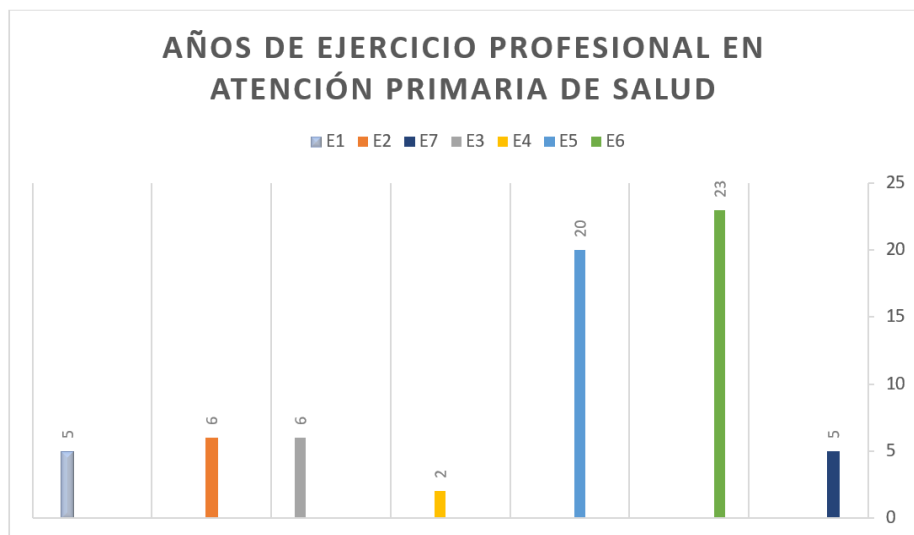


(Fuente: elaboración propia)

En función de la pregunta que considera los años de ejercicio profesional se puede señalar que el promedio de las entrevistadas poseen 16 años de experiencia, siendo la cantidad máxima y mínima de labor profesional 40 y 8 años respectivamente.

- **Años de ejercicio profesional en Atención Primaria de Salud.**

Figura N°8



(Fuente: elaboración propia)

En cuanto a los años de ejercicio profesional en APS, es posible señalar que el promedio de desempeño laboral en este campo es de 10 años, siendo el mínimo tiempo

de 2 años, mientras que el máximo asciende a los 23 años de labor profesional en Centros de APS.

4.3 Análisis de los resultados.

A continuación, se realizará el análisis de los resultados obtenidos, teniendo en consideración los objetivos del presente estudio, así como también de los ejes temáticos que fundan el proceso de construcción de categorías y subcategorías de investigación.

4.3.1 Rol de la/el Trabajador/a Social previo a la pandemia al interior del Centro de Salud.

El rol del trabajador/a social siempre se ha visto inmerso en interacción con el medio social en el cual se encuentra inserto, lo cual le ha permitido mantener un vínculo cercano con los sujetos y actores involucrados, reconociendo a estos últimos como parte del contexto social en el cual se desarrolla el proceso de intervención, entendiendo que el sujeto no es un ser aislado, sino que posee una historicidad que permite comprender su realidad social (Sequera, 2014). Bajo esta perspectiva in situ, el rol de el/la trabajador/a social previo a la pandemia al interior de los centros de Atención Primaria de Salud se caracterizaba por la **atención directa**, siendo el proceso de actuación profesional bajo intervenciones individuales, grupales y comunitarias. Estas últimas están directamente relacionadas con el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) que mantiene como base de su estructura la consideración de las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, entendiendo que existe una conexión directa entre los sujetos y su contexto (MINSAL, 2013); lo cual queda reflejado en el testimonio de la entrevistada número cuatro “(...) *era asistente social de sector, encargada de los casos sociales de mi sector (...) dividimos el tiempo en los trabajos de gestión, participación comunitaria y participación social (...)*”, logrando generar lazos con los sujetos de acción desde un sentido de pertenencia que funde y permita situar el proceso en estos tres niveles de actuación.

En correlación a lo anterior, desde las Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud (2018), señalan que el Trabajo Social se enmarca plenamente en la orientación y lineamientos de las Funciones esenciales de la salud pública (FESP), en tanto desempeña un rol indiscutible, irremplazable e insustituible en cada una de las FESP, realizando un proceso guiado y conjunto a los sujetos en función de lineamientos éticos, epistemológicos y reflexivos, permitiendo generar un proceso de actuación dinámico y significativo que integre al sujeto en su conjunto para permitir la transformación de la realidad social de los usuarios en función de sus determinantes

sociales, siendo el área de salud el factor primordial para el desarrollo del ser humano, entendiendo que la salud permite el desarrollo físico y emocional de la población.

Por otra parte, dentro de los roles que presentan las trabajadoras sociales en los centros de APS y que surge como categoría del presente estudio es el rol de **encargada de programa o equipos** en las cuales es posible identificar los cargos de encargada de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (O.I.R.S.), encargada de sector, encargada de CECOSF y encargada de programas; todas ellas instancias en que las trabajadoras sociales mantienen un rol protagónico en la conexión con la población, miembros del equipo y en el desarrollo de planes y redes de trabajo que permiten el funcionamiento del centro de salud, permitiendo generar planes de acción enfocados en la comunidad, las organizaciones sociales y el funcionamiento mismo del centro de APS, ante ello, la entrevistada número seis señala (...) *yo pertenezco al equipo de cabecera del sector verde ya, ese es un rol que tengo. Y el otro rol es que soy la jefa de sector*, entendiendo al equipo de cabecera como los profesionales, técnicos y administrativos, que están a cargo de la salud de un sector definido de la población, en cuanto a los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, donde se visualizan factores biológicos, psicológicos y sociales de cada sujeto y sus familias que son parte del proceso de intervención (MINSAL, 2013). Mientras que la entrevistada número cinco resalta la importancia del rol de la profesión en la atención primaria señalando *“mi rol dentro del centro de salud es ser... tengo la jefatura, tengo la dirección del CECOSF (...) del CECOSF completo”*, siendo el rol del trabajador social en los centros de APS un actuar diverso y dinámico que enmarca el desarrollo de sus funciones, ya que el Trabajo Social utiliza distintas herramientas y métodos de intervención social sustentados en marcos epistemológicos y modelos teóricos - prácticos que orientan su acción. El concepto de modelo en Trabajo Social integra en un todo, en una unidad, todos los aspectos que forman parte de una intervención social: los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos, de una determinada forma de llevar a cabo la práctica profesional (Orientaciones y normas técnicas para el Trabajo Social en salud, 2018).

Es así, como el rol de las trabajadoras sociales entrevistadas se centra, por una parte en la **intervención directa** con los sujetos, y por otra, en ámbitos de **gestión y conducción de programas y equipos**, permitiendo a las profesionales desarrollar estrategias de acción local, en función de las realidades sociales de cada territorio, siendo este actuar profesional, que está guiado por lineamientos ministeriales y Orientaciones técnicas para el trabajador social en salud, realizando desde la profesión un proceso de reconocimiento situado y reflexivo en conjunto a los sujetos y el equipo perteneciente al centro APS.

4.3.1.1 Principales funciones y actividades que desarrolla la trabajadora social en el Centro de Salud

El presente sub-eje temático responde al eje temático del rol del profesional en un contexto de normalidad al interior del Centro de Salud y se establece en función de ahondar específicamente en las principales funciones y actividades que desarrollaba el/la trabajador/a social antes de la llegada de la pandemia, esto con el fin de poder posteriormente contrastar el quehacer profesional en la Atención Primaria de Salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile.

Para Arroyo, Ramos, García, Sánchez, & Velásquez, las funciones y actividades que desarrolla un/a trabajador/ra social en APS tienen como objetivo:

Identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población, a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades (2012).

En este sentido, a partir de los testimonios que entregaron las entrevistadas, la categorización de las funciones y actividades fue principalmente en: **actividades con la comunidad**, ya sea con organizaciones sociales u operativos de salud dentro de los territorios en los que están insertos los Centros de Salud. Ante esta categoría se presentan los siguientes relatos extraídos de la entrevistada número seis, la cual señala que *“también justamente está el modelo comunitario que es poder eh juntarse con la comunidad, conocerse con las instituciones, las organizaciones, mantener algún vínculo con los dirigentes sociales”* y la entrevistada número siete quien señala que *“el APS en sí tiene un rol más bien preventivo se trabaja harto con las comunidades pero desde eh... un rol más educativo socioeducativo”*, siendo la prevención uno de los pilares de la Atención Primaria de Salud la cual implica estudiar los factores protectores y de riesgo que inciden en los niveles de salud en la comunidad, por lo que el/la trabajador/a social debe facilitar, extender y establecer vínculos para que la comunidad pueda acceder de manera más expedita a los diferentes servicios, entregando diversas estrategias y herramientas a los sujetos y comunidades que son parte de su proceso de actuación profesional individual, grupal y comunitario.

En este sentido es pertinente considerar que el trabajo junto a la comunidad debe ser bajo el enfoque de derecho que considere a los sujetos no como meros receptores de las diversas prestaciones que realice en Centro de Salud, sino desde la justicia social y

el reconocimiento de los sujetos como actores sociales que tienen voz, que pueden aportar y contribuir desde sus experiencias y capital social hacia el desarrollo de la salud (Soto, 2000).

Otro de los elementos que se incluyen en las funciones y actividades que desarrollaban las trabajadoras sociales previo a la pandemia se encuentra el **trabajo en red** el cual implica la **actividad de coordinación y derivación**, las cuales para Rodríguez, Loor, & Anchundia “implica movilizar recursos internos y externos del paciente (familia, ámbito laboral, institución psiquiátrica, comunidad de residencia, redes institucionales) que aporten en el mejoramiento de la condición de enfermedad del paciente” (2017). En este sentido la entrevistada número siete señala que *“directamente se hace un trabajo con la red municipal, por un lado con otros colegas de diferentes instituciones sobre todo para facilitar ya sea la inserción o el acercamiento a las atenciones de salud”*. La entrevistada número seis también expone que *“(…) tenemos una red muy rica que es todo salud, todos los consultorios unidos en un WhatsApp con los... con el municipio, con el DIDECO y con los hospitales, entonces también ha habido harta solidaridad en resolver algunas cosas en conjunto.”* Ambos testimonios indican la capacidad de gestión y el trabajo coordinado que posee el/la trabajador/a social al potenciar los vínculos directos con las demás instituciones que propicien una mejor calidad de vida a las personas, y que en el ámbito de la salud puedan contribuir al bienestar del sujeto y su familia. En este sentido, tal como señalan las Orientaciones para la implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario (2013), el trabajo con el intersector constituye uno de sus elementos centrales, entendiendo que los problemas sociales son multifactoriales y que sobrepasan el campo de la salud, por lo que requieren una intervención integral que implique la articulación de distintos tipos de instituciones en pos de abordar las diversas causas que ocasionen las problemáticas observadas.

Dentro de las funciones también se encuentran las **actividades de vinculación directa con usuarios y sus familias**, las cuales se traducen en, según lo expuesto por la entrevistada dos *“(…) ejecución, entrevistas, ejecución de entrevistas domiciliarias, ejecución de consejerías, eem... eeh... planificar también ejecución de talleres”*, y tal como menciona la entrevistada uno *“(…) se realizan entrevistas de ingreso al programa de atención domiciliaria, (...) y también realizar visitas domiciliarias de control”*. Estas actividades de vinculación directa con los usuarios y familias son principalmente consultas de orientación social, consulta social especializada, entrevistas, visita domiciliaria, educación de grupos, ejecución de talleres, entre otras actividades contenidas en las Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud (2018) y que para Ituarte tienen por objetivo “la investigación de los factores

psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad” (1992). Es por ello que las actividades de vinculación directa permiten identificar y obtener información relevante que permita a los profesionales de la salud tener un visión acabada de la situación del sujeto, siendo el trabajador/ra social fundamental en el proceso al realizar actividades que permitan conocer con mayor profundidad la realidad en la que se encuentra inserto el sujeto para el tratamiento de su enfermedad, una mejor atención en salud y un bienestar tanto individual, familiar y comunitario, que posibilite generar una mirada integral del equipo de salud para el tratamiento de la complejidad que aqueja al sujeto, siendo los determinantes sociales de la salud un factor clave para el bienestar biopsicosocial de los mismos.

4.3.2 Principales funciones y actividades que desarrolla en el Centro de Salud en el contexto de pandemia por COVID-19.

Durante el contexto de pandemia los trabajadores sociales y el equipo multidisciplinario de la Atención Primaria de Salud no contaban con planes de acción concretos entregados por el Ministerio de Salud, ya que la estrategia inicial se centró en la atención de casos positivos, no en la prevención de casos dentro de los territorios, lo que de alguna u otra manera no es concordante con los principios del modelo MAIS, por lo que ante esta incertidumbre fueron los directores y encargados de sector los que establecieron estrategias de acción en función de la realidad social de cada territorio, con el objetivo de ir en respuesta de las necesidades de la población. En base a ello las trabajadoras sociales tuvieron que flexibilizar respecto de sus funciones y actividades cotidianas, teniendo que enfocarse principalmente en entregar **apoyo directo a la gestión de la crisis sociosanitaria por COVID-19 y la coordinación con la red**. La primera de ellas hace referencia al trabajo que se realiza en directa relación con los usuarios y la comunidad que se ha visto afectada por la pandemia por COVID-19, desarrollando labores de seguimiento de pacientes COVID positivo como lo señala la entrevistada número dos “(...) nosotros éramos seis personas que estábamos a cargo de hacer seguimiento a los pacientes notificados con COVID positivo”, visitas domiciliarias integrales a pacientes contagiados, educación a la población en medidas sanitarias para la prevención del contagio, tal como lo refiere la entrevistada número cuatro “(...) la gente no lograba entender al inicio lo que era distanciamiento, no lograba entender cuáles eran las medidas, que había que usar la mascarilla, (...) era lo que tú tenías que explicarle al usuario”, apoyo en la selección de la demanda, pesquisa y trazabilidad de casos asintomáticos, mencionado por la entrevistada número seis “ eh... estoy coordinando con la comunidad la pesquisa de pacientes asintomáticos”. A lo cual, las Orientaciones técnicas para el Trabajo Social en salud

(2018) señalan que la educación de la población es el factor esencial para la contención de la crisis, así como también el trabajo en red con diversos organismos. En este sentido, las trabajadoras sociales también han visto modificadas sus funciones, combinando el trabajo presencial con el trabajo virtual, para así evitar contagios dentro de los equipos de trabajo y poder dar cumplimiento a las demandas actuales de la población. En cuanto al contenido de las intervenciones, mencionan que se han ido diversificando, teniendo que resolver dudas con respecto a temas contingentes tales como el retiro del 10% de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), seguro de cesantía, actualización del Registro Social de Hogares (RSH), postulación a beneficios estatales, entre otros, lo cual evidencia la desinformación de la población y las diversas situaciones de precariedad socioeconómica que se viven en los sectores populares durante la pandemia. Del mismo modo, lo anterior manifiesta la necesidad de actualización permanente, la capacidad de adaptación del quehacer profesional, lo que se grafica claramente en las labores de apoyo que han realizado, tales como la selección de demanda, pesquisa y trazabilidad de casos asintomáticos, tareas fundamentales para el seguimiento y control de la pandemia, que si bien, no son propias del Trabajo Social han permitido mitigar los efectos de la crisis, permitiendo establecer medidas que vayan en beneficio de la comunidad en general.

Dicho esto, es que la función de los trabajadores sociales en el contexto actual se hace imprescindible al realizar un acompañamiento permanente a los usuarios/as para hacer frente al manejo de la problemática como lo señala Rodríguez, Lóor & Anchundia (2017), siendo la articulación con el equipo la que permite la generación de estrategias de actuación profesional para resolver las problemáticas sociales generadas por la crisis socio-sanitaria por COVID-19, donde el rol del Trabajo Social en APS y su conexión con el territorio permite el reconocimiento in situ de la población para la generación de estrategias de intervención socio-sanitarias acorde a las realidades territoriales.

Es así, como la **coordinación de red** es otra de las funciones desempeñadas por los trabajadores sociales en pandemia al interior de APS, la cual hace alusión al “conjunto de personas, instituciones y/o enlaces que obran de común acuerdo con el fin de conseguir un objetivo” (Ministerio de Salud, 2007, p.29), dentro de las cuales se encuentran la coordinación con el intrasector para seguimiento de casos COVID-19, la coordinación intersector para el abordaje de casos COVID-19 y la coordinación comunitaria, entendiendo la coordinación con el intrasector, como la articulación entre distintos establecimientos de la red pública de atención, como lo señala la entrevistada número cinco “(...) lo otro que llevamos hartos es el asunto de tener la coordinación con los hospitales para que las familias estuvieran más tranquilas con respecto a la salud de su familiar”, siendo el rol del Trabajo Social la conexión directa entre los

centros APS y la atención secundaria y terciaria de la red de salud pública, instancias en las que además se ve implícitamente su capacidad de gestión frente a la crisis y la contención directa a las familias, siendo estos actos de interacción los que validan el proceso y/o actuación de los trabajadores sociales en los centros de APS por parte de la población destinataria, permitiendo legitimar el proceso mediante el reconocimiento que entrega la comunidad hacia la labor profesional. Por su parte, la coordinación con el intersector se refiere a la vinculación entre redes de protección social y los Centros Atención Primaria, donde se encontraría la vinculación con el Municipio, Organizaciones no gubernamentales (ONG) , Oficina de Discapacidad, Oficina de la Mujer, Oficina de Adulto Mayor, entre otros, como lo evidencia la entrevistada número tres: *“nosotros lo que hacemos en la coordinación con la municipalidad, por ejemplo, para el tema de la sanitización del domicilio eh... (...) un trabajo bastante coordinado, de bastante apoyo entre los vecinos”*. La **coordinación comunitaria**, por su parte, hace referencia a la relación que se establece entre el centro de salud y la comunidad, dentro de los cuales se encuentran las familias y los grupos insertas en ella, como lo manifiesta la entrevistada número cinco *“hemos realizado una coordinación permanente en el tiempo con la red social (...) esta gestión social tiene la misión de llevar a cabo distintas coordinaciones con las familias o con la red local para lograr una atención integral”*.

Lo mencionado se relaciona con lo dicho por Rodríguez, Loo & Anchundía quienes exponen que los trabajadores sociales que se desempeñan en el área de salud, dentro de sus funciones está el gestionar y coordinar intra y extra institucionalmente recursos de diverso orden a fin de responder a los objetivos del trabajo (2017). Dicho esto es que los/as trabajadores/as sociales son quienes cumplen la misión de ser el nexo entre estamentos institucionales y la comunidad, permitiendo ser un canal de atención para los usuarios y sus familias, contribuyendo así al bienestar de los individuos y de la comunidad, considerando además que son los trabajadores sociales quienes están en permanente relación con la comunidad, y por ello tienen mayor conocimiento de las necesidades de la población, lo que al momento de estar en contacto con estamentos institucionales permite la idoneidad de la atención.

4.3.2.1 Transformación y/o evolución de las funciones y actividades que desempeñan los trabajadores sociales durante el periodo de crisis sanitaria.

A partir de lo expuesto en los sub ejes temáticos anteriores es posible dar cuenta que las funciones y actividades que ejercían las trabajadoras sociales previo a la pandemia por COVID-19 han variado a lo largo del transcurso del desarrollo de la misma en Chile, pese a que muchas de las actividades parecieran ser similares en ambos contextos, existe una gran coyuntura entre ambas, la cual se relaciona específicamente

con los canales a través de los cuales se realizan las intervenciones, y las limitaciones que han presentado, pasando desde lo presencial hacia la teleasistencia y desde la cercanía con los sujetos, familias y comunidades hacia un distanciamiento físico y protección los unos con los otros.

Dentro de estas diferencias y transformaciones que se han visualizado en las funciones y actividades que desempeñan los trabajadores/as sociales en el contexto de crisis sanitaria por COVID-19 es posible encontrar las siguientes categorías:

En primera instancia se encuentra la necesidad de **incorporar las plataformas digitales**, entendiendo esta categoría como parte del nuevo contexto, donde se debe disminuir la cercanía física y evitar el contacto con otras personas es que muchos de los profesionales han tenido que llevar a cabo sus labores a través de diversas plataformas digitales, como lo ha sido a través de correo electrónico, videollamadas, whatsapp, entre otras aplicaciones que son parte de un nuevo escenario para vincularse con los sujetos y sus familias. Sin embargo, cabe destacar que un número considerable de usuarios presentan dificultades, ya sea por su propio perfil de riesgo o por no contar con las condiciones y los medios para acceder a este tipo de prestaciones virtuales, ante lo cual se evidencia la desigualdad social, teniendo en cuenta que la totalidad de la población no cuenta con conocimiento y acceso a las plataformas digitales. Por ello emerge como desafío el acceso universal a los medios de comunicación tecnológicos y posterior a ello la promoción del uso de estas plataformas como medio que facilita el acceso a los diversos servicios públicos, haciendo imprescindible que los profesionales puedan especializarse en las nuevas tecnologías para poder incorporar en sus intervenciones dichos medios de comunicación y educar a la población en estas nuevas herramientas para así disminuir la brechas generadas por el contexto actual.

Por otra parte, **la pérdida parcial de la presencialidad** es parte de otra de las transformaciones vividas durante la pandemia, por las trabajadoras sociales entrevistadas, conociendo específicamente el testimonio de la entrevistada número seis, quien menciona que *“(...) esta súper limitado con lo que uno quisiera hacer, o sea a mí por ejemplo me encanta hacer visitas domiciliarias y están súper limitadas por la precaución de no enfermarse, (...) entonces todo el trabajo que a uno le encanta ir a terreno mucho más, se ha visto muy limitado”*, teniendo que adaptarse a las circunstancias del momento e intervenir a distancia con las familias de la comunidad, lo que trae complejidades como la falta de antecedentes en un caso, elementos que solo se podrían observar estando in situ en el territorio, generando en las trabajadoras sociales sentimientos de frustración relacionados al proceso de actuación profesional, dado la limitación del proceso de intervención y la relación directa con las personas,

encontrándose con realidades sociales en ocasiones difíciles de desarrollar por el contexto sanitario, incidiendo de este modo en el dinamismo de la profesión y su capacidad de adaptación para enfrentar las problemáticas sociales desde perspectivas innovadoras que permitieran permear el reconocimiento de la población.

También se encuentra una transformación en el **cambio en la estructura de trabajo**, principalmente en la implementación del sistema de turnos y rotaciones con el equipo de trabajo, donde se destaca el relato de la entrevistada número cinco quien menciona lo siguiente: “ (...), *mira el mayor cambio que se ha visto es de, el trabajar con menos personal. (...) Estamos con el 50%, cada 15 días hay una rotación*”, existiendo una importante disminución de profesionales para dar respuestas a las necesidades de la población. Este cambio en la manera en que se organizan los Centros de Salud, se produce principalmente para evitar contagios entre los profesionales, es por ello que, dependiendo el centro de salud, se realiza una rotación de personal para que los profesionales puedan resguardarse en sus hogares y no contagiar al resto del equipo, en caso de que alguno pueda estar contagiado por COVID-19. Este hecho ha implicado un desgaste físico y emocional de los profesionales, quienes han debido suplir la ausencia de sus compañeros de trabajo teniendo que aumentar su rendimiento para ir en respuesta de las necesidades de la población, lo que genera cansancio, estrés, entre otras situaciones complejas que dificultan a los integrantes de los equipos multidisciplinarios de los centros de APS.

Por último se encuentra la **flexibilidad y capacidad de adaptación ante la crisis** que los trabajadores sociales han debido adoptar en este contexto complejo, teniendo que desligarse de parte de sus funciones cotidianas para cumplir labores de apoyo en diversos programas, como lo menciona la entrevistada número siete (...) *los que éramos de las otras áreas pasamos como a tener tareas de apoyo distintas (...) o sea a mí en lo particular cuando fue todo este tema con la campaña de vacunación contra la influenza (...) a nosotros nos tocó una suerte de contención de los pacientes que venían a... a ponerse la vacuna*”, cumpliendo una función de contención para los pacientes en ese ámbito, al que las entrevistadas no estaban familiarizadas completamente ya que no era parte de sus responsabilidades, pero en este cambio de estructura se convirtió en un desafío poder ser parte de otros programas y actividades, demostrando la capacidad de adaptación que presentan los/las trabajadores/as ante los contextos adversos y situaciones inesperadas que se presentan en el campo de intervención, siendo esta una competencia fundamental en situaciones como las actuales.

Ante lo anterior, Herrero (2012) postula que la

intervención profesional en situaciones de emergencia se sitúa sobre tres pilares básicos. En primer lugar, se debe tener en consideración y tener claras cuáles son las funciones que se pueden desempeñar dentro del rol profesional, en segundo momento analizar las situaciones en las que se puede intervenir y, por último, el proceso de evaluación y sus componentes.

Por ello, debido al contexto sociosanitario en el cual se desarrolla la atención, la mirada profesional se volcó en mayor medida hacia la intervención de casos individuales, realizando encuentros telemáticos y virtuales de carácter urgente, siendo también en coordinación con el equipo de salud y otros organismos estatales los que permitan desarrollar intervenciones en pos de resolver las inquietudes y necesidades de los sujetos y familias, realizando un proceso de actuación social situado que permita transformar la realidad de los sujetos en base a las estrategias y herramientas entregadas por los profesionales.

4.4.2 Significados que ha tenido desempeñarse en un centro de salud durante esta crisis sanitaria a nivel personal.

Desde la aparición del COVID-19, los equipos de APS han sido una fuerte barrera de contención frente a las problemáticas que se han presentado, dando respuesta a las necesidades de la comunidad, entendiendo que es el primer nivel de contacto de la población con el sistema de salud. Ante lo cual han enfrentado situaciones laborales que han amenazado su salud y la de su grupo familiar. Es por ello que el segundo objetivo de la presente investigación busca develar el significado que ha tenido para los/as trabajadores/as sociales desempeñarse en centros de Atención Primaria de Salud en el contexto de crisis sanitaria a partir de la pandemia por COVID-19 .

Este primer apartado, se hace referencia al **desempeño laboral presencial como amenaza a su salud y a la de su grupo familiar**, entendiendo a partir de ello las diferentes emociones que las trabajadoras sociales entrevistadas han transitado en este contexto, emociones asociadas al miedo e incertidumbre, pero a la vez mediante su desempeño profesional han sentido satisfacción por el trabajo realizado. En relación a las sensaciones de miedo e incertidumbre la entrevistada número uno menciona que ha tenido “(...) miedo, el miedo de que uno llegue, que uno pueda contagiar a su familia, es complejo, super complejo (...)”, presentando una importante preocupación por su círculo cercano con el cual vive al ser ella posible portadora de COVID, además la entrevistada número cuatro señala que “(...) la contaminación me afectó mucho al inicio, la pasé mal, lloraba harto por el temor y el miedo de que tú no sabes que si estás o no contaminado y que pueda contaminar a los tuyos es muy difícil a mí me

costó mucho manejarlo (...)” quien exterioriza su preocupación a través de llanto, demostrando estar más sensible que en periodos previos. Los anteriores significados mencionados por las entrevistadas se relacionan con estar en permanente contacto con personas posiblemente contagiadas de COVID-19, lo que les genera incertidumbre producto de un posible contagio mientras llevan a cabo sus distintas responsabilidades laborales, lo cual podría perjudicar también a sus familiares.

Como se hacía mención, también las entrevistadas han experimentado una importante satisfacción profesional al visualizar la importancia que tiene su trabajo para el desempeño del Centro de Salud en el contexto actual, por lo que la entrevistada número cinco a diferencia de los testimonios anteriores menciona “(...) *yo no he dejado de trabajar ah, yo salgo a trabajar todos los días, no me ha pasado nada, no le tengo miedo, pero si me protejo (...)*”, cumpliendo con las medidas sanitarias correspondientes, pero sobre todo dejando entre ver el amor por su profesión y la gran vocación con la cual desempeña sus funciones, haciendo mención además que siempre se ha sentido satisfecha y feliz con ser trabajadora social y ver el impacto que ha provocado el ejercicio de la profesión en la comunidad. Lo anterior se relaciona con lo planteado por Richard Lazarus, quien afirma que “comprender las emociones propias o ajenas es comprender las maneras en que las personas interpretan la importancia de acontecimientos cotidianos en sus vidas y cómo estos acontecimientos afectan a su bienestar personal” (citado en Cerros, 2016, p.80). Es por ello que la situación actual de pandemia por COVID-19 tiene gran relevancia para las entrevistadas, quienes visualizan el escenario actual mayoritariamente con temor, lo que podría estar afectando su salud emocional al estar sometidas constantemente a situaciones de preocupación ante un posible contagio. Además, se debe tener presente según Lazarus que “son los significados que le damos a los acontecimientos los que nos hacen sentir diversas emociones” (citado en Cerros, 2016, p.80), por lo que las entrevistadas estarían mayoritariamente vinculando el contexto actual con un significado negativo y solo una de ellas como un desafío constante, dando cuenta de su capacidad adaptativa que facilita el desempeño de su profesión.

4.4.2.1 Significados que ha tenido desempeñarse en un Centro de Salud durante esta crisis sanitaria a nivel profesional

El presente sub eje temático tiene relación con el significado a **nivel profesional** que ha tenido desempeñarse como trabajadoras sociales en el Centro de Salud durante la pandemia por COVID-19, entendiendo por significados el sentimiento y sensación que genera el espacio socio-sanitario para el desarrollo de la profesión en un contexto inédito, siendo estos significados otorgados por las entrevistadas al visualizar la **crisis**

sociosanitaria como un desafío para la profesión. Es decir, la pandemia se presentó como un escenario desconocido ante el cual existía un miedo generalizado, tanto como en los profesionales como en la población en general, pero que para las trabajadoras sociales entrevistadas, fue un desafío el poder adaptarse, el aprender constantemente de los demás profesionales para ir enriqueciendo su quehacer, tal como indica la entrevistada número siete: “(...)tremendo crecimiento a nivel profesional, porque nuestra profesión se va eh, enriqueciendo de los aprendizajes que uno va aprendiendo de todas las áreas porque uno finalmente uno va entendiendo con el desarrollo que todas las profesiones y que todos los conocimientos te sirven”. También el ser un profesional vital en el proceso debido a su vinculación con los sujetos y familias, por lo que existía “(...) Harta responsabilidad, y compromiso con la profesión y con los pacientes” (Entrevistada dos), una gran responsabilidad con la comunidad, de ser profesionales que de manera integral lograran adaptarse a las circunstancias, aprender y desplegar sus esfuerzos en pos de enfrentar una pandemia de tales magnitudes.

Es por ello que, debido a su constante relación con la comunidad, el campo de intervención en situaciones de emergencia o catástrofes es para los/as trabajadores/as sociales un escenario que como profesionales “(...) atienden en primera instancia las situaciones en las que las personas se ven desbordados en sus capacidades de respuesta a situaciones diversas de amenaza o traumáticas donde su autonomía, su salud, su seguridad, incluso su vida, queda comprometida” (Colegio Oficial Trabajo Social de Castilla - La Mancha, s. f.). Ante esto es que la profesión del Trabajo Social está llamado a contribuir de manera integral en las situaciones de crisis o emergencias que afecte a un grupo de personas o a un número importante en la sociedad, obligando la movilización de recursos que permitan una respuesta eficaz ante las necesidades que presente la población en términos materiales o psicosociales, por lo que los/as trabajadores/as sociales deben actuar sobre estos contextos, incluso cuando son escenarios desconocidos que se presentan como un desafío importante para la profesión.

Un segundo significado otorgado a la experiencia profesional durante la crisis sociosanitaria es el **reconocimiento del rol y el aporte de la profesión en el ámbito sanitario por parte de la comunidad en tiempos de crisis**, principalmente porque las entrevistadas mencionan que “(...) a nivel profesional eeh... nos reconocen y nos dan la importancia.”(entrevistada dos) y la entrevistada cuatro pone énfasis en la importancia que tienen para la comunidad en el presente periodo “(...) al principio la gente pedía hablar con el médico y después con el asistente social, los dos pilares que tenía el ingreso al consultorio, nos convertimos en un médico social así lo veía yo (...) la labor nuestra fue dura y fue primordial en los primeros meses sin duda”. Al realizar

los/las trabajadores/as sociales el primer acercamiento entre la comunidad y el Centro de Salud al *“orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y/o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida”* (Rodríguez, Loor, & Anchundia, 2017), se convirtieron en un importante pilar para sostener la atención de los usuarios, que a partir de la pandemia se vieron afectados debido a la pérdida de las fuentes laborales y largos confinamientos, por lo tanto ante esa orientación que entregaron los trabajadores/as sociales, fueron valorados aún más por las familias y comunidad del sector donde se ubica el Centro de Salud.

Este actuar de las profesionales entrevistadas responde también a uno de los pilares del Modelo de Atención Integral en Salud, de realizar una atención centrada en las personas que considere sus necesidades y expectativas desde su forma de definir las y priorizarlas, estableciendo una corresponsabilidad del cuidado de la salud de las personas y familias, que dentro de las Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria hechas por el MINSAL, consideran como objetivo de este pilar

Establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas, establecer relaciones de confianza y de ayuda, facilitar el acceso de la población a la atención de salud y asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables. (2013)

Lo anterior ha sido abordado por las profesionales entrevistadas y que las posiciona como un profesional valorado por la comunidad, debido al aporte que ha cumplido durante la pandemia por COVID-19 dentro de los Centros de salud, lo que les otorga un reconocimiento no solo desde los usuarios sino también desde los demás profesionales que se desempeñan en el lugar.

Por último, las entrevistadas sostienen que desempeñarse en APS durante la pandemia ha significado un proceso de **reconocimiento de habilidades sociales y técnicas para enfrentar contextos complejos**, lo cual se traduce en la identificación de las **competencias profesionales del trabajador/a social en tiempos de crisis**, las cuales la entrevistada se las manifiesta como *“(...) resolver conflictos, manejar pugnas de poder, eh... a buscar líderes significativos que te pueden ayudar, pero que igual esa metodología igual (...) implica reorganizarse todo el rato, hay que aprender a reconstruir todo de nuevo con los equipos, con la comunidad, con las personas, entonces yo creo que con la profesión si tienes esa herramienta que no tienen las otras*

profesiones, que es poder lidiar con el conflicto humano, con las personas y saber aguantar el conflicto”.

En este sentido, el Colegio Oficial Trabajo Social de Castilla - La Mancha ofrece una aproximación teórica de las funciones de los trabajadores/as sociales en concordancia de tres momentos frente a una emergencia: preemergencia, impacto y post emergencia, donde en la primera de ella destaca la organización y preparación para afrontar el impacto del evento, planificación de la intervención según tipos de riesgos, educación en autoprotección y prevención de riesgos y la creación de planes de emergencia y comunicación a la población con un lenguaje comprensible, situaciones en que se necesitan de las herramientas y habilidades que posee el/la trabajador/a social para afrontar las diferentes intervenciones en situaciones de crisis y emergencia como lo ha sido la pandemia COVID-19. Ante la cual, desde la experiencia de las trabajadoras sociales entrevistadas, el escenario socio-sanitario se presentó desde un horizonte incierto, del cual no existen directrices claras para el control de la pandemia, ya que en función de sus relatos, cada centro de APS planifica sus propias estrategias de trabajo, siendo la gestión comunal y el trabajo en red con los diferentes servicios los que les permitió sobrellevar la pandemia.

4.4.3 Desafíos profesionales que han enfrentado durante la crisis sanitaria por COVID-19 en los centros de Atención Primaria de Salud.

Los desafíos profesionales para el Trabajo Social se centran en la construcción de la realidad social en la cual se encuentra inserta la población, siendo la realidad y particularidad de cada espacio la que permite la construcción de planes de intervención, por ello, la entrevistada número tres expresa *“que me he tenido que adaptar para ver cómo se lleva a cabo cierto proceso”*, a lo cual la entrevistada número dos menciona *“la otra parte más administrativa de dar las horas también eeh... y explicarle a los pacientes que no estamos realizando atenciones presenciales para evitar los contagios y a veces a ellos les cuesta un poco entender, y para poder resolver sus inquietudes uno le hace el... se cambió la, las... atenciones presenciales por atenciones telefónicas”*, siendo la crisis socio-sanitaria por COVID-19 un escenario inédito para el desarrollo de la profesión en los centros de APS, por lo cual, el Colegio Oficial Trabajo Social de Castilla - La Mancha (s.f.) enuncia que la profesión se encuentra en un proceso de intervención denominado Gran Emergencia y/o Catástrofe (GES), entendida como:

El tipo de emergencias que afecta a un considerable número de personas y, además, obliga a la movilización y coordinación de unos considerables

recursos para así ofrecer una respuesta adecuada. Estos tipos de emergencias sociales generan un gran número de situaciones de necesidad psicosociales y los profesionales del Trabajo Social tenemos el deber y la obligación de canalizarlas adecuadamente.

Siendo las categorías detectadas en el relato de las entrevistadas por una parte, la necesidad de **apertura, adaptabilidad y flexibilidad profesional**, y por otro lado, haciendo referencia a las principales problemáticas identificadas en los territorios, tales como la **exacerbación de la pobreza y la precariedad económica**, así como también **aumento de la violencia en distintas expresiones de la población destinataria**, donde la entrevistada número tres expresa que *“nosotros tenemos una capacidad de organización de planes intervenciones, (...) trabajar metodológicamente (...) de aprender si es necesario sobre patología para poder apoyar a los grupos familiares, (...) en este contexto de salud yo creo que somos súper imprescindible entonces”*, permitiendo desde la labor profesional realizar un proceso de actuación situado que incide significativamente en el desarrollo de la personas, siendo la profesión un medio articulador que entrega las herramientas necesarias para la transformación de los espacios sociales, a lo cual Herrero (2012) postula que desde la APS se sitúa sobre tres pilares básicos.

En primer lugar, se debe tener en consideración y tener claras cuáles son las funciones que se pueden desempeñar dentro del rol profesional, en segundo momento analizar las situaciones en las que se puede intervenir y, por último, el proceso de evaluación y sus componentes.

Por otro lado, las profesionales entrevistadas revelan la identificación de otros desafíos en la relación existente con el equipo de APS, siendo posible encontrar categorías como las **nuevas formas de relacionarse entre los miembros del equipo y la comunidad** y, la **lucha por la reivindicación del Trabajo Social** en el área de salud pública, donde la entrevista número seis resalta que *“al principio todos los médicos presionando porque tú no ibas a saber manejarlo, pero aquí llevamos 6 meses de contingencia”* siendo las labores de jefatura y encargada de sector las que constan con mayor estigma frente al desafío de crisis socio-sanitaria por COVID-19 desde las jefaturas de los centros de APS por parte de distintos miembros de los equipos de cabecera, donde la entrevista número seis recalca que *“hay ahí como una pugna que te quieren poner a prueba todo el rato, de que uno no es tan clínico, no sé de qué uno no se va a lavar bien las manos, de que uno no va a filtrar bien la información, y ahí sí que hay una pelea eterna”, “(...) con los compañeros así, hay que hacer un esfuerzo por años ponerle eh, el tema social, la mirada amplia, integral y eso como que se ha ido a las pailas”*, comprendiendo que bajo el planteamiento de las entrevistadas que

ejercen algún cargo de jefatura, destacan que los equipos de APS aún mantiene una mirada arraigada al modelo biomédico, invisibilizando la labor social de los profesionales en los centros de APS, siendo que la labor profesional mantiene una implicancia significativa en los procesos de intervención de los centros de salud pública, ante lo cual Solera y Tárrega (2020) señalan que el primer nivel de atención asume responsabilidades sanitarias, donde desde el Trabajo Social implica:

1. Capacidad de resolución: equipos interdisciplinarios que garantizan acceso a servicios de calidad.
2. Conocimiento de la población: prioridades de salud y singularidades (caracterización socioeconómica, pertinencia cultural, riesgos particulares y factores protectores).
3. Conocimiento del territorio: dinámica comunitaria, riesgos y recursos. Identificación temprana y
4. Clasificación del riesgo (individual, familiar y comunitario) y estrategias de atención: planes de cuidado, gestión de casos, autoayuda, entre otros.

Dicho lo anterior, es que se presenta necesario realizar un trabajo conjunto a los equipos del centro de APS, entendiendo bajo el planteamiento de la entrevistada número siete que *“era súper necesario irnos apoyando emocionalmente entre todos, o sea de generar estas instancias donde uno pudiese con los dentro de... dentro del distanciamiento y la sobrecarga de trabajo”*, permitiendo de esta forma realizar un trabajo en red, no tan solo con los equipos externos al centro de salud, sino, bajo el reconocimiento del mismo equipo de trabajo bajo los desafíos, enfoques, capacidades y recursos que se disponían para el trabajo con las diversas poblaciones destinatarias.

4.4.3.1 Desafíos profesionales para el Trabajo Social que proyecta post pandemia en Atención Primaria de Salud.

Debido a la pandemia y como se ha mencionado durante el análisis de la información obtenida por las entrevistadas, estas han tenido que adaptar sus funciones cotidianas para dar respuesta a las necesidades de la población, no obstante, este periodo de crisis sociosanitaria también ha llevado a replantearse los desafíos profesionales para los trabajadores sociales que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud post pandemia, donde las entrevistadas mencionan tres temáticas a abordar, las cuales son los **efectos en la salud mental de la población producto de la pandemia**, la **incorporación de canales virtuales de atención con la población a cargo como parte de la estrategia de atención**, y la **recuperación de la mirada biopsicosocial** en las intervenciones, los cuales se analizarán a continuación.

Con respecto a los **efectos en la salud mental de la población producto de la pandemia** es menester considerar que “Chile presenta condiciones sociales de riesgo que acrecientan el impacto de la crisis sociosanitaria actual, como la desigualdad social, la alta desconfianza en las instituciones, situaciones previas relacionadas a desastres socio naturales”, entre otros, experiencias vitales que causan graves sufrimientos psicológicos y sociales a la población afectada, “amenazando la paz, los derechos humanos, el desarrollo de niños y niñas, y el desarrollo del país” como lo señala la Mesa Social COVID-19 (2020, p.4-16). Referido a esta temática, la entrevistada número dos señala que *“vamos a tener bastantes pacientes, desde niños, pasando por todo el ciclo vital, niños, adolescente, adulto, adulto mayor, porque vamos a tener que eeh... sostener a las personas debido a las crisis que han pasado, tanto duelos de personas (...) que han fallecido por COVID (...) o de temas más existenciales”*, teniendo que apoyar y acompañar a personas que enfrenten situaciones que hayan generado estrés postraumático, trastornos adaptativos, entre otros problemas de salud mental, lo cual se debe al importante tiempo de confinamiento el cual limitó el contacto con los seres queridos, la pérdida de personas significativas, la pérdida importante de fuentes laborales, el aumento de violencia intrafamiliar, la experimentación de estrés con motivo de estudiar y trabajar a distancia, por lo que, como señala la Mesa Social COVID-19 y la Universidad de Chile a través de Comunicaciones FCFM “El componente psicosocial debiese convertirse en un eje transversal prioritario que impregne todas las actuaciones en la situación de emergencia para el abordaje efectivo de la pandemia y la disminución de sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo” (2020, p.16), para lo cual se requiere del protagonismo de la Atención Primaria de Salud y de los distintos actores que componen los territorios, sin olvidar la urgencia que requiere el cuidado de la salud mental de quienes han conformado los equipos multidisciplinarios de salud que han ido en respuesta de las necesidades de la población, y para ello es imprescindible *“invertir en un presupuesto de salud mental que sea más que el que tenemos ahora, que es menos de un 2%. Nosotras aspiramos a que sea de un 6% del presupuesto de salud para salud mental”* (Comunicaciones FCFM, 2020).

Referente a la segunda temática es importante señalar que la globalización ha traído consigo procesos de cambio que se han visto impulsados por la tecnología e hiperconectividad, lo cual es atrayente para la población, donde se puede observar que un número importante de chilenos cuenta con acceso a un elemento tecnológico que permite la comunicación entre personas. No obstante, las atenciones de salud mayoritariamente se llevan a cabo de manera presencial, siendo los centros de salud donde el profesional y el paciente interactúan en pos de ir en ayuda de este último, por

lo anterior es que debido al surgimiento de la crisis sociosanitaria los profesionales han visto las limitaciones que ello ha originado, considerando relevante la **incorporación de canales virtuales de atención con la población a cargo como parte de la estrategia de atención**, donde la entrevistada número cuatro menciona que es necesario *“capacitarnos en la utilización de plataformas, pero quedar perito en plataformas de todos los tipos habidos y por haber y que haya una comunicación por medio de las plataformas, efectivas de cuando tú la utilizas”*. Lo anterior se hace imprescindible puesto que los grupos de riesgo o adultos mayores son quienes producto de la pandemia debieron dejar de asistir a sus controles médicos, lo que pudieron eventualmente perder medios de contacto al no tener un mayor manejo de las redes sociales y tecnologías del momento, por lo que la entrevistada señala el hecho de capacitarse para poder educar a la vez a la población en plataformas digitales y lograr de esa manera una mayor interacción con quienes no poseen un conocimiento acabado sobre el uso de estos. Por lo anterior, es importante tener presente que la utilización de los canales virtuales se asume como medios y no fines de la intervención, por lo que la meta *“no es otra que la integración de servicios para aumentar la salud y la calidad de vida”* (Organización Panamericana de la Salud, 2011, p. 156).

Referente a lo anterior, es importante también señalar que a partir del escenario actual es que se evidencia una nueva desigualdad social, contexto en el que se presupone que la totalidad de la población cuenta con internet ilimitado y manejo de la tecnología, hecho que está muy lejos de la realidad chilena, teniendo en cuenta que parte importante de la población no cuenta con conocimiento y acceso a las plataformas digitales, quedando a la deriva en mayor grado los adultos mayores, quienes no tienen un manejo acabado de las redes sociales, experimentando estos una desvinculación producto de una realidad homogeneizante, la cual exhibe a una sociedad hiperconectada, con un acceso importante a las plataformas digitales. Producto de lo mencionado es que no se puede generalizar que las atenciones se vuelquen a lo virtual teniendo presente las diferentes barreras de acceso con la cual la población en el contexto de crisis sociosanitaria ha debido lidiar, además de tener en cuenta que para un grupo de la población seguirá siendo la atención presencial el medio que les posibilite obtener una atención.

El último desafío visualizado por las trabajadoras sociales para la Atención Primaria de Salud post pandemia es la **recuperación de la mirada biopsicosocial**, siendo relevante tener en consideración en la intervención del sujeto, sus factores psicológicos y los factores sociales que le rodean para comprender su problemática, teniendo en cuenta que son los contextos sociales los que impactan en la salud de la población como se ha mencionado en el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud. Es a partir del

presente postulado que la entrevistada número seis señala que *“desde el punto de vista social en APS es que lo social en general por la mirada de los otros eh eh... los otros compañeros del CESFAM se ha minimizado mucho lo social ya, entonces el trabajo que uno llevaba años he como eh teniendo una mirada más amplia con los compañeros se ha visto limitado (...) lo que se había avanzado en sensibilizar a los los equipos con una mirada más integral se ha perdido”*, dejando en evidencia por parte del equipo de salud el retroceso de la mirada biopsicosocial en las consultas, enfocándose en el malestar físico sin poner atención a elementos que rodean la enfermedad.

En relación a ello es que el enfoque biopsicosocial considera que las enfermedades no solo se producen por factores biológicos, sino que es un conjunto de causas los que dan origen a una situación conflictiva, por lo que se debe tener presente aspectos que considera relevante el Trabajo Social al intervenir en salud como *“factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad”* (Ituarte, 1992), para lo cual el conocimiento de la realidad de cada sujeto es fundamental entendiendo que *“este proceso lleva implícito estudiar al usuario e identificar las redes de relaciones (familia, institución, situación de marginación o exclusión)”* (Rodríguez, Loor, & Anchundia, 2017).

Ante ello, Alfredo Carballeda expone que

los trabajadores sociales sabemos que, como toda enfermedad, el COVID-19 es una enfermedad social, es decir que no puede ser pensada sólo desde la medicina, la biología o los efectos psicológicos. De allí que lo social la atraviesa totalmente, dándole sentido, heterogeneidad y diferente impacto, tanto a nivel singular como territorial.

(2020, p.1)

Teniendo presente lo dicho por Carballeda es que el escenario actual de crisis sociosanitaria trae consigo diversas expresiones sociales, impactando de diferentes maneras sobre la población, donde parte de ésta ha visto cómo confluyen un conjunto de problemáticas las cuales dificultan en mayor medida su situación, determinantes sociales que condicionan las experiencias de estos, visibilizando desigualdades e inequidades con las cuales tienen que lidiar día a día.

Capítulo V: Conclusiones

Recogiendo la pregunta de investigación planteada al inicio del presente seminario **¿Cuál ha sido la experiencia de los y las trabajadoras sociales que se desempeñan en la atención primaria de salud frente al contexto de crisis sanitaria por pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana?** es posible responder, considerando que la experiencia de las trabajadoras sociales entrevistadas ha sido mayormente una experiencia de incertidumbre debido al desconocimiento del nuevo contexto en que se encuentran desempeñando sus labores, donde enfrentarse a una pandemia que implicó una desestabilización a nivel mundial y a nivel nacional, generó un escenario inédito que dejó en jaque las actividades y funciones que ellas realizaban en su cotidianidad, no solo a la profesión, sino que a todo un equipo de salud, a todo un país y a nivel global. La experiencia de incertidumbre trajo consigo también un sentimiento constante de temor debido a la amenaza que significaba trabajar en primera línea enfrentando la pandemia y contraer un posible contagio por COVID-19 lo cual podría afectar directamente al grupo familiar de las trabajadoras sociales y a ellas mismas.

En términos positivos es posible rescatar que la experiencia de desempeñarse en la Atención Primaria de Salud frente al contexto de crisis sanitaria por pandemia de COVID-19 también les significó un importante desafío para ellas como trabajadoras sociales, ya que como la pandemia se presentó de manera abrupta y desconocida, existe una incertidumbre ante el actuar profesional, por lo que fue un desafío importante poder adaptarse al escenario, aprender sobre la marcha como direccionar los esfuerzos para combatir los efectos sociales de la pandemia, además de la importancia de su rol debido a su constante vinculación con los sujetos y familias. Desde ello, se visualiza una mayor responsabilidad con la comunidad para ser profesionales que de manera integral, logren adaptarse a las circunstancias, aprender, gestionar y desplegar todos sus esfuerzos y habilidades en función de apaciguar una crisis sociosanitaria de tales magnitudes. Este desafío profesional también dejó en evidencia las habilidades sociales y técnicas para enfrentar contextos complejos que poseen las trabajadoras sociales, competencias que parecen ser desarrolladas mayoritariamente por el Trabajo Social, como la de resolución de conflictos, ejercicio del liderazgo, capacidad de reorganización constante y trabajar con las personas en su propio territorio acogiendo las necesidades e inquietudes desde la fuente primaria, son habilidades que salieron a flote en este contexto de pandemia y dejaron en evidencia las grandes capacidades que son requeridas para el Trabajo Social en salud.

En cuanto a dar respuesta a los objetivos específicos del presente estudio, considerando que el primero buscaba **indagar respecto de los roles que han desempeñado los trabajadores sociales de Atención Primaria de Salud durante la crisis sanitaria por COVID-19**, es posible dar cuenta que en base a la flexibilidad y la urgencia que presenta el escenario, las trabajadoras sociales tuvieron que interrumpir su labor cotidiana teniendo que enfocarse principalmente en ser un apoyo directo a la gestión de la crisis sociosanitaria por COVID-19, lo que está en directa relación con los usuarios y la comunidad afectada por la pandemia e implica ir desarrollando labores como el seguimiento de pacientes COVID positivo, visitas domiciliarias a pacientes contagiados, educación a la población en medidas sanitarias, apoyo en la selección de la demanda y trazabilidad de casos asintomáticos. Por otro lado, también el contenido de las atenciones dio un giro en este contexto, ya que desde el inicio de la pandemia las trabajadoras sociales han acudido a la resolución de dudas con respecto a los beneficios estatales entregados por el gobierno para mitigar la crisis económica de la población. Otro de los grandes roles, que si bien antes ya era parte de sus quehaceres profesionales, en este contexto fue tomando un sentido diferente en función de la pandemia es la coordinación con la red, ya sea a través de la coordinación con el intrasector para seguimiento de casos COVID-19, siendo las trabajadoras sociales un puente directo entre el Centro de Salud donde se desempeña y la atención secundaria y terciaria de la red de salud pública, también estaban a cargo de la coordinación con el intersector, ya sea la coordinación con el Municipio y Organizaciones no gubernamentales (ONG), entre otras, además de mantener una coordinación comunitaria entre el Centro de Salud y la comunidad, que permitiera llevar a cabo diferentes acciones en pos de trabajar con las familias a través de líderes comunitarios o juntas de vecinos y obtener mayor información sobre la situación del territorio.

En cuanto al segundo objetivo específico que busca **develar el significado que ha tenido para los y las trabajadoras sociales desempeñarse en Centros de Atención Primaria de salud en contexto de crisis sanitaria por pandemia por COVID-19**, a nivel personal ha significado un amenaza constante a su salud y la de su grupo familiar producto de un posible contagio mientras llevan a cabo sus responsabilidades laborales, pero también ha significado una gran satisfacción personal poder ser parte del Centro de Salud en un contexto tan complejo como lo es la pandemia y poder aportar desde sus conocimientos y experiencia a la población y al equipo de salud. A nivel profesional para las entrevistadas ha significado un desafío, ya que por primera vez en sus años de ejercicio profesional se enfrentaban a un escenario de estas magnitudes, donde se vio afectado todo un país, donde se tomaron medidas drásticas y ellas como profesionales tuvieron la difícil tarea de adaptarse y adaptar todos sus quehaceres en función de este complejo contexto para intentar dar respuesta a la complejidad del escenario.

El tercer objetivo específico propuesto fue **reflexionar acerca de los desafíos presentes y futuros que presentan los y las trabajadores sociales en su ejercicio profesional durante la crisis sanitaria por COVID-19 en Atención Primaria de Salud**, se reconoce como desafíos presentes en sus testimonios la necesidad de adaptación y flexibilidad profesional, para enfrentarse a este nuevo escenario, para poder realizar funciones que no estaban dentro de sus labores en la cotidianidad y para ser flexibles ante actividades que en muchas ocasiones no podían ser realizadas debido al riesgo de contagio que implican, tales como las visitas domiciliarias o entrevistas personales. Otro desafío profesional presente fue en la relación con el equipo multidisciplinario del Centro de Salud, donde se adoptaron nuevas formas de relacionarse entre ellos debido a las medidas preventivas de contagio, pero uno de los más importantes, sin duda fue la lucha por la reivindicación del Trabajo Social en el área de salud pública, ya que en muchas ocasiones su sentir fue que su labor dentro del Centro de Salud era imprescindible y que ellas como profesionales de lo social deben valorar su trabajo y ser líderes significativos dentro del equipo, ya que poseen capacidades innegables para el manejo y vínculo con la población, siendo su labor muy significativa en estos espacios y con la comunidad, además del manejo de enfoques propios de la formación profesional, como lo es el enfoque de derechos, de riesgo y de determinantes sociales.

En cuanto a los desafíos futuros que tiene la profesión desde el testimonio de las entrevistadas, se identifican como aspectos prioritarios los efectos en la salud mental de la población producto de la pandemia, esto considerando que puede existir un alto nivel de estrés post-traumático, depresión debido al confinamiento, ansiedad, crisis de pánico y diversas enfermedades que puedan afectar a la salud mental de los sujetos a partir de lo vivido a nivel mundial y nacional por el COVID-19. Un segundo desafío profesional a futuro, se presenta la necesidad de incorporar canales virtuales de atención con la población a cargo, ya sea a través de videollamadas o contacto telefónico, ya que la pandemia impactó en la atención presencial y en la cercanía del profesional y los sujetos al tener que mantenerse confinados y mantener un distanciamiento social, por lo que implementar como estrategia de atención los canales virtuales permite descongestionar los Centros de Salud y realizar un seguimiento continuo a las personas, pese a las circunstancias. Por último la recuperación de la mirada biopsicosocial en las intervenciones es parte de los desafíos post-pandemia que se proyectan, ya que durante la crisis sociosanitaria dentro de los Centros de Salud la atención se volcó mayoritariamente a una mirada biomédica, a la atención de síntomas y diagnósticos positivos o negativos, pero se postergó, quizás por la misma emergencia que se desata en cada minuto, la mirada social de las enfermedades, considerando un enfoque más integrativo para atender las complejidades de las familias; siendo un desafío que posterior a la pandemia la mirada biopsicosocial pueda volver a conciliarse y trabajar las diferentes áreas para atender a los sujetos, para que en futuras situaciones de similares características el abordaje pueda ser distinto.

En correlación a lo expresado con anterioridad, como equipo investigador es necesario develar tres principales hallazgos detectados mediante el relato sostenido por las trabajadoras sociales entrevistadas, permitiéndonos de este modo reflexionar sobre la experiencia de las trabajadoras sociales en los Centros de Atención Primaria de Salud frente a la crisis sanitaria por COVID-19, teniendo estos hallazgos relación directa con los desafíos que visualizan las profesionales, las tensiones y la mirada social esbozada para el control de la crisis sociosanitaria, tras la participación de la profesión bajo la mirada integral del territorio, por lo cual podemos señalar que:

Primeramente se visualiza una tensión constante entre el Trabajo Social con las demás profesiones correspondientes al área biomédica insertas en los centros APS, existiendo un cuestionamiento al actuar profesional bajo el argumento de la escasa formación clínica para la inserción de la profesión en los centros de atención de salud pública, lo cual generaliza una invisibilización y puesta a prueba constante de la profesión en el área de salud, a sabiendas que la profesión mantiene una ligadura extensa respecto a su origen profesional desde el modelo biomédico (Molina, 2006), lo cual dificulta un actuar profesional bajo la mirada integrativa del Trabajo Social, siendo un obstáculo para el desarrollo del MAIS en la red de APS. Es decir, la mirada biomédica bajo el desarrollo de la pandemia intenta recuperar espacios frente al trabajo constante que se venía realizando por parte de los trabajadores sociales desde la década del 90' a través de la implementación y cambio a un enfoque social comunitario de la atención de salud indicado por el Ministerio de Salud.

En consiguiente, la labor profesional del trabajador social en los centros de APS en el rol de atención directa, se visualiza de manera funcional cuando el profesional de las ciencias sociales es parte de un determinado programa o cuando ejerce sus funciones dentro de los equipos de cabecera, aportando desde sus áreas de competencia y especificidad, obteniendo el reconocimiento de las demás profesiones como miembro del equipo. No obstante a ello, la tensión aumenta cuando el trabajador social ejerce funciones de la jefatura dentro de la estructura organizacional del centro de APS, siendo la profesión y las competencias asociadas cuestionadas por el personal de salud y área médica para la gestión de los centros de APS, desencadenando que esta tensión se visibilizara aún en mayor medida bajo la coordinación de los profesionales para la organización de la atención en tiempos de pandemia bajo las directrices del área clínica-social que mandata el MAIS dentro de la red de Atención Primaria de Salud .

En segundo lugar, dentro de los hallazgos develados por el equipo investigador se encuentra la escasa mirada crítica y reflexiva con la cual se desarrolla el proceso de actuación profesional, existiendo una tendencia a la mecanización de las distintas actividades y prestaciones encomendadas, siendo lo anterior visualizado mayormente en las profesionales de atención directa parte de los equipos de cabecera, así como también bajo funciones de

implementación de programas o áreas específicas. Lo anterior, está directamente relacionado con el punto anterior, ya que al existir una tensión constante frente al proceder de la profesión en el área clínica, es posible inferir que las profesionales se limitan a realizar la labor mandatada sin mayores cuestionamientos, la cual si bien les ha permitido el reconocimiento de la población por su vinculación permanente y cercana, dificulta tomar una postura crítica frente a los procesos de intervención desde la mirada biopsicosocial. Es decir, su actuar profesional se ve condicionado por las mismas limitaciones que las profesionales se imponen para no entrar en conflicto con el área biomédica, dejando de lado las bases del MAIS como parte esencial del actuar profesional del Trabajo Social en los centros APS. Por otro lado, las trabajadoras sociales que ejercen labores de jefatura, como se ha señalado a través del presente estudio, por lo general poseen otro perfil que permite el desarrollo de la mirada integral en la gestión de la diversidad de profesionales que componen los equipos de cabecera, permitiendo realizar un proceso de actuación profesional mayormente fundado, situado y reflexivo, bajo diferentes enfoques y la mirada de DDS, generando una implicancia mayormente significativa en el desarrollo del sujeto y el espacio social en el cual ve inserta la población.

Por último, dentro de los desafíos futuros que enfrenta la profesión en la APS se centra en la salud mental de la población a cargo, así como también de los diferentes profesionales que son parte de la red primaria de atención de salud pública, siendo estos últimos quienes mantienen una alta carga laboral y de estrés respecto a sus funciones para el control de la pandemia, por lo cual existen altas probabilidades de aumento de cuadros de salud mental asociados a estrés, duelo, cansancio, entre otros factores que se desencadenaron en la población producto del Covid-19. En este sentido, será relevante la planificación y organización de los centros de APS para dar respuesta a esta demanda. Un grupo esencial sobre el que poner atención es la población adulta mayor, presentándose como un desafío considerable para la atención de salud si consideramos que Juárez, Verá, Merino, Gómez, Felman, y Hernández (2014) señalan que las enfermedades de salud mental son invisibilizadas y/o ridiculizadas por gran parte de la población. Lo anterior, desde el equipo investigador se percibe desde dos aristas, la primera, donde es posible develar ya un colapso en los COSAM y otros centros de APS que mantienen dentro de su estructura la atención de patologías de la salud mental y, en segundo lugar que; existe una alta tasa de población que no mantiene un control y/o seguimiento de su situación mental, lo cual constata a una gran parte de la población que requiere un tratamiento estable bajo un acompañamiento que no se está desarrollando por la negación y/o estigmas que aún rodean a la salud mental en la población chilena.

En conclusión, el Trabajo Social en una profesión que integra las funciones específicas de la salud pública (FESP), permitiendo bajo su mirada situada, reflexiva y crítica construir mayores espacios de participación en los territorios que comprenden los diferentes centros

de APS, manteniendo bajo sus líneas de acción la mirada que impulsa el MAIS para garantizar una adecuada atención bajo el enfoque social comunitario de la salud pública, permitiendo el reconocimiento homogéneo de la profesión dentro de los espacios del área clínica y, si bien la profesión mantiene un desafío latente frente a su posicionamiento en la salud primaria, este proceso investigativo desarrollado permitirá contribuir como parte de los primeros aportes a la bibliografía del actuar profesional en la red de salud pública, enmarcando las experiencias de los profesionales de diferentes zonas geográficas de la RM en contexto de pandemia por COVID-19, permitiendo plasmar los principales hallazgos reconocidos frente el contexto socio-sanitario desarrollado por el Trabajo Social para la contribución en las FESP del modelo chileno.

Referencias bibliográficas

- Abreu, M. C. (2009) *El Trabajo Social Sanitario en la Atención Primaria de Salud*. Cuadernos de Trabajo Social.
- Abad, G. Castillo, A. (1991). *Cuadernos de Trabajo social. Capítulo: Las funciones del trabajador social en los Equipos de Atención Primaria del Insalud*. Madrid: Universidad Complutense.
- Alayon, N. (1987). *Definiendo al Trabajo Social*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000054.pdf>
- Alvarado, R. (2020). *Desigualdades de la cuarentena: “Hoy quedarse en casa es un lujo*. Universidad de Chile.
- Andreú, (2018). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Recuperado de: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Arancibia, L. Cáceres, G. (2011). *La reflexividad como dispositivo crítico en la práctica del trabajo social*. Revista de investigaciones en intervención social. ISSN:2013-6757
- Artaza, P. Candina, A. Esteve, J. Folchi, M. Grez, S. Guerrero, C. Martínez, J. Matus, M. Peñaloza, C. Sanhueza C. y Zavala, J. (2019). *Chile despertó: Lecturas desde el estallido social de octubre*. Universidad de Chile.
- Arroyo, E. Ramos, R. Sanchez, G. Velasquez, K. (2012). *Funciones laborales del Trabajador social*. Veracruzana: Universidad Veracruzana Facultad de Trabajo Social. Recuperado de <https://www.uv.mx/personal/eperry/files/2011/05/EVIDENCIAS-INVEST.-CUANTITATIVA-FUNCIONES-DEL-TRABAJADOR-SOCIAL-EN-EL-AMBITO-LABORAL.pdf>
- Bajoit, G. (1997). *El Oficio del Asistente Social*. Revista de Trabajo Social perspectiva, notas sobre la Intervención y acción social.
- Banco Mundial. (2020). *La COVID-19 (coronavirus) hunde a la economía mundial en la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial*. Recuperado de

<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>

- Barria, F. (2020). *Los otros brotes epidémicos que preocuparon a la OMS durante el 2020*. Recuperado el 09 de diciembre de 2020 de: <https://www.biobiochile.cl/noticias/salud-y-bienestar/cuerpo/2020/12/09/los-otros-brotes-epidemicos-que-preocuparon-a-la-oms-durante-2020.shtml>
- Berrios, S. Gutiérrez, M. Mayorga, M y Urrutia, M. (2014). *Métodos óptimos para determinar validez de contenido*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Biblioteca Nacional de Chile. (2006). *El gobierno de la Unidad Popular (1970-1973)*. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-31433.html>
- Bolívar, A. (2012). *Metodología de la investigación bibliográfica narrativa: Recogida y análisis de datos*. Universidad de Granada, España.
- Borja, C., García, P., & Hidalgo, R. (2011). *El enfoque basado en Derechos Humanos: Evaluación e Indicadores*. Recuperado de <https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Evaluaci%C3%B3n/EvaluacionEBDH%20+%20NIPO+%20logo.pdf>
- Carballeda, A. (2020). *Apuntes sobre la intervención del trabajo social en tiempos de pandemia de Covid-19*.
- Casanova, M. (2005). *Historia de la Asistencia Social en Europa*. Universidad de San Carlos de Guatemala. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/07/07_1783.pdf
- Casas, J. García, J y González, F. (2016). *Guía Técnica para la construcción de cuestionarios*. Centro Interdisciplinario de Investigación y Docencia en Educación Técnica. Núm. 6.
- Castillo, C. González, C. y Matute, I. (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Santiago: Universidad del Desarrollo. Recuperado de: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>

- CEPAL (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde America Latina*. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
- Cerros, E. (2016). *Una mirada hacia las emociones que experimentan los trabajadores sociales que atienden enfermos terminales*. Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención social. Guadalajara. México.
- Cervantes y Montoya, (2011). *Análisis categorial de las principales características temáticas y de desarrollo de tesis y tesinas del Programa educativo de Psicología Educativa Unidad Ajusco*. Recuperado de: <http://200.23.113.51/pdf/27830.pdf>
- Chan, M. (2008). *Regreso a Alma-Ata*. Recuperado de <https://www.who.int/dg/20080915/es/>
- Colegio Oficial Trabajo Social de Castilla- La Mancha. (s. f.). *El Trabajo Social en situaciones de Crisis, Emergencias y Catástrofes en Castilla La Mancha*. Recuperado de https://www.trabajosocialclm.com/assets/doc/participa/Doc1_Emergencias.pdf
- COLMED (2020). *Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia por COVID-19*. Recuperado de: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/06/Documento-APS-COVID19_FINALv2.pdf
- Comunicaciones COFAMYCO. (2020). *Desafíos de la APS chilena en el contexto de la pandemia COVID-19*. Recuperado de <http://famiarycomunitaria.cl/FyC/2020/03/30/desafios-de-la-aps-chilena-en-el-contexto-de-la-pandemia-covid-19/>
- Comunicaciones FCFM. (2020). *Especialistas analizan las consecuencias de la pandemia en la salud mental de los chilenos*. Recuperado de <https://www.uchile.cl/noticias/164653/especialistas-analizan-consecuencias-de-la-pandemia-en-la-salud-mental>

- Consejo General del Trabajo Social. (s. f.). *Portal del Consejo General del Trabajo Social -FITS- Federación Internacional de Trabajadores y Trabajadoras Sociales*. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/fits_federacion_internacional_trabajadores_sociales
- Díaz, L. Torruco, U. Martínez, M. Varela, M. (2013) *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. México: Facultad de Medicina, UNAM.
- Facultad de Medicina Universidad de Chile. (2018). *Declaración de Alma Ata, realizada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.medicina.uchile.cl/vinculacion/extension/declaracion-de-alma-ata>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2000). *Definición Global del Trabajo Social*. Recuperado de <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- Felman, L. Gomez, V. Hernandez, E. Juárez, A. Merino, C. y Verá, A. (2014). *Demanda/Control y la salud mental en profesionales la salud: Un estudio en seis países latinoamericano*. Recuperado de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/215>
- Figueroa, A. (1976). *Evolución del servicio social profesional en Chile, durante el periodo comprendido entre los años 1925 y 1975*. Valparaíso: Universidad de Chile, Escuela de Servicio Social.
- Fosco, C., & Zurita, F. (2020). *Pandemia, riesgo laboral y salud: las comunas más afectadas de la Región Metropolitana – CIPER Chile*. Recuperado de <https://www.ciperchile.cl/2020/07/09/pandemia-riesgo-laboral-y-salud-las-comunas-mas-afectadas-de-la-region-metropolitana/>
- Frenz, P. (2005). *Desafíos en la salud pública de la reforma, equidad y determinantes sociales de la salud*. Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 9.

- Fuentes-García, A. (2019). *El Clamor de las Inequidades: estallido social y salud en Chile*. Revista Universidad de Chile. Vol. 23. N2.
- Garcés, E. (2018). *Trabajo Social Sanitario haciendo camino al andar. Recorrido, Avances y Nuevos retos. Actas de trabajo social III*. Congreso de trabajo social de Aragón 2017, Zaragoza.
- Gepeese. (1970). *La Revolución Industrial (1760-1840)*. Recuperado de http://www.finanzasparatodos.es/gepeese/es/inicio/laEconomiaEn/laHistoria/r/evolucion_industrial.html
- Gómez, N. (2013). *Modelos*. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/Nicolasgomez/modelo-24783937>
- González, J. (2001). *El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: nuevas respuestas para viejos interrogantes*. Recuperado de: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/12862/file_1.pdf?sequence
- González, M. (2017). *Asistentes sociales y salud pública en Chile: identidad profesional y lucha gremial*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021195362017000200005&lng=es&tlng=es
- González, M. Zárate, M. (2019). *Trabajo Miseria y Recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política pública sanitaria chilena a mediados del siglo XX*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/article/scol/2019.v15/e2214/es/>
- Hadjez, E. (2013). *Superando el enfoque biopsicosocial para dar paso a los determinantes sociales y económicos de la salud en el modelo de salud familiar*. Valparaíso: Medwave. Recuperado de: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Enero-febrero2013/PDF/medwave.2013.01.5583.pdf>
- Hernández, I.; Alvarado, J. & Luna, M. (2015). *Creatividad e innovación: competencias genéricas o transversales en la formación profesional*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 44, pp 135-151.

- Hernández, R, Fernández, C y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc GRAW - HILL: Cuidada de México.
- Herrera, M. (2012). *Niveles de Atención de salud en Chile*. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/NataliaCMF/5-niveles-de-atencion-de-salud-en-chile-12492998>
- Herrero, I. (2012). *Los Trabajadores Sociales en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes*. Recuperado de <http://www.psicosocialyemergencias.com/los-trabajadores-sociales-en-situaciones-de-crisis-emergencias-y-catastrofes/>
- Instituto Nacional de estadísticas. (2020). *INE publica resultados de la Encuesta Nacional de Empleo del trimestre febrero-abril de 2020*. Recuperado de <https://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2020/05/29/ine-publica-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-empleo-del-trimestre-febrero-abril-de-2020>
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI.
- Madariaga, R. (1998). *Sismicidad de Chile*. Recuperado de http://www.geologie.ens.fr/~madariag/Papers/madariaga_FT10.pdf
- Marín, M. (2020). *Enfoque preventivo y social: ¿Cuál será el rol de la Atención Primaria de Salud y la Salud Familiar post pandemia?* Recuperado de <https://www.uchile.cl/noticias/166782/cual-sera-el-rol-de-la-atencion-primaria-de-salud-post-pandemia>
- Martínez, P. (2006). *El Método de Estudio de Caso: estrategia metodológica de la investigación científica*. Pensamiento y Gestión Nº 20.
- Mesa Social Covid-19. (2020). *Salud mental en situación de pandemia. Documento para Mesa Social Covid-19*. Recuperado de https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/Salud_Mental_V2.pdf
- Ministerio de Bienes Nacionales. (2020). *Visor territorial COVID-19*. Recuperada el 28 de junio de 2020 de <https://www.visorterritorial.cl/>

- Ministerio de Salud de Chile. (s.f). *Atención Primaria de Salud*. Recuperado de: <https://saludprimaria.cl/atencion-primaria-de-salud/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2020). *Descarga de Datos Covid-19 en Chile: La Realidad Nacional en Datos*. Recuperado de: <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). *Determinantes Sociales en Salud*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/#:%7E:text=intervenciones%20efectivas.,el%20rol%20de%20la%20sociedad.>
- Ministerio de Salud de Chile. (2014). *Diagnóstico de Salud Región Metropolitana. Ágora Diseño Valparaíso*. Recuperado de: <https://www.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2014/12/Seremi-de-Salud-Región-Metropolitana-Diagnóstico-de-Salud-de-la-Región-Metropolitana-2014-Diciembre-2014.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2007). *La red pública de salud, fundamentos, conceptos y experiencias*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/8.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Los enfoques de la planificación en la red de salud pública*. Recuperado el 24 de mayo de 2020: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/ANEXO-1-ENFOQUES-DE-LA-PLANIFICACION-EN-LA-RED-DE-ATENCION-DE-SALUD-PUBLICA.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de gestión de la Red Asistencial*. Santiago: MINSAL
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Servicio de redes asistenciales.
- Ministerio de Salud de Chile. (1993). *Orientaciones y Normas técnicas para el Asistente Social en Salud*. Santiago, Chile.

- Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Orientaciones y normas técnicas del trabajo social en salud*. Santiago.
- Molina, R. (2006). *La invisibilidad del asistente social en la salud pública y en particular la salud mental nuestros aportes*. Facultad de ciencias sociales. Universidad Central.
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Montero, J. Téllez, A y Herrera, C. (2010). *Reforma sanitaria chilena y atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud, Alma-Ata 1978*. Recuperado de <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Organización Mundial de la Salud. (s/f) *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de http://158.232.12.119/topics/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Redes Integradas de Servicio de Salud: El desafío de los hospitales*. Recuperado de https://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf
- Paúl, F. (2019). *Protestas en Chile: las 6 grandes deudas sociales por las que muchos chilenos dicen sentirse «abusados»*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-50124583>

- Pérez, J. (2020). *Rol del trabajador social en los centros de APS*. [Telefónica]. Machali, Chile.
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Santiago: CEPAL. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
- Portilla, M.; Rojas, A. & Hernández, I. (2014). *Investigación Cualitativa: Una reflexión desde la educación como hecho social*. Artículo de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto. Vol 3, N° 2, pp.68-100.
- Quiroz, M. (2000). *Apuntes para la historia del Trabajo Social en Chile*. Surá, 44, pp.1-22.
- Rivero, D. (2018). *La historia de la Conferencia de Alma Ata*. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300008
- Rodríguez, L., Loor, L., & Anchundia, V. (2017). *Las funciones del trabajador social en el campo de salud*. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>
- Salord, S. G. (1991). *especificidad y rol en Trabajo Social*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Sánchez, D. Egea, C. (2011) *Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores*. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006
- Schwandt, T. (2000). “*Three Epistemological Stances for Qualitative Inquiry: Interpretivism, Hermeneutics, and Social Constructionism*,” In N. K. Denzin and Y. S. Lincoln, Eds., *Handbook Of Qualitative Research*, 2nd Edition, Sage, Thousand Oaks, 2000, pp. 189-213.
- Sequera, C. (2014). *Trabajo Social en Europa: profesión sin disciplina*. Recuperado de

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8406/7_capit6.doc.pdf?sequence=8&isAllowed=y

- Seremi de Desarrollo Social Metropolitana. (2017). *Pobreza y distribución del ingreso en la Región Metropolitana de Santiago: resultados encuesta CASEN 2017*. Recuperado de: http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/DOCUMENTO_POBREZA_Y_DISTR_ING_RMS_CASEN_2017.pdf
- Soto, C. (2020). *Plan segunda ola: Minsal presenta a Piñera tres estrategias de emergencia para enfrentar un posible rebrote de Covid-19*. Recuperado de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/plan-segunda-ola-minsal-presenta-a-pinera-estrategias-de-emergencia-para-enfrentar-un-rebote-por-covid-19/4EAPFLNI7FFMHCKUG546LNAQ7I/>
- Soto, S. (2000). *Política Social*. p. 173. Recuperado de <https://books.google.cl/books?id=mzYvZd3r1BoC&pg=PA173&lpg=PA173&dq=sin+excepci%C3%B3n+alguna,+constituya+una+obligaci%C3%B3n+jur%C3%ADdica+y+social&source=bl&ots=uowWJesVIF&sig=ACfU3U1ow9FEKImZnDWe8n5BwSpf-eeMgQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiM2ZXW5J7qAhVQJ7kGHct5ARYQ6AEwAHoECAkQAQ#v=onepage&q=sin%20excepci%C3%B3n%20alguna%20%20constituya%20una%20obligaci%C3%B3n%20jur%C3%ADdica%20y%20social&f=false>
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Morata. Recuperado de: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Investigacion-con-estudios-de-caso.pdf>
- Starfield B. (2004) *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías*. 2da edición. Madrid: Masson.
- Tárraga, P. & Solera, J. (2020). *La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus*. Recuperado de <https://jonnpr.com/PDF/3655.pdf>
- Tecglen, C. (2018). *El trabajo social en la atención a la salud. Una profesión desconocida*. Recuperado de <https://www.convives.net/2018/02/el-trabajo-social-en-la-atencion-a-la-salud-una-profesion-desconocida/>

- Téllez, A. (2006). *Atención Primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud*. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Trejo, C. (2020). *1886, 1918 y 1957: las pandemias que moldearon el sistema de salud en Chile*. Recuperado de <https://www.larazon.cl/2020/04/06/1886-1918-y-1957-las-pandemias-que-moldearon-el-sistema-de-salud-en-chile/>
- Troncoso, C. Daniele, E. (2003) *Las entrevistas semiestructuradas como instrumentos de recolección de datos: una aplicación en el campo de las ciencias naturales*. Argentina: Programa de investigación AEF.
- Unidad de Participación Social (1993). *Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud*.
- Zemelman, H. (1971). *El Migrante Rural. Segunda parte, La migración Rural según el análisis de casos*. <http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/visor/BND:98589>

Anexos.

Pauta de entrevista semiestructurada Seminario de Grado

1. Identificación del entrevistado.

1.1 Sexo:

1.2 Edad: (22-30); (31-45); (46-60); (60 y más).

1.3 Centro de salud donde se desempeña:

1.4 Comuna:

1.5 Años de ejercicio profesional:

1.6 Años de ejercicio profesional en Atención Primaria de Salud:

2. Roles del trabajador social de Atención Primaria de Salud en contexto de normalidad.

2.1 ¿Cuál era su rol antes que llegara la pandemia al interior del Centro de Salud?

2.2 ¿Cuáles son las principales funciones y actividades que desarrolla en el Centro de Salud?

3. Roles del trabajador social de Atención Primaria de Salud durante el contexto de crisis sanitaria.

3.1 ¿Qué principales funciones y actividades desarrolla Ud. en el Centro de Salud en el contexto actual?

3.1.1 ¿Qué cambios ha visto Ud. en cuanto a las funciones y actividades que desempeña como trabajadora social en el Centro de Salud durante la crisis sanitaria?

4. Significado que ha tenido para los y las trabajadoras sociales desempeñarse en centros de Atención Primaria de Salud en contexto de crisis sanitaria por pandemia por COVID-19.

4.1 ¿Qué significados ha tenido para Ud. a nivel personal desempeñarse en un Centro de Salud durante esta crisis sanitaria?


4.2 ¿Qué significados ha tenido para Ud. a nivel profesional desempeñarse en un Centro de Salud durante esta crisis sanitaria?

5. Desafíos presentes y futuros que presentan los y las trabajadores sociales en su ejercicio profesional durante la crisis sanitaria por COVID-19 en Atención Primaria de Salud.

5.1 ¿Cuáles son los principales desafíos profesionales que ha enfrentado durante la crisis sanitaria por COVID-19 en los Centros de Atención Primaria de Salud?

5.2 ¿Qué desafíos profesionales para el trabajo social proyecta post pandemia en Atención Primaria de Salud?

*La presente entrevista semiestructurada está sujeta a modificación en caso de que surjan nuevas preguntas durante la conversación.

 <p>Universidad Católica Silva Henríquez</p>	<p align="center">PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SEMINARIO DE GRADO</p>
---	---

Investigación titulada “Experiencia de trabajadores/as sociales que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de Salud durante la crisis sanitaria por pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana”

Santiago, __/__/____

El presente consentimiento tiene como finalidad proveer a los participantes de esta investigación de una explicación clara sobre la naturaleza de la misma, así como del rol que tendrán en ella.

La investigación es parte del proceso destinado a obtener el grado de Licenciado/a en Trabajo Social en la Universidad Católica Silva Henríquez y apunta a Conocer la Experiencia de trabajadores/as sociales que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de Salud durante la crisis sanitaria por pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana.

La entrevista tiene carácter abierto y está orientada por algunos ejes temáticos. Tiene una duración aproximada de 40 minutos y dejaremos constancia de ella en un registro de audio y/o video. Los datos son confidenciales, ya que tendrán acceso a ellos solo el equipo investigador y en su procesamiento se protegerá la identidad de los/as informantes, trabajando agrupadamente los datos.

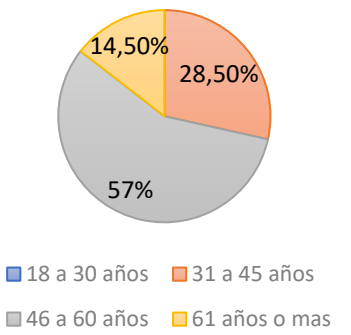
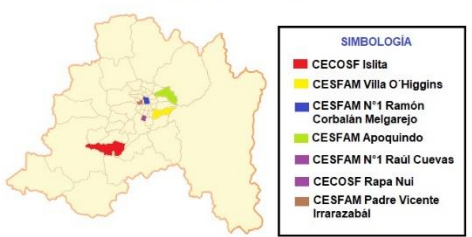
La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los establecidos para esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas.

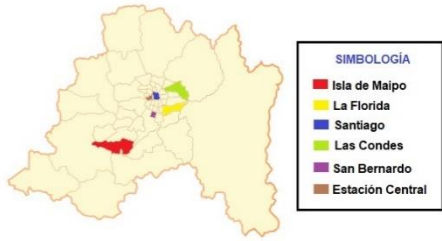
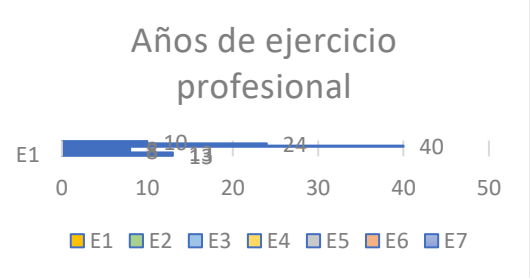
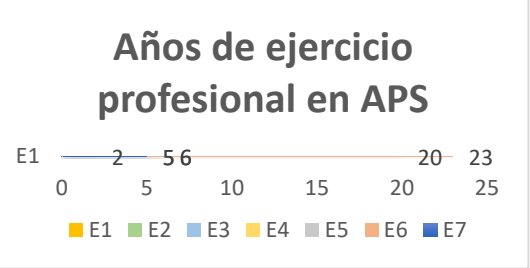
Los/as investigadores deberán responder cualquier duda que usted tenga durante el proceso. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, usted tiene el derecho de hacerlo saber al/la investigador/a o no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación, conducida por los/as estudiantes Keyla Aravena León, Emerson Bernal Jopia y Bárbara Castillo Caro. He sido informado/a del objetivo de la misma, así como de lo que implica mi participación en ella.

Nombre

Firma

Objetivo General	Objetivos Específicos	Ejes Temáticos	Sub Ejes Temáticos	Categoría	Subcategoría	Testimonios
Conocer la experiencia de trabajadores/as sociales que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de Salud durante la crisis sanitaria por pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana.		1. Identificación del entrevistado	1.1 Sexo			<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Femenino - Femenino - Femenino - Femenino - Femenino - Femenino
			1.2 Edad (22-30); (31-45); (46-60); (60 y más).	<p style="text-align: center;">Edad</p>  <p style="text-align: center;"> ■ 18 a 30 años ■ 31 a 45 años ■ 46 a 60 años ■ 61 años o mas </p>	<ul style="list-style-type: none"> - 46 a 60 años - 31 a 45 años - 31 a 45 años - 31 a 45 años - 61 y más años. - 46 - 60, tengo 49 - 31- 45 años 	
			1.3 Centro de salud donde se desempeña	<p style="text-align: center;">CENTROS DE APS SELECCIONADOS</p>  <p style="text-align: center;">SIMBOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CECOSF Isleta ■ CESFAM Villa O'Higgins ■ CESFAM N°1 Ramón Corbalán Melgarejo ■ CESFAM Apoquindo ■ CESFAM N°1 Raúl Cuevas ■ CECOSF Rapa Nui ■ CESFAM Padre Vicente Irrarazabal 	<ul style="list-style-type: none"> - CECOSF Isleta. - CESFAM Villa O'Higgins. - CESFAM Padre Vicente Irrarazaval. - CESFAM Apoquindo - CECOSF Rapa Nui. 	

					<ul style="list-style-type: none"> -CESFAM N°1 Raúl Cuevas -CESFAM N°1, Ramón Corbalán Melgarejo
			1.4 Comuna	<p>COMUNAS DE LA RM SELECCIONADAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Isla de Maipo. - La Florida. - Estación Central. - Las Condes -San Bernardo. -San Bernardo -Santiago Centro
			1.5 Años de ejercicio profesional:	<p>Años de ejercicio profesional</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - 13 años. - 13 años. - 8 años. - 7 años. - 40 años. -24 años -10 años
			1.6 Años de ejercicio profesional en atención primaria de salud:	<p>Años de ejercicio profesional en APS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 años. - 6 años. - 2 años. -20 años. - 23 años - 5 años

	<p>Obj 1: Indagar respecto de los roles que han desempeñado los trabajadores sociales de atención primaria de salud durante la crisis sanitaria por COVID-19.</p>	<p>2. Roles del trabajador social de Atención Primaria de Salud en contexto de normalidad.</p>	<p>2.1 Rol de la/el Trabajador/a Social previo a la pandemia al interior del Centro de Salud</p>	<p>Integrante de equipo de salud</p>	<p>Intervenciones individuales</p>	<p>E.1: (...) Eeeh... se supone que como trabajadora social de hecho CECOSF o APS por así decirlo, mi rol era más que nada trabajar en... con los usuarios.</p> <p>E.2: (...) yo pertenezco al programa de salud mental y también al programa de atención domiciliaria.</p> <p>E.3: trabajos en el sector, atención de caso individual.</p>
					<p>Intervenciones grupales</p>	<p>E.3: paralelamente igual mantengo actividades como Asistente Social de sector, (...) intervenciones grupales.</p> <p>E6: somos equipos de cabecera nosotros planificamos hartas actividades con función eh con personas que presentan alguna necesidad de salud, pero</p>

						también con su grupo familiar.
					Intervenciones comunitarias	E.4: era asistente social de sector encargada de los casos sociales de mi sector (...) dividimos el tiempo en los trabajos de gestión, participación comunitaria y participación social.
				Encargada de programa/equipo	OIRS	E.3: (...)estoy a cargo desde el año 2018, eeh... de lo que es la oficina de información reclamo y sugerencias de la OIRS.
			Encargada de sector		E.6: (...) pertenezco al equipo de cabecera del sector verde (...) y el otro rol es que soy la jefa de sector.	
			Encargada de CECOF		E.5: (...) mi rol dentro del centro de salud es ser... tengo la jefatura, tengo la dirección del CECOSF (...) del CECOSF completo.	

					Participación en programas.	E.7: yo soy referente del área de migrantes y también del programa de pueblos indígenas.
			2.2 Principales funciones y actividades que desarrolla en el Centro de Salud	Actividades con la comunidad	Activ. Con organizaciones sociales	<p>E1: eeh... mucho trabajo con la comunidad (...) eeh... mucho trabajo comunitario, con las organizaciones sociales, eeh... juntas de vecino, eeh... clubes deportivos, clubes de rayuela que hay, clubes de adulto mayor.</p> <p>E4: la jefa de OIRS (...) es quien nos da las directrices que bajan por medio del servicio de salud a todo lo que tenemos que hacer con el trabajo comunitario, el trabajo de participación social que también está ligado siempre a las becas que tú tienes que cumplir a través de atención primaria y el modelo de salud familiar.</p>

						<p>E5: (...) y tenemos eeh... los Centros de Desarrollo Local, que son los CDL, que son la participación de la comunidad en su, en su mayoría todos lo que son los organismos del centro de salud CECOSF.</p> <p>E6: una tiene que ver con todo el trabajo que es como de la comunidad justamente</p> <p>E6: también justamente está el modelo comunitario que es poder eh juntarse con la comunidad, conocerse con las instituciones, las organizaciones, mantener algún vínculo con los dirigentes sociales.</p> <p>E7: el APS en si tiene un rol más bien preventivo de trabajo</p>
--	--	--	--	--	--	--

						arto con las comunidades pero desde he un rol más educativo socioeducativo ya
					Operativos de salud.	E5: entregamos todo, todo un operativo de salud, (...) con la enfermería hacen operativos de toma de presión, eeh... se hacen eeh... Hemoglucotest.
				Trabajo en red	Coordinación y Derivación	<p>E1: (...) y también mucho trabajo con la red, se supone que uno ahí obviamente uno va haciendo digamos todo el cruce con el Programa Chile Crece Contigo, la OPD, los colegios sobre todo.</p> <p>E5: (...) yo invito a la red, ¿a quién invito? Al DIDECO, al IPS, al Registro Civil, a toda la comunidad, y además todo lo que es salud.</p> <p>E6: intervenciones comunitarias eh eso... conectarse con la red,</p>

						<p>todo lo que lo lo clínico asistencial como familiar y como con este abordaje comunitario, de que la salud está condicionada por determinantes sociales, entonces hay que ir a los territorios conocer no se las condiciones de vida de ello.</p> <p>E6: acá en San Bernardo por lo menos los Trabajadores Sociales tenemos una red muy rica que es todo salud, todos los consultorios unidos en un WhatsApp con los con el municipio con el DIDECO y con los hospitales, entonces también ha habido harta solidaridad en resolver algunas cosas en conjunto, hace más fluido el trabajo de trabajar en red.</p> <p>E7: directamente se hace un trabajo con la red municipal por un lado</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>con otros colegas de diferentes instituciones sobre todo para facilitar ya sea la inserción o el acercamiento a las atenciones de salud.</p> <p>E7: se trabaja con las redes municipales como te decía, también en ocasiones eh han llegado casos derivados por ejemplo de eh fundaciones o de algunas instituciones he más externa de la sociedad civil y también tenemos en ocasiones en que llega derivaciones de SENAME asuntos internacionales</p>
--	--	--	--	--	--	--

				<p>Actividades de vinculación directa con usuarios y sus familias.</p>	<p>E1: en un contexto de normalidad, atender pacientes, usuarios, hacerles visitas.</p> <p>E.1: (...) ingresos al programa de salud mental, visitas domiciliarias, consejerías, eeh... talleres del programa de salud mental con adultos mayores y con pre adolescentes.</p> <p>E.1: (...) programa de atención domiciliaria, se realizan entrevistas de ingreso al programa de atención domiciliaria, (...) y a pacientes eem... que tienen un nivel de dependencia leve o moderado (...) y también realizar visitas domiciliarias de control.</p> <p>E2:Eeh...ejecución, entrevistas, ejecución de entrevistas domiciliarias, ejecución</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>de consejerías, eem... eeh... planificar también ejecución de talleres, eso prac... principalmente.</p> <p>E5: Las interacciones que tenemos con la comunidad son la atención en salud familiar.</p>
--	--	--	--	--	--	---

		3. Roles del trabajador social de Atención Primaria de Salud durante el contexto de crisis	3.1- Principales funciones y actividades que desarrolla en el Centro de Salud en el contexto actual	Apoyo directo a la gestión de la crisis socio sanitaria por Covid-19	Seguimiento de pacientes positivos	<p>E.2: (...) nosotros éramos seis personas que estábamos a cargo de hacer seguimiento a los pacientes notificados con Covid positivo.</p> <p>E.3: si hay una cuestión que es propia del APS de la atención primaria, qué es el seguimiento por sectores... el seguimiento multiprofesional (...), hemos hecho seguimiento de todas maneras telefónico.</p>
					Visitas domiciliaria integrales a pacientes contagiados.	E.2: (...) y bueno también soy, eeh... acompaño a los compañeros que van a hacer visitas domiciliarias.
					Educación a la población en medidas sanitarias	E.1: y el autocuidado más que nada po', esto de que no se expongan,

					<p>para la prevención del COVID-19.</p>	<p>de que eeh... usen mascarilla, algo tan simple como eso.</p> <p>E.4: (...) la gente no lograba entender al inicio lo que era distanciamiento, no lograba entender cuáles eran las medidas, que había que usar la mascarilla, (...) era lo que tú tenías que explicarle al usuario.</p>
					<p>Apoyo en selección de la demanda.</p>	<p>E.4: (...) yo tomaba la temperatura y había paciente con 42° con dolores musculares, diarrea, qué sé yo... Covid, como si tuvieran Covid... en más de una ocasión, varias ocasiones.</p>
					<p>Pesquisa y trazabilidad de casos asintomáticos.</p>	<p>E.6: eh... estoy coordinando con la comunidad la pesquisa de pacientes asintomáticos.</p>

				Coordinación con la red.	Coordinación con intrasector para seguimiento de casos COVID-19.	E.5: (...) lo otro que llevamos harto es el asunto de tener la coordinación con los hospitales para que las familias estuvieran más tranquilas con respecto a la salud de su familiar (...) A través de nosotros se hizo un canal de atención para esas familias y poder acompañar.
					Coordinación intersector para abordaje de casos COVID -19.	E.3: (...) nosotros lo que hacemos en la coordinación con la municipalidad, por ejemplo, para el tema de la sanitización del domicilio eh... (...) un trabajo bastante coordinado, de bastante apoyo entre los vecinos. E.7: (...) empezamos a hacer el enlace como con eh instituciones de que anteriormente las personas iban

					<p>directamente y ahora estaban cerradas.</p> <p>E.7: cuando empezó la pandemia empezamos a darnos cuentas que (...) la mayoría necesitábamos encontrar a alguien en la municipalidad (...) alguien que trabajara en tema de justicia en La Florida porque justo te tocaba que un paciente de acá te hablaba de un familiar que estaba en tal parte y necesitaba eso, (...)empezamos de a poco a ah aumentar y resulta que ahora es casi una red de la región metropolitana (...) y ha sido netamente por el trabajo en equipo.</p>
				Coordinación comunitaria.	<p>E.5: hemos realizado una coordinación permanente en el tiempo con la red social. (...) esta gestión social tiene la misión de llevar a cabo distintas coordinaciones</p>

						con las familias o con la red local para lograr una atención integral.
			3.2 Transformación y/o evolución de las funciones y actividades que desempeñan los trabajadores sociales durante el período de crisis sanitaria	Capacitación en plataformas digitales.		E.1: me he tenido que capacitar en algunos temas que no conocía para poder entregarles una buena respuesta a los usuarios.
				Perdida parcial de la presencialidad.		<p>E.2: se dejan de hacer las prestaciones presenciales, las entrevistas, la mayoría de las veces (...) y dejar de hacer los talleres también, eso.</p> <p>E.3: (...) evidentemente falta lo más sutil o lo más sensible, es súper majadero esto de las visitas domiciliarias, pero de verdad es demasiado sensible esa instancia de obtener información eeh... y también la entrevista personal.</p>

						<p>E.6: (...) esta súper limitado con lo que uno quisiera hacer, o sea a mí por ejemplo me encanta hacer visitas domiciliarias y están súper limitadas por la precaución de no enfermarse, (...) entonces todo el trabajo que a uno le encanta ir a terreno mucho más, se ha visto muy limitado.</p>
				Cambio en la estructura de trabajo.	Turnos y rotación	<p>E.4: desde que se inició la pandemia la estructura se acabó, pasamos a trabajar en 2 turnos por lo tanto sólo hay una asistente social por dos semanas y las otras dos semanas de teletrabajo.</p> <p>E.5: (...), mira el mayor cambio que se ha visto es de, el trabajar con menos personal. (...) Estamos con el 50%, cada 15 días hay una rotación.</p> <p>E6: nosotros estamos divididos en 2 turnos,</p>

						quedamos como 85 personas en cada turno.
					Intercomunicación entre Trabajadores Sociales	<p>E6: acá en San Bernardo por lo menos los Trabajadores Sociales tenemos una red muy rica que es todo salud, todos los consultorios unidos en un WhatsApp con los con el municipio con el DIDECO y con los hospitales.</p> <p>E.7: (...) hubo que echar mano eh de alguna forma a las redes que existían en ese momento y en ese sentido(...) desde el año pasado nosotros veníamos trabajando en una red solo trabajadores sociales a través de un grupo de WhatsApp (...) pero cuando empezó la pandemia empezamos a darnos cuentas que (...) necesitábamos encontrar a alguien en la municipalidad (...)</p>

						alguien que trabajara en tema de justicia (...)y de apoco empezamos de a aumentar y resulta que ahora es casi una red de la región metropolitana.
					Anulación de metas ministeriales	<p>E.4: (...) año a año a nosotros nos piden una... (...) planificación estratégica te las piden por estamento (...) esas planificaciones no existen ya no existieron más.</p> <p>E.5: (...)ya no pudimos cumplir la meta sanitaria, eso ya no... se borraron, ya no hay, metas sanitarias.</p>

				Flexibilidad y capacidad de adaptación ante la crisis.	Participación en otros programas.	<p>E.6: (...) apoyando en algunos programas a las embarazadas de riesgo, como cosas mucho más limitadas.</p> <p>E.7: (...) en este contexto eh fue... muy importante el trabajo que se pudo crear con otros con otros colegas para facilitar esos procesos para destrabar inclusive en gestiones que en otras instancias eran distintas,</p> <p>E.7: (...) los que éramos de las otras áreas pasamos como a tener tareas de apoyo distintas (...) ósea a mí en lo particular cuando fue todo este tema con la campaña de vacunación contra la influenza (...) a nosotros nos tocó una suerte de contención de los pacientes que venían ah a ponerse la vacuna(...)</p>
--	--	--	--	--	-----------------------------------	--

	<p>Obj 2: Develar el significado que ha tenido para los y las trabajadoras sociales desempeñarse en centros de atención primaria de salud en contexto de crisis sanitaria por pandemia por COVID-19 .</p>	<p>4. Significado que ha tenido para los y las trabajadoras sociales desempeñarse en centros</p>	<p>4.1- Significados que ha tenido desempeñarse en un Centro de Salud durante esta crisis sanitaria a nivel personal.</p>	<p>Desempeño laboral presencial como amenaza a su salud y a la de su grupo familiar.</p>	<p>Emociones asociadas al miedo e incertidumbre.</p>	<p>E.1: (...) miedo, el miedo de que uno llegue, que uno pueda contagiar a su familia, es complejo, súper complejo (...)</p> <p>E.2: (...) tenía temores porque con esto de yo pensar que tenía que ir a visitar a los pacientes enfermos de Covid también me daba temor, por poder contaminarme (...)</p> <p>E.3: (...)frustración entonces es cómo adaptarse a todo esto y ya llega un estado emocional en el que uno está más sensible entre comilla (...)</p> <p>E.4: (...) la contaminación me afectó mucho al inicio, la pasé mal, lloraba harto por el temor y el miedo de que tú no sabes que si estás o no contaminado y que pueda contaminar a los</p>
--	---	--	---	--	--	--

					<p>tuyos es muy difícil a mí me costó mucho manejarlo (...)</p> <p>E.7: (...)Al principio mucho miedo pero con el paso de las semanas y en la medida en que uno fue comprobando que las medidas de des de seguridad que nos fueron indicando que eran efectivas (...)</p>
				Satisfacción profesional.	<p>E.5: (...) yo no he dejado de trabajar ah, yo salgo a trabajar todos los días, no me ha pasado nada, no le tengo miedo, pero si me protejo (...)</p>

			<p>4.2- Significados que ha tenido desempeñarse en un Centro de Salud durante esta crisis sanitaria a nivel profesional.</p>	<p>Crisis sociosanitaria como un desafío para la profesión.</p>		<p>E.1: (...)ha sido un desafío no solamente para ... para mí como trabajadora social, sino que yo creo que para todos los profesionales, eeh... y también ... eeh... incluiría eeh... yo creo que a toda la población, eeh... la verdad es que ha sido un desafío importante</p> <p>E.2: (...) Harta responsabilidad, y compromiso con la profesión y con los pacientes.</p> <p>E.5: (...) es un desafío más po' (...) La crisis partió como un desafío, pero eso significa que nuestra capacidad profesional sigue intacta para lograr una sociedad más equitativa po.</p> <p>E.7: (...) tremendo crecimiento... tremendo crecimiento a nivel</p>
--	--	--	--	---	--	---

						profesional, porque nuestra profesión se va eh, enriqueciendo de los aprendizajes que uno va aprendiendo e todas las áreas porque uno finalmente uno va entendiendo con el desarrollo e que todas las profesiones y que todos los conocimientos te sirven.
--	--	--	--	--	--	--

				<p>Reconocimiento del rol y el aporte de la profesión en el ámbito sanitario por parte de la comunidad en tiempos de crisis</p>	<p>E.2: (...) es positiva la, la experiencia, a nivel profesional eeh... nos reconocen y nos dan la importancia.</p> <p>E.3: (...) yo creo que nosotros somos súper imprescindible nuestra labor debe ser imprescindible y tenemos que estar en la trinchera en la que estemos, estemos en salud (...) donde sea.</p> <p>E.4: (...) al principio la gente pedía hablar con el médico y después con el asistente social, los dos pilares que tenía el ingreso al consultorio, nos convertimos en un médico social así lo veía yo (...) la labor nuestra fue dura y fue primordial en los primeros meses sin duda.</p> <p>E.5: (...) aunque nuestro trabajo no se vea, ahora</p>
--	--	--	--	---	--

						si lo están notando, si somos importantes.
--	--	--	--	--	--	---

				Reconocimiento de habilidades sociales y técnicas para enfrentar contextos complejos.	Competencias profesionales del trabajador/ra social en tiempos de crisis.	E.6: (...) hay cosas que funcionan bien y que tienen que ver con la metodología del trabajo social, el trabajo social igual a lo mejor a uno le le enseñan ciertas cosas, no se... esto de, no tanto de la metodología, sino de resolver conflictos, manejar pugnas de poder, eh... a buscar líderes significativos que te pueden ayudar, pero que igual esa metodología igual (...) mplica reorganizarse todo el rato, hay que aprender a reconstruir todo de nuevo con los equipos, con la comunidad, con las personas, entonces yo creo que con la profesión si tienes esa herramienta que no tienen las otras profesiones, que es poder lidiar con el conflicto humano, con las personas y saber aguantar el conflicto
--	--	--	--	---	---	--

						<p>E. 3: uno es super activo en el trabajo con el resto del equipo,(...) uno es súper líder en muchos procesos.</p>
--	--	--	--	--	--	---

	<p>Obj 3: Reflexionar acerca de los desafíos presentes y futuros que presentan los y las trabajadores sociales en su ejercicio profesional durante la crisis sanitaria por COVID-19 en atención primaria de salud.</p>	<p>5. Desafíos presentes y futuros que presentan los y las trabajadores sociales en su ejercicio profesional durante la crisis sanitaria por COVID-19 en atención primaria de salud</p>	<p>5.1- Desafíos profesionales que ha enfrentado durante la crisis sanitaria por COVID-19 en los Centros de Atención Primaria de Salud.</p>	<p>Apertura, adaptabilidad y Flexibilidad profesional.</p>		<p>E1: (...) ahora hemos tenido que alomejor cumplir (...) con algunos roles que alomejor uno dice no corresponde, o por ejemplo limpiar las sillas (ríe) cuando atiendes a un usuario, hacerle el Triage, tomar temperatura te fijas.</p> <p>E2: la otra parte más administrativa de dar las horas también eeh... y explicarle a los pacientes que no estamos realizando atenciones presenciales para evitar los contagios.</p> <p>E3: yo creo que principalmente adaptarme... al contexto. E3: me he tenido que adaptar para ver cómo se lleva a cabo cierto proceso.</p>
--	--	---	---	--	--	---

						E4: ese fue para mí el mayor desafío, poder adaptarnos desde las directrices de nuestras propias directoras o desde la corporación.
				Nuevas formas de relacionarse entre los miembros del equipo y la comunidad.		<p>E2: Tener que tomar resguardos profesionales en el uso de las EPP porque a veces nosotros estábamos acostumbrados (...) a saludarnos de besos y de abrazos y hemos tenido que mantener las distancias.</p> <p>E5: (...) Que, que, sigamos protegiéndonos de igual, de igual forma y que el día de mañana podamos juntarnos, estar juntos y seguir sirviendo a la comunidad.</p> <p>E7: también generar espacios de apoyo y</p>

						<p>contención no solo para uno sino también para los equipos con los cuales uno esta y, aprender que era súper necesario irnos apoyando emocionalmente entre todos, ósea de generar estas instancias donde uno pudiese con los dentro de... dentro del distanciamiento y la sobre carga de trabajo te permitía también, pero esos.. esos desafíos implicaron yo creo que echar mano ah... a los recursos personales que uno tiene, que uno va aprendiendo como en el transcurso de la vida y eso darse cuenta que los cole que los compañeros también te podían ayudar en diferentes áreas</p>
--	--	--	--	--	--	--

				<p>Lucha por la reivindicación del trabajo social.</p>		<p>E3: somos mucho más que sólo saber dialogar con la gente, hablar el mismo idioma empatizar y todo.</p> <p>E3: nosotros tenemos una capacidad de organización de planes intervenciones, (...) trabajar metodológicamente (...) de aprender si es necesario sobre patología para poder apoyar a los grupos familiares.</p> <p>E3: en este contexto de salud yo creo que somos súper imprescindible entonces.</p> <p>E6: al principio todos los médicos presionando porque tu no ibas a saber manejarlo, pero aquí llevamos 6 meses de contingencia (ríe), y</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>hay que validarse todos los días.</p> <p>E7: yo creo que esta pandemia si nos puso algo en entre dicho a esta profesión en particular es como las expectativas que teníamos todos del sistema o de nuestro estilo de vida chocaron de de frentón con la realidad que cada familia.</p> <p>E7: entender que nuestro rol es y sigue siendo súper relevante a la vinculación con las personas y la comunidad, pero uno también entender que no todo lo vas a poder resolver jamás, y que ahí las redes de contacto son importantes</p>
				Aumento de la violencia en	Vulneración de derechos	E3: los temas de violencia intrafamiliar

				<p>distintas expresiones en la población destinataria.</p>		<p>eh... la violencia intrafamiliar en todos los sentidos hacia adultos mayores, hacia la mujeres, violencia, abuso y acoso hacia niños y niñas... por ahí se viene medio complicado.</p> <p>E6: en esta comuna especialmente no sé si en otras, pero se nota que hay mucha violencia, mucha más intolerancia.</p>
				<p>Exacerbación de la pobreza y precariedad socioeconómica.</p>		<p>E3: nosotros siempre hemos sido administradores de... la... de la miseria de esta sociedad, veo que por ahí se viene más rudo creo que por ese lado del trabajo, de la pobreza, la falta de recursos en los grupos familiares se viene fuerte.</p>

						<p>E6: lo más grave es que se está produciendo una cantidad de cesantía, necesidades económicas, pobreza... (...)niños que va a desertar escolarmente, entonces yo creo que esta pandemia lo que va a traer finalmente es eh un tremendo desafío desde lo económico, social, desde lo laboral, lo habitacional que ya estaba colapsado.</p> <p>E6: la atención primaria tiene un trabajo muy cercano con la comunidad, con la familia en general, finalmente salud también es tener buena educación, es tener una buena alimentación no sé, la gente que tiene enfermedades y queda postergada (...)llegan a golpear acá o plantear sus demandas sociales y</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>a lo mejor no vas a tener ninguna forma de resolverla.</p> <p>E7: un tremendo desafío porque eh van a tener que lidiar con situaciones socioeconómicas complejas y que se... yo creo que van tomar tiempo en solucionar o que al menos se puedan estabilizar</p>
			5.2- Desafíos profesionales para el trabajo social que proyecta a post pandemia en Atención Primaria de Salud	Efectos en la salud mental de la población producto de la pandemia.		<p>E2: vamos a tener bastantes pacientes, desde niños, pasando por todo el ciclo vital, niños, adolescente, adulto, adulto mayor, porque vamos a tener que eeh... sostener a las personas debido a las crisis que han pasado, tanto duelos de personas (...) que han fallecido por Covid (...) o de temas más existenciales y eeh... de cualquier tipo de</p>

						<p>enfermedad eeh... psicológica (...) o también puede ser con un trastorno adaptativo, (...) porque como el Covid (...) es dentro de una crisis adaptativa, una crisis no normativa.</p> <p>E3: la salud mental (...) primero cómo un estrés postraumático o proceso de trastornos adaptativos.</p> <p>E5: (...) una crisis grande en salud mental tanto en los niños como en los adultos, por el encierro. (...) Por otro lado, tiene todos estos adultos mayores que han tenido mayor encierro, también están en la misma problemática. (...)</p> <p>E7: yo creo que uno de los desafíos que ya claramente están</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>visualizados por que los equipos ya se están preparando para eso el tema de los primeros auxilios psicológicos y y en temas de salud mental, que ahí claramente nosotros tenemos un rol bien importante porque terminamos eh hacemos un trabajo directo con los médicos y con las con las psicólogas, en cuento a a visibilizar como las situaciones de vida y como tratar de apoyar a las familias</p>
				<p>Incorporación de canales virtuales de atención con la población a cargo como parte de la estrategia de atención.</p>		<p>E4: capacitarnos en la utilización de plataformas, pero quedar perito en plataformas de todos los tipos habidos y por haber y que haya una</p>

						comunicación por medio de las plataformas, efectivas de cuando tú la utilizas
				Recuperación de la mirada biopsicosocial		<p>E6: desde el punto de vista social en APS es que lo social en general por la mirada de los otros eh he... los otros compañeros del CESFAM se ha minimizado mucho lo social ya, entonces el trabajo que uno llevaba años he como eh teniendo una mirada más amplia con los compañeros se ha visto limitado (...) lo que se había avanzado en sensibilizar a los los equipos con una mirada más integral se ha perdido.</p> <p>E6: con el desafío más que con la comunidad, porque con la comunidad está más validado que entre los</p>

						<p>propios funcionarios de salud.</p> <p>E6: yo creo que muchos de los muchos desafíos es con los propios compañeros, de tener una mirada más amplia, de poder hacer porque a nivel de cosas asistenciales eh la podemos articular con la red, a nivel del trabajo con la comunidad mantenemos un vínculo en general respetuoso y de confianza que es fácil si uno le responde a la comunidad</p>
--	--	--	--	--	--	---

