

Habitar el hospital en tiempos de pandemia. Historias profesionales de trabajadoras/es sociales en la primera línea de intervención en salud¹

Inhabiting the hospital in pandemic times. Professional stories of frontline health social workers

Fecha recepción: septiembre 2020 / fecha aceptación: noviembre 2020

Mitzi Duboy-Luengo² y Gianinna Muñoz Arce³

DOI: <https://doi.org/10.51188/rrts.num23.421>

Resumen

La llegada del COVID-19 a Chile en marzo 2020 ha irrumpido de manera significativa en el ejercicio profesional de las/os trabajadoras/es sociales. En este artículo discutimos desde una perspectiva histórica y contextualizada los desafíos que el trabajo social en salud –específicamente, el trabajo social que se desarrolla en hospitales– enfrenta en este contexto. Se analizan críticamente las orientaciones de política que lo guían y las transformaciones que las/os trabajadoras/es sociales experimentan en su quehacer cotidiano en este ámbito de ejercicio profesional.

Palabras clave: trabajo social; salud; neoliberalismo; Covid-19; Chile

Abstract

The arrival of COVID-19 in Chile in March 2020 has disrupted social workers' professional interventions. In this article, we discuss from a historical and contextualized perspective the challenges that social work in health – specifically, hospital social workers– faces in this context. Policy orientations and the transformations that social workers experience in their daily work in hospitals are critically analysed.

Keywords: social work; health; neoliberalism; Covid-19; Chile

1 Agradecimientos a ANID/CONICYT/ FONDECYT 1201685, proyecto de investigación “Resistencias profesionales en la primera línea de implementación de programas sociales” (2020-2023).

2 Integrante del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Trabajo Social de la Universidad de Chile. Trabajadora Social, Magister en Políticas Sociales y Gestión Local, Doctoranda en Trabajo Social UNLP. Correo electrónico: mitziduboy@gmail.com. Correo postal: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago de Chile. Código postal: 7800284.

3 Académica Departamento de Trabajo Social, Universidad de Chile. Coordinadora Núcleo Estudios Interdisciplinarios en Trabajo Social. Trabajadora Social y Doctora en Trabajo Social. Correo electrónico: gianinna.muñoz@uchile.cl. Correo postal: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago de Chile. Código postal: 7800284.

Introducción

El Trabajo social ha tenido un desarrollo estrechamente vinculado al ámbito de la salud desde sus orígenes y miles de trabajadoras/es sociales a lo largo y ancho de este mundo han desarrollado sus carreras profesionales dentro de los hospitales, configurando un ejercicio profesional singular (Firn, 2016). La intervención en salud es un ámbito de intervención altamente complejo, que en el caso del Chile de los últimos cuarenta años ha estado cargado por la coexistencia de anhelos de justicia social y equidad, como los expresados en las declaraciones internacionales suscritas, y de principios neoliberales como la privatización, el lucro y la focalización de la atención. En este marco, las/os trabajadoras sociales han desarrollado un ejercicio profesional en el ámbito de salud y en los hospitales que no ha estado exento de controversias e incomodidades.

La llegada del COVID-19 a Chile en marzo 2020 irrumpió de manera significativa en la construcción y ejercicio del rol profesional de trabajadoras/es sociales en todos los ámbitos de intervención (Villalobos et al., 2020), pero sin duda las/os trabajadoras sociales en los hospitales han sido afectados de manera significativa ante las crecientes cifras de contagios, la falta de recursos para su protección y la desorganización de las medidas en un inicio (Guerrero et al., 2020), que dieron lugar a un espacio de intervención marcado por la confusión y la necesidad de actuar en la emergencia (Lipe, 2020).

De ahí nuestra inquietud investigativa que se plasma en este intento por comprender la manera en que el hospital, como espacio de intervención profesional, estaba siendo 'habitado' por las/os trabajadoras sociales en medio de la propagación del Covid-19 en Chile ¿Qué ha significado, más allá del marco regulatorio y los roles y funciones descritos en la documentación, habitar el hospital, siendo trabajador/a social, en tiempos de pandemia? ¿Cuáles han sido las encrucijadas, en términos de perspectivas comprensivas y lugares de enunciación de la intervención profesional, que han vivenciado las/os trabajadoras sociales? ¿Qué elementos de la historia disciplinar y profesional se ponen en juego o se renuevan hoy en este escenario de crisis? A partir de estas interrogantes y en base a la metodología de historias de vida profesional (Labrunée, 2010), presentamos aquí algunos relatos de trabajadoras/es sociales que permiten levantar algunos puntos de análisis para pensar el lugar de la profesión y disciplina en los tiempos críticos que atravesamos como humanidad.

Para comprender histórica y contextualmente estos hallazgos, se presenta en primer lugar una revisión del vínculo entre trabajo social e intervención en salud analizando los inicios de la profesión y su desarrollo a través de las décadas, examinando los marcos político-institucionales en que dicha intervención en salud se ha inscrito. Para ello, se revisan las definiciones de la Declaración de Alma-Ata (1978), las bases de la Reforma de Salud del año 2002 (Bastías y Valdivia, 2007) y las delimitaciones profesionales esbozadas en las Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 2018). Tomando en consideración estas coordenadas, se presentarán los métodos empleados y los principales hallazgos del estudio, para posteriormente ofrecer una discusión de los mismos.

Trabajo social y la salud como campo de intervención

La relación entre trabajo social y salud se remonta a los orígenes de la profesión. La creación de la primera escuela de la Junta Nacional de Beneficencia en el año 1925 en Santiago de Chile explicitaba su objetivo en términos de la formación de visitadoras sociales dedicadas a la asistencia social, que colaboraran con los equipos de salud y las instituciones de beneficencia (González, 2017; Morales, 2015). Las/os Asistentes Sociales de las primeras generaciones profesionales se desempeñaban entregando información respecto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, realizando visitas domiciliarias y fomentando la asociatividad para la obtención y reconocimiento de derechos a la salud (Molina, 2006). El currículo de formación, en los inicios de la profesión, tenía una duración de 4 semestres y comprendía asignaturas de Instrucción Cívica, Psicología, Higiene, Deontología y Estadística, Atención de Enfermos, Alimentación y Dietética, Técnicas de Oficina, Legislación de Higiene y Beneficencia del Trabajo, Protección a la Infancia, Puericultura, Contabilidad (González, 2017) entre otras materias, que desde un inicio pusieron al centro la cuestión de la salud del cuerpo del pueblo, como ha planteado Illanes (2006).

A lo largo de sus casi cien años de vida, la profesión ha transitado diversos caminos, preguntándose por su objeto de estudio (Quiroz y Peña, 1998), cuestionando sus posibilidades de generar conocimiento (Aylwin, 1980) y poniendo en discusión sus métodos de intervención profesional en un contexto sociopolítico que iba aumentando su complejidad y sus expectativas respecto del sentido de la profesión poco a poco (Aguayo et al., 2018). La década de los sesenta estuvo marcada por una revisión del proceso formativo del servicio social de la época, además de una vinculación con los problemas sociales y la reforma universitaria, abriendo paso al movimiento de la reconceptualización que tuvo resonancia en diversos países de América Latina (Ruz, 2016). Debido a la centralidad de los campos asistenciales en salud en los orígenes y desarrollo de la profesión, se postulaba que esta se mantenía desarrollando una mirada auxiliar en su quehacer, donde Quiroz (1999) recordando al destacado profesional del trabajo social, Herman Kruse, menciona que “el Servicio Social Latinoamericano se debatía, sin rumbo fijo, entre el Servicio Social para-médico y el Servicio Social tradicional más cercano a la “caridad católica” y a la filantropía masónica que a las actividades científicas” (Quiroz, 1999, p.130). Bajo este impulso crítico del movimiento de la reconceptualización el trabajo social en salud tomó un vuelco de corte comunitario y se fortalecieron, a la vez, las experiencias de promoción en salud en hospitales (Aguayo et al., 2018).

La Dictadura cívico-militar ocurrida en Chile entre 1973 y 1990 tuvo enormes impactos en el desarrollo de la profesión. El cierre de las escuelas, la expulsión de estudiantes y docentes, y la despolitización y desprofesionalización del currículum de formación, la pérdida del rango universitario, las restricciones en las facultades de las asociaciones profesionales, son algunas de las consecuencias más significativas de dicho periodo (Sepúlveda, 2016). En el trabajo vinculado a la protección de los Derechos Humanos en el sector salud, las/os trabajadores sociales desarrollaron estrategias de intervención profesional en la línea del fortalecimiento de iniciativas de carácter comunitario para dar mayor cobertura a la atención, así como iniciativas vinculadas a la educación y a la formación de monitores en salud y atenciones específicas destinadas a atender problemas de salud mental derivadas de

la violencia política sufrida tanto por adultas/os como por niñas/os, entre otras acciones (Castañeda y Salamé, 2019).

Las prácticas de resistencia profesional impulsadas en dictadura por cientos de trabajadoras/es sociales así como las rupturas en la formación profesional a consecuencia del cierre de escuelas de trabajo social y reformulación de las mallas curriculares, se producían en el Chile desde fines de la década de los setenta como una suerte de disonancia respecto a los impulsos revolucionarios que se vivían fuera del país en aquel momento: el movimiento feminista negro en Estados Unidos, las revoluciones culturales en Europa, la reconceptualización que seguía en debate en otros países de América Latina.

Específicamente en el campo de la salud, también se vivía una revolución a nivel internacional. La Declaración de Alma-Ata⁴ (1978) asumía la perspectiva de los determinantes sociales –ampliando el foco en el individuo/paciente para llegar a comprenderle en contexto, es decir, considerando su entorno próximo y estructural como elementos que inciden de manera fundamental en su situación de salud. Esta perspectiva, que gracias a esta Declaración comienza a ser difundida y adoptada por países ‘en desarrollo’ (Irwin y Scali, 2005; Espelt et al., 2016), produjo un vuelco significativo al enfoque biomédico dominante. Se instala, a partir de ese momento, una noción de salud entendida más allá de la mera “ausencia de enfermedad”, para comprenderla como “un estado completo de bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1978, p.1).

Décadas más tarde, ya finalizada la dictadura en Chile y en pleno régimen democrático, la Reforma Sanitaria impulsada en 2002 bajo los gobiernos de la Concertación recogió los principios de la Declaración Alma-Ata, que se tradujeron en un modelo de salud que se proponía enfatizar la promoción y la prevención, centrado en la atención primaria y en la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud que afectaban a la población. En esta línea, la Reforma Sanitaria prometía que para ello, se impulsaría “una atención primaria altamente resolutiva, 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” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2002, p. s/n).

Las orientaciones a la base de esta reforma sanitaria, sin embargo, se encontraron con limitaciones estructurales en el proceso de implementación en el caso de Chile. La Reforma se impulsó en un marco político-institucional marcado por la racionalidad neoliberal heredada desde la dictadura sin reformas sustantivas en lo que refiere a los principios que delimitan los roles del estado y de la política pública (Gottero, 2012). En otras palabras, las orientaciones de la Reforma recogían los principios de la Declaración de Alma-Ata que ponían acento en los determinantes estructurales de la salud, pero el modelo chileno seguía fundamentado en la

4 La Declaración de Alma-Ata surge en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978. En esta declaración se definió 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 (OMS, 2008).

privatización y la competencia, y bajo una concepción de los derechos sin un marco político e institucional que permitiera su garantía irrestricta y universal a toda la población. La adopción de la Declaración de Alma-Ata, al no estar acompañada de giros radicales en el modelo, fue despojada de su sentido más profundo –los principios de justicia social y equidad– (Borrell y Malmusi, 2010). Así lo señala Tejada de Rivero (2018, p.362), quien fuera coordinador general de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, cuando explica que “el lema ‘Salud para Todos’ ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial”.

Los ámbitos de desempeño profesional en el campo de la salud hoy

Cuarenta años después de la Declaración de Alma-Ata y luego de la Reforma Sanitaria impulsada en 2002, las/os trabajadoras sociales en salud han continuado teniendo un rol fundamental en la implementación de las políticas de salud en Chile. Sin embargo, escasean las publicaciones que puedan situar el estado del arte respecto del desempeño profesional en este ámbito. Es prácticamente inexistente la producción intelectual en torno a la posición profesional que ocupan las/os trabajadoras sociales en el área hospitalaria, siendo más bien las orientaciones técnicas de programas específicos del Ministerio de Salud (MINSAL) o las Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 2018) las fuentes disponibles para esbozar una configuración del rol, las funciones y la posición que ocupan las/os trabajadoras sociales en este campo hoy en día⁵.

La amplitud política y epistémica que entregó la Declaración de Alma-Ata impulsó, sin duda, una apertura en la mirada de la concepción de la salud como tal y también de cómo esta se configuraba en la prestación de servicios. La Declaración permitió enfatizar no solo el carácter social de las disciplinas sanitarias, “sino también el carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud, interdisciplinaria que incluyó el Trabajo Social como la profesión de referencia para la parte social de esta nueva concepción de la salud” (Idareta, 2018, p.17).

Con relación a esa trayectoria, y refiriéndose al ejercicio de la profesión del trabajo social en el área de la salud, Molina (2006) señala que “hemos sido catalogados como profesionales de apoyo, que podemos ser transversales a todos los programas, algo así como un comodín en un juego de cartas... y el trabajo social pareciera ser que ha aceptado, casi con gratitud, esta especie de consideración caritativa!” (Molina, 2006, p.99). Esta visión de la subvaloración de la profesión no sólo refiere al rol profesional en el área de salud, sino a la construcción de conocimientos desde trabajo social como lugar crítico en general, a la validación de experiencias para el desarrollo de las políticas públicas (Aranciaga et al., 2017), o a la subvaloración de la intervención social en tanto acción dedicada a los pobres y marginados de la sociedad (Miranda, 2003).

⁵ En otros países latinoamericanos hay más producciones del área, destacando el texto de Correa-Arango et al. (2018) “Funciones de los Trabajadoras Sociales del área de la salud en los hospitales y clínicas de tercero y cuarto nivel de la ciudad de Medellín, Colombia”. El texto define entre las funciones del Trabajo Social en el nivel hospitalario la planificación de las intervenciones sociales en salud, la elaboración de los diagnósticos sociales, la integración de equipos interdisciplinarios, la participación ciudadana, la investigación y el levantamiento de insumos para la creación de políticas públicas.

En el año 2016 se generó una Comisión de Trabajadoras/es Sociales comandada por la asesora de gabinete de la Ministra de la época del MINSAL, la Trabajadora Social Nora Donoso Valenzuela, con el fin de producir un texto que estableciera las normas técnicas del Trabajo Social en Salud (Reyes Barría, 2019). El documento final, denominado “Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud” (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 2018, p. 35) fue promulgado el 9 de marzo de 2018, y constituye el referente más cercano a una caracterización del trabajo profesional en el área (ver Cuadro 1).

Cuadro 1: Ámbitos específicos de intervención del trabajo social en salud

Atención directa a personas y familias: las/os trabajadores sociales realizan atención directa a personas y familias para el diagnóstico y evaluación social, prevención, apoyo a la recuperación, rehabilitación y reinserción social, especialmente en grupos prioritarios y en situación de vulnerabilidad social según evaluación socio sanitaria.

Gestión social: comprende tareas relacionadas a la planificación social, apoyo e implementación de planes, programas y proyectos institucionales, dirigidos a la obtención, reconocimiento y ejercicio de derechos de los usuarios. Incluye también el trabajo de coordinación y gestión de redes en procesos de hospitalización y cuidados domiciliarios.

Ámbito docente asistencial: comprende el trabajo de acompañamiento, supervisión y/o asesoría para la formación de nuevos profesionales tanto del Trabajo Social como de otras disciplinas vinculadas a la intervención en salud.

Ámbito político institucional: se refiere a tareas de gerencia social, dirección de instituciones o programas, diseño, implementación y evaluación social de planes y programas, conducción político-estratégica de planes y programas.

Asesoría, apoyo a asociaciones y organizaciones: se espera que las/os trabajadores sociales asesoren tanto a equipos de voluntariado como agrupaciones vinculadas a la autoayuda y también a las diversas organizaciones de la sociedad civil relacionadas con la salud de la población.

Apoyo y facilitación de la relación público-privada sin fines de lucro: implica la colaboración en la evaluación social y familiar, realización de diagnósticos y movilización de recursos, coordinación con entidades públicas y privadas para el aseguramiento de la continuidad de cuidados, acompañamiento en procesos de derivación y contra derivación, y otras acciones tendientes a la protección de derechos y garantías explícitas en salud de acuerdo a marcos jurídicos y normativos vigentes (GES, Ley Ricarte Soto, Ley de Urgencia, entre otras).

Evaluación sociosanitaria en gestión de camas: comprende la participación de las/os trabajadores sociales en la evaluación de situación de dependencia y vulnerabilidad social, existencia de redes de apoyo, con el fin de posibilitar el alta integral de personas hospitalizadas.

Mediación en situaciones de conflicto: refiere a acciones para facilitar el diálogo y negociación en base a disponibilidad de información equitativa de las partes, con el fin de posibilitar acuerdo y resolución alternativa de conflictos, de manera autónoma y evitando su judicialización.

Gestión de la Satisfacción Usuaría: comprende tareas vinculadas a la identificación de áreas críticas, elaboración de propuestas de mejora, evaluación de resultados de las mediciones desarrolladas y retroalimentación del sistema. Refiere también a la instalación de modelos de atención y de gestión centrados en las personas.

Fuente: Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 2018).

La Comisión que participó en la elaboración de estas normas técnicas estuvo formada por integrantes del Colegio de Trabajadoras y Trabajadores Sociales de Chile, académicas/os y profesionales del área. Estas normas técnicas fueron creadas con la intención de poder visibilizar las acciones y aportes que las/os trabajadoras sociales realizan en la intervención en salud. Este ejercicio no estuvo exento de disputas disciplinares. Por ejemplo, el Colegio de Psicólogos defendió la exclusividad de sus profesionales para realizar psicoterapia, señalando que el hecho de cursar un posgrado en el área clínica no habilita en modo alguno a las/os trabajadoras sociales para ejercer la actividad de psicoterapeuta⁶. Luego de las negociaciones, las orientaciones y normas técnicas del trabajo social en salud, fueron dejadas sin efecto con fecha 7 de mayo de 2019, por necesitar revisar las actividades del trabajo social detalladas como psicoterapia grupal y familiar (Colegio de Psicólogos, 2019).

Habitar el hospital como espacio profesional en tiempos de pandemia

Más allá de este marco regulatorio de la intervención de trabajadoras/es sociales en el campo de la salud que aún se encuentra en revisión, lo cierto es que los ámbitos del desempeño profesional en esta área han versado históricamente sobre lo descrito en estas Normas y Orientaciones Técnicas. La pregunta que surge en este contexto y que queremos discutir en este artículo, entonces, no busca cotejar o comprobar los roles y tareas que efectivamente realizan las/os trabajadoras sociales en el hospital, sino más bien comprender la manera en que el hospital, como espacio de intervención profesional, ha sido 'habitado' por las/os trabajadoras sociales. La Declaración de Alma-Ata, la Reforma de Salud de 2002 y las Normas y Orientaciones Técnicas de Trabajo Social en Salud nos entregan elementos de contexto para comprender los marcos político-institucionales en que trabajadoras/es sociales se desempeñan cotidianamente en el hospital.

Cabe distinguir que en la Atención Primaria (Centros de Salud Familiar -CESFAM y Centros Comunitarios de Salud Familiar- CECOSF, entre otros) la labor de las/os trabajadoras/es sociales ha tenido un carácter vinculado a la promoción, el fomento de la participación y la prevención en salud, mientras que la intervención profesional en los hospitales han tenido que ver más con campos de desarrollo que acompañan a las especialidades clínicas, a la gestión usuaria y a la atención directa (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 2018; González, 2017; Zavala, 2013)

Hemos puesto el énfasis del análisis en el hospital como espacio de intervención considerando la escasa atención que en términos de producción académica se le ha brindado a este campo específico. El hospital es un espacio, y en ese sentido, entenderlo desde la categoría 'espacio' implica asumir que es producido no solo por los individuos sino por la sociedad en su conjunto. El espacio así es investido o producido por quienes lo habitan y lo dotan de vida a través de la puesta en juego de fuerzas productivas, conocimientos, técnicas y medios de trabajo (Saravia,

6 Ver declaración del Colegio de Psicólogos publicada en su sitio web, con fecha 12/10/2018 <http://colegiopsicologos.cl/2018/10/12/comunicado-n08-2018-sobre-normas-y-orientaciones-tecnicas-del-trabajo-social-en-salud/>

2019). El hospital como un espacio es habitado por múltiples actores y fuerzas, que crean una cultura y un ethos 'de hospital' marcado por una subjetividad permanentemente alimentada por regulaciones, emergencias, padecimiento, colaboración, cambios y adaptaciones al contexto, políticas de la vida y de la muerte (Deutscher, 2019). Habitar el hospital como campo de intervención profesional, implica habitar la incomodidad, en palabras de Paula Danel (2020), en el sentido en que la intervención profesional implica encuentros, corporalidades y devenires, discursividades que la performan y que la disputan, lo que supone reconocer el propio lugar e interpelar ese espacio con la propia presencia.

Metodología

Para indagar en las historias profesionales de trabajadoras/es sociales en tiempos de pandemia se ha optado por una metodología cualitativa de construcción de historias profesionales (Labrunée, 2010) desde un enfoque crítico-narrativo (Souto-Manning, 2014). Se identificaron 5 informantes clave de acuerdo a un perfil diseñado teóricamente (Creswell & Poth, 2018), que puso acento en i) la calificación (formación profesional universitaria y título profesional de trabajador/a social), ii) la experiencia en el campo (experiencia actual en intervención en hospital, experiencia previa en intervención en salud de al menos un año), iii) diversidad de funciones (entrevistadas/os con y sin en cargos de jefatura en el área), iv) diversidad territorial (desempeñándose en la Región Metropolitana y en región distinta a la Metropolitana). En base a estos criterios y utilizando la técnica de bola de nieve, se seleccionaron a 4 trabajadoras sociales y 1 trabajador social. Respecto a sus años de experiencia profesional en hospital, 2 participantes tenían entre diez y doce años de ejercicio profesional, 2 tenían más de veinticinco años de ejercicio profesional y 1 contaba con un año de experiencia profesional en hospital, aunque con diez años de experiencia profesional en otros espacios. Todas/os los entrevistados tenían experiencia en jefaturas de programas o servicios, pero a la fecha de la realización del estudio, solo 3 la ejercían.

Las entrevistas se desarrollaron en el mes de abril de 2020, en pleno periodo de incremento de los casos de contagios y fallecimientos por Covid-19. Cada entrevista tuvo una duración de entre 40 y 60 minutos aproximadamente. Por razones de seguridad, las entrevistas fueron agendadas con anticipación y realizadas vía telefónica.

En base al análisis de las entrevistas realizadas mediante las técnicas descritas en el método de análisis temático (Clarke & Braun, 2017), se identificaron los siguientes nodos discursivos: la predominancia del enfoque biomédico y los aportes a una mirada integral hechos por las/os trabajadores sociales, el rol profesional en la contención emocional de usuarias/os, la capacidad de agencia profesional en medio de la labor asistencial, las disputas por el reconocimiento y las condiciones materiales de la intervención profesional.

i) La predominancia del enfoque biomédico y “las cosas que no se ven”

Dentro de los principales hallazgos, se encontró que los/as entrevistados en general afirmaban que es tal la urgencia en los hospitales que la mayoría de las/os profesionales de la salud han focalizado su accionar en una lógica centrada en la dimensión individual y de carácter paliativo. Esto se refleja en las palabras de una trabajadora social que señala, refiriéndose a otros profesionales como médicas/os y enfermeras/os, que *“aún mantienen un enfoque biomédico en el quehacer, y todo lo relacional y educativo con los/as usuarios se les olvida”* (Participante 2). Este gesto hacia lo biomédico en tiempos de crisis *“no parece estar presente cuando se planifica el cómo enfrentar una pandemia desde los líderes institucionales, pero sin embargo es el enfoque que domina la intervención”* (Participante 2). Además, se señala, esto se hace aún más evidente en aquellos equipos de salud donde no hay ningún trabajador/a social, puesto que ninguna otra profesión asume de manera explícita la preocupación por informar, educar y tratar como ciudadanos/as a los usuarias/os.

En este sentido, la trabajadora social señala *“hemos asumido un rol de educar a la gente, muy enfocadas en la atención telefónica para que no vengan, en explicar las medidas de seguridad en las salas de espera, que tomen distancia, que si no es necesario no vengan [...] La gente está pasando situaciones muy complejas emocional y económicamente, pero está todo enfocado a lo biomédico sin mirar el impacto psicosocial”* (Participante 2).

Indica también que hay procesos *“que pasan muy desapercibidos y que son muy importantes ¿cómo retiras a un familiar que falleció si hay cordón sanitario y no tienes certificado de defunción? Hemos tenido que hacer redes para permitir que las personas retiren a sus familiares, por ejemplo. Se tiene que hacer toda la pega invisible, y recordar a los equipos clínicos las cosas que no se ven”* (Participante 2).

En esta misma línea, la participante señala que esta idea de ‘lo invisible’, de aquello que no se ve pero que desde el trabajo social tiene una preponderancia indiscutida: *“Vas adquiriendo la capacidad de ver cosas que los otros no ven [...] buscar información sobre cómo debe procederse frente a los velorios, ver lo que los equipos, por el hacer biomédico, no pueden ver”* (Participante 2).

En otras palabras, desde el enfoque biomédico que domina en tiempos de crisis –aunque no únicamente en crisis– se siguen viendo individuos atomizados y unidimensionales, muy por el contrario de la perspectiva de determinantes sociales impulsada por la Declaración de Alma-Ata e incluso por la Reforma de Salud. Ciertamente en tiempos de crisis prima la urgencia de la atención (Guerrero et al., 2020), pero la preocupación puesta desde los relatos de las/os entrevistadas/os apunta a una mirada integral y respetuosa de las/os usuarios, incluso –o tal vez de manera aún más relevante– en la emergencia (Lipe, 2020).

ii) El giro hacia la contención emocional

Las/os trabajadores sociales entrevistados coinciden en que durante este periodo de crisis han tenido que readecuar todas las prioridades que tenían organizadas anteriormente, *“viéndose enfrentados a cubrir la demanda inmediata referida a la ‘contención’ de los/as usuarios”* (Participante 3). El vínculo directo y cercano es destacado por una trabajadora social como parte del ethos profesional cuando relata el giro hacia una labor de orientación para las/os usuarios:

“He estado en el contacto con el usuario, ahora mi responsabilidad es ayudar, le busco la información y digo que me espere hasta que tenga la información. Me he trasladado al trabajo de orientadora [...] llevo en la sangre el contacto con la gente, y si puedo ser un aporte y es necesario en este ambiente de desinformación y de mala información” (Participante 5).

Otro entrevistado describe su rol usando la metáfora del encuentro como choque, en el sentido del *shock* emocional que generalmente está involucrado en la relación con las/os usuarios en contexto de pandemia *“a los trabajadores sociales nos mandan al choque”* (Participante 1), pues deben proveer información en situaciones altamente sensibles para las/os usuarios. En palabras del entrevistado, les ha correspondido desarrollar estrategias que les permitan *“bajar la angustia de todas las personas que quieren comunicarse con familiares, ya que por ley de deberes y de derechos no se puede proveer esa información por teléfono”* (Participante 1). Dentro de sus funciones en la emergencia sanitaria se cuentan también las tareas de mediación, por ejemplo *“interceder con las fuerzas policiales para que los familiares de personas hospitalizadas, fallecidas y enfermas graves, puedan pasar los cordones sanitarios para entregar útiles de aseo, incluso nos ha tocado mediar para la entrega de los cadáveres”* (Participante 2). Se trata de tareas que implican una carga emocional altísima y que están asociadas a un desgaste que al momento de la realización de las entrevistas apenas alcanzamos a dimensionar, pero que hemos constatado en estudios posteriores (Villalobos et al., 2020).

A la carga emocional que tiene para las/os profesionales el lidiar con estas políticas de la vida y de la muerte (Deutscher, 2019), se suma la propia carga emocional asociada a los ajustes de la vida personal en tiempos de pandemia. Un entrevistado lo grafica claramente en su relato:

“Me levanto con ánimo y me siento con energía sobre todo en las mañanas. En la tarde uno se siente cansado, con cansancio mental. Ando sugestionado eso sí, cuando recién empezó [la propagación del virus] sentía los síntomas, dolor de cabeza, de espalda. He estado agripado, pero es mi mente la que me juega una mala pasada. Alejarme de mi hija ha sido lo más difícil, que no la puedo ver porque no la puedo exponer, soy separado y ella no vive conmigo, eso me caga de onda, me tiene triste” (Participante 1).

iii) La capacidad de agencia en la labor asistencial

Dentro de las interpretaciones que las/os trabajadores sociales hacen de su trabajo cotidiano en el hospital en estos tiempos de pandemia, se encuentra la valoración que otras personas hacen respecto de su labor asistencial. Ahora bien, las/os entrevistados asumen que la labor asistencial es fundamental en una crisis, pero siempre se requiere que esta *“tenga una mirada orgánica y esté conducida de manera estratégica”* (Participante 4), según señala una trabajadora social. Otra trabajadora social resalta la importancia de la proactividad en términos ocupar los espacios donde se toman las decisiones estratégicas: *“En la coordinación nos hemos ido incorporando nosotras porque somos proactivas, no porque nos convoquen. Las colegas de otros servicios están involucradas porque meten la cuchara, no porque sean consideradas por los equipos directivos”* (Participante 2).

Las/os entrevistados coinciden en plantear que el hospital, como institución, ha vuelto a centrarse en lo biomédico en tiempo de emergencia sanitaria, y en que ha surgido como iniciativa autogestionada por parte de las/os trabajadores sociales el desplegar estrategias que hablan de una mirada integral y organizada de enfrentar la crisis. Se destaca en este sentido, por ejemplo, *“la creación de estrategias de seguimiento a pacientes que han sido dados de alta y la mantención activa de los vínculos de quienes quedan internadas/os”* (Participante 4). También mencionan las iniciativas de educación en materia de prevención y tratamiento ante síntomas de Covid-19 en las salas de espera, que han sido promovidas por trabajadoras/es sociales de manera espontánea –sin mediar una orientación desde las jefaturas– y las medidas de auto-protección, como iniciativas propias desde las Unidades de Servicio Social, debido a la alta congestión que experimentan los hospitales y la rápida expansión de los contagios.

Se reporta también el uso de las tecnologías para fortalecer los vínculos afectivos durante la crisis. Por ejemplo, una trabajadora social se refiere al uso de redes sociales para mantener informadas a las familias de recién nacidas/os que han permanecido hospitalizados durante la pandemia:

“Inscribimos una página en Facebook y creamos cápsulas educativas para las mamás que tienen que hacer trámites. Se creó un Whatsapp para hablar con las mamás y contarles como están sus hijos. Apareció la creatividad para brindar igual los servicios. Y todo con recursos propios, con los teléfonos personales, explicando todo por celular, ha aparecido lo mejor de cada uno” (Participante 4).

Ahora bien, el uso de la tecnología para innovar en la relación con las/os usuarios en tiempos de pandemia no está exento de controversias. A algunas/os profesionales les incomoda que los vínculos laborales se produzcan por estas vías, sin embargo, reconocen también que las/os usuarias/os han cambiado, y también el contexto, y que eso ha implicado adaptarse.

iv) Entre el reconocimiento y la subalternidad

Sin embargo, no todas las reorganizaciones del quehacer profesional ocurren con una mirada orgánica desde el inicio. Así lo relata una entrevistada al señalar que *“frenaba infecciones, resolvía rápidamente con trato amable, hacía puente por la parte médica y ayudaba a las/os usuarios a descifrar las recetas. Ahora lo empecé a valorar, pero al principio me daba vergüenza y me sentía pésimo, que no me vean las colegas porque me van a tratar de goma”*⁷ (Participante 3). Esta experiencia estuvo cargada de juicios por parte ella misma respecto de lo que debía o no hacer la trabajadora social en el hospital, no sólo creyendo que volvía a una acción completamente asistencialista, sino también, a la idea de ser vista como una subalterna por parte de otras/os profesionales, conllevando esto una subvaloración de su quehacer. Luego señala, *“cuando la doctora valoró mi trabajo empecé a darle yo también más valor”* (Participante 3).

Otra trabajadora social plantea *“uno choca por la forma que tienen de ser de quienes son jefes clínicos. Solo mandan y tratan mal: oye toma esto y anda a hacer esto otro con voz fuerte, como que no ven de la misma manera a las personas que son clínicas y a las que hacemos otras cosas que apoyan esa gestión”* (Participante 4).

Las relaciones entre profesiones en la intervención en salud no están exentas de dificultades. Estigmas en términos del estatus profesional y discriminación de ciertos profesionales por cuestiones de género, etnia, procedencia de estudios universitarios, entre otras, han sido identificados en estudios previos (Muñoz Arce, 2020). Además, mucho de esta relación interprofesional se ve obstaculizada por una incomprensión del trabajo del otro/a. Una entrevistada lo grafica de manera muy clara:

“Los médicos necesitan camas y desconocen lo que hacemos, desconocen todo lo que hay que hacer para lograr una cama. Ellos tienen que operar un apéndice, abre, saca el apéndice y cose. No logran entender otros procesos que requieren muchas más articulaciones. No hay una visión integral, solo se mira la demanda urgente [...] Algo que hemos hecho con los médicos es que vayan aprendiendo que los procesos son lentos, hemos visibilizado las gestiones que se realizan. Le digo a la colega que vaya y explique todo lo que hizo y además el resultado, porque si solo le dice que no resultó la gestión, piensan que el trabajo es insuficiente porque no visualizan todas las gestiones que hay detrás para lograrlo” (Participante 4).

El trabajo en equipo es fundamental en términos de reconocimiento –tanto de auto-reconocimiento como de reconocimiento del otro/a-. Los reportes de algunas entrevistadas destacan las bondades del trabajo conjunto en tiempos de urgencia *“La gente está muy solidaria, entonces vamos resolviendo las cosas con los equipos. La gente de farmacia, los técnicos, los administrativos. Eso es muy bonito”*

⁷ Expresión coloquial para referirse a una posición de subalternidad en espacios laborales.

(Participante 4). Otro entrevistado plantea que en estos tiempos de pandemia *“Todo requiere aún más articulación dentro del equipo, estamos todos comprometidos con el tema de la pega, eso igual te alienta y te da ánimo, ves que están todos en la misma”* (Participante 1).

v) *Las condiciones materiales de la intervención profesional*

Cabe señalar que al momento de la realización de las entrevistas, las/os trabajadoras/es sociales no contaban con los insumos adecuados para su protección personal en el espacio laboral, a pesar de estar en contacto directo con usuarias/os la mayor parte del día. Todas/os señalan que actuaron de manera empática considerando los escasos recursos con que contaban en ese momento, y que *“como son pocos implementos, entonces se distribuyen entre las/os profesionales que están más expuestos/as”* (Participante 2).

La sobrecarga laboral del último mes ha sido reconocida por todas/os las/os entrevistadas/os:

“El día que dieron cuarentena total, cuando la avisaron, ese día fue de locos, fácil mil personas que atender, fue súper estresante” (Participante 1).

“Adelantamos nuestro horario y llevo más de una semana entrando a las 7 de la mañana, retirándome entre 18 y 20, y en la mañana hacemos contención. Están las TENS [técnicos en enfermería] que le toman la temperatura a la gente y nosotros filtramos quién puede entrar y quién no. Hay que poner la cara por las suspensiones de horas. Fue muy terrible” (Participante 1).

“Igual tengo que tratar de no descuidar mi pega, pero el otro día eran las dos de la tarde y recién podía ver lo que le corresponde a mi unidad, y los indicadores se nos fueron a la mierda porque no alcanzo a responder ni la mitad de mi pega habitual, pues tenemos que estar cubriendo todas las contingencias” (Participante 1).

“En el equipo se enojan igual porque hay mucha sobrecarga. El aporte que yo hago es cubrirlas para que hagan más cosas, a lo que haya” (Participante 5).

El compromiso profesional es destacado por una trabajadora social con cargo de jefatura: *“Yo como jefa me he dado cuenta que trabajo con personas sumamente comprometidas, lo estamos dando todo como trabajadores sociales. No hay ninguno que diga que se va para la casa y que no hace nada. Todos están disponibles”* (Participante 4).

El trabajo a distancia, que algunas/os entrevistadas/os han desarrollado en ocasiones puntuales y en sistema de turnos, no ha significado una reducción de la carga laboral. Si bien ha permitido proteger la salud física de las/os profesionales, la desdiferenciación de los espacios laborales y personales ha redundado en una carga emocional importante. Las palabras de una trabajadora social lo ilustran de manera muy clara:

“Me pasa que me da miedo que me llamen cuando estoy en la casa y no pueda responder a lo que necesitan en el hospital. Estoy todo el día pendiente de lo que se pueda necesitar que pueda implicar desplazarme para allá. Creo que es mejor estar en el hospital que estar en la casa” (Participante 3).

Discusión

Los hallazgos aquí presentados permiten identificar cuestiones clave respecto de lo que implica habitar el hospital como espacio de intervención profesional desde el trabajo social. Algunos de los hallazgos nos permiten caracterizar cómo se ha desarrollado el ejercicio profesional específicamente en tiempos de pandemia. Nos referimos a la relevancia de la mirada integral que aporta el trabajo social para atender la crisis, de la contención emocional en el marco de las políticas de la vida y de la muerte (Deutscher, 2019), y a los efectos de los cambios en la dinámica laboral -trabajo a distancia, incremento de la carga de trabajo y alteración de las prioridades- que afectan el ejercicio profesional cotidiano. Otros hallazgos aquí presentados hablan de cuestiones que trascienden el momento de crisis a raíz de la pandemia y que podemos observar históricamente en la configuración de la profesión en el campo de la salud, no solo en Chile sino que a escala internacional: las disputas disciplinares en el marco de la predominancia del enfoque biomédico (Healy, 2012), la relevancia de la dimensión asistencial de la intervención profesional (Campana, 2019) y de la capacidad de agencia que desarrollan las/os trabajadores sociales como forma de resistir a las lógicas dominantes (Weinberg & Banks, 2019), las disputas por el reconocimiento y por subvertir las relaciones de poder (Gray y Webb, 2020) y las frágiles condiciones materiales en que se produce la intervención profesional (Ioakimidis, 2020).

Habiendo realizado estas distinciones, identificamos cuatro nudos sensibles que provienen de los hallazgos y que permiten visualizar cuestiones clave para el desarrollo de la profesión en el hospital como espacio de intervención. En primer lugar, aparece la necesidad de repensar la forma de actuación atomizada que se sigue produciendo en las instituciones hospitalarias. El desconocimiento de la labor de otras/os profesionales, la incompreensión de los procedimientos y gestiones que se requiere realizar para obtener los insumos necesarios para la atención, son aspectos críticos que redundan en el desgaste excesivo de recursos tanto materiales como humanos y en una atención fragmentada o inconclusa para las/os usuarios. En este sentido, la labor de “darse a conocer”, o en otras palabras, de hacer lucir la propia intervención en el sentido performático del término (Banks, 2014), ha sido reconocida en la literatura como una dimensión de la propia ética profesional

de trabajo social (Gray y Webb, 2020). Las/os trabajadoras sociales desde los inicios de la profesión en los albores del siglo XX, han habitado el hospital como espacio de intervención profesional y cuentan con una formación que es transdisciplinaria por naturaleza (Firn, 2016). La mirada integral, el fijarse en el detalle, el ver aquello que nadie ve, el pensar más allá de las fronteras de lo monofocal (Muñoz Arce y Larraín-Salas, 2019) y comprender a las personas en su multidimensionalidad, afectadas por mecanismos estructurales que producen opresión y exclusión, y atravesadas interseccionalmente por cuestiones de clase, etnia, sexo, orientación sexual, entre muchas otras, es una capacidad profesional que las/os trabajadoras sociales han desarrollado históricamente y que hoy, más que nunca, se requiere no solo desplegar sino también mostrar. Es esta capacidad, precisamente, lo que ha hecho reforzar en estos tiempos de pandemia y a escala internacional, que trabajo social es una profesión esencial (Lipe, 2020).

El cuestionamiento constante respecto de la dimensión ético-política es de manera transversal un aspecto clave en la intervención profesional, especialmente en el contexto de hospital. Como plantea Sozzi (2019), quien acude a un hospital es un sujeto singular que sufre y padece, y en este sentido, hacer ver dicha singularidad implica una decisión política y una posición ética, lo que significa que la responsabilidad no se limita al tratamiento del padecimiento sino que requiere también generar el espacio donde pensar, proponer e intervenir sobre las políticas y los efectos que estas promueven. En otras palabras, aparece aquí el desafío por re-pensar el lugar profesional desde una lectura crítica ¿en qué medida y de qué manera la acción profesional cotidiana reproduce los mecanismos de opresión y exclusión que afectan a las/os usuarios de los servicios de salud?

En este sentido, recomponer una mirada que incorpore los avances que hemos desarrollado como profesión y que, a la vez, nos ayuden a mirar críticamente nuestro ejercicio de manera continua (Gray y Webb, 2020), es fundamental. Esto implica asumir que el trabajo social, desde sus orígenes, no solo ha desarrollado un cuerpo de conocimientos que le han permitido construir una mirada integral y defensora de los derechos humanos, sino que también ha colaborado directa o indirectamente en actos de injusticia y discriminación a través de su historia (Ioakimidis & Trimikliniotis, 2020). Esto es lo que entendemos por asumir una mirada 'crítica': ni condescendiente, ni heroica, ni autoflagelante, sino capaz de comprender que el ejercicio profesional, por definición, encierra contradicciones que sitúan el lugar profesional en una encrucijada, que se expresa día a día en tensiones, incomodidades y dilemas éticos que se resuelven -o se naturalizan- de diversas maneras (Weinberg & Banks, 2019).

Como señalaron algunas entrevistadas, mucho de lo innovador en términos de ampliar la mirada hacia una lógica más integral de la intervención -no reducida a lo biomédico- tiene relación con la capacidad de agencia de las profesionales, de insistir, de estar y de introducirse en los espacios en que se toman las decisiones. Esto habla de una autocomprensión de la posición profesional que es estratégica, que se entiende desde la capacidad e importancia de incidir, y de alguna manera, disputar el poder dentro del hospital -un espacio dominado por las disciplinas biomédicas y masculinizadas. El hospital como un espacio construido nos habla de

la posibilidad de habitar con la propia presencia los espacios que tradicionalmente han sido negados o silenciados (Danel, 2020). Los ejemplos provistos por dos de las entrevistadas lo muestran con claridad.

Una tercera cuestión tiene relación con problematizar la intervención de trabajo social sin estigmatizar ninguno de los ejercicios que se pueden realizar en sus campos de acción. Desde hace varias décadas, y con más firmeza en tiempos del movimiento de la reconceptualización, las/os trabajadoras/es sociales declararon una distancia con el trabajo de caso individual como ejercicio básico de la profesión. De ahí el giro evidente hacia el trabajo en salud comunitaria. En las entrevistas realizadas se observa la incomodidad de las trabajadoras sociales que han tenido que realizar labores de contención y de apoyo individual a usuarias/os. Las contribuciones de diversos autores desde las perspectivas anti-opresivas en trabajo social ofrecen interesantes fundamentos, levantados desde matrices crítico/radicales, que permiten comprender la asistencia y la intervención individual como dimensiones de la intervención profesional que están lejos de ser sinónimos del conservadurismo (ver por ejemplo los trabajos de Fook (1993) o Mullaly (1997)). En este sentido, es interesante evaluar las matrices de pensamiento que se ponen en juego en cualquiera sea la metodología de intervención profesional desarrollada y hacerlo, además, en función de la variación de los contextos. Con la pandemia, ha sido necesario en los hospitales (como también en diferentes programas sociales, educacionales y también en los municipios), retomar las funciones asistenciales y las metodologías de intervención con casos. En los relatos de las/os entrevistados se ilustra cómo estas labores de asistencia, por ejemplo, pueden ser desarrolladas de manera articulada y estratégica, para 'hacer ver lo que nadie ve' -un asunto que tiene un valor fundamental más aún si se considera la dominancia del modelo biomédico en el hospital.

En este sentido, organizar las actuaciones profesionales para incidir en la transformación del modelo biomédico que aún impera en la mirada hospitalaria y de la salud pública sigue siendo un desafío medular, a cuarenta años de la Declaración de Alma-Ata. Con el advenimiento de la pandemia ha sido posible visualizar que las estrategias de intervención en la crisis carecen de una mirada territorial situada, poniendo el énfasis sólo en el contagio y no en los contextos en los que se desenvuelven las personas -y que pueden potenciar o contribuir a frenar los contagios. La activación de cuarentenas en comunas con altos ingresos per cápita no tiene las mismas implicancias que aquella que tiene lugar en territorios marcados por altas tasas de trabajo informal, donde el ingreso económico de las personas se resuelve a diario y en la calle. Si además agregamos las dimensiones de género o etnia, es posible advertir la manera en que una medida sanitaria básica como el establecimiento de cuarentenas puede reproducir la desigualdad y la injusticia. Las/os trabajadores sociales tienen la capacidad de ver estos pliegues de la intervención, por tanto, abogar por la incorporación de miradas estructurales e interseccionales (Crenshaw, 1991), puede ser una contribución profesional significativa en tiempos de pandemia pero también más allá de ella.

La cuarta cuestión tiene relación con las expectativas y las condiciones en que se produce la intervención. Observamos trabajadoras/es sociales con una carga

laboral y emocional pesada, donde la disponibilidad absoluta y a toda hora es bien vista y es parte de lo distintivo del rol profesional. Que las/os trabajadores sociales sean vistos como un ‘comodín’, en la expresión de Molina (2006) es diferente a comprenderles como un ‘articulador’ de dimensiones y planos que se conjugan en la vida de las personas (Firn, 2016). La búsqueda de integralidad en la urgencia, la comprensión de los determinantes sociales de manera efectiva, la puesta en juego de una subjetividad flexible, que se reconoce a sí misma en sus contribuciones, no tiene por qué ser ubicada en un lugar de subalternidad. Muy por el contrario. Es precisamente esta capacidad de articulación y de empatía con el padecimiento y el dolor, lo que hace la diferencia en un contexto marcado por una racionalidad efectista y deshumanizada que se reproduce cotidianamente en el hospital. Esto requiere, sin duda, un cuidado especial también de las/os profesionales, más aun en este escenario de crisis marcado por la incertidumbre y el desgaste profesional y personal que, en esta pandemia en desarrollo, no logramos todavía dimensionar (Hansel, 2020).

Reflexiones finales

En este artículo hemos identificado algunos elementos que permiten comprender la manera en que las/os trabajadores sociales experimentan su intervención en el hospital como espacio institucional, considerando elementos históricos del desarrollo de la profesión y coordinadas del marco político que da forma al rol profesional en el escenario de la pandemia por Covid-19. Los hallazgos aquí presentados entregan algunos indicios de la situación que están enfrentando las/os trabajadores sociales en los hospitales en la actualidad, pero claramente no cubren la totalidad de aristas involucradas en el ejercicio profesional ni la complejidad de estas, más aun considerando que la expansión del Covid-19 sigue en desarrollo, que aún no existe una vacuna para prevenir el virus y que las políticas para enfrentar la contingencia van cambiando sistemáticamente. Los hallazgos aquí discutidos más bien son comprendidos como una contribución acotada, una fotografía de la intervención profesional tomada en abril 2020 cuando el contagio de Covid-19 crecía exponencialmente en las áreas metropolitanas del país. A pesar de su carácter limitado, los hallazgos permiten profundizar ciertos debates en la discusión disciplinar actual, como los referidos a la configuración de la posición profesional dentro de la institución, las cuestiones relativas al carácter transdisciplinario de la intervención, las disputas por el (auto) reconocimiento profesional, la capacidad de agencia y de contestación frente a los enfoques hegemónicos como el biomédico, entre otros. También permiten abrir lugar a nuevos debates, sobre todo a los que se relacionan al impacto de los cambios en las condiciones laborales en el ejercicio profesional: el desdibujamiento de los límites entre lo personal y lo laboral, el impacto de las tecnologías de la información y de las redes sociales en el trabajo telemático y su reconfiguración en la intervención profesional, las transformaciones en los vínculos entre la/el trabajador social y las/os usuarios, y los efectos que en términos de salud mental tendrá esta crisis sanitaria en aquellas/os profesionales que están en la primera línea de la intervención.

Referencias bibliográficas

- Aguayo, C., Cornejo Torres, R. y López Vázquez, T. (2018). *Luces y sombras del trabajo social chileno: Memoria desde finales de la década del 1950 al 2000: identidad, ética, políticas sociales, formación universitaria y derechos humanos*. Espacio Editorial.
- Aranciaga Ignacio, Sánchez Candelaria y Luca Ayme (2017). *Interpelaciones al ejercicio Profesional del Trabajo Social desde la disciplina y las experiencias profesionales*. En Nicolas Rivas, Barbara Garcia Godoy y Natalia Lofiego Sociedad y universidad: ciencias sociales, conocimiento orientado y políticas públicas (pp. 19-27). Buenos Aires (Argentina): UBA.
- Aylwin, N. (1980). *Evolución Histórica del Trabajo Social*. En M. Quiroz (ed.), *Antología del Trabajo Social chileno* (pp. 43-64). Universidad de Concepción.
- Bastías, G., & Valdivia, G. (2007). *Reforma de Salud en Chile; el plan AUGE o régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución*. Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile, 32(2), (pp. 51-58).
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2002). *Historia de La Ley N° 19.966. Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud*. <https://www.bcn.cl/historiadelaley/historia-de-la-ley/vista-expandida/5682/>
- Banks, S. (2014). *Ethics*. Policy Press.
- Borrell, C. y Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: Evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SEESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.005>
- Campana, M. (2019). La Asistencia Social como derecho: Integración y precariedad. *Escenarios*, 18(27), 1-8.
- Castañeda, P. y Salamé, A. M. (2019). Memoria profesional y Trabajo Social chileno. Derechos humanos y dictadura cívico militar. *Revista Katálysis*, 22(2), 284-292. <https://doi.org/10.1590/1982-02592019v22n2p284>
- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud. (2018). Orientaciones y normas técnicas del Trabajo Social en Salud. MINSAL. <https://es.scribd.com/document/385378090/Minsal-Chile>
- Colegio de Psicólogos (2018). *COMUNICADO N°08/2018 Sobre "Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud"*. <http://colegiopsicologos.cl/2018/10/12/comunicado-n08-2018-sobre-normas-y-orientaciones-tecnicas-del-trabajo-social-en-salud/>

- Colegio de Psicólogos (2019). *Anula resolución "Sobre las Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud"*. <http://colegiopsicologos.cl/2019/05/29/contraloria-general-de-la-republica-anula-resolucion-sobre-las-orientaciones-y-normas-tecnicas-del-trabajo-social-en-salud/>
- Correa-Arango, M. E., Corena-Argota, A., Chavarriaga-Estrada, C., García-Valencia, K. y Usme-Baena, S. (2018). Funciones de los Trabajadores Sociales del área de la salud en los hospitales y clínicas de tercero y cuarto nivel de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Eleuthera*, 20, 199-217.
- Crenshaw, K. W. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (Fourth edition). SAGE.
- Danel, P. M. (2020). Habitar la incomodidad desde las intervenciones del Trabajo Social. *Escenarios*, 31, Article 31. <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10042>
- Deutscher, P. (2019). *Critica de la razón reproductiva*. Eterna Cadencia.
- Espelt, A., Continente, X., Domingo-Salvany, A., Domínguez-Berjón, M. F., Fernández-Villa, T., Monge, S., Ruiz-Cantero, M. T., Perez, G. y Borrell, C. (2016). La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 30, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011>
- Firn, J. (2016). Hospital-based generalist social workers' views of what facilitates or hinders collaboration with specialist palliative care social workers: A grounded theory. *Lancaster University, research directory*. [Application/pdf]. 1755478 B, 214 pages. <https://doi.org/10.17635/LANCASTER/THESIS/26>
- Fook, J. (1993). *Radical casework: A theory of practice*. Allen & Unwin.
- González, M. (2017). Asistentes sociales y salud pública en Chile: Identidad profesional y lucha gremial, 1925-1973. *Dynamis*, 37(2), 345-365.
- Gottero, L. (2012). Atención primaria de la salud. Continuidades neoliberales en la "asistencia centrada en la persona". *Ciencias de la Salud*, 10(3), 369-385.
- Gray, M. y Webb, S. (2020). *Nuevas agendas políticas en trabajo social (Traducción por Gianinna Muñoz Arce)*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Guerrero, L. R., Avgar, A. C., Phillips, E., & Sterling, M. R. (2020). They are Essential Workers Now, and Should Continue to Be: Social Workers and Home Health Care Workers during COVID-19 and Beyond. *Journal of Gerontological Social Work*, 1-3. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1779162>
- Hansel, T. (2020). Social Worker Well-Being in the Time of Covid-19. *Social Work Today*. https://www.socialworktoday.com/archive/exc_040220.shtml
- Healy, K. (2012). *Social work methods and skills: The essential foundations of practice*. Palgrave Macmillan.

- Idareta, F. I. (2018). *Trabajo social psiquiátrico: Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. Nau Llibres.
- Illanes, M. A. (2006). *Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de las visitadoras sociales, Chile, 1887-1940*. Lom Ediciones.
- Ioakimidis, V. (2020). Trabajo Social en el contexto neoliberal global: Solidaridad y resistencia desde una perspectiva radical. *Propuestas críticas en trabajo social*, 1(1), 1-12.
- Ioakimidis, V., & Trimikliniotis, N. (2020). Making Sense of Social Work's Troubled Past: Professional Identity, Collective Memory and the Quest for Historical Justice. *The British Journal of Social Work*. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa040>
- Irwin, A. y Scali, E. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores*. https://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
- Labrunée, M. E. (2010). *Historias y trayectorias. Relatos y reflexiones de la vida en el trabajo*. Ediciones Suárez.
- Lipe, L. (2020). Social Workers Are Essential Workers. *The New Social Worker*. <https://www.socialworker.com/feature-articles/practice/social-workers-essential-workers/>
- Molina, R. (2006). La invisibilidad del asistente social en la salud pública y en particular la salud mental nuestros aportes. *Rumbos TS*, 1, 98-114.
- Morales, P. (2015). Trabajo Social en Chile (1925-2015). Noventa años de historia e impronta en Latinoamérica. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 4, 21-28.
- Mullaly, R. P. (1997). *Structural social work: Ideology, theory, and practice*. Oxford University Press.
- Muñoz Arce, G. (2020). Trabajo interprofesional en Chile: Impactos de la racionalidad neoliberal y los horizontes de la justicia social. *Rumbos TS*, 15(21), 87-108.
- Muñoz Arce, G. y Larraín-Salas, D. (2019). Interseccionalidad y los programas sociales pro-integralidad: Lecturas críticas sobre intervención social. *Tabula Rasa*, 1(30). <https://doi.org/10.25058/20112742.n30.08>
- Quiroz, M. H. y Peña, I. (1998). *El sociodiagnóstico*. Universidad de Concepción.
- Quiroz Neira, M. H. (1999). *Antología del Trabajo Social Chileno*. Universidad de Concepción.
- Miranda, M. (2003). *Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=7788>

- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Regreso de Alma Ata. <https://www.who.int/dg/20080915/es/#:~:text=Hace%2030%20a%C3%B1os%2C%20la%20Declaraci%C3%B3n,sanitarias%20prioritarias%20y%20los%20determinantes>
- Reyes Barría, D. (2019). Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: Una historia en construcción y un comentario profesional. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, 34, 161-199. <https://doi.org/10.29344/07171714.34.2191>
- Ruz, O. (2016). Reorientación y Reconceptualización del trabajo social en Chile. En P. Vidal (ed.), *Trabajo Social en Chile. Un siglo de trayectoria* (pp. 95-118). RIL.
- Saravia, F. (2019). Espacio e intervención en trabajo social a partir de Lefebvre. *Cinta de Moebio*, 66, 281-294. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2019000300281>
- Sepúlveda, L. (2016). Algunas reflexiones sobre el ejercicio profesional durante la dictadura militar. En P. Vidal (ed.), *Trabajo Social en Chile. Un siglo de trayectoria* (pp. 141-171). RIL.
- Souto-Manning, M. (2014). Critical narrative analysis: The interplay of critical discourse and narrative analyses. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 27(2), 159-180. <https://doi.org/10.1080/09518398.2012.737046>
- Sozzi, G. (2019, 19 de septiembre). Lo político, lo social, el sujeto. Habitar hoy el hospital público, Jornadas Ameghino 2019. *PAGINA12*. <https://www.pagina12.com.ar/219061-lo-politico-lo-social-el-sujeto-habitar-hoy-el-hospital-publ>
- Tejada de Rivero, D. (2018). La historia de la Conferencia de AlmaAta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361-366. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
- Villalobos, C., Wyman, I., Muñoz Arce, G. y Reininger, T. (2020). Políticas sociales, implementación e implementadores. Continuidades y transformaciones producto del COVID-19. Documento de Trabajo, Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Trabajo Social, Universidad de Chile.
- Weinberg, M., & Banks, S. (2019). Practising Ethically in Unethical Times: Everyday Resistance in Social Work. *Ethics and Social Welfare*, 13(4), 361-376. <https://doi.org/10.1080/17496535.2019.1597141>
- Zavala Castillo, C. A. (2013). *Los aportes de las mujeres del Trabajo Social en Chile (1925 -1960)*. [Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura Mención Humanidades, Universidad de Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117199/Zavala%20Carolina-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>