UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

Estrategias de Intervención del Trabajo Social, en el Primer nivel de atención, en contexto de pandemia de COVID-19

Marcelo Martin Pereyra Cajaravilla

Tutora: Celmira Bentura Alonso

2022

Indice:

- Glosario…….Pag. 3

- Introducción……..…….…..……...Pag. 4

- Problema de Estudio…….……...Pag.4

- Objetivo General…….…….Pag. 5

- Objetivos específicos……..…….…..…....Pag. 5

- Metodología…….……....Pag. 5

- Capitulo Nº 1:

- 1.1: Trabajo social en Uruguay, breve repaso……...……..……....Pag. 6

- 1.2: Aproximación al cambio de visión en salud, creación del SNIS……..... Pag.6

- Capitulo N° 2:

- 2.1- Pandemia de COVID-19 en Uruguay, breve resumen (2020 – 2021)…….Pag. 11

- Capitulo N° 3:

- 3.1- Estrategias de intervención Social……...…….……...Pag. 16

- 3.2- Intervención Social en pandemia, desde la realidad de trabajadoras sociales del primer nivel de atención de RAP/ASSE…….……....Pag. 18

- Reflexiones finales…….…..…...Pag. 31

- Bibliografía…….……...Pag. 34

- Anexo Nº 1: Pauta de entrevista……....…….Pag. 40

- Anexo Nº 2: Transcripción de entrevistas…….…….….Pag. 41

Glosario:

ADASU: Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay

APEX: Aprendizaje y extensión

APS: Atención Primaria en Salud

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

DDHH: Derechos Humanos

FA: Frente Amplio

GACH: Grupo Asesor Científico Honorario

MSP: Ministerio de salud Publica

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIT-CNT: Plenario Ínter-sindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores

PNA: Primer Nivel de Atención

RAP: Red de Atención Primaria

SINAE: Sistema Nacional de Emergencia

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SMU: Sindicato Medico del Uruguay

TS: Trabajo Social

Zoom: Soporte de Programación de reuniones y video conferencias

Introducción:

El presente documento se constituye como la monografía final de grado de la Licenciatura de Trabajo Social, plan 2009, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. En el cual se pretende analizar las estrategias desplegadas por los trabajadores sociales, que cumplen tareas en las policlinicas de RAP/ASSE (Red de Atención del Primer Nivel/Administración de los Servicios de Salud del Estado), del primer nivel de atención (PNA), de Montevideo, con la llegada al país de la pandemia del COVID-19 en los años 2020-2021.

Se realizaron entrevistas a 4 Licenciadas en Trabajo Social, las que desempeñan su rol en el área del primer nivel de atención de RAP-ASSE, en policlinicas ubicadas en los barrios; Colon, Conciliación y Sayago, a los efectos de reflexionar y problematizar las estrategias de intervención, las limitaciones que trajo la pandemia y si esto supuso una afectación a la atención integral de los usuarios en dichas zonas.

Desde la llegada de la pandemia del COVID-19, se tomaron diferentes determinaciones desde las autoridades, siendo el “aislamiento” “libertad responsable”, las mas remarcadas, lo que impuso diferentes obstáculos para las profesiones que se encargan de la intervención social, no siendo ajeno a esto el trabajo social que vio como la “atención directa” y la “presencialidad” en la vida cotidiana de los usuarios se vio limitada.

Es por esto que se analizará y reflexionará con la experiencia de trabajadoras sociales del primer nivel de atención, en referencia a las modificaciones y resultados de la intervención social en pandemia.

- Problema de Estudio:

Se analizará las barreras y desafíos que representó la pandemia, para los Trabajadores sociales en el primer nivel de atención en policlinicas de RAP/ASSE, ubicadas en los barrios; Colón, Conciliación y Sayago de Montevideo.

Sobre esto se problematizó y reflexionó a partir de los aportes proporcionados por trabajadoras sociales en las entrevistas realizadas. Entendiendo por entrevista según Oxman (1998, p.9); “interacción verbal cara a cara constituida por preguntas y respuestas orientadas a una temática u objetivo específicos, es una técnica para el acercamiento al objeto de estudio de muy extenso uso en la investigación social”.

El presente trabajo pretende analizar la intervención del trabajo social dentro de un determinado momento el que genero cambios en la cuestión social.

La intervención social y el trabajo social como categorías de análisis serán orientadas por la teoría y por la forma en la cual las estrategias de intervención social son entendidas y abordadas desde el Trabajo Social en el primer nivel de atención según lo expresado por las profesionales entrevistadas.

- Objetivo General:

Conocer las estrategias de intervención desplegadas por los trabajadores sociales en policlinicas de RAP-ASSE del primer nivel de atención, con la llegada de la pandemia COVID 19.

- Objetivos específicos:

- Describir desde la mirada de los trabajadora/es sociales, barreras y desafíos para la intervención social, con las medidas de aislamiento.

- Indagar desde el discurso de los trabajadora/es sociales, si las herramientas tecnológicas permitieron una asistencia integral.

- Metodología

El diseño metodológico de la investigación es de carácter cualitativo-exploratorio, pretende centrarse en lo aportado por las diferentes profesionales entrevistadas quienes se desempeñan en el área del primer nivel de atención. Para ello se problematizarán y analizarán estos aportes, articulando con diferente material bibliográfico.

Capitulo Nº 1:

En este capitulo se realizara un breve repaso de la transformación trabajo social - salud en nuestro país, teniendo en cuenta la importancia del contexto socio-histórico, centrándonos en procesos normativos a partir del año 2005 los cuales permitieron diferentes transformaciones en salud, desde una visión integral.

1.1: Trabajo social en Uruguay, breve repaso.

En Uruguay el inicio del Trabajo Social, lo podemos ubicar a finales del siglo XIX y inicios del XX, gracias a los tempranos procesos de modernización de la sociedad, sentaron las bases para la existencia de profesiones de carácter interventivo en diversas áreas de lo social. La temprana secularización de la sociedad donde el médico sustituye al poder eclesiástico en las cuestiones sanitarias, facilitó el desarrollo de un proyecto socio-político y cultural que permitió el control y vigilancia de las clases populares, que debido a sus “modos” que se alejaban de lo aceptado, lo que vería como una amenaza a la “normalidad”, y el mantenimiento de privilegios, en palabras de Acosta (1998, p7);

> Será la política sanitaria y su correlato el "higienismo", entre las varias políticas sociales que tratan de forma fragmentaria la "cuestión social", que se constituirá en una determinación propia de la sociabilidad burguesa uruguaya al inicio del siglo XX, dando legitimidad a la intervención social en la vida cotidiana de las clases sociales subalternas.

Los diferentes cambios económicos, políticos y sociales a lo largo de la historia, acrecentaron la problemática de la cuestión social, entendida según Castel (1997, p.16); “aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura”, siendo esto acompañada por nuevas formas de intervención en lo social realizadas por profesionales, entre ellos profesionales del trabajo social, legitimando su profesión dentro de las instituciones del estado y en el ámbito privado. Siendo en un inicio el trabajo social subordinada a la institución médica (Acosta, 1998).

Entenderemos por Trabajo social; según lo establecido en la Ley Nº 19778/2019 en donde se establece la Reglamentación Profesional del Trabajo Social en el Uruguay;

> Profesión universitaria basada en una practica y disciplina del campo de las ciencias sociales. Promueve la dignidad y el desarrollo humano, la participación y el acceso real a los derechos y bienes sociales, materiales y culturales producidos socialmente sin discriminación basada en género, edad, orientación sexual, origen étnico-racial o socio-económico, filiación religiosa o política, discapacidad, ni de ninguna otra índole. (art. Nº 3).

1.2: Aproximación al cambio de visión en salud, creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En Uruguay, desde el año 2005 se asumió un cambio de visión, con la llegada de la izquierda al gobierno por primera vez representada por el FA (Frente Amplio), trayendo una mirada mas dirigida a la atención de los DD.HH, con un estado mas activo, se enfoco en desplegar una agenda social que buscó transformar la matriz de protección social, a los efectos de superar la crisis sostenida por efectos de políticas neo-liberales, reforzar la asistencia social y reparar derechos de sectores de la población históricamente relegados. (Midaglia y Antía; 2007).

Durante los tres periodos en el gobierno del FA, 2005-2020, se realizo una transformación profunda en el sistema de salud, entendido según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2000,p.3); “todos los recursos (instituciones, organizaciones, personas y acciones), que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas”. Transformación que aporto una visión “bio-sico-social”, dando mas protagonismo a diferentes profesiones no medicas, se creó el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), con el cometido de implementar y monitorear los programas de atención del estado y coordinar las prestaciones sociales de la población en todos sus ciclos de vida.

Podemos decir siguiendo a Lagomarsino (2009, p. 77) ;

> La estrategia seguida por las nuevas autoridades públicas, a partir del año 2005, se puede sintetizar en dos líneas de acción: i) La creación de nuevos dispositivos dirigidos a los sectores de mayor vulnerabilidad social con el objetivo de la inclusión social, por un lado; ii) la modificación de los seguros sociales tradicionales con el objetivo de ampliar sus coberturas, por otro lado. A su vez el nuevo diseño procura que estos dos componentes se interrelacionen

para construir un Sistema Nacional de Protección Social que cumpla con el objetivo esencial de brindar cobertura al conjunto de la población.

El SNIS, creado por la ley Nº 18.811/2007, universaliza el acceso a la salud integral, lo impone como un derecho humano inalienable. Se establece que los residentes en Uruguay, sin distinción alguna, cuenten con las condiciones necesarias para poder disfrutar del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social; “Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país” (art. 2).

Pone el eje en la asistencia a través de las APS, entendidas según la OPS (Organización Panamericana de la Salud), (2008; p.14) ;

> La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Desde esta perspectiva de asistencia integral entendida según Menendez (1988, p.12);

> Segun la corriente de la Medicina Social / Salud Colectiva Latinoamericana. En dicha corriente, la salud integral es considerada como un proceso en interacción con las prácticas del sector salud y el cuidado de los sujetos. Intenta trascender el modelo médico hegemónico.

Se intenta abandonar el modelo de salud biologicista o también llamado modelo medico hegemónico, definido por Menéndez (1988, p.1);

> Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el estado.

El SNIS reconoce 3 niveles de atención, siendo esto la forma organizada de controlar y organizar recursos para un acceso universal de la población, según Vignolo (2011);

- Primer nivel de atención: atención básica y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

- Segundo nivel de atención: atención en medicina interna, pediatría, ginecólogo-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

- Tercer nivel de atención: atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

Priorizo el primer nivel de atención, ya que seria el nivel que solucionaría el 80% de las consultas de los usuarios (MSP, 2020), identificado como el punto de entrada de la población a los sistemas de salud, siendo esto mas significativo en la poblaciones mas vulnerables, “Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” (Ley N.º 18.811, art.34). Se enfoca en la eliminación de barreras geográficas, económicas, y culturales que impiden el acceso a estos servicios, para esto, desde las autoridades de gobierno de su momento se apunto a la capacitación de los recursos humanos, aumento de la cantidad de servicios, nuevas policlínicas y centros de salud, en donde se busco que las mismas permitieran una mejor distribución territorial. (MSP, 2010).

En cuanto al mayor protagonismo de profesiones no medicas, como el trabajo social, dentro de una visión “bio-sico-social” de la enfermedad, se tradujo en priorizar el trabajo interdisciplinario en equipos de salud con su ubicación en el primer nivel de atencion; “estos no son la simple superposición de profesiones, sino la modalidad de trabajo que toma al usuario como una unidad existencial en tiempo y espacio y entiende al proceso asistencial como una práctica social humana entre personas” (MSP, 2010, p.7).

Transformaciones que podríamos decir que mejoro el sistema de salud, uno de los puntos fuertes comparados con países de la región, que permitió, demorar algunos de los efectos de la pandemia, como se mencionara en el capitulo siguiente.

Capitulo N° 2:

En el presente apartado, se hará un breve repaso por el proceso de la emergencia sanitaria (2020-2021), finalizando con una aproximación conceptual de Pandemia y COVID-19.

2.1- Pandemia de COVID-19 en Uruguay, breve resumen (2020 – 2021).

A la llegada del COVID-19 al país en marzo del año 2020, el país hacia semanas que transitaba un cambio de autoridades que ponía fin a 15 años de gobiernos de izquierda representado por el Frente Amplio, llegando al poder una coalición de partidos de derecha o centro derecha liderados por el Partido Nacional. (Baráibar,X. y Paulo, P., 2021).

El nuevo gobierno contó, entre otras herramientas, con un sistema de salud fuerte, limitando los efectos negativos en los primeros meses del COVID-19, lo que no fue inadvertido por La Organización Mundial de la Salud (2020),

> Aunque las Américas han sido la región más afectada, Uruguay ha reportado el menor número de casos y muertes de COVID-19 en América Latina, tanto en total como per cápita", en este marco este éxito uruguayo "no fue por accidente". "Uruguay tiene uno de los sistemas de salud más robustos y resilientes de América Latina, con una inversión sostenible basada en el consenso político sobre la importancia de invertir en salud". (Éxito Uruguayo con el COVID-19; el observador, 2020).

En los primeros meses del pasaje de la pandemia, Uruguay presento estadísticas positivas frente a la región y el mundo en cuanto a contagios y fallecimientos (López y Hernández, 2021) (SINAE, 2021). Al declararse la emergencia sanitaria se tomaron medidas para evitar aglomeraciones, las que fueron recomendadas por grupos de científicos entre ellos el GACH (Grupo Asesor Científico Honorario), la cancelación de espectáculos públicos, la suspensión de clases presenciales en todos los niveles de educación, cierre de puertos y aeropuertos, uso obligatorio de tapa-bocas, cierre de oficinas publicas, tele/trabajo entre otras medidas de aislamiento social. (Presidencia, 2020) (Ministerio de Salud Publica, Ordenanzas COVID 19, 2020).

En relación a la movilidad, el gobierno evitó tomar medidas vinculantes o coercitivas, apostando por una estrategia de exhortación y fuerte entonación liberal, resumida en las consignas “quédate en casa” y la exhortación a hacer uso de lo que se denominó, en palabras del presidente de la República, “libertad responsable”. Esta última apeló a la conducta individual como forma de evitar el confinamiento obligatorio, reivindicando en forma reiterada y explícita su fundamento ideológico liberal (Presidencia, 2020).

Desde el ámbito político, profesional y de la sociedad civil, el gobierno recibió “apoyo responsable”, aunque se mantuvo la disconformidad por las estrategias económicas y sociales frente a los impactos de la pandemia los cuales se vieron “tardíos” e “insuficientes”, alertando de un “achicamiento” del estado. (Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, 2020), en esta linea Baráibar y Paulo (2021, p.97), mencionan;

> Orientado a corregir el déficit fiscal y enfatizar la re-activación económica como motor del bienestar; matizar la responsabilidad del Estado en la protección dando mayor lugar a la esfera privada; apostar al esfuerzo personal para procurar ingresos propios vía el empleo. Se concluye que el nuevo gobierno da un giro con respecto a la propuesta progresista, exaltando la libertad y la responsabilidad individual como motores para el bienestar personal y se conceptualizan en forma simplificada las causas de la pobreza.

A partir del mes de noviembre del año 2020, la pandemia gana terreno, llegando a tener a principios del año 2021, un aumento exponencial de contagios y fallecimientos (Sistema Nacional de Emergencias, 2021). Esto significo para el sistema de salud un representativo peso extra en la atención de los usuarios, aunque no se llego al extremo de otros países de “colapso” sanitario, en palabras de especialistas, si, se vieron picos en los peores momentos de camas UCI (Camas de Cuidados Intensivos), casi al limite, generando estrés, y falta de recursos humanos por contagios y fallecimientos en el personal de la salud en sus diferentes niveles de atención

(Sindicato Medico del Uruguay, 2020), extendiéndose en diferentes etapas y variantes del virus, en RAP/ASSE cuarentenas de funcionarios infectados llevan a que, en policlínicas y atención primaria en todo el país queden sin cubrirse entre el 30% y 40% de las horas (El país Salud, 2021), logrando recién en la segunda semana de julio del año 2021, revertir algunos efectos negativos de la pandemia y comenzar con la presencialidad plena en salud. (Medidas del Gobierno para atender la emergencia sanitaria, 2021).

Siguiendo con los perjuicios que se ocasionaron por la pandemia, en cuanto a lo económico y social, podemos decir que modifico la vida cotidiana de toda la sociedad; Entendiendo vida cotidiana siguiendo a Protesoni (2002, p.17) como;

> El escenario del 'hacer', de las innumerables y heterogéneas prácticas, a través de las cuales transcurre la vida de los sujetos (…); Es el escenario y el tiempo en el que se producen sujetos, donde se produce subjetividad (modos de pensar, hacer, sentir que se construyen en determinado momento socio – histórico.

Esta "nueva normalidad", golpeada aun mas por los efectos del "aislamiento", definido según Diez y Morenos (2015), como la situación objetiva e involuntaria de tener mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos; Sumado el aumento del desempleo, la educación a distancia, el tele/trabajo, tele/asistencia entre otros cambios, que acrecentaron las brechas ya existentes de desigualdad, como también supusieron aumentos en la población de "síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad, sensibilidad interpersonal" (La salud mental en contextos de aislamiento, 2020), siendo los mas afectados los sujetos de poblaciones mas desprovistas y vulnerables.

Desde el gobierno se informo de diferentes medidas llevadas a cabo para aminorar los efectos de la pandemia, estando involucradas las diferentes instituciones

del estado, algunos ejemplos son: mejora en subsidios, seguros parciales y especiales, contratos a termino en personal de la salud, aumento en atención domiciliaria, telefónica y tele-medicina, fondo corona-virus, acceso de vacunas a toda la población, testeo en domicilios etc. (Presidencia, 2021).

Lo que es visto desde la sociedad civil como “insuficientes”, dejándolo en claro Bruno Giometti (2021), del instituto de investigación y formación del PIT-CNT (Plenario Ínter sindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores), Cuesta Duarte;

> Las medidas de apoyo social, laboral y productivo anunciadas por el Poder Ejecutivo en conferencia de prensa no son suficientes y no parecen contemplar la verdadera magnitud de la crisis actual que implica que 60 mil personas perdieron su empleo y 100 mil uruguayos cayeron por debajo de la línea de pobreza.

Enfocándonos en el PNA, y el trabajo social, varias fueron las medidas ordenadas por las autoridades (cierre de policlinicas, retiro de territorio etc.), no permitieron mantener una atención integral a usuarios de las diferentes policlinicas de RAP/ASSE de los barrios antes mencionados, población que ya se encontraba en situación de desigualdad, aumentada por los efectos de la emergencia sanitaria, quienes encontraban en las policlinicas del PNA no solo atención medica, sino tenían al alcance asistencia de diferentes especialidades siendo una de estas el trabajo social, brindando en un mismo proceso de intervención; siguiendo a Pereira (2011, p.31); “ la tarea asistencial con las tareas de educación, promoción y gestión para así optimizar los recursos disponibles en la institución y las capacidades de los usuarios”.

El mundo ha tenido que enfrentar diferentes pandemias a lo largo de su historia, en donde fallecieron millones de personas en diferentes partes del mundo, algunas de estás son la gripe española y tuberculosis, pero el COVID-19 presenta una ventaja por la época en la cual se encuentra activa, que le permite extenderse rápidamente por el

mundo, esta es la globalización y sus inmensas interconexiones económicas y sociales lo que le hace no tener fronteras, y favorecer su rápido contagio y aumentar su letalidad. (UNESCO, 2020).

Pandemia, la búsqueda del concepto es algo difícil de realizarse. Si bien, es sencillo reconocer que etimológicamente el vocablo “pandemia” procede de la expresión griega “pandêmonnosêma”, traducida como “enfermedad del pueblo entero” (Henao-Kaffure, 2010), otra posible definición seria, “epidemia que se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo y que, generalmente, afecta a un gran número de personas” (OPS, 2020) (OMS, 2020).

El Corona-virus 2019 (COVID-19) se define como una enfermedad causada por un nuevo corona-virus llamado síndrome respiratorio agudo grave Coronavirus (SARS-CoV-2), que se identificó por primera vez en medio de un brote de casos de enfermedades respiratorias en Ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Cabe destacar, que esta enfermedad fue nombrada COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud, y la abreviatura se deriva de "Enfermedad de Coronavirus 2019". Este nombre fue elegido para evitar estigmatizar el origen del virus en términos de población, geografía o asociaciones animales” (World Health Organization, 2020).

Este virus tiene una completa predilección por el árbol respiratorio humano. Por tal razón, una vez que penetra en el organismo, este genera una respuesta inmune anormal de tipo inflamatorio con incremento de cito-quinas, lo que agrava al paciente y causa daño multi-orgánico (Vargas, Acosta y Bernilla, 2020).

Capitulo Nº 3:

En este capitulo tendremos una aproximación a las estrategias de intervención y sus transformaciones en la emergencia sanitaria, centrándonos en esta ultima parte en la experiencia de las profesionales entrevistadas.

3.1- Estrategias de Intervención Social.

La emergencia sanitaria por efectos del COVID-19, altero profundamente la vida cotidiana y desafía los vínculos familiares y sociales, la salud, la economía, entre otras cuestiones. Haciendo aun mas difícil la intervención de esta nueva realidad por parte de los diferentes equipos de salud del primer nivel de atención.

Centrándonos en el Trabajo Social, entenderemos estrategia según la autora Claramunt (2015), "construcción de lo posible", en cuanto intervención social, Rozas (1998, p.60), la define como;

> Un proceso de construcción histórico - social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social.

Los actores encargados y las características de la intervención en la sociedad se fue modificando a lo largo de la historia con el devenir de la cuestión social, se pasó de la caridad ejercida por el clero; a la filántropia, que era ejecutada por las clases hegemónicas de la época a los efectos de mantener sus privilegios, los cuales eran amenazados por los llamados "anormales" o clases subalternas, quienes en definitiva eran el resultado de estos privilegios; y es desde aquí que el estado comienza a encargarse del mantenimiento de la paz social y la "reproducción del capital", llevando esto a un proceso de "ganancia de derechos" y de profesionalizacion de la asistencia social (Grassi, 1989).

Es en esta misma linea, gracias al mejor tratamiento de las complejidades de la "cuestión social", es que el trabajo social legitimo su intervención dentro de la vida cotidiana de la clases subalternas, como también se transformaron las instituciones estatales como su principal lugar de ejercicio de la profesión (Ortega, 2011). Pero este lugar de asalariado del profesional de trabajo social, exige y limita a la misma vez la

intervención social, lo que podemos ver en diferentes momentos históricos y dependiendo desde que ideología se intervienen los problemas sociales (Peralta, 2020).

Es por esta causa que para poder brindar una asistencia integral, el profesional de trabajo social deberá contar con herramientas teóricas y practicas para enfrentarse de mejor manera a los diferentes problemas sociales. En palabra de Iamamoto (2005, p.101); “se necesita un profesional que tenga importantes destrezas (...) técnico-operativa que le permitan potenciar las acciones en lo niveles de asesoría, planeamiento, negociación, investigación y acción directa”.

En el primer nivel de atención las diferentes trabajadoras sociales entrevistadas, aportaron que las técnicas y herramientas mas utilizadas en el PNA son la entrevista, la observación y las visita domiciliaria. Definiendo técnicas o herramientas según Moix (1991, p. 492), “instrumentos o herramientas utilizados como parte del método” en esta linea Fernández y Ponce de León (2012, p. 293), las define como; “el conjunto de habilidades, destrezas y recursos adquiridos mediante aprendizaje y práctica profesional, que permite al trabajador social realizar la intervención para obtener el resultado deseado”, en tanto;

- Observación Participante: es una estrategia de investigación en la que el observador tiene un papel activo, consiste en investigar al mismo tiempo que se participa en las actividades propias del grupo que se está investigando. En la observación participante se entra en contacto con los sujetos a fin de conocer, lo mejor posible, su vida y actividades. (Fernández y Ponce de León 2012).

- Visita domiciliaria, según Tonon (2005, p. 57);

Técnica de actuación del Trabajo Social que presenta la particularidad de incluir otras dos técnicas, la observación y la entrevista, que facilita la interacción dialógica teniendo lugar en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana, que se basa en un proceso comunicacional verbal y no verbal y se caracteriza por un objetivo definido (investigación, asesoramiento, seguimiento y cierre de la actuación profesional) revistiendo un valor estratégico en el proceso de actuación profesional.

Siendo estas técnicas o herramientas que permiten poder recabar mayor información ya que se interactúa con el usuario y su entorno, y de esta manera poder pensar intervenciones que permitan mejorar la realidad del usuario, frente a su demanda.

- 3.2- Intervención Social en pandemia, desde la realidad de trabajadoras sociales del primer nivel de atención de RAP/ASSE.

En este apartado se analizara y problematizara lo aportado por las trabajadoras sociales entrevistadas, intentando tener una aproximación a la practica profesional diaria en las policlinicas del primer nivel de atención de RAP/ASSE, de los barrios antes mencionados, identificando los cambios que habría generado la llegada de la emergencia sanitaria en su quehacer diario.

Las profesionales aportaron que desde la creación del SNIS la coordinación y trabajo interdisciplinario fue mejorando "lento" a lo largo del tiempo, hasta llegar a una mejor participación en los equipos de salud, en donde las diferentes profesiones intentan brindar una atención integral de los usuarios con una visión "bio-sico-social".

"trabajo en salud publica desde el 2000 y te puedo decir que con el SNIS, el trabajo social pudo meter mas pienso en la salud, intentando cambiar un poco la leyenda que solo lo biológico explica la enfermedad" (Entrevista TS Nº 3).

"la visión del medico como "ser celestial" en cuanto a querer pasar la linea de su profesión y entender que puede manejar cuestiones para las cuales no están preparados fue y es difícil de limitar (…) pero con la nuevas generaciones de profesionales, la visión de los médicos de familia y el SNIS (…) el tiempo a demostrado que se puede trabajar desde diferentes profesiones para lograr una salud integral" (Entrevista TS Nº 4).

En las policlinicas del primer nivel de RAP/ASSE, las trabajadoras sociales participan de diferentes asistencias, coordinaciones e intervenciones que abarcan desde atención directa en consultorio y territorio, trabajo en red con asociaciones civiles, instituciones publicas y privadas, con las que se coordinan acciones para disminuir los efectos de diferentes problemas sociales como; vivienda, seguridad social, violencia domestica y de genero, drogadicción, salud mental entre otros problemas sociales.

> “Todo lo que el medico ve que no lo puede explicar desde lo biológico, lo manda para la trabajadora social (…) entrevistamos a las personas para poder coordinar y dar una intervención” (Entrevista TS Nº 1).

> “el primer nivel de atención nos permite pensar una policlinica de puertas abiertas a la comunidad (…) en donde la gente tiene su vida, y así poder pensar mejor nuestro trabajo” (Entrevista TS Nº 2).

> “las policlinicas dentro de los barrios es la mejor manera de poder conocer de primera mano como se mueve y que falta en el barrio, el estado tiene que estar siempre presente, trabajar y estar cara a cara con las personas, mas aun en estos barrios (…) conocer las organizaciones sociales que trabajan dentro de los barrios es esencial, para generar políticas sociales de calidad” (Entrevista TS N°3).

Las demandas de los usuaria/os que llegan a entrevistarse con la trabajadora social en las policlinicas en su mayoría son espontaneas; entendidas según Balenzano (2011, p.71), como “el sistema de consulta a través del cual las personas con alguna problemática social se presentan en el Servicio Social a exponer su situación”.

> “en un gran porcentaje trabajamos con agenda espontanea, osea que el usuario viene a farmacia, viene a una consulta medica y viene a alguna cosa (...) ve el consultorio de servicio social y pasa” (Entrevista TS N°1).

> “los usuarios que se acercan a la policlinica a consultar con un asistente social, ya traen su demanda vinculada a una necesidad o problema (…) y es entonces que los entrevistamos y ahí sabemos desde donde intervenir” (Entrevista TS N°2).

> “las demandas son espontaneas (…) las personas están acostumbradas a que la policlinica esta abierta y cerca de su domicilio y no necesitan numero para hablar con la asistente social (…) pero también hay derivaciones de otros profesionales, se mejoro el trabajo en los equipos de salud... las derivaciones aumentan cuando esta la medica de familia” (Entrevista TS N°3).

Con la llegada del COVID-19 y el aumento de contagios al país esto cambio, las autoridades en la búsqueda de contener la enfermedad decidieron el cierre de

diferentes policlinicas del primer nivel de atención de RAP/ASSE dejando desprovista a la población (Aprendizaje y Extensión en el Cerro, 2020), siendo esto mas significativo en la periferias de Montevideo; las medidas modificaron en parte el acceso a la salud de la población en en el primer nivel de atención, porque limito ese acercamiento logrado desde las diferentes transformaciones del SNIS, pensando el primer nivel de atención como “puerta de entrada” a la salud integral.

Diferentes movimientos sociales y de profesionales demostraron su preocupación con estas medidas implementadas por parte de las autoridades de la Salud, el Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada hizo publico un comunicado en el cual manifiesta su “profundo malestar” por el desmantelamiento del primer nivel de atención, ante el cierre de policlínicas” (La diaria salud, 2020),

La Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC) reclama;

> “La necesidad impostergable del funcionamiento pleno del primer nivel de atención” ya que “Aproximadamente 80% de los casos de infección por COVID-19 son de resolución comunitaria, donde se encuentran las policlínicas dependientes del PNA”, por lo cual el PNA “debe ser la puerta de entrada al sistema para evitar sobre-saturar las unidades de emergencia móvil, al segundo y tercer nivel de atención” (La diaria, 2020).

Esta “nueva realidad” en donde se trabaja a “puertas cerradas”, genero incertidumbre, todos los funcionarios sin importar profesión, colaboraron en diferentes tareas a los efectos de lograr salir del caos que con la llegada de la emergencia sanitaria, se habría generado;

> “fue un aprendizaje completo (…) el centro estaba vació la puerta desbordada de gente (…) entonces de portera o seguimientos COVID-19 porque no se podía con todo y entonces la gente con COVID-19 positivo lo tenias que llamar fijarte en la historia (...) te convertías medio en medica (...) porque fue un caos” (Entrevista TS N°1).

> “se complico bastante, faltaba personal y al ver a compañeros con mas trabajo del que podían hacer (…) realice tareas de portera, seguimientos COVID-19 por teléfono y atención al publico (…) todo coordinado previamente con dirección claro”. (Entrevista TS Nº 2)

> “muy complejo pero entre todos los funcionarios pudimos organizarnos, todos hicimos de todo, a mi me solicitaron que hiciera los seguimientos COVID-19 y fui telefonista, ayude a organizar la puerta (…) de un dia para el otro todo cerrado”. (Entrevista TS N°4)

Las trabajadoras sociales entrevistadas plantearon diferentes desafíos y obstáculos para la intervención profesional entendida según Cazzaniga (2002, p. 1), como; “la puesta en “acto” de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional”.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene para el trabajador social, poder realizar su tarea en el PNA desde lo presencial, el aislamiento “significo un retroceso”, ya que en cuanto a las estrategias (herramientas y técnicas), para la intervención , salvo casos de extrema gravedad las entrevistas presenciales, la observación, la visita domiciliaria, disminuyeron hasta llegar a no realizarse en los peores picos de la enfermedad, lo que privo de herramientas que permiten al trabajador social, como ya hemos mencionado, estar dentro de la vida cotidiana de las personas para poder conocer de primera mano los problemas sociales y con esto lograr una mejor intervención.

> “oficinas en barrios de la periferia cerradas o se atendía con aforo lo que dejaba menos horario para concurrir (…) varias coordinaciones no se hicieron la gente no recorre a grandes distancias” (Entrevista TS N°1)

> “Con las directivas del trabajo a distancia, se dejo sin la asistencia adecuada a un gran porcentaje de la población que se asiste en la policlinica (…) población vulnerable de barrios como Conciliación, Lavalleja, Casavalle. (Entrevista TS N°2)

> “sacar la presencialidad quita herramientas para intervenir (...) porque el acercamiento es muy importante, el estar ahí que esa otra persona te vea como alguien que lo va ayudar, el que te cuente sus problemas, es desde allí que en el trabajo social se pueden pensar intervenciones que logren cambios tanto individuales como en el conjunto de la población” (Entrevista TS N°3).

> “ quedaron sin terminar diferentes tramites como pensiones, canastas de inda (…) porque no pudimos ubicar mas a la persona no teníamos los medios” (Entrevista TS N°4)

Las disposiciones de las autoridades sanitarias, no fueron acompañadas con protocolos que se ajustaran para mantener la asistencia “integral” desde el primer nivel de atención; esto debido a que se pensó desde un primer momento el COVID-19 solo desde una mirada biológica, dejando de lado las repercusiones sociales, económicas etc. negativas que esta enfermedad traería para la población.

> “ se dejo a diferentes poblaciones vulnerables como enfermos crónicos, tercera edad, personas con problemáticas en diferentes consumos (…) sin los acompañamientos, seguimientos y derivaciones para lograr una mejor calidad de vida”(Entrevista TS N°2).

> “se venia trabajando bien en el grupo tercera edad (…) se había logrado que vinieran semanalmente unas 16 personas se las veía mas activas, se había logrado talleres de huerta, canto, gimnasia (…) una pena los cierres, no se puso mucho pienso en alguna alternativa comunitaria”(Entrevista TS N°3).

Algunos ejemplos de esto son grupos de personas (tercera edad, obesos - diabeticos - hipertensos, adolescentes, entre otros.), concurrían a la policlinicas para participar semanalmente de reuniones y talleres en los cuales participan ocasionalmente equipos de salud integrados por medicas de familia, nutricionistas, enfermeras y trabajadoras sociales, a los efectos de brindar, información, educación y prevención sobre diferentes temas para la mejora de la calidad de vida.

Con la llegada de la emergencia sanitaria no se pensaron alternativas para acompañamientos de la población mas vulnerable, solo se instalo el miedo “al contagio y muerte”, “libertad responsable” y su principal solución “distanciamiento social” “aislamiento”, lo que ocasiono que los efectos de la soledad ganara terreno, mas aun en personas de la tercera edad, quienes suelen ser los que mas participan en los grupos del PNA, buscando contacto social, siendo posiblemente estos grupos y talleres el único lugar de esparcimiento y socialización en el cual participan.

En esta misma linea en palabras de Dornell (2021, p.49),

> Como sociedad se hace urgente volver a estar conectados social y culturalmente en un medio que brinde seguridad, reforzando la convivencia en comunidad, superando el aislamiento y retomando el mundo de la vida en el sentido de cotidianidad, construyendo y apelando a los recursos que como sociedad se han edificado para poder procesar las sensaciones de fragilidad y de desamparo que ha provocado este enemigo invisible llamado COVID-19.

Debemos pensar la pandemia desde una mirada integral, no permitiendo que el aislamiento o el distanciamiento social, deje que lo individual gane terreno, en palabras de Carballeda (2020), la intervención en lo social es una demanda, que implica estar con el otro a los efectos de la resolución de inconvenientes, problemas y complejidades que se presentan en la vida cotidiana; El COVID-19 es como toda enfermedad una enfermedad social, ya que no solo afecta la esfera biológica, sino que re-configura los problemas de la cuestión social, en los cuales intervienen distintas profesiones entre ellas el trabajo social.

Sus efectos negativos en la vida cotidiana de las personas, siendo algunos de estos la perdida de empleo formal, aumento del empleo informal, aislamiento social y el alejamiento de las instituciones del estado del territorio entre otros efectos negativos, nos fuerza a pensar una salud mas colectiva (Carballeda, 2020), y salir de las soluciones individuales que son para “unos pocos” dentro de esta sociedad cada vez mas desigual, la cual es desarrollada por políticas neo-liberales en la región y el mundo.

En palabras de Luciana Scaraffuni (2020); “el virus no generó mayores divisiones sociales sino que evidenció las ya existentes. Hay serias desigualdades estructurales que nos ubican en posiciones distintas para poder asumir esa cuarentena obligatoria que se nos impone”. Es en este marco y enfocándonos en el territorio;

> “se limitaron al máximo visitas en territorio (…) reuniones con referentes sociales (...) ya no se acompañaba al plan aduana (…) esto nos alejo de los usuarios” (Entrevista TS N° 4).

Las trabajadoras sociales del PNA, tienen que conocer el territorio en donde se encuentra ubicada su policlínica, porque, este condiciona de manera negativa o positivamente la vida de la población. No es lo mismo un barrio de la periferia de

Montevideo que un barrio del centro. El tipo de vivienda (ladrillo, bloque, chapa, cartón) también determinan, existen barreras sociales, físicas, económicas, culturales (Baraibar, 2013) y de esta manera poder reconocer aunque no se pueda recorrer sus calles, cuales pueden ser sus limitantes en cuanto a la emergencia sanitaria, en palabras de Baraibar (2013, p.10); “El territorio es siempre un lugar relevante para la vida de las personas. El barrio, la comunidad, el lugar donde se habita es importante por lo que tiene y también por lo que no tiene”.

El barrio es importante y permitirá mayores o menores oportunidades de acción, participación y decisión dependiendo del grado de bienestar y confort que presente el mismo. Y para determinar eso se toma en cuenta el grado y calidad de vida de sus habitantes, tener en cuenta con qué recursos cuenta y los que no, como también cuáles son sus demandas. Es decir, si tienen las necesidades básicas satisfechas, si cuenta o no con fácil acceso a servicios por ejemplo policlinicas, espacios para socializar como plazas, clubes etc. (Baraibar, 2013).

Desde esta mirada Carballeda (2020), nos dice que pensando como la población es atravesada por los efectos de la pandemia, no seria lo mismo enfrentar al COVID-19 desde un barrio con una casa con todas las comodidades que desde un asentamiento, es por esto que la pandemia aumento la brecha de desigualdad, perjudicando a las personas mas vulnerables. Es desde esta perspectiva que no podemos dejar de lado la importancia del trabajo con, en y desde el territorio, según Merklen (2005, p.115);

> La territorialidad, lo que nos lleva a la cuestión dé las organizaciones locales, a menudo mencionadas como actores centrales de las nuevas políticas. En el centro de las formas de solidaridad qué rodean la figura del pobre, se encuentran efectivamente siempre organizaciones afianzadas en un territorio preciso.

En la visión de las trabajadoras sociales, la menor presencia del estado en territorio representado por el temporal cierre de diferentes oficinas publicas (Decretos: 93/2020, 94/2020, 170/2021, 207/2021), ejemplo de esto el cierre de varias policlinicas del PNA, por la llegada de la pandemia, resaltan mas el “irreemplazable” trabajo que realizan las organizaciones sociales, barriales, sindicales etc. Mas aun en los barrios de menos recursos, en este tiempo de incertidumbre la solidaridad fue un pilar

fundamental, un ejemplo de esto y para no salir del tema de este trabajo académico, las ollas populares permitieron que cientos de miles de personas pudieran alimentarse, durante los años 2020-2021, funcionando aproximadamente unas 700 ollas populares (El país, 2021), no teniendo todas apoyo estatal.

Ahora bien, según Carballeda (2020) a los Trabajadores Sociales, no se los preparo para trabajar o intervenir en pandemia, enfrentar el aislamiento, el distanciamiento social sin poder estar dentro de la comunidad, y sin utilizar las herramientas/técnicas ya mencionadas “entrevista, visita domiciliaria etc.”, que nos permiten estar cerca de las personas, por lo que los profesionales deben adaptarlas y adaptarse a las nuevas formas de estas herramientas para no perder la visión colectiva de nuestra profesión.

En cuanto a las herramientas utilizadas para la intervención en el PNA, ganaron protagonismo las tecnológicas, ya que centrándonos en el trabajo social la mayoría de los seguimientos, coordinaciones, asistencia y trabajos en red se realizaron en forma telefónica, redes sociales y/o vía cámara web. En esta misma linea desde las autoridades de la RAP/ASSE no se dieron comunicados específicos para el colectivo de trabajo social, dado que se organizo su trabajo dentro del funcionamiento pactado para toda la unidad, lo que significaría entre otras uso de protección como el tapa-bocas obligatorio, priorizar consulta telefónica o vía web, de ser necesario la consulta domiciliaria se realice por un solo profesional (medico, enfermería, psicólogo, Trabajadora social). (Comunicados 2020, RAP/ASSE).

> “el teléfono y la computadora no son desconocidas … pero fue un cambio importante hacer todo desde la informática (…) no todas estamos muy preparadas para el uso de la tecnología”. (Entrevista TS N.º 2)

> “al principio el trabajo con las computadoras y el teléfono, fue un caos (…) porque no habían tantas computadoras ni teléfonos en la policlínica, nos teníamos que turnar en los consultorios o en la oficina de la dirección” (Entrevista TS Nº 3).

> “se noto mas la falta de equipamiento en varios de los consultorios computadora, teléfono con salida a celular (...) hace años lo venimos reclamando” (Entrevista TS N°4).

Las autoridades “estaban en un debe”, en cuanto a materiales para la tarea diaria, la instalación de los nuevos equipos informáticos y telefónicos significo una ganancia para todos los funcionarios en las policlinicas;

> “nosotras no teníamos teléfono con salida a celular no teníamos computadora en nuestro lugar (…) esto mejoro, con la llegada de la pandemia, cuando se dio el aumento de contagios instalaron todo (...) computadora con salida a internet y cámara web y teléfono con salida a celular en nuestro espacio” (Entrevista TS Nº 1).

> “nada puede cambiar que la mejor herramienta para poder entender la demanda de las personas es estar cara a cara o ir al territorio donde se produciría ese problema, pero la pandemia apuro a las autoridades de equiparnos con tecnología en nuestro consultorio que antes no teníamos”(Entrevista TS Nº 3).

Por efectos del aislamiento y sus limitaciones en cuanto al contacto con el usuario, la mejor estrategia que se pudo encontrar, fueron las tecnológicas. Se comprende que las Tecnologías de la Información y la Comunicación han favorecido de una u otra manera a los contactos y las actividades profesionales de los trabajadores sociales y, con ello, a la consecución de los objetivos de las intervenciones sociales en la actual crisis humanitaria. Por lo que, como se ha planteado, la atención social virtual y telefónica, se convirtieron aceleradamente en una parte importante de la praxis del Trabajo Social. Así, queda claro que fruto del COVID-19, se desarrolló una transición rápida a la tele asistencia que obligó a cambiar en cuestión de semanas, los mecanismos de prestación de servicios de los trabajadores sociales (Walter-McCabe, 2020).

> “se gestiono esta nueva atención la tele asistencia (...) en ese sentido es maravilloso tener internet poder hacer coordinaciones en red por zoom (…) acceder diferentes tramites como el de partidas de nacimiento y otros tramites desde el consultorio fue una maravilla” (Entrevista TS Nº 1)

> “acompañabas al programa aduana a las visitas de riesgo (...) todo lo demás se hacia por teléfono, internet o zoom para coordinar en red con otras instituciones como el MIDES, Intendencia, Poder judicial que como te dije facilito un montón

> fue maravilloso que nos trajeran computadora con acceso a internet y teléfono con salida a celular" (Entrevista TS Nº 1)

> "el teléfono y las reuniones web fueron un sustento para poder mantener los seguimientos y coordinaciones que no se perdieron por el aislamiento" (Entrevista TS N°3).

La tecnología es un medio que les permite a los profesionales complementar su trabajo, logrando en ocasiones sumar soluciones practicas a diferentes problemas, en palabras de Raffino (2019, p.122), "es un conjunto de nociones y conocimientos utilizados para lograr un objetivo preciso, que dé lugar a la solución de un problema específico del individuo o a la satisfacción de alguna de sus necesidades".

En cuanto al manejo de las herramientas y programas informáticos para realizar reuniones vía cámara web, video llamadas, entrevistas en linea entre otras tareas a distancia, 2 de las 4 entrevistadas aportaron haber tenido algunos inconvenientes para un manejo optimo, ya que no tenían formaciones especificas en el tema, aunque lograron con el tiempo gracias a la ayuda de compañeros, un uso correcto de dichas herramientas informáticas.

> "fue estresante nunca me capacite específicamente para el manejo de equipos informáticos, lo que aprendí fue en el trabajo diario, lo de las redes sociales y reuniones por cámaras me fue difícil (…) me ayudaron mucho otros compañeros de la policlinica" (Entrevista TS N°3).

> "sobre la marcha fui aprendiendo de otras colegas (…) con la llegada de la pandemia me di cuenta que es importante la capacitación en las herramientas informáticas. (Entrevista TS N°4).

El tele/trabajo tuvo su lugar dentro de las diferentes profesiones de la salud logrando suavizar la falta de presencialidad y evitar contagios, pero en alguna medida negativos por los efectos que el aislamiento y distanciamiento social trajo para las diferentes esferas no solo la sanitaria, ya que como ya dijimos el COVID – 19 es una enfermedad social, una de estas es la económica, los usuarios de las policlinicas del PNA RAP/ASSE de los barrios antes mencionados en un gran porcentaje son personas vulnerables, sin empleo, en busca de empleo o con empleos precarios informales, que no cuentan con los soportes por enfermedad o despido, y la llegada de

la emergencia sanitaria endureció aun mas su realidad, siendo esto un impedimento en muchas ocasiones para el acceso de dispositivos o servicios como el internet.

Las recomendaciones y/o directivas de las autoridades respaldadas en ejemplos llevadas a cabo en otros países de la región y el mundo, con la impronta “libertad responsable”, “distanciamiento social” para enfrentar la pandemia, limitaron “la sobre-vivencia de la moneda diaria o changa que suponen estos empleos”, como las ferias de la periferia, recicladores, venta puerta a puerta entre otros. No se tuvo una visión integral por parte de las autoridades, que compensara la perdida de estos empleos que son en gran porcentaje el sustento de las familias de contextos críticos, por esto como ya mencionamos se puede explicar en parte las aumentos de personas que comen en “ollas populares” y comedores estatales.

> “Mientras pasaba el tiempo y aumentaban los contagios y con esto los limites para las changas, la gente se amontonaba en la puerta, nos mencionaban que no tenían celular porque lo habían cambiado por comida en las almacenes del barrio, por lo que nosotras utilizando todos los medios de seguridad que nos brindaban en la policlinica, los atendíamos desde el otro lado del vidrio, aumentaron los tramites de canastas de INDA, en los peores momentos de la pandemia fines de 2020 y hasta julio o agosto del 2021”(Entrevista TS Nº 2).

> “realizamos récord de tramites por canastas de INDA, solicitud por comedores o mas subsidios del MIDES (…), los usuarios nos comentaban que no podían trabajar reciclando o vendiendo en la feria, y lo que el MIDES les entrega no alcanza, por lo que no podían quedarse en su casa”. (Entrevista TS Nº 3).

Aumentos en la solicitud de ayudas y subsidios estatales; que también son resaltados por parte de las autoridades; “consecuencia de la pandemia, el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) incrementó la cantidad de beneficiarios que atiende, de asistir a 8.000 personas a 25.000. Su presidente, Ignacio Elgue, explicó que en un mes y medio se entregaron las canastas que estaban previstas para el semestre” (Beneficiarios de canasta alimenticia, Presidencia, 2020).

En referencia a programas y trabajo interinstitucional desde el primer nivel, las trabajadoras sociales, presentaron desacuerdos en la manera en la cual las autoridades de turno modificaron o dejaron sin efectos servicios siendo un ejemplo el

“SOCAT”, (Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial), cuando aun se encontraban los efectos del COVID-19, servicio que trabaja dentro de las comunidades mas carenciadas, y brindaban una caja de herramientas mas amplias para diferentes seguimientos y coordinaciones, “La decisión del MIDES de eliminar el SOCAT supone la pérdida efectiva de acceso a derechos sociales por parte de la población” (M24, 2020).

> “en plena pandemia ademas de la falta de personal en el PNA, terminaron contratos con profesionales del SOCAT, que eran un complemento muy importante (…) mas para enfrentar la pandemia en territorio (…) un gran error” (Entrevista TS Nº 3).

> “no se entendió algunas decisiones, por las noticias las autoridades decían que querían reforzar el primer nivel de atencion, pero perdías servicios que se brindaban semanalmente en la policlinica, o donde se podía derivar, diferentes demandas, otro desafió.” (Entrevista TS Nº 4).

Para finalizar este apartado en referencia a la atencion “atención integral” desde el primer nivel de atención, los datos que se pudieron recabar de las profesionales entrevistadas, entendiendo el espíritu de diferentes decisiones impartidas en el PNA por las autoridades con el fin de evitar el aumento de contagios, lo que es reconocido como bueno comparado con la región y el mundo, pero distaron mucho de poder seguir ofreciendo a la población una asistencia integral desde el primer nivel de atención, según lo establecido en la ley N.º 18,211/2007 (SNIS) en su art. Nº 36;

> El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social.

Esto ya que las nuevas directivas se enfocaron en el “aislamiento” y “distanciamiento social”, sin ofrecer alternativas en lo económico y social a las poblaciones mas vulnerables, quienes sufrirían mas sus efectos.

“las nuevas normativas se podría decir que fue para cuidarnos, pero solo miraron una cara de la moneda (...) la atención integral no la pudimos mantener en su gran mayoría, sin poder trabajar en territorio y presencialmente fue imposible” (Entrevista TS N°2).

“lo que se logro en el primer nivel de salud con el SNIS a lo largo de los años, se perdió en pandemia (…) se trabajo poco en territorio y en las policlinicas el teléfono y el zoom no remplaza en gran medida al trabajo presencial” (Entrevista TS N.º 4).

Barreras y desafíos para el trabajo social que no solo trajo la emergencia sanitaria, sino la falta de directivas por parte de las autoridades que abarcaran la asistencia integral de la población.

- Reflexiones finales:

De acuerdo a lo expresado por las trabajadoras sociales entrevistadas, la irrupción de la pandemia de COVID-19, modifico como ya dijimos la “vida cotidiana de las personas”, y con esto en gran medida las estrategias de intervención de los profesionales en el primer nivel de atención, planteando diferentes barreras y desafíos para seguir manteniendo la atención integral.

Cuando hablamos de cambios nos referimos en primera instancia, al “acceso de atención”, desde la creación del SNIS, dicho sistema se caracterizo por estar dentro de los territorios con una política de “puertas abiertas”, facilitando el acceso a la salud de toda la población, reforzando esto en los barrios mas carenciados. Las decisiones de las autoridades para limitar el avance de los contagios fue un desafió para el PNA, las autoridades portando la bandera de “libertad responsable” y “distanciamiento social” reforzó el aislamiento y con esto las desigualdades estructurales ya existentes en gran parte de la población que se asiste en las policlinicas del PNA de RAP/ASSE de los barrios antes mencionados.

En este sentido se comprende, siguiendo la linea de las profesionales entrevistadas, que el aislamiento se caracterizo en su mayoría por efectos negativos para la intervención del trabajo social, ya que limito el acercamiento al otro y el poder trabajar desde la vida cotidiana para una mejor búsqueda de soluciones a la cuestión social. La riqueza para el profesional de las demandas espontaneas y las demandas que surgen en la confianza generada entre la Trabajadora Social y el usuario/a, en temas tan complejos como son la violencia domestica, violencia de género, violencia a menores, entre otros.

Por esto el principal desafió a superar fue el propio “aislamiento”, que da un giro a las estrategias en sus técnicas y/o herramientas, alejándolo de sus lugares de trabajo “la propia comunidad”, presentando así diferentes barreras para el quehacer profesional como perdidas de seguimientos, la paralización de tramites de pensiones por discapacidad, retrasos en la coordinación de asistencia medica especializada, lo que fue variando de menor a mayor según ganaba fuerza el virus.

Otro desafió fueron los protocolos “necesarios” para los trabajadores que concurrían al territorio a solicitud judicial, o en casos de extrema vulneración, alejaban

aun mas al usuario “lentes, tapabocas, sobre-túnicas etc.”, creaban desconfianza “miedo”, entre profesionales y los usuarios de asentamientos;

En relación a la problemática de las herramientas de intervención informáticas no son nuevas en la profesión, ya que debemos recordar que nos encontramos en un mundo dirigido por políticas neo liberales en una economía capitalista, y desde el trabajo social como personal dentro del estado se trabaja bajo lineamientos de programas tecnológicos de control y selección que determinan que persona accede a las diferentes ayudas y cuales no, limitantes de nuestra practica en alguna medida.

Siendo nuevo si, en gran medida el mayor protagonismo de las herramientas telefónicas y tecnológicas (redes sociales, cámara web), que se presentaron en algunos momentos de la emergencia sanitaria, como la única opción de intervención para la asistencia de los usuarios.

En palabras de Caravaca (2014, p.11);

> Las técnicas del Trabajo social online contemplarán las técnicas tradicionales consolidadas históricamente como son la observación, la entrevista, la encuesta, incluso la visita domiciliaria, junto con aplicaciones tecnológicas que puedan facilitar su empleo digital.

En relación con este tema, las entrevistadas, mencionaron como punto positivo la pronta instalación en las policlinicas y mas aun en los consultorios designados para su trabajo de teléfonos con salida a celular, internet y computadoras, que se habilitaron en sus centros de trabajo, les permitió evadir en alguna medida las limitaciones de la no presencialidad, por las restricciones a herramientas diariamente utilizadas desde el primer nivel de atencion (entrevista presencial, visita domiciliaria, observación), para la resolución de problemas sociales. Dejando en claro que las estrategias informáticas en pandemia, no permitieron la continuidad de la asistencia integral.

Siguiendo a Chinchilla (2016, p.2), “la informática debe concebirse como una herramienta o insumo más, que fortalece y maximiza la calidad del trabajo. Insumo que se hace presente en campos que van desde la formación profesional, hasta la misma intervención y su evaluación”, la informática no viene a solucionar vacíos en el

Trabajo Social, ya que sin profesionales comprometidas con la búsqueda de justicia social, una mayor cantidad de equipo informático no tiene sentido;

> Se puede contar con muchos recursos tecnológicos para desarrollar una investigación o desarrollar un proyecto; pero la capacidad para interpretar un problema y plantear soluciones, está referido en buena parte, a nuestras capacidades personales y posiciones sobre la realidad social, y en el caso de nuestra profesión, orientados por el desarrollo humano que merecen las personas. (2016, p.13).

Quedo al descubierto la falta de de recursos humanos y mejoras edilicias, explicado en parte, en diferentes cierres de policlinicas del primer nivel por no cumplir los protocolos de bio-seguridad requeridos para la atención en esta emergencia sanitaria, como lo dejo claro la Dra. Cuadrado (Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria); “Somos científicos y sabemos que por situación de bioseguridad hay algunas policlínicas que no podemos abrir" (Redaccion180, 2020).

Para finalizar las profesionales de trabajo social entrevistadas, manifestaron su desacuerdo con las diferentes medidas que fueron retirando del territorio al estado, siendo ejemplo de esto los diferentes cierres de oficinas estatales en la periferia, como también la falta de nuevos trabajadores técnicos y no técnicos para reforzar el PNA, notándose mas en las profesiones no medicas, ya que lo que se pudo notar desde el PNA fue aumento de control del virus en territorio desde el punto de vista biológico (testeo, vacunación etc.); marcando un alejamiento de la visión “bio-sico-social”, dejando de lado que toda enfermedad es social (Carballeda, 2020). En este marco tenemos que tener en cuenta la importancia de la Integralidad de la atención, y sin dejar de lado los aspectos psicosociales de las personas (FEMI, 2020), atención integral que desde el punto de vista de las profesionales entrevistadas no se pudo mantener.

Bibliografia:

- Acosta, L. (1998) Modernidad y Servicio Social: Un estudio sobre la génesis del servicio social en el Uruguay. 240 f. Dissertaçãao (Mestrado en Serviço Social). Programa de Pos-graduação. ESS/CFCH - UFRJ, Rýo de Janeiro. Orientador: Marilena Jamur.

- Acosta, Luis (2001) La mediación del higienismo en la génesis del Servicio Social en Uruguay. Disponible en: http:/www.chasque.apc.org/lacosta. Consultado 12/05/2022 – 22:40.

- Balenzano, C. (2011). “Microprocesos de trabajo en los Servicios Sociales del Sistema de Salud Público. Un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de Buenos Aires (CABA)”. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria, Argentina.

- Baráibar,X. (2008) Tan cerca, tan lejos: acerca de la relevancia “por defecto” de la dimensión territorial. Revista Fronteras Montevideo.

- Baráibar, X. (2013) Territorio y Políticas Sociales. Montevideo, Uruguay: Documento 5. Instituto Humanista Cristiano Juan Pablo Terra. Disponible en: institutojuanpabloterra.org.uy. Consultado 07/01/2022 – 23:55.

- Baráibar, X. y Paulo, P. Observatorio Latinoamericano y Caribeño | Vol. 5, N. 1 (enero-junio, 2021) , El giro del giro: regreso de Uruguay a las protecciones mínimas.

- BATTHYANI, K; CABRERA, M (Coord) 2011 Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial CSE- UdelaR

- Bentura C. (2006). Trabajo Social en el Campo de la Salud . Un Desafío Académico. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay.

- Berg-Weger, M., & Morley, J. (2020): “Editorial: Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8. Consultado 26/04/2022 – 21:05.

- Castel, Robert (1997). " Las Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado". Editorial Paidos. Buenos Aires, Argentina.

- Caravaca, C. (2014). Trabajo social on-line. El futuro de la intervención social. Disponible en: https://digitum.um.es. Consultado 15/03/2022 – 22:35.

- Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales.* Paidós. Disponible en: https://www.margen.org. Consultado 12/05/2022 – 23:40.

- Carballeda, A (2020) Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19 (2020). Disponible en: htts://www.margen.org. Consultado 21/04/2022 – 22:50.

- Cazzaniga, S. Metodología. El abordaje desde la singularidad, Facultad de Trabajo Social UNER, 1997.

- Cecchini, S., & Martínez, R. (2011). Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos. CEPAL. Recuperado en: https://www.cepal.org.

- Chinchilla, M. (2016). Los Aportes de la Informática al Trabajo Social Latinoamericano. Disponible en: http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-072.pdf. Consultado 19/05/2022 – 22:15.

- Dornell (2021) Las expresiones culturales en los andamiajes territoriales en contexto de pandemias: un aporte para interpelar las vejeces, en Sande, S y Capurro, Y (comp.). (2021.).*Trabajo Social contemporáneo en contextos de Pandemias: nuevos desafíos a la intervención gerontológica.* Udelar. FCS-DTS.

- FERNÁNDEZ GARCÍA, Tomás y PONCE DE LEÓN, Laura (2012). Trabajo Social Individualizado: Metodología de Intervención. Madrid: Ed. Académicas/UNED. Disponible en: https://revistas.ucm.es. Consultado 19/05/2022 – 22:55.

- GIOVANELLA, Ligia et al. ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00310142. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310 .

- GRASSI, G. (1989) . LA MUJER Y LA PROFESIÓN DE ASISTENTE SOCIAL. EL CONTROL DE LA VIDA COTIDIANA. Editorial HVMANITAS, Buenos Aires.

- Iamamoto, M (1997): Servicio Social y División del Trabajo. Cortez Editora, San Pablo. Recuperado en: https://trabajosocial5.files.wordpress.com/2016/04/iamamoto-servicio-social-y-division-del-trabajo1.pdf. Consultado 06/06/2022 – 20:20.

- López C. y Hernández D. (2021). *COVID-19, políticas y política en Uruguay: del desempeño excepcional al escenario crítico* [Archivo PDF]. Recuperado en: https://www.fundacioncarolina.es. Consultado 17/05/2022 – 21:10.

- Margarita Rosa Esparza (2017); La intervencion profesional en relacion a la cuestion social. Recuperado en: https://www.eumed.net/rev/ccss/2017/02/portovierjo.html

- Merklen, D. (2005) Pobres Ciudadanos. Ed. Grola. Bs. AS. Argentina.

- Midaglia, C y Antía, F, (2007), LA IZQUIERDA EN EL GOBIERNO: ¿CAMBIO O CONTINUIDAD EN LAS POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL? . Disponible en: http:// www.scielo.edu.uy. Consultado 02/07/2022 – 22:10.

- Mitjavilla, M. (1998) El saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de Trabajo Nº 33. Montevideo: UDELAR. FCS. Departamento de Sociología.

- Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

- Ortega, E. El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Montevideo: Trilce, 2008.

- Ortega, E. (2011) La medicalización de la asistencia en Uruguay a principios del siglo XX: Disponible en: https://www.13snhct.sbhc.org.br. Consultado 24/07/2022 – 14:10.

- Oxman, Claudia. (1998). La entrevista de investigación en Ciencias Sociales. Buenos Aires: Eudeba.

- Peralta, M (2020), Sinergias entre investigacion e intervencion en trabajo social . Disponible en: https://dialnet.unirioja.es. Consultado 02/06/2022 – 00:27.

- Protesoni, A. (2002). Vida Cotidiana: Un campo de problemática. En Piscología Social: Subjetividad y Procesos Sociales, comp. Fernadez, J & Protesoni, A. Tradinco, Montevideo

- Rozas, M (2004). La intervención profesional en relación con la cuestión social. Buenos Aires, Editorial Espacio. Disponible en: osocialemquestao.ser.puc-rio.br. Consultado 28/08/2022 – 19:20.

- TONON, Graciela (comp.) (2005). Las técnicas de actuación del trabajo social. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Walter-McCabe, H. (2020). Coronavirus Pandemic Calls for an Immediate Social Work Response. Social Work in Public Health. Disponible en : https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1751533. Consultado 20/07/2022 – 19:10.

Referencias Documentales:

- ADASU, declaraciones COVID-19 (2020); Disponible en: https://www.adasu.org.

- APEX, UDELAR, Cortando la distancia (2021); Disponible en: https://udelar.edu.uy.

- Aumento en solicitud y entrega en Canastas, INDA (2021); Disponible en: https://www.gub.uy.

- Gabriel Lagomarsino (2009) Comentarios de Seguridad Social Nº 23. Abril – Junio/2009, URUGUAY: HACIA UNA NUEVA MATRIZ DE PROTECCION SOCIAL1 .Disponible en : https://www.bps.gub.uy.

- Comunicaciones: Medidas por emergencia sanitaria, Presidencia de la Republica (2020), Disponible en: https://www.presidencia.gub.uy.

- Cuesta Duarte, PIT-CNT (2021) Disponible en: https://www.cuestaduarte.org.uy. Consultado 18/08/2022 – 22:20.

- Declaración de Alma-Ata (1978), Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: http://www.almaata.es/declaraciondealmaata.htm. Consultado 01/08/2022 – 23:50.

- Díez Nicolás, J., & Morenos Páez, M. (2015). La soledad en España. Fundación ONCE, Fundación AXA. Disponible en: https://www.asse.com.uy.

- Director general de la OMS, elogia el sistema de salud de Uruguay ante la pandemia. Disponible en: https://.aa.com.tr. Consultado 23/08/2022 – 21:50.

- FEMI: La importancia del primer nivel de atención hoy y más allá de la pandemia (2020); Disponible en https://femi.com.uy/wp-content/uploads/2020/10/IMPORTANCIA-PRIMER-NIVEL-ATENCION-EN-PANDEMIA-1.pdf. Consultado 18/05/2022 – 23:00.

- García, Adriana (2001); Dimensiones y Principios en Trabajo Social: reflexiones desde la intervención profesional. En: Temas de Trabajo Social, Equipo de Trabajo Social del Ciclo Básico – FCS. Montevideo: DTS – FCS - UDELAR. Mimeo Vignolo, J; 2011; Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud ; Disponible en : http://www.scielo.edu.uy. Consultado 26/08/2022 – 23:40.

- García, E. (2016). Importancia de la Informática en el Trabajo Social. Disponible en: http://xelipereztrabajosocial.blogspot.com. Consultado 20/02/2022 – 00:20.

- Interpelación Parlamentaria Tema: Políticas Sanitarias (2021), Disponible en: htps//legislativo.parlamento.gub.uy.

- La Diaria, Solicitud de reapertura de policlinicas RAP/ASSE por parte de SUMEFAC (2020), Recuperado en: https://ladiaria.com.uy. Consultado 28/08/2022 – 22:37.

- La importancia del primer nivel de atención hoy y más allá de la pandemia. Disponible en: https://femi.com.uy/wp-content/uploads/2020/10/IMPORTANCIA-PRIMER-NIVEL-ATENCION-EN-PANDEMIA-1.pdf. Consultado 05/03/2022 – 18:37.

- La salud mental en contextos de aislamiento (2020). Disponible en: https://udelar.edu.uy.

- Ley Nº 19.778 (2019) Profesión del Trabajo Social-Regulación. Parlamento de Uurguay, Montevideo. Disponible en : https://legislativo.parlamento.gub.uy.

- Ley Nº 18.211(2007); Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: https://www.gub.uy.

- Ministerio de Salud Publica (2010) Componentes estratégicos de la planificación de la estrategia nacional en la salud. Disponible en: https://www.gub.uy.

- Ministerio de Salud Pública (2011). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Disponible en:* https://www.paho.org.

- Ministerio de Salud Pública (2017). Para Vázquez, hay que priorizar el primer nivel de atención en salud para mejorar los recursos y la atención. https://www.gub.uy.

- Ministerio de Salud Publica (2020) Plan de contingencia. Disponible en: https://www.gub.uy.

- Ministerio de Salud pública (2021b). *La respuesta de Uruguay en 2020 a la Pandemia de COVID-19*. Disponible en: https://www.gub.uy.

- M24, Cierres de SOCAT (2020), Disponible en: https://administrador.m24.com.uy. Consultado 09/06/2022 – 21:50.

- Ordenanzas COVID 19, MSP 2020. Disponible en: https://www.gub.uy.

- Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357. Consultado 10/05/2022 – 00:30.

- OMS, COVID-19 y URUGUAY, el observador (2020). Disponible en: https://www.elobservador.com.uy. Consultado 15/05/2022 – 20:45.

- OMS sobre éxito uruguayo (2020): "No fue accidente, tienen un sistema de salud robusto". Disponible en: https://www.elobservador.com.uy. Consultado 13/03/2022 – 23:17.

- Organización Panamericana de la Salud (2008) Atencion primaria en salud. Disponible en: https://www.paho.org.

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (s.f.a). *Coronavirus.* Disponible en*:* https://www.paho.org.

- OPS/OMS, (2011), Atención Primaria de la Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Disponible en: https://www.paho.org

- Pandemia, desde la mirada de las ciencias sociales (2021). Disponible en: https://udelar.edu.uy.

- Pereira Canto, S. (2011.) *El Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención.* Tesis de grado. Universidad de la Republica (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

- Primer nivel de atencion Ministerio de Salud publica (2017). Disponible en: https://www.gub.uy.

- Raffino, M. E. (2019). ¿Qué es tecnología?. Disponible en: https://concepto.de/tecnologia/. Consultado 26/04/2022 – 23:48.

- Presidencia, Medidas de Gobierno ante la Emergencia Sanitaria (2020-2021), Disponible en: https://www.gub.uy.

- Sindicato Medico del uruguay, Carencia inminente de recursos humanos en la emergencia sanitaria (2020) sintesis. Disponible en: https://www.smu.org.uy. Consultado 12/06/2022 – 22:07.

- Scarfuni, C (2020) Coronavirus como evidencia de las divisiones sociales. Disponible en: https://cienciassociales.edu.uy.

- Seguros de paro extendido por COVID-19, El pais (2020), Disponible en: https://www.elpais.com.uy. Consultado 30/06/2022 – 23:17.

- Sistema nacional de Emergencias (2020). *Informe de situación sobre coronavirus COVID-19 en Uruguay. Disponible en:* https://www.gub.uy.

- Nota 180; Sistema de salud, dejo de existir?. Disponible en: https://www.180.cpm.uy. Consultado 28/08/2022 – 23:50.

-UNESCO (2020), Pandemias ayer y hoy. Disponible en: https://es.unesco.org. Consultado 03/02/2022 – 10:20.

- Vargas, C. Acosta, R. Bernilla A. (2020) El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Disponible en:https://www.redalyc.org/. Consultado 20/02/2022 – 21:05.

- Vignolo, J. (2011) *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. 2011, vol.33, n.1, pp.7-11. ISSN 0250-3816. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy. Consultado 11/02/2022 – 23:35.

- Visualizador de casos COVID-19 (2021), SINAE. Disponible en: https://www.gub.uy

- World Health Organization (11 de febrero del 2020). *Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nGoV on 11 February 2020. Disponible en:* https://www.who.int/. Consultado 22/04/2022 – 20:15.