



EDICIONES UNIVERSIDAD  
TECNOLÓGICA METROPOLITANA

**INTERVENCIÓN Y PRÁCTICA DEL**

# TRABAJO SOCIAL:

**DESAFÍOS ANTE LA**

# RECONFIGURACIÓN POSPANDÉMICA

Diálogos en  
España y Chile

**COORDINADORAS:**

Eveline Chagas Lemos  
María Antonia Buenaventura Rubio  
Lorena Valencia Gálvez



EDICIONES UNIVERSIDAD  
TECNOLÓGICA METROPOLITANA

**INTERVENCIÓN Y PRÁCTICA DEL**

**TRABAJO**


**SOCIAL:**


**DESAFÍOS ANTE LA**

**RECONFIGURACIÓN  
POSPANDÉMICA**

Diálogos en  
España y Chile

Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana


 Calle Dieciocho 161,  
Santiago, Chile

 (56-2) 787 77 50

 Metro Los Héroes

 editorial@utem.cl

Vicerrectoría de Transferencia  
Tecnológica y Extensión

 [www.editorial.utem.cl](http://www.editorial.utem.cl)  
[www.vtte.utem.cl](http://www.vtte.utem.cl)  
[www.utem.cl](http://www.utem.cl)

**INTERVENCIÓN Y PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL:  
DESAFÍOS ANTE LA RECONFIGURACIÓN PANDÉMICA.  
DIÁLOGOS ESPAÑA Y CHILE**

Coordinadoras:

**Eveline Chagas Lemos, María Antonia Buenaventura Rubio y Lorena Valencia Gálvez.**

1ra edición (digital), 2022

Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana

ISBN digital: 978-956-9677-73-1

Registro de propiedad intelectual 2022-A-10470

Referato internacional:

- Elivânia da Silva Moraes (Brasil)
- Victoria Rivera Ugarte (Chile)
- Josefina Fernández i Barrera (España)

Chagas, E.; Buenaventura, M.A.; Valencia-Gálvez, L. (2023) (coordinadoras). Intervención y Práctica del Trabajo Social: Desafíos ante la reconfiguración pandémica. Diálogos España y Chile. Ediciones UTEM.

Edición, diseño, diagramación, portada y corrección de estilo:

Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana

Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión

© Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro, su recopilación en un sistema informático y su transmisión en cualquier forma o medida (ya sea electrónica, mecánica, por fotocopia, registro o por otros medios) sin el previo permiso y por escrito de los titulares del copyright.

Santiago de Chile.



EDICIONES UNIVERSIDAD  
TECNOLÓGICA METROPOLITANA

**INTERVENCIÓN Y PRÁCTICA DEL**  
**TRABAJO**  
**SOCIAL:**  
**DESAFÍOS ANTE LA**  
**RECONFIGURACIÓN**  
**POSPANDÉMICA**

Díálogos en  
España y Chile

**COORDINADORAS:**



---

Eveline Chagas  
Lemos



---

María Antonia  
Buenaventura Rubio



---

Lorena Valencia  
Gálvez

# INTERVENCIÓN Y PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL: DESAFÍOS ANTE LA RECONFIGURACIÓN POSPANDÉMICA

Diálogos en España y Chile

*Eveline Chagas Lemos*

*María Antonia Buenaventura Rubio*

*Lorena Valencia Gálvez*

*(coordinadoras)*

## RESUMEN

Los confinamientos obligados debido a la expansión del covid-19 reconfiguraron las vidas personales y sociales de todos y todas, provocando adaptaciones forzadas ante la realidad, de la cual el trabajo social como disciplina no estuvo ajena. Como una forma de fortalecer la relación de la academia con profesionales del área que debieron ajustar sus quehaceres, se consideró oportuno registrar experiencias de trabajadores y trabajadoras sociales y docentes de la Universidad de Barcelona (España) y de cuatro universidades chilenas: la Universidad Tecnológica Metropolitana, la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, la Universidad de Chile y la Universidad Alberto Hurtado, con el objetivo de representar diversas reflexiones internacionales a modo de diálogo.

Este libro recopila 19 capítulos que buscan dar a conocer la práctica profesional ante la adversidad y mostrar diferentes perspectivas (chilenas y catalanas) acerca de la intervención del trabajo social en variados ámbitos: salud, protección social, servicios sociales, infancia y familia, comunitario, derechos humanos, vivienda y educación, explicando y asumiendo los cambios derivados de esta pandemia y los desafíos o retos futuros para la academia y la profesión.

## ÍNDICE

### **CAPÍTULO 1.**

A modo de introducción: de la adversidad a la oportunidad.

Construyendo diálogos.

*Por Eveline Chagas Lemos, María Antonia Buenaventura y Lorena Valencia Gálvez.*

### **CAPÍTULO 2.**

De la práctica profesional a la academia: el trabajo social en Chile y en España.

*Por María Antonia Buenaventura, Lorena Valencia Gálvez y Eveline Chagas Lemos.*

## **PARTE 1. LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN ESPAÑA Y CHILE EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**

### **CAPÍTULO 3**

El trabajo social en Atención Primaria de Salud en el contexto del covid-19 en Chile.

Desafíos, tensiones y transformaciones.

*Por Sonia Romero-Pérez y Paola Mayorga-Bustamante.*

### **CAPÍTULO 4**

SARS-CoV-2: el virus que reta al trabajo social sanitario.

*Por Eunice Blanco Vázquez.*

### **CAPÍTULO 5**

Salud, infancia y crisis: acompañamiento a las familias en el contexto hospitalario durante el covid-19.

*Por Marta Gavalda y Eduard Pellicer.*

### **CAPÍTULO 6**

Trabajo social y pandemia en un hospital de Atención Intermedia:

la Unidad de Trabajo Social del Parc Sanitari Pere Virgili.

*Por Guiomar Riaño Baztan; Olga Alonso Lezcano, María José Blázquez Seoane, Blanca Catalan Osete, Rosa Colomer Campos, Cristina del Rio Regi, Carolina Hornero Mas, Adriana Mas March, Natalia Parejo Muñoz, Sabrina Romera Ruiz y Jennifer Ruiz Torezano.*

## **PARTE 2. LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN ESPAÑA Y CHILE EN EL ÁMBITO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LOS SERVICIOS SOCIALES**

### **CAPÍTULO 7**

Reterritorialización del ejercicio profesional en lo rural en tiempos de pandemia.  
*Por Sandra Iturrieta Olivares y Valentina Serrano Adrovez.*

### **CAPÍTULO 8**

Los Servicios Sociales de Atención Primaria del Ayuntamiento de Cerdanyola del Vallés.  
*Por Beatriz Ferrera Hermoso.*

## **PARTE 3. LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN ESPAÑA Y CHILE EN EL ÁMBITO DE LA INFANCIA Y FAMILIA**

### **CAPÍTULO 9**

Cambios en la intervención disciplinar en infancia.  
Relevando experiencias de trabajadoras y trabajadores sociales chilenos en el contexto de covid-19.  
*Por Carlos Andrade Guzmán, Katia García Benítez y Javiera Pineda Reyes.*

### **CAPÍTULO 10**

Experiencia de trabajo social con familias y comunidades desde la vinculación con el medio en Santiago de Chile en período de pandemia.  
*Por Julia Cerda Carvajal.*

### **CAPÍTULO 11**

Trabajo Social e Infancia en riesgo.  
*Por Anna Arumi, Julio Cirbian y Esther Delgado.*

### **CAPÍTULO 12**

Experiencia de trabajo social en un centro de acogida para adolescentes en situación de pandemia en Cataluña.  
*Por Lluís Cortés.*

## **PARTE 4. LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN ESPAÑA Y CHILE EN EL ÁMBITO COMUNITARIO, DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA VIVIENDA**

### **CAPÍTULO 13**

Dos experiencias de trabajo comunitario en momentos de crisis.  
La importancia de la adaptación.

*Por Aïda Ballester Lledó y Elies Martínez Codina.*

### **CAPÍTULO 14**

Implicancias para el trabajo social del Proceso Constituyente en Chile: experiencia en municipios del sector sur de la región Metropolitana, de Santiago de Chile.

*Por Lorena Campos Vadell y Héctor Reyes Chacana.*

### **CAPÍTULO 15**

Trabajo social y derechos humanos: sistematización y reflexión crítica sobre el quehacer profesional situado desde el Instituto Nacional de Derechos Humanos en Chile.

*Por Daniela Aceituno Silva.*

### **CAPÍTULO 16**

Fondo Solidario de Vivienda en Santiago de Chile: promoviendo situadamente la participación y la reflexión ética en el contexto de pandemia.

*Por Juan Carlos Ruiz Flores; Natalia Molina Muñoz, Mónica Aravena Santolaya y María Jesús Barroso Moya.*

## **PARTE 5. LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN ESPAÑA Y CHILE EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**

### **CAPÍTULO 17**

El trabajo social en educación: hacia una atención integral de las personas.

*Por Àurea Prats i Cinca.*

### **CAPÍTULO 18**

Inclusión en educación superior en Chile: aportes del PACE UTEM al proceso formativo de estudiantes en práctica profesional de Trabajo Social.

*Por Sandra Pamela Olave Machuca y Patricia Alejandra Merino Flores.*



**CAPÍTULO 19**

A modo de conclusión: expresiones transformadoras del trabajo social pospandemia.

Análisis y perspectivas.

*Por Lorena Valencia Gálvez, Eveline Chagas Lemos y María Antonia Buenaventura.*





# CAPÍTULO 1

A modo de introducción: de la adversidad a la oportunidad.

Construyendo diálogos

*Eveline Chagas Lemos<sup>1</sup>*

*María Antonia Buenaventura<sup>2</sup>*

*Lorena Valencia Gálvez<sup>3</sup>*

Este libro es fruto de las adaptaciones académicas que se llevaron a cabo en el grado de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona (UB) durante el período de confinamiento provocado por el covid-19. Más específicamente, deriva de las adaptaciones realizadas en el marco de las asignaturas de Supervisión y Prácticas en Trabajo Social.

En el grado de Trabajo Social el período de las prácticas curriculares, que consiste en la vivencia cotidiana del hacer profesional, es vivido por los y las estudiantes con mucha ilusión. Además, es una etapa muy importante en la formación, pues permite la adquisición de conocimientos prácticos, competencias y aptitudes para la comunicación, el análisis creativo, la reflexión independiente y el trabajo en equipo en contextos multiculturales. En los últimos años las prácticas han estado ganando más protagonismo, respondiendo a la Ley de Reforma Universitaria (LRU, 1983), las propuestas de la Unesco (1998) y los acuerdos del Plan Bolonia (1999).

El grado de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona contempla la realización de las prácticas en dos periodos diferenciados, en el tercer año de la formación (prácticas I) y en el

---

1 Trabajadora social y psicóloga. Posgrado en Educación Biocéntrica (Universidade Estadual do Ceará - UECE/Brasil), Máster en Intervención Psicosocial (UB) y doctora por la Universidad de Barcelona (UB), en el programa de doctorado Educación y Sociedad (Facultad de Educación), en la línea de investigación: Trabajo Social, Políticas Sociales y Servicios Sociales. Profesora Lectora de la UFR-Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona. Miembro del Grup d'Innovació i Recerca en Treball Social (Grits, UB). Correo electrónico: echagas@ub.edu.

2 Trabajadora social y terapeuta Gestalt. Máster en Pedagogía Social Comunitaria: Liderazgo de la Transformación Socioeducativa (Universitat Ramon Llull). Máster en Intervenciones Sociales y Educativas (Universitat de Barcelona-UB). Doctora por la Universidad de Barcelona en el programa de doctorado Educación y Sociedad, de la Facultad de Educación, en la línea de investigación: Trabajo Social, Políticas Sociales y Servicios Sociales. Profesora colaboradora de la UFR-Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona (UB). Coordinadora del grupo de Innovación Docente de Trabajo Social Trans@net (UB). Miembro del Grupo de Innovación Docente ApS (UB) y del Grupo de Formación de formadores ApS (UB). Correo electrónico: mabuenaventura@ub.edu.

3 Trabajadora social y diplomada en Psicología Social. Magíster en Antropología Social de la Universidad de Chile. Doctora en Antropología Social por la University of Manchester, Reino Unido. Académica de la Universitat de Barcelona-UB, en la UFR-Escuela de Trabajo Social, bajo la modalidad María Zambrano Talento Internacional. Miembro del grupo de investigación Grup d'Innovació i Recerca en Treball Social (Grits, UB). Miembro del núcleo de investigación sobre estudios de las profesiones, de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Investigadora del Programa Institucional de Fomento a la I+D+i (PIDi), Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile. Correo electrónico: l.valencia.galvez@ub.edu

cuarto año (prácticas II). En las prácticas I, los y las estudiantes han de realizar 150 horas de actividad formativa en centros externos a la universidad, acompañados por un(a) tutor(a) trabajador(a) social. Las 10 horas semanales se distribuyen entre los martes y los miércoles, de febrero a junio. En las prácticas II son un total de 265 horas, siendo 20 horas semanales distribuidas de martes a viernes entre los meses de septiembre y enero.

Durante los dos períodos de prácticas externas, el alumnado tiene la asignatura de supervisión que consiste en 4 horas semanales, los lunes. Dicha asignatura se fundamenta en el modelo de aprendizaje experiencial (Kolb, 1984), que se caracteriza por la reflexión acerca de la acción práctica y prioriza el acompañamiento del grupo en su proceso de aprendizaje, fomentando el desarrollo de las competencias personales y profesionales del saber ser, saber estar y saber hacer (Zabalza, 2011; Buenaventura, 2020).

El curso académico 2019-2020 empezó el 12 de febrero de 2020 y, en esa misma fecha, un porcentaje significativo de estudiantes empezó las prácticas I. Pasado un mes, el 14 de marzo, las clases presenciales y las prácticas se suspendieron, inicialmente por 14 días y luego se anunció la prórroga para todo el curso. Las indicaciones sanitarias y los comunicados de la Universidad (que activó un protocolo de actuación frente a la alerta sanitaria) marcaron las continuas adaptaciones en las asignaturas durante todo semestre.

La situación de pandemia y el confinamiento nos afectó a todos en las diferentes dimensiones de la vida. Para los y las 170 estudiantes de trabajo social, que esperaban con ilusión el periodo de prácticas, fue especialmente decepcionante. Como docentes, éramos conscientes (y en estos momentos aún más) de los efectos y consecuencias derivadas del confinamiento y de la suspensión de las actividades prácticas.

Todos los equipos docentes (de las diversas asignaturas) adaptaron las clases al formato virtual. A pesar de las directrices comunes, cada docente (o equipo docente) dio continuidad a las actividades con sus grupos de una forma distinta para atender a las diversas realidades y situaciones que emergieron en aquel momento: manteniendo encuentros virtuales con los y las estudiantes en el horario de clase; pidiendo más trabajos escritos como evidencias de las lecturas; suspendiendo las clases virtuales y haciendo tutorías por correo electrónico, etc.

Los y las estudiantes en prácticas están distribuidos en los 13 grupos de la asignatura de supervisión (media de 15 estudiantes por grupo). El equipo docente de la asignatura –constituido por 13 profesores y profesoras–, para dar una respuesta a la imposibilidad de ir a las prácticas externas, decidió organizar videoconferencias invitando a profesionales del trabajo social de diversos ámbitos para dialogar sobre su práctica profesional y los cambios derivados del covid-19. Estas se llevaron a cabo a través de las plataformas virtuales BB-Collaborate y Zoom, y quedaron grabadas para facilitar el acceso al alumnado que no podía asistir en directo.

Se realizaron 16 videoconferencias teórico-prácticas entre abril y mayo de 2021, contemplando diversos ámbitos de intervención: servicios sociales, salud, salud mental, trabajo social en emergencias sociales, justicia, educación e infancia. Cada encuentro tuvo una duración entre una hora y media y dos horas, los y las docentes de la asignatura de supervisión moderaron los encuentros mediante un guion previamente elaborado con los y las estudiantes.

La experiencia fue muy bien valorada por todas las personas implicadas (estudiantes, docentes y profesionales) por el espacio de diálogo construido en cada encuentro; por el acompañamiento mutuo, ya que los y las profesionales también estaban agradecidos por las aportaciones

y ánimos que recibían de los y las estudiantes; por la posibilidad de conocer (a través de la experiencia de los y las profesionales) la práctica en situación de crisis y emergencia; etc.

Acabado el curso, nos dimos cuenta de la riqueza de la experiencia y del material que teníamos con las grabaciones. De ahí vino la idea de transformarlo en una publicación, un libro de experiencias prácticas que permitiera conocer el cotidiano profesional en los diferentes ámbitos de la práctica profesional, los cambios derivados de la pandemia y los retos para el trabajo social.

Los y las profesionales que colaboraron en las jornadas (quienes también son tutores y tutoras de prácticas) aceptaron la invitación a transformar los contenidos de sus charlas en capítulos del libro. A partir de unas pautas comunes, pudimos avanzar en este proyecto colectivo, que también se constituye como una forma de fortalecer el vínculo y las posibilidades de colaboración y generación de conocimiento entre la universidad y los y las trabajadoras sociales que hacen intervención directa.

Durante el proceso de concreción de la publicación se abrieron otros caminos, más amplios y que invitaron a generar más espacios de diálogo, que se concretaron en un intercambio de experiencias internacionales con la Universidad Tecnológica Metropolitana de Chile. Una larga trayectoria de colaboración entre docentes de ambas universidades, iniciadas en 2005 a través de sucesivos proyectos de aprendizaje y servicio implementados con estudiantes catalanas y chilenas en la Región del Biobío con comunidades mapuche e intercambios académicos de pre y posgrado, han ido consolidando un modelo de cooperación internacional y aprendizajes situados. Es así como, a través de la estancia de Lorena Valencia en Barcelona entre los años 2019 y 2021, se crearon los lazos e intercambios necesarios para concretizar con profesionales de Chile esta idea de vincular las prácticas del grado de Trabajo Social con las experiencias prácticas de profesionales en ejercicio en ambos países.

Esta publicación refleja, también, la actual dimensión internacional de las actividades docentes e investigadoras universitarias, con el incentivo de la movilidad de su personal (alumnado, profesorado y personal de administración y servicios). La Universidad de Barcelona y las universidades colaboradoras en Chile (Universidad Tecnológica Metropolitana de Chile, Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Universidad Alberto Hurtado) apuestan por la formación en un contexto internacional y por la cooperación entre países.

Fomentar la internacionalización, la cooperación y el diálogo entre trabajadoras y trabajadores sociales y docentes de diferentes países es una forma de fortalecer la disciplina, que cada vez más tiene que dar respuestas derivadas de problemáticas globales (con impactos locales) bien como atender a las premisas de la justicia y del bienestar social, contempladas en su definición:

Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y desarrollo social, la cohesión social, el empoderamiento y la libertad de la gente. El principio de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto por la diversidad, son centrales para el Trabajo Social (IFSW, 2018).

El trabajo social, como profesión que interviene en lo social, reconoce en su historia los énfasis que han guiado su quehacer teniendo como horizonte de transformación la posibilidad

de incidir sobre las desigualdades e injusticias sociales que podrían comprenderse como consecuencia de nuestras sociedades (Carballeda, 2002). La práctica docente demanda del trabajo social, y de los involucrados en la formación profesional y personal de trabajadores sociales, que se desarrollen estrategias didácticas diversas y flexibles para comprender los fenómenos sociales en su complejidad y contexto, con el fin de configurar el futuro de estrategias de intervención adecuadas que propicien el cambio y la transformación (Véliz-Bustamante y Andrade-Guzmán, 2017).

De las adversidades derivadas de la pandemia nació, así, la oportunidad de generar diálogo entre trabajadoras y trabajadores sociales de España y de Chile. Tal como se dijo, este es un libro que busca dar a conocer la práctica profesional a través de las aportaciones de profesionales del trabajo social de diferentes ámbitos de intervención y de docentes de la Universidad de Barcelona, de la Universidad Tecnológica Metropolitana de Chile, de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, de la Universidad de Chile y de la Universidad Alberto Hurtado (Chile).

En este primer capítulo explicamos brevemente el origen de esta publicación. El capítulo 2 realiza una breve introducción al diálogo, contextualizando la profesión de Trabajo Social en ambos países y su consolidación en el mundo académico. A partir del capítulo 3 optamos por estructurar las aportaciones por bloques temáticos, con el fin de facilitar la lectura de las experiencias. Así, los capítulos están divididos en cinco bloques, por ámbito o agrupando ámbitos de intervención afines, que son: 1. Salud; 2. Protección Social y los Servicios Sociales; 3. Infancia y la familia; 4. Comunidad, derechos humanos y vivienda y 5. Educación.

Cada capítulo está estructurado con el objetivo de primero presentar el contexto de la intervención, pasando por las funciones del trabajo social y los cambios derivados de la pandemia y, finalmente, apuntando los retos para la disciplina.

Empezamos por la salud debido a que es el ámbito que, directamente, más impacto tuvo con la pandemia. Se presentan los desafíos, las tensiones y las transformaciones en la Atención Primaria de Salud en Chile (capítulo 3); el trabajo social sanitario en uno de los hospitales más grandes de España y las adaptaciones realizadas para dar respuesta al gran número de ingresos durante la primera ola de la pandemia (capítulo 4); la reestructuración y reorganización de la intervención para asegurar el acompañamiento a las familias de niños y niñas ingresados en un hospital pediátrico de Barcelona (capítulo 5) y, finalmente, los cambios y dilemas éticos vividos por el equipo de profesionales de trabajo social, de la unidad de hospitalización de un hospital de atención intermedia en Barcelona (capítulo 6).

El segundo bloque agrupa dos capítulos. El capítulo 7, en el ámbito de la protección social en Chile, describe cómo profesionales del trabajo social, en el ámbito rural, rediseñaron su intervención en el marco de la Red de Protección Social implementado por las políticas estatales, para dar una mejor respuesta a las demandas de las personas. El capítulo 8 explica qué son y cómo se organizan los Servicios Sociales de Atención Primaria en un municipio de la región metropolitana de Barcelona, apuntando los cambios derivados de la pandemia y los retos para el trabajo social.

Entramos en los ámbitos de la infancia y de la familia en el bloque 3, con dos experiencias de Chile y dos de España. El capítulo 9 presenta el contexto y los cambios en la intervención de profesionales del trabajo social que actúan en el ámbito de la prestación en infancia y las políticas de niñez, reivindicando mejores condiciones para la realización de la intervención y

que se asegure el cumplimiento de los derechos de los y las niños y niñas. El capítulo 10 presenta la experiencia del Centro Familia y Comunidad (Cefacom) de la Universidad Tecnológica Metropolitana del Estado de Chile y el trabajo que realizan con las familias. Entrando en el contexto español, el capítulo 11 presenta cómo se organiza el sistema de protección a la infancia en Cataluña, los cambios en la intervención derivados de la pandemia y los actuales retos para la profesión. Aún relacionado con el sistema de protección catalán, el capítulo 12 explica qué es un Centro de Acogida, cómo el confinamiento afectó la vida de los y las niños y niñas que viven en estos centros residenciales y las consecuencias en las relaciones con las familias.

El cuarto bloque empieza en el capítulo 13, con el trabajo comunitario desarrollado en el Barrio de Roquetes, en Barcelona, y explica dos experiencias que muestran la importancia de la comunidad y del trabajo en red en tiempos de emergencia y crisis. Seguimos con tres experiencias de Chile: el capítulo 14 demuestra la importancia de los procesos participativos y del diálogo a través de la experiencia de la Escuela Constituyente, desarrollado por la Escuela de Trabajo Social de la UTEM. Los derechos humanos son abordados en el capítulo 15, a través de la reflexión acerca de la intervención del trabajo social en el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) en Chile, como un nuevo ámbito de intervención. Finalmente, el acceso a la vivienda protagoniza en el capítulo 16, que aporta reflexiones acerca del Fondo Solidario de Vivienda en Santiago de Chile y su relación con la promoción de la participación y dimensión ética.

La dimensión educativa está presente en el quinto bloque, con dos capítulos. El capítulo 17 reflexiona acerca de cómo la crisis derivada de la pandemia incidió en un incremento de las situaciones de vulnerabilidad social y sus consecuentes efectos en los procesos de aprendizaje de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, presentando la experiencia de los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógico (EAP) de Barcelona. El capítulo 18 describe y analiza las adaptaciones metodológicas, los cambios derivados de la pandemia, las reflexiones sobre la disciplina y la práctica y los retos para el trabajo social, surgidas en la práctica profesional de estudiantes de trabajo social en el Programa de Acceso a la Educación Superior (PACE), implementado en las universidades públicas del país.

Finalizamos el libro con el capítulo 19, que aporta una síntesis de las reflexiones acerca del trabajo social pospandemia y recoge los principales retos apuntados por las autoras y los autores a lo largo del libro. Esperamos que las aportaciones de esta publicación permitan conocer un poco más sobre diferentes realidades y generar preguntas y reflexiones que nos permitan establecer más diálogos y el reconocimiento de la práctica profesional de trabajadoras y trabajadores sociales en los más diversos ámbitos de intervención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buenaventura, M. A. (2020). L'educació superior en el desenvolupament d'una ciutadania compromesa, participativa i solidària. L'aprenentatge servei i l'educació per al desenvolupament com estratègies de treball. Tesis. Universidad de Barcelona, Facultad de Educación, Programa de Doctorado Educación y Sociedad. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/671356>.



Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Jefatura del Estado (25 de agosto de 1983). Ley 11/1983, de Reforma Universitaria. Madrid, España. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1983/08/25/11>.

Kolb, D. (1984). *Experiential Learning*. Nueva Jersey, Estados Unidos: Prentice-Hall.

Unesco (1998). Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI. Visión y Acción. Recuperado de: <https://www.iesalc.unesco.org/ess/index.php/ess3/article/view/171>

Véliz-Bustamante, C. y Andrade-Gúzman, C. ( 2017). Formación en Trabajo Social: articulaciones entre investigación e intervención y estrategias de enseñanza aprendizaje. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 14(7), 51-64. Recuperado de: <http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/184>.

Zabalza, M. A. (2011). Metodología docente. *Revista de Docencia Universitaria*, 9(3), 75-98.

## CAPÍTULO 2

### De la práctica profesional a la academia: el trabajo social en Chile y España

María Antonia Buenaventura<sup>4</sup>

Lorena Valencia Gálvez<sup>5</sup>

Eveline Chagas Lemos<sup>6</sup>

### INTRODUCCIÓN

Los inicios del trabajo social en Chile y España permiten encontrar algunos puntos en común, sobre todo en su marcada *tendencia benéfica*, pues parten de una misma influencia teórico-práctica. Sin embargo, el contexto social, político y económico de cada país enfrenta al trabajo social con evoluciones distintas a partir de la década de 1960, adaptándose a las propias realidades territoriales. Con la llegada del neoliberalismo y la globalización, aun con elementos diferenciadores en el trabajo social de ambos países, actualmente nos encontramos con un trabajo social profesional y académico que tiene la obligación de conversar y encontrar posicionamientos adecuados ante los cambios sociales, económicos y políticos —que fueron agudizados por la actual pandemia— para ofrecer una intervención cercana a las problemáticas de los ciudadanos. Ambos países, aun con sus diferencias contextuales, permiten vislumbrar plan-

---

4 Trabajadora social y terapeuta Gestalt. Máster en Pedagogía Social Comunitaria: Liderazgo de la Transformación Socioeducativa (Universitat Ramon Llull). Máster en Intervenciones Sociales y Educativas (Universitat de Barcelona-UB). Doctora por la Universidad de Barcelona en el programa de doctorado Educación y Sociedad, de la Facultad de Educación, en la línea de investigación: Trabajo Social, Políticas Sociales y Servicios Sociales. Profesora colaboradora de la UFR-Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona (UB). Coordinadora del grupo de Innovación Docente de Trabajo Social Trans@net (UB). Miembro del Grupo de Innovación Docente ApS (UB) y del Grupo de Formación de formadores ApS (UB). Correo electrónico: mabuenaventura@ub.edu.

5 Trabajadora social y diplomada en Psicología Social. Magíster en Antropología Social de la Universidad de Chile. Doctora en Antropología Social por la University of Manchester, Reino Unido. Académica de la Universitat de Barcelona-UB en la UFR-Escuela de Trabajo Social, bajo la modalidad María Zambrano Talento Internacional. Miembro del grupo de investigación Grup d'Innovació i Recerca en Treball Social (Grits, UB). Miembro del Núcleo de investigación sobre estudios de las profesiones, de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Investigadora del Programa Institucional de Fomento a la I+D+i (PIDi), Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile. Correo electrónico: l.valencia.galvez@ub.edu

6 Trabajadora social y psicóloga. Posgrado en Educación Biocéntrica (Universidade Estadual do Ceará - UECE/Brasil). Máster en Intervención Psicosocial (UB) y Doctora por la Universidad de Barcelona (UB), en el programa de doctorado Educación y Sociedad (Facultad de Educación), en la línea de investigación: Trabajo Social, Políticas Sociales y Servicios Sociales. Profesora Lectora de la UFR-Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona. Miembro del grupo de investigación en Grup d'Innovació i Recerca en Treball Social (Grits, UB). Correo electrónico: echagas@ub.edu.

teamientos innovadores e importantes para la intervención, reflejados en las prácticas externas profesionales de trabajo social.

## 1. TRABAJO SOCIAL EN CHILE Y LATINOAMÉRICA

La creación en 1925 de la primera Escuela de Trabajo Social en Chile, como un organismo dependiente de la Junta de Beneficencia de Santiago, junto con instaurar la profesionalización de los servicios sociales, marcó un hito importante en América Latina, al gestar esta experiencia, el desarrollo de la profesión en diversos países del continente. En Chile esta primera escuela se denominó Doctor Alejandro del Río, en honor al médico que propició su creación, quien impulsó la idea a raíz de un viaje que realizó a Europa, donde tomó contacto con escuelas de Trabajo Social, visualizando a dichos profesionales como colaboradores en el campo de la salud. Esta escuela nació dependiendo de la Junta Nacional de Beneficencia (actual Servicio Nacional de Salud). A nivel mundial, el contexto sociopolítico en que nació la profesión en el país estaba signado por el fin de la Primera Guerra Mundial, mientras que a nivel nacional estuvo marcado por la grave crisis económica que vivió Chile a comienzos de 1900<sup>7</sup>.

Alemania, Bélgica y Francia fueron los países que más predominaron en la configuración del trabajo social en Chile, aunque la concepción de corte benéfico asistencial, siendo su área de acción la Salud, dado que la Junta Nacional de Beneficencia tenía como prioridad fundamental la Organización y Administración de Hospitales para indigentes y asegurados, fue esencialmente una influencia de Bélgica.

Así, como primer elemento se advierte una asunción de las tendencias positivistas y funcionalistas vigentes en aquellos años, lo cual se encuentra íntimamente ligado a un segundo rasgo diferenciador: el sello sanitario de este naciente Servicio Social. En efecto, se siguió un modelo higienista de acuerdo con el cual el abordaje de los problemas sociales debía adoptar una orientación preventiva que permitiera brindar a los afectados las herramientas necesarias para su adecuada adaptación a su medio (Morales, 2015, p. 23).

Es así como la profesión nació un “profundo carácter femenino (no feminista) de la profesión, que puede ser explicado en parte en virtud del énfasis sanitario con que nace y desde la perspectiva ética subyacente a su quehacer, signada como ética del cuidado” (Morales, 2015, p. 23) y con una orientación predominante paramédica, recibiendo en sus inicios fuertes influjos europeos. De este modo las enseñanzas en su primera etapa tendieron a preparar personal para que actuara en el campo médico-social, en organismos públicos de asistencia y seguridad social, atendiendo al enfermo y su grupo familiar, centrando su atención en el tratamiento de problemas sociales que afectaban la recuperación del paciente y que además aportara datos del medio ambiente al médico para contribuir al diagnóstico y al tratamiento (Quiroz, 2011). Otro rasgo característico del Servicio Social en sus inicios en Chile fue la visita domiciliaria a los ho-

---

7 A principios del siglo XX, Chile presentaba unos indicadores de salud pública alarmantes, caracterizados por altas tasas de morbilidad materna y neonatal y enfermedades infecciosas, agudizadas por las condiciones de pobreza material en las que vivía gran parte de la población.

gares de los asistidos, que terminó transformándose en sello definitorio tanto para la profesión como para sus profesionales, quienes no azarosamente fueron llamadas visitadoras sociales (Morales, 2015).

La década de 1960 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 reconceptualización, que tuvo resonancia en diversos países de América Latina (Ruz, 2016; Duboy-Luengo y Muñoz, 2020).

Ya en los años sesenta y parte de los setenta la influencia del contexto sociopolítico en el devenir de la profesión a nivel latinoamericano cobró un claro impulso, a raíz del llamado proceso o movimiento de reconceptualización del trabajo social, que fue el proceso de autorreflexión que se dio en el ámbito profesional aproximadamente entre 1965 y 1975, en el marco de la evolución histórica del trabajo social en América Latina. El sentido de la reconceptualización es la asunción de un rol decididamente político (en algunos casos militante) por parte de los trabajadores sociales y un reposicionamiento del trabajo social en el ámbito de las ciencias sociales. Supone una época de alta politización del trabajo social, especialmente en los ámbitos universitario y académico. La teoría marxista, muy en boga en aquellos años, especialmente debido a sucesos que impactaron fuertemente en América Latina, como la Revolución Cubana, la Guerra Fría o la Teología de la Liberación, tuvieron una amplia acogida en los procesos de formación universitaria de los trabajadores sociales de la época.

La reconceptualización intentó dar una mirada de carácter científico al trabajo social, se fortaleció el estudio de la realidad social y los fenómenos sociales para, proactivamente, desarrollar y facilitar en los sujetos motivaciones para el cambio consciente de sus realidades (Vera, 2020). Tuvo como finalidad cuestionar el servicio social tradicional, en lo que dice relación con objetivos, funciones, formación profesional, orientación de la carrera y construir a partir de esta crítica, un servicio social de acuerdo con los requerimientos de América Latina (Agurto; Cabrera, García, Ortiz y Rivas, 1970, p. 37). Este movimiento reformista comenzó en el Servicio Social a partir de 1968 en Chile.

En 1970, con la elección de Salvador Allende como presidente de la república, se produjo una gran movilización de todos los grupos sociales, manifestándose una activa participación del servicio social, que generalizó el término de trabajo social para su denominación posterior. Fue en ese momento cuando empezaron a insertarse todos los procesos de cambios, tanto urbanos como rurales, vinculados estrechamente con todo tipo de organizaciones. En distintas ocasiones se jugó un papel transformador en el proceso de liberación propiciado por el gobierno (Quiroz, 2011).

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 poco a poco su complejidad y sus expectativas respecto del sentido de la profesión (Aguayo et al., 2018). Las y los 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 las asignaturas: 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 el centro de atención en la cuestión de la salud del cuerpo del pueblo, como ha planteado Illanes (2006). Este proceso solo se vio interrumpido por los violentos golpes de Estado y las graduales dictaduras militares en la región.

La dictadura chilena significó, como en muchos otros países de la zona, la vulneración de derechos humanos a gran escala, y el trabajo social no estuvo ajeno. Durante el período dictatorial (1973-1989) el trabajo social en Chile perdió el rango universitario. Posteriormente, la carrera comenzó a impartirse en institutos profesionales no universitarios. Las nuevas normativas permitieron además la creación de universidades privadas, en cuyos senos comenzaron a proliferar nuevas escuelas de Trabajo Social. La recuperación del trabajo social en Chile, después de la dictadura, empezó por cumplir con mayor nitidez el papel de ser la voz de los afectados, visibilizando y denunciando sus deficientes condiciones de vida. Desde su quehacer profesional fue asumiendo un compromiso con la defensa de los derechos humanos en su sentido más integral, la defensa de los derechos económicos, sociales y culturales, principalmente (Morales, 2015).

Los desafíos de futuro para el trabajo en Chile están en torno a cómo se posicionará el trabajo social frente a un escenario de desmantelamiento de políticas propias del clásico Estado de bienestar. Ha habido un cambio fundamental en la política social desde el retorno de la democracia (1989). Por un lado, de acuerdo con Villalobos et al. (2021), hubo un aumento significativo del gasto social, lo que llevó a la creación de nuevos órganos administrativos (ministerios, viceministerios y servicios) y la creación de programas sociales que se enfocaron en el nuevo tema de la política social: infancia, jóvenes, ancianos, mujeres, indígenas, personas con discapacidad, etc. Al mismo tiempo, comenzó a surgir el retiro del apoyo externo a las organizaciones de la sociedad civil, que durante los regímenes autoritarios fue la base de intervenciones alternativas en todas las áreas del desarrollo humano, lo que llevó a la desaparición de muchas organizaciones de la sociedad civil o a tener que adaptarse a nuevas situaciones (Moyano y Garcés, 2020). Como resultado de estos cambios, la mayoría de los proyectos sociales en Chile comenzó a operar bajo la modalidad de contratación pública por parte del Estado, lo que facilitó su tercerización. Esta externalización, donde en algunos casos el Estado asigna la responsabilidad de las intervenciones en el sector social a organizaciones de la sociedad civil y organizaciones privadas, ha llevado a cambios significativos en las condiciones de trabajo y la prestación de servicios sociales y de los proyectos sociales en el país (Basualdo y Morales, 2019). Los trabajadores sociales de primera línea —es decir, aquellos que implementan directamente los programas sociales (Muñoz, 2018)— se encuentran con una precariedad laboral marcada por la inestabilidad y los bajos sueldos, al contar con contratos con honorarios con plazos fijos y sin derecho a la seguridad social, siendo uno de los colectivos más afectados por el proceso de externalización.

### 3. EL TRABAJO SOCIAL EN EL CONTEXTO ESPAÑOL

El trabajo social en España tiene su origen en las acciones de caridad y filantropía llevadas a cabo por grupos y personas vinculadas con la Iglesia Católica y con los profesionales de la salud, principalmente enfermería y psiquiatría. La institucionalización y construcción de la profesión se produjo al cambiar la concepción sobre las ayudas y se vinculó estrechamente con los inicios del Estado del Bienestar español (De las Heras y Cortajarena, 1979; Vega, 1993; Barbero, 2002). De las peculiaridades del trabajo social en aquella época destacaremos: el control de la Iglesia Católica en la creación de las escuelas de Trabajo Social; las escasas relaciones del país con el exterior y la consiguiente dificultad para conocer la práctica profesional de otros contextos; la dificultad para superar el enfoque paternalista de la profesión y la poca preocupación por la *cuestión social*; la influencia, aunque en pequeñas proporciones, del *movimiento de reconceptualización* latinoamericano; la implantación, organización y consolidación de la red pública de servicios sociales; el predominio de un modelo profesional marcado por la burocracia y la gestión administrativa; la debilidad en la construcción de la relación entre conocimiento y Trabajo Social (Matos-Silveira, 2013).

Así, los inicios del trabajo social en España se vieron marcados por el periodo de la Guerra Civil y la dictadura, donde el franquismo, los servicios sociales y la obra social mostraron claras evidencias de estilo benéfico-asistencial. En el siguiente cuadro podremos observar las etapas más importantes del nacimiento del trabajo social en España comprendidas en el periodo 1936-1975.

Década de 1960	El gran desarrollo económico, apertura al mercado exterior y de migración interna y al extranjero incentivo la creación de los seguros sociales y la asistencia sanitaria para los trabajadores y sus familias, así como el Fondo Nacional de Asistencia Social. También se creó el Sistema de Seguridad Social (1966) para articular todos los seguros sociales existentes de protección básica (prestaciones económicas y sanitarias en situaciones de enfermedad, accidente, invalidez, viudedad, jubilación) y protección complementaria (situaciones de emergencia o necesidades especiales, como discapacidades físicas). Empezó la introducción del trabajo social comunitario.
Década de 1970	Marcada necesidad de fortalecer el trabajo social caracterizada por la poca definición profesional, la falta de reconocimiento universitario, el desempleo y la feminización de la profesión, la falta de apoyo material y de capacidad ejecutiva (Las Heras y Cortajarena, 1979). En 1978 el Estado Social Democrático de Derecho garantizaba los servicios públicos en los campos de la educación, la salud y la asistencia social. Los profesionales se involucraban en la definición legal y la implementación de las nuevas políticas públicas. Se incorporaron en la intervención nuevos conceptos: universalidad, igualdad, responsabilidad pública, integración, participación, planificación, descentralización (Fernández, Fernández y Guzmán, 2010).

Década de 1980	La llegada al poder de una parte importante de los gobiernos de izquierdas supuso el reto de construir el modelo de servicios sociales que se inspiró en modelos europeos. El Estado español creó los Centros de Servicios Sociales con el fin de promover servicios, prestaciones y actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de las personas, sus familias y sus territorios para asegurar su bienestar social. La puesta en marcha de estos centros, así como la creación de servicios específicos y especializados –dirigidos a los ancianos, los niños y los adolescentes–, generó un aumento considerable de puestos de trabajo para los trabajadores sociales y el fortalecimiento de sus prácticas profesionales. Fue un momento de gran expansión y creatividad del trabajo social español (Cintora, 2001).
Década de 1990	La creciente complejidad del sistema y la prestación de servicios sociales se volvieron insuficientes y no respondieron a las necesidades reales de la población. A pesar de ello, el trabajo social se consolidó y se reinventó, tratando de responder a los criterios de política social establecidos por la Unión Europea, bajo la perspectiva tecnoburocrática funcionalista. Los profesionales se vieron desafiados a diario a repensar el sentido social de la profesión, a una mayor apertura y diálogo con otros países, destacando la importancia de fortalecer las intervenciones grupales y comunitarias.

Fuente: elaboración propia, a partir de Moraes, E.; Chagas, E., Quiroga, V. y Passos, L. (2018).

En el contexto social y político descrito, la primera Escuela Española de Trabajo Social nació en la ciudad de Barcelona en 1932, impulsada por el Comité Femenino de Mejoras Sociales de la Escuela de Estudios Sociales para Mujeres. Más tarde, en 1936, al inicio de la Guerra Civil española, el Consejo Superior de Mujeres de Acción Católica recibió formación teórica y metodológica sobre la organización de la asistencia social en Bélgica, creando posteriormente la Escuela de Formación Familiar y Social, en Madrid.

Los primeros cursos y escuelas de formación estaban marcados por los principios de beneficencia y catolicismo social y la práctica profesional se resumía en obras de caridad y ayuda a los más pobres y vulnerables. Sin embargo, la tercera escuela de Trabajo Social, fundada en Barcelona en 1953 en la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona (antecedente del actual Grado de Trabajo Social), contó con el apoyo de la Sección Femenina<sup>8</sup> de fuerte influencia franquista. En los años sesenta se crearon cuarenta escuelas de trabajadores sociales con el objetivo de promover los estudios y la formación para la acción social con la ayuda de Cáritas

<sup>8</sup> La Sección Femenina fue la rama femenina del partido político español de ideología fascista llamado Falange Española. Las militantes inicialmente realizaban tareas como visitar a los militantes que estaban presos y a sus familias, les llevaban mensajes y consignas. Poco a poco las tareas fueron ampliándose y pasaron a prestar asistencia básica a la población en general, como reparto de comida, ropa, etc.

(colaboración de la Iglesia Católica). En esta época se ofreció una formación general sobre ética, psicología y derecho que fue aplicada en la práctica en el llamado *entrenamiento personal*. En 1964, la formación de los trabajadores sociales fue reconocida oficialmente mediante la regulación de las escuelas de formación.

En 1966, el Ministerio de Educación y Ciencia español aprobó la vinculación curricular, consolidando el proceso pero incluyendo algunos cambios: el aumento del número de asignaturas relacionadas con el trabajo social y las publicaciones en español sobre el ámbito y el ejercicio profesional. A pesar de los avances, y debido a que el país aún estaba bajo una dictadura en ese momento, se mantuvieron los contenidos ideológicos/religiosos, el enfoque generalista aplicado a la intervención profesional y los énfasis en el Servicio Social de Casos y en la actuación en casos de emergencia. Las referencias teóricas y metodológicas procedían desde Estados Unidos y, sobre todo, de otros países europeos, especialmente de Bélgica. A finales de los años setenta y principios de los ochenta se actualizaron los contenidos de las asignaturas y se inició un periodo de replanteamiento del servicio social y de su práctica profesional bajo la influencia del Movimiento de Reconceptualización Latinoamericano.

Implicados en el fuerte movimiento de construcción del Estado del Bienestar en España y la universalización de la asistencia social, profesionales, profesores y estudiantes se organizaron para exigir la incorporación de las escuelas de formación a centros universitarios para desligarse de las vinculaciones religiosas y dar más prestigio a la formación profesional. Esa remodelación condujo al cambio del nombre de los estudios de asistencia social por el de *trabajo social*, hecho que permitió la incorporación de la especificidad a la actividad profesional, el control al acceso a los colegios y asegurar el reconocimiento a los profesionales que ya estaban incorporados al mercado laboral, construyendo y desarrollando políticas públicas sociales.

A principios de los años ochenta se determinaba la formación en la carrera de trabajo social a través de las escuelas universitarias de Trabajo Social, que otorgaban el título de Diplomado en Trabajo Social. Una década más tarde, la Comisión Académica del Consejo de Universidades reconoció e incorporó el Trabajo Social y los Servicios Sociales como área específica de conocimiento. Esto permitió la reformulación del flujo curricular, que adoptó un rigor más teórico, técnico y crítico. El derecho, la psicología, la sociología, los métodos y técnicas de investigación social, la política social, los servicios sociales, la salud pública y la antropología social se convirtieron en asignaturas obligatorias en la formación profesional de los trabajadores sociales españoles y cada colegio tuvo autonomía para incluir otras asignaturas, como psicología social, animación social y de grupos, desarrollo comunitario, entre otras.

Paulatinamente, las universidades incorporaron la carrera de Trabajo Social en sus facultades y departamentos, manteniendo la duración de la carrera de tres años y garantizando la certificación de la Diplomatura en Trabajo Social. En 2004 las universidades europeas iniciaron un proceso de unificación de criterios docentes y de evaluación, basado en el Plan Bolonia, y la Conferencia de Directores de Escuelas de Trabajo Social, con el apoyo del Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social, constituyó una intensa articulación para conseguir finalmente que dejara de ser un curso técnico de nivel superior y fuera reconocido como Grado en Trabajo Social. Se elaboró el *Libro Blanco de los Estudios de Trabajo Social* (Vázquez, 2005), que incorporaba información sobre la formación en trabajo social en España y en Europa y una propuesta de titulación de trabajo social adaptada al Plan de Estudios Europeo de Educación



Superior (EEES).

La Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona participó activamente en este proceso y consiguió convertirse en un grado en 2009; es decir, bastante reciente. Actualmente la formación en trabajo social de la Universidad de Barcelona tiene una duración de 4 años y su organización, la función docente, las modalidades de contratación, las categorías profesionales, etc., son determinadas por la Ley Orgánica 6/2001, del 21 de diciembre, de universidades.

#### **4. TRABAJO SOCIAL HOY: UNA ENCRUCIJADA ENTRE LA REALIDAD SOCIAL Y EL NEOLIBERALISMO**

A lo largo de la historia del trabajo social profesional y educativo se han incorporado diversos cambios en función de la realidad social, económica y política de cada país, si bien es cierto que parten de unos inicios comunes, pues tanto Chile como España se diseñaron las bases del trabajo social a partir de las influencias del modelo asistencial-benéfico de Bélgica, en distintos momentos de la historia ambos países entraron en la dinámica de la revisión del propio modelo para ajustarlo a la realidad social de cada país. Actualmente el trabajo social se encuentra marcado por una realidad social global neoliberal que después de la pandemia se han evidenciado extremadamente las inequidades existentes.

Contrariamente a lo que podríamos pensar la idea de libertad personal, que se supone que acompaña al neoliberalismo, se encuentra eclipsada por la necesidad del capitalismo, hecho que ha repercutido negativamente en el trabajo social, llevándolo a la disminución de los servicios sociales y a un incremento en puestos de trabajo altamente subordinados. Servicios sociales y trabajadores de la salud están supeditados al racionamiento de los servicios y a supervigilar el cumplimiento de las reglas del sistema.

El trabajo social contemporáneo, de acuerdo con algunos autores (García y De Llanos, 2017; Girela, 2017; Viveros, 2017; Ioakimidis, 2021), se ha convertido en una herramienta del neoliberalismo, centrado en el entrenamiento para seguir formularios, adherirse a modelos y competencias, realizar evaluaciones de riesgo y estandarizar protocolos de trabajo, en definitiva, para producir *ciudadanos y ciudadanas neoliberales*. Muchos de los empleos de los y las trabajadores sociales están bajo restricciones de presupuesto o se han convertido en parte del sistema neoliberal. Sin embargo, la paradoja es que los y las profesionales del trabajo social de primera línea siguen en los territorios lidiando con el creciente daño y marginalización de la población como resultado de la pobreza, disminución del gasto y políticas sociales poco ajustadas a la realidad social.

La enseñanza del trabajo social está, por lo tanto, en la intersección de las fuerzas de globalización y privatización y las tendencias actuales son adaptarse, resistir o algo entre las dos. La literatura informa que algunas escuelas de trabajo social se están alineando con disciplinas y departamentos como psicología o administración, enfatizando la experticia en evaluación, disciplinamiento y administración de los márgenes. Sin embargo, también hay ejemplos de escuelas de trabajo social en todo el mundo desafiando estas posiciones, pues cada vez más los docentes de trabajo social en el currículum describen pedagogías basadas en los derechos humanos, la justicia social, el análisis crítico y el activismo social, orientado hacia el cambio en

comunidades locales y globales. Ante este panorama el trabajo social apuesta por una formación en las prácticas profesionales y, por ende, por escuchar la voz de los profesionales como uno de los elementos de valor que puede aportar a la profesión y a la formación de los futuros trabajadores sociales.

## **5. LAS PRÁCTICAS ACADÉMICAS EN EL TRABAJO SOCIAL: UN DIÁLOGO ENTRE LA ACADEMIA Y EL MUNDO PROFESIONAL**

La reformulación de los planes de estudio dispuesto por el Plan Bolonia en Europa promueve no solo el dominio cognitivo de las disciplinas, sino que propone la adquisición de conocimientos prácticos, competencias y aptitudes para la comunicación, el análisis creativo y crítico, la reflexión independiente y el trabajo en equipo en contextos multiculturales. La inclusión de estos nuevos parámetros implica un salto conceptual importante, en tanto que incorpora la integración de las prácticas profesionales en el currículo (Zabalza, 2010). Esta profunda innovación curricular supone importantes modificaciones en la forma de pensar la universidad, los estudiantes adquieren compromisos y responsabilidades porque deben responder a las demandas de la organización, ampliando y enriqueciendo su aprendizaje a través de las experiencias que viven en contextos reales de trabajo, donde se ponen en juego los referentes teóricos y prácticos (Zabalza, 2013). Y los docentes adoptan roles de acompañamiento y seguimiento para el aprendizaje de los estudiantes.

El trabajo social, así como carreras técnicas como enfermería o alguna ingeniería, aportan a las prácticas curriculares de la educación superior una larga tradición en prácticas profesionales como herramienta innovadora que genera aprendizajes significativos a los estudiantes para aproximarlos al mundo laboral. Históricamente el trabajo social ha incorporado en la formación las prácticas profesionales, siendo una pieza clave para la preparación de los futuros profesionales. La transformación propuesta por las EEES implica nombrar a estas prácticas profesionales *Prácticum*, algo que trabajo social viene desarrollando de antaño. Este concepto contempla un espacio en el que se vinculan aprendizajes académicos, prácticos y experienciales producidos en los centros de trabajo.

La propuesta metodológica del *Prácticum en trabajo social* incluye nuevos agentes formadores: docentes, profesionales en el contexto de las prácticas y los estudiantes que se forman a través de la disciplina académica y de la participación en actividades profesionales, supervisadas por profesionales y docentes. El papel relevante en la propuesta es la supervisión educativa, en la que el supervisor facilita el proceso de aprendizaje de los y las estudiantes en un espacio para la reflexión conjunta y la autorreflexión. Es un espacio vivencial y de autoconocimiento donde se producen experiencias significativas. La unión de cada uno de estos espacios es la que permite el aprendizaje y es donde empiezan a desarrollarse las competencias de los estudiantes de trabajo social (Buenaventura, 2020). El conocimiento profundo y reflexivo de la realidad social prepara al estudiante en aquellas habilidades cognitivas y sociales necesarias para desarrollar la intervención profesional y la reflexión conjunta en el grupo y el progresivo empoderamiento de los estudiantes facilita que sean capaces de comprender que los ciudadanos son los actores principales de sus vidas y su trabajo consiste en acompañarlos para que puedan mejorar

y cambiar determinadas circunstancias (Fernández, 2014).

En Chile, los cursos conocidos como prácticas del grado de trabajo social forman un eje histórico del aprendizaje de la profesión. Desde que se fundó, en 1925, la primera escuela de Chile, los planes de estudio incluyen en sus actividades de formación un acercamiento continuo y progresivo al campo del conocimiento especializado. En los enfoques de aprendizajes sucesivos, los estudiantes son guiados por dos profesionales: un acompañante de la academia, conocido como docente de las prácticas, y un tutor de campo, que capacita a los estudiantes en sus actividades en atención directa en el campo.

Desde la mirada de los estudiantes, la práctica profesional es la primera instancia en la que pueden integrar y aplicar la teoría, los valores, las habilidades y el conocimiento de la carrera bajo la supervisión de un trabajador social profesional y acompañado por los docentes de su universidad (Barretti, 2004; Dalton; Stevens y Maas-Brady, 2009; Vayda y Bogo, 1991).

Las prácticas son, entonces, las instancias donde los estudiantes ponen en acción lo que han aprendido en el aula respecto de las habilidades micro, meso y macro, como también los valores profesionales y el seguimiento de códigos de conducta éticos (Williamson; Hostetter, Byers y Huggins, 2010; Concha-Toro et al., 2020.).

Más allá de una estructura organizativa, lo que se observa en el modelo de prácticas de ambos países es la relación triangular en las prácticas profesionales, evidenciando que la vinculación entre lo académico y lo profesional empieza a gestarse en el interior de ese escenario. Se configura como un espacio de ensayo, observación y participación en el que aflora el diálogo entre el mundo profesional y el académico, confluyendo distintas realidades para la reflexión sobre la inmersión, el conocimiento de la realidad, los contextos complejos y la intervención social. Permite reflexionar sobre la práctica profesional y la formación necesaria para el ejercicio del trabajo social, tornándose fundamental para la formación del estudiante, motivando al docente y al profesional en la reflexión y el diálogo sobre la praxis del trabajo social.

Durante la pandemia por covid-19, el espacio de prácticas se transformó en un laboratorio que nos permitió innovar en la formación y a la vez reflexionar sobre la praxis profesional, el espacio se configuró vital para compartir la práctica y los cambios en la praxis derivados de la pandemia, incipientemente empezamos a pensar en los retos para el trabajo social. La vinculación internacional nos abrió caminos y escenarios de diálogo con otros países, con el objetivo de compartir las vivencias de la práctica profesional a raíz de los cambios producidos por la pandemia en clave académica y profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alayón, N. (2005). *Trabajo Social Latinoamericano. A 40 años de la Reconceptualización*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Agurto, J.; Cabrera, E., García, S., Ortiz, M. y Rivas, G. (1970). *Origen y Realidad del Trabajo Social*. Tesis para optar al título de Asistencia Social. Universidad Católica del Norte, Santiago de Chile.

- Barbero, J. M. (2002). *El trabajo social en España*. Zaragoza, España: Mira Editores.
- Basualdo, V. y Morales, D. (2019). *La tercerización laboral: Orígenes, impacto y claves para su análisis en América Latina*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Bilbao, M.; Martínez-Zelaya, G., Pavez, J., y Morales, K. (2018). Burnout en trabajadores de ONG que ejecutan política social en Chile. *Psicoperspectivas*, 17(3), 199-210.
- Buenaventura, M. A. (2020). L'educació superior en el desenvolupament d'una ciutadania compromesa, participativa i solidària. L'aprenentatge servei i l'educació per al desenvolupament com estratègies de treball. Tesis. Universidad de Barcelona, Facultad de Educación, Programa de Doctorado Educación y Sociedad. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/671356>.
- Cintora, Á. (2001). Acción social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (3), 5-42.
- Concha-Toro, M.; Anabalón Anabalón, Y., Lagos San Martín, Nelly G. y Mora Donoso, M. (2020). Prácticas profesionales y Trabajo Social. Una revisión de la literatura en educación superior. *Pensamiento Educativo*, 57(1), 1-19. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.7764/pel.57.1.2020.5>.
- De las Heras, P. y Cortajarena, E. (1979). *Introducción al bienestar social*. Madrid, España: Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.
- Jefatura del Estado (24 de diciembre de 2001). Ley Orgánica 6/2001, del 21 de diciembre de 2001, de Universidades. *BOE*, (307). Madrid, España. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-24515-consolidado.pdf>.
- Fernández, R.; Fernández, S. y Guzmán, E. (2010). Evolución del trabajo social en España en el final del siglo XX. *Miscelánea Comillas*, 68(132), 161-184.
- García, S. G. y del Llano, C. R. M. (2017). Hacia un nuevo Trabajo Social crítico: el gobierno de lo social en la era neoliberal. Presentación del Monográfico. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(2), 243-260. Recuperado de: <https://doi.org/10.5209/CUTS.56352>.
- Gírela Rejón, B. (2017). El Trabajo Social y los Servicios Sociales en España: El precio del neoliberalismo. *ReiDoCrea*, (6), 95-104. recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/45112>.
- Hernández, J. y Ruz, O. (2005). La Reconceptualización en Chile. En N. Alayon (ed.). *Trabajo Social Latinoamericano. A 40 años de la Reconceptualización* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Ioakimidis, V. (2021). Trabajo social en el contexto neoliberal global: solidaridad y resistencia desde una perspectiva radical. *Propuestas Críticas en Trabajo Social*, 1(1), 28-42. Doi: <https://doi.org/10.5354/2735-6620.2021.61229>

Hui, J. y Tsui, M. (2004). Empowerment by Hotline. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 14(1), 65-71.

Illanes, M. (2010). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia Social de la Salud Pública. Chile 1880/1973* (2ª edición). Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Iturrieta, S. (2017). Entre burbujas, sensaciones y realidades de la profesión más masificada en Chile: el Trabajo Social. *Cuaderno de Trabajo Social*, 9(1), 9-26.

International Federation of Social Work (IFSW) (2018). Definición global del Trabajo Social. Recuperado de: <https://bit.ly/3UPpSPS>

Duboy-Luengo, M. y Muñoz Arce, G. (2020). Habitar el hospital en tiempos de pandemia. Historias profesionales de trabajadoras/es sociales en la primera línea de intervención en salud. *Revista Rumbos: TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales*, (23), 41-61. Recuperado de: <https://doi.org/10.51188/rrts.num23.421>.

Fernández, J. (2014). Las prácticas externas y la supervisión, dos elementos clave en la formación del grado en Trabajo Social. En Pastor Seller i Martínez-Roman (coord.). *Trabajo Social en el siglo XXI. Una perspectiva internacional comparada*. Madrid, España: Editorial Grupo 5.

Matos-Silvera, R. (2013). Trabajo Social en España: contextos históricos, singularidades y desafíos actuales. *Revista Katál*, (16), 101-109.

Moraes, E.; Chagas, E., Quiroga, V. y Passos, L. (2018). Formação profissional nos cursos de graduação em Serviço Social no Brasil e Espanha: diálogos entre contextos. En Cunha, L.M (org.) (2018). *Serviço Social: história, formação profissional e ética*. Pp. 70-115. Fortaleza, Brasil: Socialis, Eduece.

Morales Aguilera, 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. Recuperado de: <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/213641>.

Moyano, C. y Garcés, M. (eds.) (2020). *ONG durante la dictadura*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Muñoz Arce, G (2018). The neoliberal turn in Chilean social work: frontline struggles against individualism and fragmentation. *European Journal of Social Work*, 22(2), 289-300.

Muñoz Arce, G. (2020). Trabajo interprofesional en Chile. *Revista Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, (21), 87-108.

Muñoz Arce, G. y Madrigal, J. (2018). Trabajo interprofesional en Chile: neoliberalismo y la producción de subjetividades profesionales críticas. *Intervención*, 8(2), 4-22.

Olivares, H.; Olivares, I. y Aragón, M. (1973). Algunas consideraciones sobre el proceso Revolucionario Chileno y la participación del profesional de Servicio Social. Tesis para optar al título de Asistente Social. Universidad de Chile, Sede Antofagasta.

Picasso-Rizzo, F. y Andrade-Guzmán, C. (2019). Desafíos para las políticas e intervenciones sociales en el contexto sudamericano. Reflexiones en materia de relación público-privada y encuentro entre implementadores/as y sujetos de intervención. *Revista de Ciencias Sociales*, 28(42), 32-51.

Pizarro, E.; Jofré, M., De Paula, V., Quiroz, T. y Leiva, C. (1972). ¿Qué es Trabajo Social? Valparaíso, Chile: Universidad Católica de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social UCV / Editorial Universitaria.

Quiroz, M. (2011). *Antología del Trabajo Social Chileno*. Concepción, Chile: Editorial Universidad de Concepción.

Rowlands, A. (2007). Medical Social Work Practice and SARS in Singapore. *Social Work in Health Care*, 45(3), 57-83.

Ruz, O. (2016). Reorientación y Reconceptualización del Trabajo Social en Chile. En Vidal Molina, P. (ed.). *Trabajo Social en Chile. Un siglo de trayectoria* (1ª edición). Santiago de Chile: RIL Ediciones.

Sánchez, M. y Villarroel, R. (2017). Tensiones en la Intervención Social: (des)encuentros en la relación Estado-ONG. Estudio de caso sobre ONG que opera la política social de infancia. *Revista de Trabajo Social*, (91), 1-16.

Schöngut-Grollmus, N. (2017). Ensamblajes sociotécnicos para la producción de intervenciones psicosociales en un programa del Servicio Nacional de Menores de Chile. *Psicoperspectivas*, 16(3), 41-51.

Sze, Y. H. y Ting, W. F. (2004). When civil society meets emerging systemic risks: The case of Hong Kong amidst SARS. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 14(1), 33-50. Vázquez, O. (ed.) (2005). *Libro blanco del título de Grado en Trabajo Social*. Aneca. Recuperado de: <https://bit.ly/3UPqt44>

De la Red Vega, N. (1993). *Aproximaciones al trabajo social*. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.

Vera, A. (2020). Trabajo Social chileno y la reconceptualización: Apuntes para re-mirar. *Ce-lats*. Recuperado de: <https://bit.ly/3y4k1wm>

Villalobos, C.; Wyman, I., Muñoz Arce, G. y Reininger, T. (2021). Trabajadores y trabajadoras sociales de primera línea frente al covid-19. Continuidades y transformaciones en Chile. *Revista Intervención*, 10(2), 4-29. Recuperado de: <https://intervencion.uahurtado.cl/index.php/intervencion/article/view/97>.

Vivero-Arriagada, L. A. (2017). Influencia del neoliberalismo en el Trabajo Social chileno: discursos de profesionales y usuarios. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 125-148. Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/22161201.1940>.

Vivero-Arriagada, L. y Molina-Chávez, W. (2021). Perspectivas teóricas y formación universitaria del Trabajo Social en Chile posdictadura. *Trabajo Social*, 23(2), 239-364. Doi: <https://doi.org/10.15446/ts.v23n2.81544>





PARTE

**1.**

**LAS PRÁCTICAS  
PROFESIONALES  
EN ESPAÑA Y CHILE  
EN EL ÁMBITO DE LA  
SALUD**

## CAPÍTULO 3

### El Trabajo Social en atención primaria de salud en el contexto del Covid-19 en Chile, desafíos, tensiones y transformaciones

*Sonia Romero-Pérez*<sup>9</sup>

*Paola Mayorga-Bustamante*<sup>10</sup>

#### RESUMEN

El trabajo social nació en Chile vinculado con el área de la salud, pero se ha transformado a lo largo de los años al adscribir a los marcos internacionales desarrollados desde la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde ahí se ha instado a la profesión/disciplina a cambios en las formas de acción que, con la intrusión de la pandemia por covid-19, desafía al trabajo social en sus formas de respuesta, y lo ha obligado a integrar a la tecnología y a fortalecer el quehacer profesional.

**PALABRAS CLAVES:** atención en salud, covid-19, profesión, Trabajo Social

#### INTRODUCCIÓN

El trabajo social, como profesión y disciplina, surgió en Chile fuertemente vinculado con lo sanitario, con el objetivo de dar respuesta a las precarias condiciones sociales, económicas y de salud de un número significativo de la población (Castañeda y Salamé, 2006, p. 29; Molina-Meyohas, 2006; Morales-Aguilera, 2015).

Esta área ha requerido del trabajo social, para su desarrollo a lo largo de los años, cambios

---

9 Trabajadora social, mediadora familiar. Magíster en Psicología Social por la Universidad de Valparaíso, Chile. Doctora © en Estudios Americanos, mención Estudios Sociales y Políticos por la Universidad de Santiago de Chile. Académica y editora general de Cuaderno de Trabajo Social del Departamento de Trabajo Social y la Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social en la Universidad Tecnológica Metropolitana de Chile. Correo electrónico: sromero@utem.cl.

10 Trabajadora social de la UTEM. Diplomada en Salud Familiar en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Diplomada en Promoción de Salud y Calidad de Vida en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA - Universidad de Chile) y en Adicciones, Prevención y Rehabilitación en la Universidad de Santiago de Chile (Usach). Encargada de sector y de promoción de salud en el Centro de Salud Familiar (Cesfam) Dr. Steeger, de la comuna de Cerro Navia. Expositora del taller de prevención del abuso sexual infantil para padres y apoderados de preescolares. Correo electrónico: mayorgabustamante@hotmail.com.

en las funciones y roles de los y las profesionales. La labor educativa ha tenido un desarrollo transversal incorporando la gestión y la coordinación de redes como un eje relevante en la intervención social en salud. El impacto de la pandemia de covid-19 ha significado transformar las formas y estrategias de intervención, como también el fortalecimiento de habilidades y competencias del trabajo social en esta área.

El presente capítulo entrega antecedentes sobre la Atención Primaria de Salud en Chile, vinculada con la labor del trabajo social, particularmente del trabajo desarrollado por nuestra profesión en el Csfam<sup>11</sup> Dr. Steeger, ubicado en la comuna de Cerro Navia, en la ciudad de Santiago de Chile. Para ello proponemos responder esta pregunta: ¿cuáles son las transformaciones producto de la epidemia de covid desde el trabajo social y los desafíos que ello implica para nuestra área y la salud pública en general?

## 1. PRÁCTICA PROFESIONAL

Con la Declaración de Alma Ata, de 1978, la Atención Primaria de Salud (APS) se organiza como una estrategia para reducir las inequidades en salud a través del fortalecimiento de la sociedad (Bass del Campo, 2012; Tejada de Rivero, 2018); por tanto, se constituye en una intervención social que centra su atención en las personas, sus familias y la comunidad, basada en un modelo integral que promueve la promoción, prevención de la salud, con un énfasis ambulatorio e intersectorial (Dois et al., 2016; M. d. S. Minsal, 2013; Soto, Soto y Riquelme, 2021).

En Chile esta transformación se articuló de manera progresiva entre los años 2000 y 2005 (García-Huidobro et al., 2018; Soto et al., 2021) y culminó con la entrada en vigencia de la ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE). Fue así como se formalizó el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) (García-Huidobro et al., 2018; Minsal, 2018; M. d. S. Minsal, 2013), que se sustenta en los principios de centralidad en las personas, la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado, enfatizando en los derechos y deberes de

los usuarios que consultan, resguardando, a su vez, los enfoques de género e interculturalidad (Muñoz-Samaín et al., 2021), teniendo como base los determinantes estructurales de la salud, donde los componentes sociales son considerados relevantes en el bienestar de las personas y, por tanto, en la salud de la población en general. Por ello resulta muy relevante la entrega de información a las personas, las familias y las comunidades, para que ellas tomen decisiones adecuadas respecto de sus cuidados y la continuidad de estos a lo largo de la vida, sin perder de vista los diferentes escenarios clínicos y sociales. Por ello se propician acciones que garanticen la atención en los tres niveles de complejidad –atención primaria, secundaria y terciaria de salud–. Lo que favorece de manera integral la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las personas y sus familias en sus contextos inmediatos (Bass del Campo, 2012; Dois et al., 2016; García-Huidobro et al., 2018; M. d. S. Minsal, 2013; Muñoz-Samaín et al., 2021; Soto et al., 2021).

La puerta de entrada al sistema de salud corresponde a la atención primaria, que establece el primer nivel de contacto con las personas, la familia y la comunidad.

---

11 Centro de Salud Familiar.

Su objetivo es entregar una atención equitativa y de calidad centrada en las personas y sus familias, enfocadas en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad, bajo el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2022).

Cuentan, además, con un equipo biopsicosocial de cabecera que los acompañará a lo largo de sus vidas. La atención secundaria también es de carácter ambulatorio, como la primaria, con la diferencia de que este nivel cuenta con especialistas para curar posibles enfermedades. El nivel terciario es el sistema hospitalario, que otorga asistencia médica de tipo curativo y de rehabilitación a través del personal altamente capacitado. Esto implica la permanencia de las personas en estos centros asistenciales por tiempos determinados.

Es relevante señalar que, en el marco de la dictadura militar en Chile (1973-1989), se impulsaron reformas en el sistema de salud desde las lógicas neoliberales, que permitieron el acceso del sector privado al sistema. Esto se materializó en la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), instancia pública, y la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), dependientes del área privada. Con ello a su vez, se traspasa la administración de los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) a las municipalidades<sup>12</sup>, quienes actualmente dependen de los departamentos de salud o corporaciones municipales de carácter privado (Bass del Campo, 2012; Soto et al., 2021). Esta situación genera situaciones de inequidad en la APS, ya que no todos los municipios a través de sus corporaciones cuentan con recursos propios para complementar lo entregado por el Ministerio de Salud (Minsal), a través del pago per cápita por persona inscrita, lo que ha marcado diferencias en términos de infraestructura, contratación de profesionales y acceso a servicios de salud oportunos.

Actualmente los Cesfam se constituyen en la atención primaria de salud (APS), los cuales son los encargados de entregar cuidados a la población inscrita a su cargo, que se encuentra en el sistema público, brindando prestaciones de salud ambulatorias a lo largo de su vida y constituyéndose en la puerta de entrada al sistema público. Los Cesfam se organizan por sectores que son designados territorialmente, los cuales están a cargo de equipos multidisciplinares constituidos por médicos, odontólogos, enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogos, trabajadoras/es sociales y personal administrativo, liderados por un o una jefa de sector, quien es la o el profesional responsable de las gestiones y coordinaciones para entregar atenciones oportunas e integrales.

Estos sectores atienden un área geográfica determinada, lo que favorece el conocimiento y cercanía de las personas, sus familias, los barrios, las instituciones y organizaciones emplazados en estas zonas (M. d. S. Minsal, 2013). Asimismo, las prestaciones de salud, como las acciones programadas en los Cesfam, son monitoreadas y evaluadas de manera constante por el Servicio de Salud, en el marco de las metas sanitarias e índices de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS), los cuales son consensuados por los servicios y las corporaciones municipales (Soto et al., 2021).

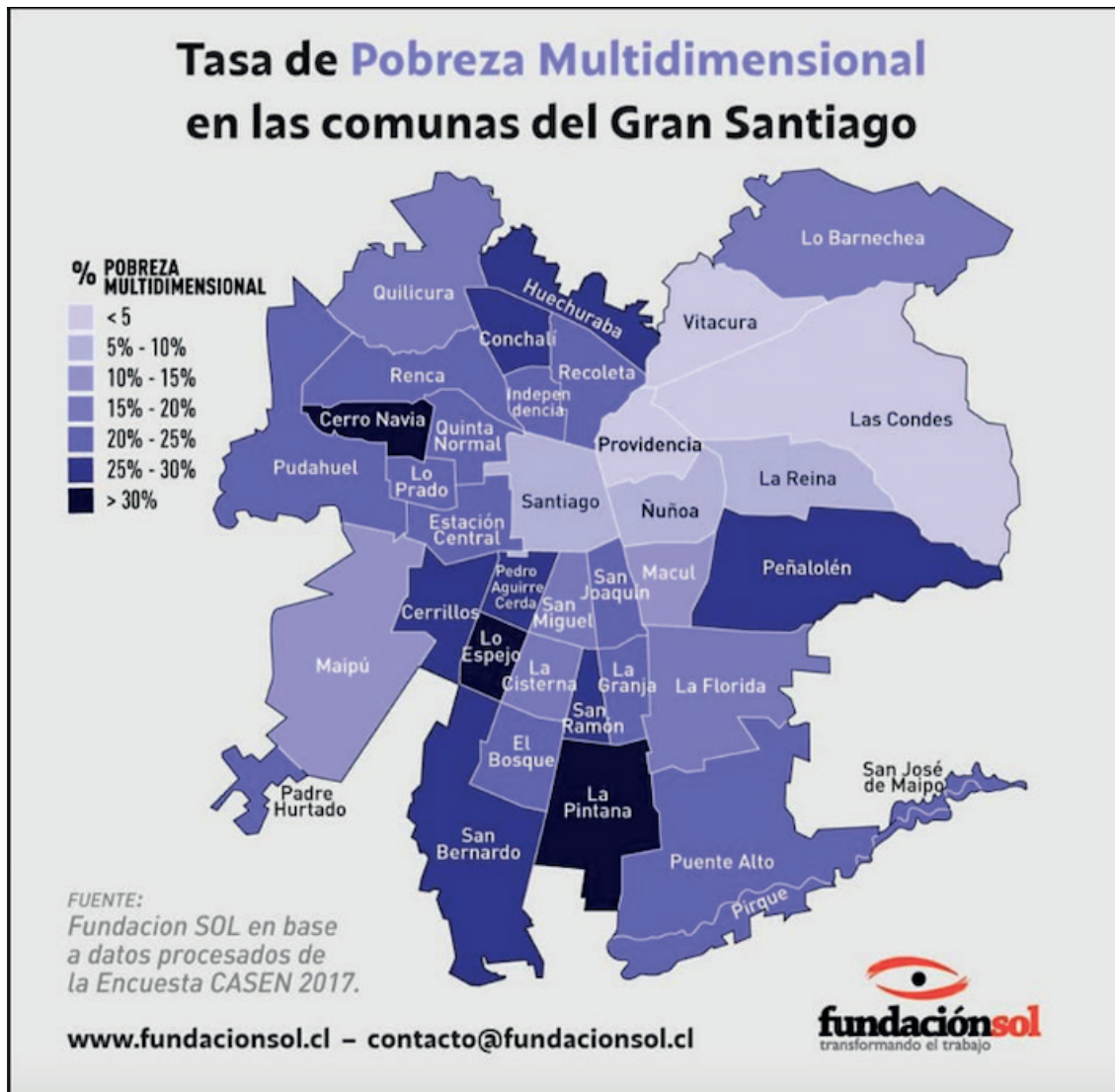
Cerro Navia es parte de las 52 comunas de la región Metropolitana. Se ubica al norponiente de la Provincia de Santiago. Limita al norte con la comuna de Renca (separada por el río Mapo-

12 Ayuntamiento.

cho y la autopista Costanera Norte), al oeste con la comuna de Pudahuel, al oriente con Quinta Normal y al sur con la comuna de Lo Prado (Cerro Navia, 2021).

La comuna cuenta con una superficie de 11.04 km<sup>2</sup>, dividida administrativamente en 37 unidades vecinales, que se agrupan en 8 territorios. La densidad poblacional es de 12.946,6 hab/km<sup>2</sup>. Según el censo poblacional de 2017, la comuna de Cerro Navia tenía 132.622 habitantes, divididos en 65.438 hombres y 67.184 mujeres. Además, existen 20.814 personas que se consideran pertenecientes a algún pueblo originario, lo que corresponde a un 16% de la población total de la comuna; y, de estos, el 93% se reconoce como mapuche. A su vez, registra un 5% de población inmigrante, la mayor migración es peruana con un 43,4%, seguida por personas haitianas con un 24,3% (Cerro Navia, 2021).

En cuanto al nivel educacional, la comuna tiene un nivel de alfabetización del 97,2% (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). El nivel educacional más alto alcanzado es la educación básica (primero a octavo años) y los años promedios de escolaridad de la jefatura de hogar llega a los 9,1 años. De acuerdo con los datos de la encuesta de caracterización socioeconómica (Casen), Cerro Navia tiene mayores porcentajes de personas que viven bajo la línea de la pobreza en la región Metropolitana de Santiago de Chile. Un 7,2% de los hogares está en situación de pobreza por ingreso, un 2,3% corresponde a pobreza extrema. Un 11,5% de los hogares en Cerro Navia está en situación de hacinamiento (Cerro Navia, 2021).



Respecto de las fuentes de ingreso de las familias de la comuna, estas se asocian en su mayoría al trabajo independiente en ferias (10 registradas en su territorio) y persas<sup>13</sup> (7 emplazados en la comuna). Considerando las dificultades laborales y económicas asociadas con la pandemia por covid-19, la población ha autogestionado alrededor de 40 ollas comunes<sup>14</sup> en diversos sectores de la comuna (Cerro Navia, 2021).

La calidad de vida de la población, de los habitantes de Cerro Navia, se encuentra posesionada en el lugar 92 de 99 comunas evaluadas a lo largo de Chile, de acuerdo con el índice de

13 Mercados formales e informales que funcionan algunos días de la semana en los barrios periféricos de la ciudad. Se caracterizan por sus bajos precios y diversidad de productos.

14 La olla común surgió en tiempos de dictadura. Es una asociación entre vecinos que aportan lo que tengan para comer; así, con los aportes de todos se cocina en conjunto. Es similar a un comedor popular.

calidad de Vida Urbana (CVU), lo que da cuenta de importantes falencias en su desarrollo urbano. A su vez, es una de las comunas con mayores niveles de contaminación atmosférica, con valores sobre el umbral nacional (Cerro-Navia, 2021). Esto permite afirmar que Cerro Navia es una de las comunas más pobres de la región Metropolitana, con altos niveles de vulnerabilidad y vulneración de sus derechos esenciales.

El total de la población inscrita en la red de salud de la comuna en 2020 era de 124.169 personas; es decir, un 87,157% del total comunal, de las cuales un 31% está relacionado con el Cesfam Dr. Steeger, un 27% con Cesfam Dr. Albertz, un 25% con el Cesfam Cerro Navia y un 16% con el Cesfam Lo Amor. Además de los cuatro Cesfam con que cuenta la comuna, posee una Centro de Salud Mental Comunitaria (Cosam) y dos iniciativas comunales que complementan los servicios ofrecidos, como la farmacia popular<sup>15</sup> y la óptica popular<sup>16</sup>, instancias financiadas íntegramente por el municipio (Cerro-Navia, 2021).

### 2.1. Qué hace el trabajo social en el centro

El trabajo social ha estado vinculado desde siempre con el ámbito sanitario; sin embargo, tal como señala Molina-Meyohas (2006), nuestra profesión ha sido vista como apoyo a la labor en salud, desconociendo así los aportes desarrolla. Esta idea se refuerza con la inexistencia, hasta el año 2018, de normas y orientaciones para el trabajo social en salud, las cuales lograron una resolución ministerial, pero que al poco tiempo de ser legitimadas fueron impugnadas por el Colegio de Psicólogos de nuestro país en la Contraloría General de la República, lo cual las dejó sin efecto<sup>17</sup>.

Igualmente resulta relevante mencionar que dichas normas fueron construidas y trabajadas de manera colectiva desde distintos estamentos del trabajo social chileno, como el Colegio Profesional de Asistentes Sociales, universidades y trabajadoras/es sociales que se desempeñan en Salud a lo largo del país.

De acuerdo con la revisión efectuada, no existe un objetivo del trabajo social en atención primaria de salud en Chile, ya que se supone vinculada con la atención integral del modelo de salud familiar; sin embargo, creemos necesario establecer como normas los objetivos que guían al trabajo social en APS considerando los principios articulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En la APS, el trabajo social contribuye a la toma de conciencia de la población respecto de sus procesos de salud/enfermedad, propiciando acciones que modifiquen los factores multi-causales que la ocasionan, actuando de manera sinérgica en los tres niveles de atención (individual, grupal y comunitario). A su vez, en términos específicos, propicia en las personas tratadas

---

15 Espacio vinculado con el área de salud que depende directamente de los municipios o ayuntamientos; que tiene por objetivo adquirir, resguardar y vender medicamentos y otros productos complementarios de salud a precios bajos a la población que vive bajo esa jurisdicción.

16 Establecimiento dependiente del municipio o ayuntamiento que vende anteojos a menor precio, considerando que ese artículo es esencial para el funcionamiento de las personas que habitan esa jurisdicción o comuna.

17 La impugnación dice relación con el uso, por parte del trabajo social, de los conceptos *psicoterapia familiar y grupal*. Nociones que, de acuerdo con el código sanitario chileno, son propios del desarrollo profesional de la psicología.

la identificación de los determinantes sociales que influyen en los procesos de salud/enfermedad, promoviendo la resolución desde el autocuidado en salud. En segundo término, promueve y fomenta la coordinación intersectorial y el trabajo en red como ejes centrales del quehacer profesional. Y, finalmente, fomenta acciones que favorezcan la salud de la población a través de la educación y reflexión en espacios grupales y comunitarios.

Las funciones que realiza la o el profesional del trabajo social en APS, de acuerdo con las Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud (2018), que no dicen relación con la psicoterapia familiar y grupal (términos impugnados por el Colegio de Psicólogos) son:

#### **A. Atención directa a personas y sus familias**

- Evaluación social para la pesquisa oportuna de factores de riesgo y vulneración social en personas y familias con enfermedades crónicas o en situaciones de crisis.
- Evaluación e intervención social vinculada con el sistema de protección social en todo el curso de vida individual y familiar.
- Pesquisa, evaluación, intervención social, seguimiento y vinculación con redes intersectoriales en los casos que amerite de: personas con discapacidad física y mental, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia de género, vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, personas y familias migrantes, refugiados, personas con adicciones, beber problema, consumo problemático de drogas, personas o familias carentes de redes de apoyo, personas mayores.
- Intervención social con fines de protección de derechos sexuales y reproductivos.
- Acogida, atención social de urgencia, apoyo a la atención psicosocial, coordinación intersectorial, a mujeres víctimas de violencia de género.
- Acogida, asesoría, valoración e información de recursos, facilitación de accesos a ayudas técnicas, apoyo a la atención psicosocial, coordinación intersectorial, apoyo a la organización y asociatividad de personas con discapacidad y de familiares.
- Acciones de prevención, pesquisa, evaluación y tratamiento interdisciplinario en salud mental a toda la población.

#### **B. Gestión social**

- Asesoría a las organizaciones sociales y comunitarias.
- Planificación local participativa.
- Acción intersectorial.



- Educación social y comunitaria.
- Comunicación social asociada con la difusión y socialización de diversas campañas en Salud, uso de tecnologías.
- Apoyo al ejercicio de derechos y ciudadanía activa.
- Mediación comunitaria.
- Gestión de la satisfacción usuaria.
- Fortalecer la participación social y comunitaria.
- Promoción de salud.
- Supervisión formativa.

### **C.- Ámbito político institucional**

- Gerencia social y dirección de instituciones y establecimientos de APS.
- Diseño, implementación y evaluación, social de planes, programas y proyectos locales de salud.

Por último, hay que indicar que el trabajo social desarrolla su quehacer profesional en los 3 niveles de intervención. A nivel individual/familiar realiza prestaciones asociadas con la atención de casos –pesquisa, contención, orientación y consejería– en diversas temáticas, de acuerdo con lo requerido por los usuarios atendidos; un segundo nivel asociado a la gestión social que se trabaja con grupos y comunidad; y un tercer nivel asociado con el ámbito político, como la dirección de Cefam, jefatura de sector y, por tanto, parte del equipo gestor.

Si se considera lo anterior, el trabajo social se encuentra inserto transversalmente, ya sea en el trabajo con personas y comunidades, como también en la toma de decisiones respecto de las acciones que se desarrollarán en el área de Salud. Con la pandemia de covid-19, el trabajo social articula de manera estratégica las diversas acciones que se desarrollan. Y también es el rostro visible para los usuarios durante este tiempo, en tanto es el encargado de seleccionar y priorizar las atenciones de salud, debido al conocimiento de los usuarios y sus problemáticas.

### **2.2. Metodologías**

Las metodologías utilizadas suelen ser variadas, dependiendo de los contextos y de las personas a quienes van dirigidas. En los contextos individuales y familiares las estrategias metodológicas apuntan al conocimiento de las personas y a la generación de encuentros en el espacio de salud. Para ello las técnicas más utilizadas son la entrevista, construcción de genograma,

ecomapas, mapas de red, visitas domiciliarias; donde la observación y la escucha activa facilitan la construcción del vínculo con las personas. A su vez, estas técnicas favorecen la participación de las personas y sus familias. Además el uso de pautas estandarizadas para medir factores de riesgo; el Apgar familiar para medir la funcionalidad de la familia; Audit y assist para medir el nivel de consumo de drogas entre: leve, moderado o severo; y el instrumento diagnóstico de violencia (familiar o de pareja) para medir el nivel de violencia que se encuentran viviendo las personas.

Respecto de los espacios grupales y comunitarios, las estrategias metodológicas utilizadas se enfocan en propiciar la participación, para ello el uso de técnicas de educación popular resultan muy apropiadas, en tanto facilitan los procesos de reflexión y aprendizaje y contribuyen a la expresión de ideas, saberes y colaboración de la población participante.

### **2.3. Población asistida**

En la comuna de Cerro Navia el Cesfam Dr. Steeger se encuentra ubicado en calle Huelén 1629, cuenta con tres sectores –rojo, azul y verde– y con un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) corto, que funciona entre las 17:00 y las 24:00 horas. La población validada en 2019 correspondió a 38.226 personas (Cerro Navia, 2021). Este centro se constituye en el más grande de la comuna; sin embargo, es importante precisar que estaba planificado para atender a 10.000 usuarios, lo que pone de manifiesto las falencias e inequidades a las que está expuesta la población, especialmente la de menores ingresos.

### **2.4. Recursos**

Los recursos con que cuenta el Cesfam Dr. Steeger están definidos por el per cápita que cancela el Minsal por inscrito en su centro, que asciende a la suma de \$8.000 (pesos chilenos), que equivalen a 8 euros aproximadamente, cancelados de manera anual a la Corporación de Salud Municipal de la comuna. Además, cuenta con dineros que entrega directamente el municipio y los recursos que ingresan por promoción de salud, destinados a la actividad física y la alimentación que entrega la Secretaría Regional Ministerial de Salud (Seremi).

### **2.5. Prestaciones**

Las y los trabajadores sociales entregan variadas prestaciones en la Atención Primaria de Salud, tales como:

- Consulta social: que tiene por objetivo conocer las necesidades y requerimientos de los y las usuarias en el plano psicosocial. Debido a la alta demanda por atención, el trabajo social tiene asignadas una importante cantidad de horas diarias, para dar respuesta lo antes posible a los solicitado por los y las usuarios. Posibilitando, a la vez, la articulación de redes sectoriales e institucionales para contribuir a una respuesta integral.
- Intervención familiar: atención al grupo familiar que tiene por objetivo establecer alianzas de trabajo, que permitan potenciar y fortalecer los aspectos positivos de la familia

que contribuyan a su bienestar, que puede considerar la psicoeducación como parte de esta. Durante la pandemia este trabajo se desarrolló de manera telemática.

- Consulta y/o consejería de salud mental: son las atenciones posteriores al ingreso de la persona, sus familiares y/o red de apoyo, en el marco del plan de cuidados integrales. Incluye profundización diagnóstica, control y seguimiento de indicaciones, refuerzo a adhesión al tratamiento, emisión de informes, apoyo emocional, educación para el auto cuidado, entre otros. Durante la pandemia el número de atenciones en esta línea aumentó de manera significativa, las cuales fueron realizadas de manera telemática y presencial.
- Consejería familiar: tiene por objetivo la atención del grupo familiar, con la finalidad de reflexionar y acompañarlos en la toma de decisiones que favorezcan la crianza de los hijos, crisis vitales, cambios de comportamiento de alguno de sus integrantes, apoyo a la familia con un miembro con patología crónica. Estas acciones se vieron limitadas durante la pandemia de covid-19 debido a los límites de aforo.
- Educación grupal: trabajo con colectivos, que tiene por objetivo el refuerzo, estímulo y fortalecimiento de hábitos saludables en términos alimentarios, emocionales y del comportamiento. Durante la pandemia estas intervenciones se vieron suspendidas, ya que se privilegió la atención por covid-19.
- Visita domiciliaria integral: tiene por objetivo “entender el proceso de salud/enfermedad que vive el usuario y su entorno, con un enfoque biopsicosocial, para contribuir a que las acciones que entreguen los equipos de salud resulten acordes a la realidad de la persona y su grupo familiar esperando con ello obtener un resultado más positivo” (Subsecretaría de Salud Pública, 2018, p. 10). Estas intervenciones las realizaron mayoritariamente personal médico y de enfermería en consideración de la pandemia.
- Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar: tiene por objetivo evaluar psicosocialmente la situación actual de la afectada, entregando apoyo emocional y contención. A su vez, se trabaja en la resolución no violenta de conflictos y se fortalecen redes de apoyo y protección. Se trabaja en coordinación con espacios judiciales. Estas acciones bajaron drásticamente, debido a la escasa judicialización y petición de ayuda de las mujeres afectadas. Lo que implicó un seguimiento vía telemática.
- Actividades comunitarias promocionales que fortalecen estilos de vida saludable y autocuidado en niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores: estas acciones se desarrollan de manera colaborativa por todo el equipo de salud. Realizan intervenciones en espacios escolares de corte lúdico y con el uso de técnicas de educación popular. Acciones en espacios públicos a través de ferias de servicios<sup>18</sup>. Intervenciones en mercados de frutas, verduras y víveres, promoviendo estilos saludables de alimentación en niños, jóvenes y adultos. Estas intervenciones se vieron interrumpidas durante la pandemia, por disposiciones sanitarias.

---

<sup>18</sup> Consisten en distintos stands de información sobre las diversas áreas de la salud que favorecen el desarrollo integral, entregando asesoría y orientación.

## **2.6. Coordinaciones y trabajo en red**

Es importante destacar que en la APS se desarrolla un trabajo permanente en redes, donde existen orientaciones para favorecer las redes integradas de Servicios de Salud (RISS), que son definidas como:

Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (Minsal, 2018, p. 29).

Esto contribuye a garantizar y optimizar el acceso a los servicios, mejorando la calidad técnica en la prestación de estos, lo que posibilita un uso eficiente de los recursos disponibles. A su vez, esto favorece la percepción de los usuarios de los servicios de salud recibidos. Es así como se generan coordinaciones con el Centro Comunitario de Salud Mental (Cosam) en el espacio comunal, el Centro Referencial de Salud (CRS) Dr. Salvador Allende de la comuna de Pudahuel, el Hospital Félix Bulnes de la comuna de Cerro Navia. Asimismo, se desarrolla un trabajo permanente con redes comunales, como la red de Infancia, la red por la no violencia, la red de salud mental, instancias conformadas por instituciones, organizaciones de la sociedad civil y colectivos. Paralelamente, la red de protección social está conformada con distintos programas públicos dependientes de distintos ministerios, que tienen mandatado como política pública la construcción de una red que favorezca el apoyo social y la obtención de beneficios y garantías que posibiliten el desarrollo de las personas, entre ellos se encuentre el programa Chile Crece Contigo, el Programa 24 Horas, los programas de mediación comunal, entre otros. Finalmente, se encuentra la Comisión mixta Educación-Salud, práctica de red con más de 20 años de existencia que tiene por objetivo promover el desarrollo de una niñez sana en sus distintos ámbitos (Romero-Pérez y Mayorga-Bustamante, 2015).

## **3. TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA: LOS CAMBIOS PRODUCIDOS**

La necesidad del distanciamiento social, la reestructuración de los espacios físicos, las restricciones de libre circulación y todas aquellas medidas implementadas para contrarrestar el contagio en la comuna, hicieron necesaria la implementación de variados servicios y la transformación de la atención en salud, desde lo presencial a lo digital. Estos cambios han llevado a los equipos profesionales a pensar nuevas maneras de atención, que se proyectan en el futuro como estrategias que favorecerán la continuidad y calidad de los servicios prestados.

Una de las primeras medidas implementadas es el sistema de turnos de atención, ya sea de manera presencial o a distancia, lo que significa trabajar diez días hábiles en el Cesfam, en el sistema de atención en puerta del centro de salud. En el caso de la trabajadora social esto implica, por una parte, la atención directa a usuarios, para orientar, contener y derivar a la instancia correspondiente, como a su vez, realizar labores de coordinación de un equipo y, por tanto, definir quiénes deben realizar esta acción, como también generar un trabajo motivacional permanente

con los integrantes del grupo. Los otros diez días hábiles se trabaja en modalidad telemática. Esta acción nace con el objetivo de dar continuidad a los cuidados de los usuarios del sistema, el cual se denomina Salud En Línea (SEL). Este modelo se cimienta en cuatro bases: recepción y selección inicial, selector de demanda resolutorio liderado por especialistas, oferta coordinada de tele atención de especialidad y atención presencial priorizada (Cerro Navia, 2021).

Debido al contexto, el selector de demanda resolutorio se dividió en dos equipos. Uno a cargo de la demanda covid-19 y otro de las necesidades propias de la atención de salud. La plataforma ofrece atenciones de todos los profesionales de esta área. En el caso particular del trabajo social, su labor se enfocó en la consulta social y atención psicosocial. La primera dice relación con la orientación respecto de beneficios sociales a los cuales pueden acceder las personas y la segunda está enmarcada en la pesquisa o evaluación de temáticas de salud mental, como son la violencia en el contexto familiar, el abuso sexual, el consumo de alcohol y drogas entre otras.

Respecto de la sectorización propia del Cesfam, esta se deja sin efecto debido a la falta de disponibilidad de contar con algunos profesionales, considerando la existencia de enfermedades crónicas, cuidado a personas de la tercera edad o menores, que no permite la presencialidad de todos los miembros del centro.

### **3.1. Problemáticas de las personas**

En general, las problemáticas están asociadas con la solicitud de ayudas para exámenes, como también con la entrega de contención en temáticas de salud mental, particularmente asociadas con la orientación, atención y posible derivación de usuarios por consumo problemático de alcohol y drogas, sintomatología depresiva entre otros. Durante la pandemia, se evidenció un aumento de las patologías de salud mental producto de la incertidumbre, del miedo y del encierro, entre otros factores.

### **3.2. Dificultades**

Las prestaciones propias de la atención del Cesfam, como el programa infantil, el programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes, el programa salud de la mujer, el programa de salud de adultas y adultos, el programa de adultas y adultos mayores y las actividades con garantías explícitas en salud asociadas con programas, se vieron disminuidas debido a la contingencia sanitaria, especialmente el acompañamiento que se realiza a las mujeres durante el embarazo, como también la orientación, educación y acompañamiento familiar a personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2.

Otra de las dificultades que se presentó fue la disminución de las atenciones domiciliarias (visitas domiciliarias), técnica que permite recabar importante información de las y los usuarios y de sus contextos inmediatos y que, a su vez, favorece la construcción de vínculos sociales con los y las habitantes de la comuna.

### **3.3. Nuevas demandas**

En trabajo social se observa el aumento de consultas por salud mental asociadas con el in-

tento suicida en adolescentes y jóvenes, los trastornos ansiosos, la sintomatología depresiva en personas adultas mayores, los procesos de duelo por el fallecimiento de familiares por covid-19, unido a la incertidumbre de no saber cómo y cuándo concluirá la pandemia, son las atenciones que generan actualmente mayor demanda.

De acuerdo con Araneda; Sanhueza, Pacheco y Sanhueza (2021) la tasa de suicidio en adolescentes y jóvenes ha aumentado a nivel mundial. En el caso de América Latina, Chile tiene el número más alto de la región; por lo tanto, para la OMS y para el Estado chileno se constituye en una prioridad su prevención, para ello se han implementado acciones de cuidado y educación en torno a la temática, que ponen al trabajo social como un agente en la detección oportuna en la APS. A su vez, el equipo de salud mental de este Cesfam, en el cual participa el trabajo social, diseña la guía preventiva en salud mental y familiar, la cual es socializada en toda la comuna y entregada a distintas organizaciones e instituciones para su implementación.

### **3.4. Reestructuración de la intervención**

Actualmente se mantienen las atenciones presenciales y a distancia, con un aumento progresivo de los controles presenciales. Se retoma la actividad asociada a las visitas domiciliarias, como también comienza la rearticulación del trabajo en redes, a través del diseño comunal desde el trabajo social de estrategias para favorecer y fortalecer esta área en particular. Asimismo, se observa una alta demanda del trabajo asistencial, considerando los altos niveles de pobreza de la población de Cerro Navia. Es destacable el fortalecimiento del lazo social con la comunidad atendida, que se ve reflejado en un trato respetuoso, agradecidos por los servicios entregados, pese a la contingencia sanitaria que transformó la atención en salud durante estos dos últimos años.

### **3.5. Teletrabajo**

Las lógicas del teletrabajo se centran en dar respuesta a las necesidades que los usuarios manifiestan, ya sea en la consulta social, la entrega de primeros auxilios psicológicos, como también en la atención en salud mental. Desde el trabajo social se desarrolla un encuentro comunal para retomar el trabajo comunitario, el cual se proyecta a través de distintas estrategias, ya sea presenciales como también a través del uso de la tecnología. Esta estrategia apunta a retomar la labor educativa del trabajo social en la comunidad y volver a articular las redes sociales, indispensables para el quehacer profesional.

## **4. RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL: REFLEXIONES SOBRE LA DISCIPLINA Y LA PRÁCTICA**

El trabajo social, desde su acción profesional, se constituye en un articulador y promotor del trabajo en equipo durante la crisis sanitaria producto del covid-19. Esto debido a su versatilidad y capacidad de anteponerse a diferentes escenarios con recursos limitados. Teniendo como eje central los aspectos relacionales y de comunicación con los otros.

La labor de contención, dada a los usuarios y al personal que se desempeña en el Cesfam, pone de manifiesto la capacidad transformadora que tiene el trabajo social, respecto de la construcción de acciones colaborativas y favorecedoras del ejercicio de derechos y la necesidad de autocuidado; sin embargo, también se evidencian las tensiones que se presentan con aquellas disciplinas biomédicas –enfermería, matronas y dentistas– que no reconocen el valor y la importancia de nuestra disciplina en esta área, tal como menciona Molina-Meyohas (2006). La disputa de los espacios profesionales, por parte de los y las trabajadoras sociales a través de acciones proactivas y de participación de espacios estratégicos de toma de decisiones contribuyen a dar visibilidad y legitimidad a la labor desarrollada por el trabajo social, ya que anteriormente los cargos de mayor poder estaban ocupados por otras disciplinas biomédicas.

Respecto de los cambios que se han consolidado, es posible apreciar al trabajo social con un rol articulador, legitimado por toda la comunidad profesional y biomédica de atención del Cesfam, que frente a la crisis sanitaria fue capaz de mantener el trabajo en red, en tanto gestión y resolutivez. Asimismo, el teletrabajo se proyecta como una estrategia que favorece la continuidad de los cuidados, maximiza los recursos disponibles y permite la mantención de los vínculos y lazos que se generan con las personas y la comunidad.

En términos disciplinares en Chile, es posible apreciar la dificultad de sistematizar las experiencias de trabajo, como también de generar conocimiento en esta área. Esto se evidencia a través de las escasas publicaciones en esta área, salvo lo desarrollado por Molina-Meyohas (2006), González-Moya (2017), Castañeda y Salamé (2016), Duboy-Luengo y Arce (2020), Romero-Pérez y Mayorga-Bustamante (2015), González y Zárate (2019), (Vilches, 2019), por lo que esto se constituye en un desafío para el trabajo social chileno.

#### **4.1. Competencias y aportes para futuras profesionales. Qué necesita el trabajo social ahora**

Las competencias profesionales que se fortalecen en medio de la crisis sanitaria son el trabajo en equipo, la capacidad de liderar en tiempos de adversidad. Se evidencia la habilidad adaptativa que tiene la profesión. Asimismo, el manejo de diversas temáticas favorece la construcción de variadas estrategias de intervención, que, al ser complementadas con la capacidad de escucha, la contención, la construcción del vínculo a través de un trato respetuosos y amable, refuerzan elementos identitarios de la profesión.

La necesidad de adaptarse a los distintos escenarios, como también el manejo de la frustración, el trabajar con escasos recursos materiales, el tener que trabajar con profesionales de otras disciplinas y el saber tolerar el trabajo a presión se constituyen en elementos esenciales del trabajo social en APS. Que debido a su complejidad e integralidad requiere de profesionales que sean capaces de reconocer la multidimensionalidad de los procesos de salud y de enfermedad de las personas y la comunidad.

A su vez, requiere de profesionales flexibles, que sean capaces de adaptarse a los distintos contextos de intervención. Conocedores de diversas temáticas vinculadas con los determinantes de salud y, por tanto, que contribuyan a la orientación y educación de la población con quienes trabajan. Proactivos, lo que favorece una rápida respuesta a los requerimientos de los colectivos y personas que se vinculan con el Cesfam. Con capacidad de liderazgo al interior

de los equipos, lo que posibilita la construcción de estrategias de acción precisas, eficientes y eficaces. Sistemáticos y rigurosos en su quehacer profesional, habilidades que permiten la sistematización de sus prácticas cotidianas en el área de la salud.

## CONCLUSIONES

Este período ha resultado muy difícil para todas las personas; sin embargo, para el trabajo social en APS se ha constituido en un espacio con múltiples desafíos, por una parte, volver a aprender, ya sean nuevas lógicas de atención, como nuevos conocimientos. Aprender a reconocerse en las limitaciones y fortalezas en este nuevo escenario. Aprender a aceptar el agotamiento, el desgaste y el escaso cuidado que nos proveemos, ya que se privilegia el cuidar a otros.

Reconocer la contención emocional como una herramienta presente en nuestro quehacer profesional y desde ahí aprender a contenernos con otros. Aprender a aceptar las emociones de miedo e incertidumbre frente a la pandemia.

Asimismo, ha permitido reconocer la capacidad de adaptación a los cambios, la flexibilidad como estrategia de acción y posicionamiento. Aprender a aceptar el reconocimiento de otros, en especial de las personas que concurren día a día a nuestros centros; sin embargo, lo más difícil de aprender o más bien de aceptar, es que se privilegien los números, las estadísticas, por sobre el trabajo con y para los otros, ya sea de manera individual, colectiva o en red por parte de la administración central, personificada por el Servicio de Salud Occidente, de quien depende la comuna de Cerro Navia. Entidad que es parte de la institucionalidad que supervigila el cumplimiento de la política pública de Salud en Chile.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araneda, N.; Sanhueza, P., Pacheco, G. y Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45.

Bass del Campo, G. C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave. Revista Biomédica*, 11. Doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571.

Castañeda, P. y Salamé, A. M. (2006). Profesionalidad del trabajo social chileno. *Revista Trabajo Social*, 76, 111-117.

Castañeda, P. y Salamé, A. M. (2016). Prácticas de asistencialidad de Trabajo Social en la política social de salud chilena. *Revista Trabajo Social*, (90), 3-17.

Cerro-Navia, C. d. S. d. (2021). *Plan de Salud 2021*.

Dois, A.; Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G. y Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios.



*Revista médica de Chile*, 144(5), 585-592.

Duboy-Luengo, M. y Arce, G. M. (2020). Habitar el hospital en tiempos de pandemia. *Revista Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, (23), 41-61.

García-Huidobro, D.; Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G. y Vargas, I. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 160.

González, M. y Zárate, M. S. (2019). Trabajo, miserias y recompensas: asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX. *Salud Colectiva*, 15, e2214.

González Moya, M. (2017). Asistentes sociales y salud pública en Chile: identidad profesional y lucha gremial, 1925-1973. *Dynamis*, 37(2), 345-365.

Minsal (2018). *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red*.

Minsal, M. d. S. (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*.

Molina-Meyohas, R. (2006). La invisibilidad del asistente social en la salud pública y en particular la salud mental nuestros aportes. *Revista Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, (1), 98-114.

Morales-Aguilera, 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.

Muñoz-Samaín, M. E.; Illesca-Pretty, M., Gallegos-Soto, J. I., Cabezas-González, M., Hernández-Díaz, A. y Godoy-Pozo, J. (2021). Experiencia de aprendizaje mediante el modelo integral de salud familiar y comunitario: opiniones de estudiantes de Enfermería de Chile. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 24(5), 263-269.

Romero-Pérez, S. y Mayorga-Bustamante, P. M. (2015). Promoción de salud y trabajo social: la experiencia de la Comisión Mixta Salud-Educación del Cesfam Dr. Steeger de Cerro Navia. *Cuadernos de trabajo social*, (7), 151-168.

Subsecretaría de Salud Pública (2018). *Visita Domiciliaria Integral. Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. División de Prevención y Control de Enfermedades - Departamento de Ciclo Vital. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de atención Primaria - Departamento Modelo Atención Primaria.

Soto, L.; Soto, J. Y Riquelme, F. (2021). Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: breve historia del modelo de atención integrada en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 373-378.

Tejada de Rivero, D. A. (2018). La historia de la Conferencia de AlmaAta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361-366.

Vilches, E. (2019). VIH y políticas preventivas en Chile. La importancia de la enunciación en la intervención desde Trabajo Social. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, (33), 187-205.



## CAPÍTULO 4

### SARS-COV-2: El virus que reta al trabajo social sanitario

Eunice Blanco Vázquez<sup>19</sup>

#### DEDICADO A

A los trabajadores sociales sanitarios del Hospital Vall d'Hebrón, los verdaderos protagonistas de este capítulo. Sin todos vosotros, equipo, nada de todo esto hubiera sido posible. Gracias a la dirección de María Angels Barba (directora de enfermería), al doctor Román (director médico del hospital) y al doctor Salazar (gerente del hospital), por llevar el timón del barco y por su apoyo. *I a vosaltres, que "patiu" i gaudiu les conseqüències de la passió per la meva professió.*

#### RESUMEN

El trabajo social sanitario ha demostrado, una vez más, que es fundamental en el proceso de salud y enfermedad. Para dar una atención centrada en el paciente es básico tener en cuenta los aspectos sociales. Desde el trabajo social, como disciplina, haremos una exploración social adecuada para dar un diagnóstico social acertado, seguido del tratamiento social y valorando la situación para que el paciente consiga el equilibrio necesario para su autonomía. En la intervención en crisis será fundamental prever las necesidades básicas, una buena planificación, gestionar la incertidumbre y los recursos. El líder de trabajo social deberá estar alineado con la organización y con sus objetivos y crear un plan estratégico según sus valores. Velará por el bienestar integral de los pacientes pero también del equipo. La unidad en el equipo garantizará un oasis para los momentos más complicados.

**PALABRAS CLAVE:** Trabajo Social, pandemia, estrategia, equipo, liderazgo

---

<sup>19</sup> Trabajadora social sanitaria. Máster en mediación y resolución de conflictos. Jefa de Trabajo Social del Hospital Vall d'Hebron. Profesora asociada de la Universidad de Barcelona. Miembro de la Junta Directiva de la ONG Mas que Salud y vocal del Patronato del Nou Hospital Evangèlic. Correo electrónico: eunicebv@gmail.com.

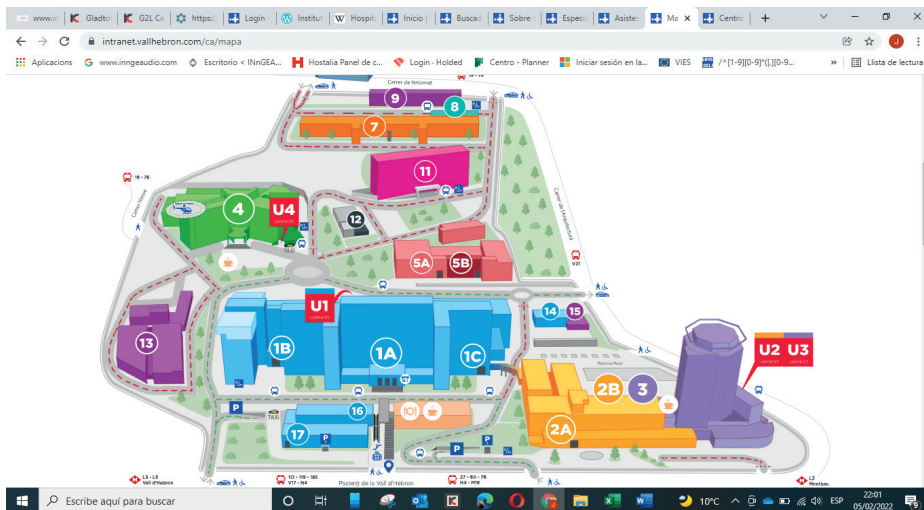
## 1. PUNTO DE PARTIDA

El Vall d'Hebrón Barcelona Hospital Campus es un complejo de referencia en salud en Cataluña y en el mundo. Es un centro sanitario de titularidad pública, administrado por el Servicio Catalán de Salud (ICS). Abarca todos los campos de la salud: la asistencia, la investigación, la docencia y la gestión. Fue inaugurado en Barcelona en 1955.

Desde 2016, su nombre es Vall d'Hebrón Barcelona Hospital Campus, ya que es la suma de cinco entidades:

1. Vall d'Hebrón Instituto de Investigación (VHIR), en la imagen corresponde al nº 13.
2. Vall d'Hebrón Instituto de Oncología (VHIO) nº 9.
3. Centro de Esclerosis Múltiple de Cataluña (Cemcat) nº 11.
4. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) nº 7.
5. Vall d'Hebrón Hospital (HUVH), a su vez compuesto por 4 Hospitales: Hospital de Traumatología, Rehabilitación y Quemados (nº 4), Hospital General (nº 1), Hospital Infantil y de la Mujer (nº 2).
6. CAS\_Centro de Atención y Seguimiento a las drogodependencias.

### Imagen 1. Vall d'Hebrón Barcelona Hospital Campus



Fuente: <https://www.vallhebron.com/>.

En el hospital, laboramos aproximadamente 9.000 trabajadores, atendiendo por año aproximadamente a un millar de pacientes. El Hospital General dispone de todas las especialidades médicas para adultos y la asistencia a los pacientes es completa, resultando esencial en el pro-

ceso de identificar todas las causas de las enfermedades y sus tratamientos.

El Hospital de Traumatología, Rehabilitación y Quemados da respuesta a todas las patologías del aparato locomotor y procesos que generan discapacidad, sobre todo las de alta complejidad, como las lesiones medulares o los grandes quemados.

El Hospital Infantil y de la Mujer es referente, tanto en lo que se refiere a tratamientos de salud básica como a especialidades de alta complejidad, como la oncología y hematología infantil. Nos centramos en el menor con el fin de ofrecer una asistencia completa y también acompañamos en su transición y seguimiento de paciente niña/o a adulto.

El CAS es el Centro de Atención y Seguimiento a las drogodependencias, para pacientes con todo tipo de adicciones.

En los años setenta, las ciudades sanitarias del país incorporaron el trabajo social como disciplina científica y profesión, creando una relación histórica y continua con la medicina. En el Hospital Vall d'Hebron se incorporó la primera trabajadora social sanitaria en la Unidad de Alcoholismo, ya que el equipo médico vio la importancia de trabajar conjuntamente los aspectos biológicos y los aspectos sociales para dar una atención completa e integral al paciente.

La reforma sanitaria de 1984 en España puso en marcha la creación de los equipos multidisciplinares, para asegurar una atención integral de salud, que implica en considerar e intervenir en los factores sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad (Ordenación Sanitaria de Cataluña, Ley 15/1990, del 9 de julio, art. 64)<sup>20</sup>. A partir de ese momento, la práctica profesional del trabajo social en el ámbito hospitalario pasó a ser circular, con la concepción integral e integrada de la atención sanitaria, contemplando a las personas en todas sus dimensiones biopsicosociales, actuando en equipos multidisciplinares y garantizando una valoración integral y la continuidad asistencial.

Los servicios de trabajo social sanitario en el ICS aportan los conocimientos y habilidades de la esfera social al diagnóstico médico y desarrollan, en el entorno sanitario para las personas que sufren algún problema de salud y sus familias, las funciones sociales atribuidas a la profesión del trabajo social son: contribuir a la distribución de servicios y recursos para el bienestar, asesorar e informar sobre el tejido/aspectos sociales que afectan/mejoran la salud, y realizar intervención social especializada, de tipo acompañamiento o clínico, en y para el proceso de salud-enfermedad (De Salut, 2020).

Los equipos de Trabajo Social Sanitario y en concreto los profesionales de los hospitales procuran dar herramientas de equilibrio en el paciente y en su entorno que afectan en el proceso de patología y salud, así como asegurar la continuidad de esta asistencia en el domicilio, tras el alta hospitalaria.

Rodríguez (2003) define el trabajo social sanitario como:

La actividad profesional de tipo clínico que implica, por una parte, el diagnóstico psicosocial de la persona afectada como aportación al diagnóstico global y al plan de tratamiento y por otra parte el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que in-

---

20 Recuperado de: <https://bit.ly/3dSpoYw>

cide o está relacionada con el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro de un contexto general de tratamiento y en el orden de objetivos de salud a conseguir (Rodríguez, 2003, p. 350).

Creo que es importante aclarar, tanto a las nuevas generaciones de trabajadores sociales como al resto de profesionales, que el trabajo social, como disciplina, reflexiona y analiza sobre el objeto de conocimiento e investiga, mediante un riguroso proceso, para construir sobre las nuevas realidades sociofamiliares; y que hemos de saber explicar y defender, especialmente porque las cuestiones sociales son muy susceptibles de opiniones sin criterio ni base técnica.

## **2. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL HOSPITAL VALL D'HEBRON**

La intervención del trabajo social en el hospital se hace desde la interdisciplinariedad, no desde el acumulo de profesionales que simplemente darían su criterio profesional (multidisciplinariedad), sino desde la coordinación e interacción de los profesionales en todas sus intervenciones, como un verdadero equipo, por eso le llamamos intervención interdisciplinar.

Las funciones específicas de las trabajadoras sociales sanitarias son mayormente asistenciales, de coordinación, preventivas y de promoción de la salud. Pero también están las funciones de investigación, docencia y planificación estratégica (hacer una distribución eficaz y eficiente de los recursos sociales). Todo ello sobre la base del modelo multidimensional de atención centrada en el paciente. Las funciones son muchas y se podrían agrupar en: las valoraciones sociales del paciente y su entorno; las orientaciones e informaciones; las intervenciones derivadas de cada caso; las coordinaciones y derivaciones a otros profesionales, recursos o servicios. Estas funciones se dan con los pacientes a los que atendemos, ya sean menores o adultos, y desde las diferentes especialidades del hospital, cada intervención diferenciada y especializada.

### **2.1. La metodología y el proceso de intervención**

El proceso de intervención en Trabajo Social es similar según diferentes autores, pero a mí especialmente me gusta explicarlo de un modo sencillo de recordar en estas 4 etapas, sobre todo a los alumnos de Trabajo Social.

**Imagen 2. Etapas del proceso de intervención**



Fuente: elaboración propia.

### **2.1.1. La exploración social**

Esta etapa es fundamental. Cada paciente tiene una patología concreta, pero se le añaden unas circunstancias sociales diferentes, una visión psicológica desigual y una dimensión espiritual definida o no, pero con necesidades concretas. Por esa razón, en esta etapa nos debemos detener el tiempo que sea necesario, sin precipitarnos, para explorar, investigar, descubrir, a partir de la demanda explícita o implícita, con el paciente y con su familia o entorno, con los recursos externos que conozca, ya sea desde primaria (servicios sociales o centros de atención primaria), asociaciones o su red informal, con el objetivo de concretar la hipótesis lo más exacta posible a la realidad. En esta etapa será básico conocer el diagnóstico y pronóstico médico, qué implicaciones tendrá la enfermedad en la persona, por ejemplo: si ha tenido una lesión medular, dependiendo del nivel de afectación, tendrá un pronóstico diferente de movilidad y autonomía, determinante para su salida y su nueva vida fuera del hospital. Por eso será imprescindible la comunicación con el resto de los profesionales, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermera, etc.

### **2.1.2. El diagnóstico social**

En esta etapa se define cuál es el problema social que afecta al paciente, a su proceso de enfermedad. Probablemente haya varios diagnósticos por abordar, pero no podemos olvidar que intervenimos en un Hospital de Agudos de tercer nivel y que nuestra intervención, desde aquí, ha de dar el mínimo equilibrio, pero que el seguimiento será necesario continuarlo desde el territorio. Con un diagnóstico social definido podremos establecer los objetivos prioritarios de la intervención.

Por ejemplo, puede llegar un paciente con una lesión medular de años de evolución, con un alojamiento en condiciones cuestionables de insalubridad, con un diagnóstico actual de covid-19. Cuando el equipo asistencial hace interconsulta a Trabajo Social, el objetivo es planificar y coordinar el alta hospitalaria, porque tiene un nuevo diagnóstico de covid. Después de explorar la situación, se diagnostican diferentes problemas sociales, pero en esta circunstancia es prioritario trabajar el alta hospitalaria, como paciente covid, sabiendo que hay que trabajar las dificultades de alojamiento, pero no desde el hospital, si no desde el territorio.

### **2.1.3. El tratamiento social**

Este es el grosor aparente de la intervención, parte del diagnóstico social, pasa por las técnicas de intervención del trabajador social sanitario, la entrevista, el abordaje integral del paciente, o paciente con familia, la documentación, los informes sociales, la coordinación interna o con instituciones externas, la intervención grupal o comunitaria e, imprescindible, un buen registro de nuestra intervención.



#### **2.1.4. La evaluación social**

Quizás esta es la etapa que más nos cuesta hacer en general y es una de las más importantes. Pararse en el camino, ver si la hipótesis se ha confirmado con el tratamiento, analizar si hemos hecho una buena intervención o si es necesario reformular el diagnóstico social o los objetivos de intervención. Esta etapa será imprescindible para mejorar nuestra intervención en el día a día. Si se considera que se necesita reflexionar con otros compañeros o incluso con otros profesionales que hayan intervenido en el caso.

#### **2.2. La población asistida**

En el Hospital se atiende durante todas las edades de la vida, bebés, niñas y niños, adolescentes y adultos y sus familias o entorno. Pacientes, agudos o crónicos de cualquier especialidad, que expresan necesidades sociales y sociosanitarias con riesgo social y/o situaciones de vulnerabilidad.

Con este alto nivel de especialización del hospital, atendemos a dos poblaciones diferenciadas:

7. Pacientes que, no siendo de la zona de influencia del hospital, son atendidos como hospital de referencia por su especialización, pudiendo venir de diferentes zonas de España e incluso personas desplazadas, por Cooperación Internacional, desde otros países y que allí no pueden ser atendidos. En estos casos, hay muchas dificultades sociales añadidas al proceso clínico que se aborda desde el trabajo social.
8. Pacientes de Zona, que son atendidos según su residencia. El hospital se encuentra ubicado en el distrito Horta-Guinardó de Barcelona y, a pesar de su nombre, está situado en el barrio de Montbau, en los límites con el barrio del Vall d' Hebrón. El hospital da atención a la mayoría de los barrios con menos recursos económicos de la ciudad de Barcelona, con las consecuencias sociales que estos determinantes sociales en salud influyen en el estado de salud de sus pacientes.

#### **2.3. La acogida desde el trabajo social**

Los pacientes pueden llegar a la intervención de Trabajo Social Sanitario por diferentes vías:

- Derivación a través de otras profesiones.
- Derivaciones a través de circuitos, escalas o protocolos establecidos.
- Por demanda de la propia familia, del entorno o del propio paciente.
- Derivación desde la hospitalización, consultas externas o desde urgencias.

Cada hospital del campus tiene su equipo de profesionales de trabajo social sanitario, que interviene según las especificidades del centro y de las problemáticas de las personas y familias atendidas. En el Hospital de Traumatología, en el área de rehabilitación y quemados, son

cuatro trabajadores sociales sanitarios. En el Hospital General, son diez TSS. En el CAS, son tres educadores sociales y 3 TSS. Y en el Hospital Infantil y de la Mujer, 12 TSS. Considerando a la secretaria y la coordinadora de TSS, en total somos 32 profesionales de trabajo social sanitario en el equipo.

La intervención empieza en el momento que se hacen la valoración y el diagnóstico social y se identifican las necesidades. Entonces se procede a la realización de un plan de trabajo para abordar, desde la intervención directa, indirecta y la intervención especializada, la situación identificada y, seguidamente se da el paso de coordinarse con los equipos de los diferentes dispositivos (recursos, centros y servicios) que han de ser implicados.

La Unidad de Trabajo Social Sanitario atiende y da respuesta a situaciones sociales o psicosociales que condicionan el funcionamiento óptimo de la persona, en la atención de la salud propia o de sus familiares, tanto en situaciones sobrevenidas a partir de un problema de salud como en situaciones sociales que se deriven de este.

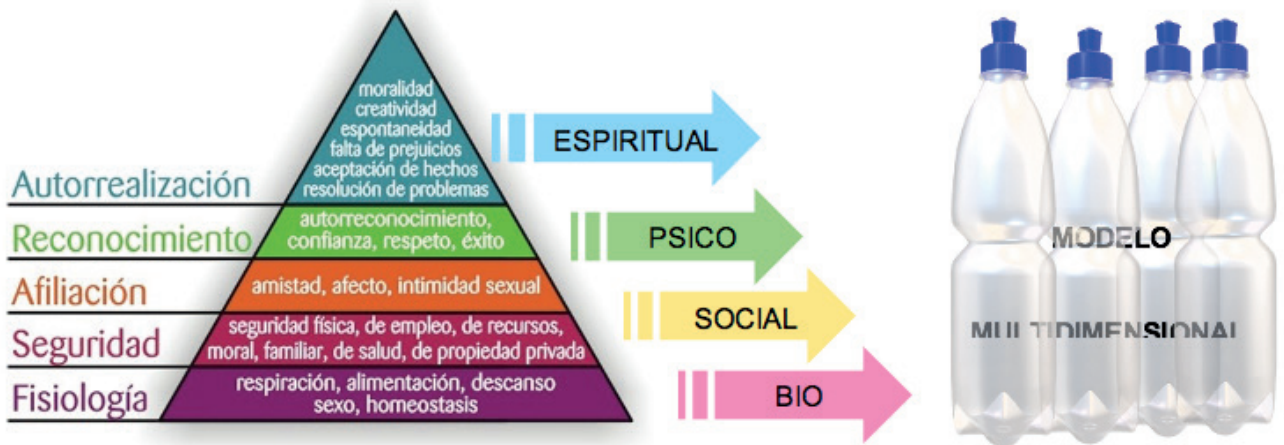
Acompañamos al paciente o familiar en el proceso de la enfermedad evaluando, asesorando e informando sobre todos los aspectos sociales que pueden condicionar la situación de salud, con el objetivo de potenciar el bienestar social y la calidad de vida. Los objetivos principales que persigue la Unidad de Trabajo Social Sanitario son los siguientes:

- Identificar y evaluar las necesidades y los problemas sociales o familiares.
- Intervenir en los problemas sociales o familiares para recuperar o preservar un funcionamiento social equilibrado mediante la activación del apoyo social formal o informal necesario.
- Trabajar las situaciones de vulnerabilidad y de fragilidad.
- Aportar la valoración social y el diagnóstico social sanitario y planificar propuestas futuras de actuación de trabajo social.

#### **2.4. El modelo multidimensional como referencia**

Como trabajadores sociales sanitarios entendemos muy bien las necesidades expresadas por Maslow en 1943, que todos conocemos y que coinciden con el modelo que plantea el hospital: centrado en el paciente, con base en el Modelo Biopsicosocial (i Carrió, 2002). Así lo aplicamos desde el modelo más ampliado como el multidimensional, que invita a entender a las personas desde sus diferentes perspectivas: físico/biológicas, sociales, psicológicas y espirituales. Todas estas esferas de las personas deben estar en equilibrio positivo para su buen funcionamiento y realización personal, familiar o social.

**Imagen 3. El modelo multidimensional**



Fuente: elaboración propia y adaptación de Maslow.

#### **2.4.1. Área física o biológica**

Se refiere a la naturaleza del ser humano. Son los cuidados del cuerpo a nivel biológico: la alimentación, la medicación, el descanso, el ejercicio, procurando su bienestar y evitando perjuicios. La parte biológica corresponde al cuerpo. Cuando la persona es consciente de que es la única responsable de su propio funcionamiento, asume y no culpará a nadie del deterioro del mismo.

Tiene la obligación de cuidarlo, nutrirlo, asearlo, etc.; en una sola frase: darle el mantenimiento adecuado para que esté en óptimas condiciones. Cuando esta conciencia no existe, la no cura y los excesos le llevarán a un deterioro de una forma peligrosa e irreversible. El cuidado óptimo se manifiesta en salud; la desatención, en enfermedad. Los profesionales que lideran esta área son medicina, enfermería, fisioterapia; el TSS se especializará en las patologías con las que trabajará con su equipo interdisciplinar.

#### **2.4.2. Área social**

La dimensión social incide en el conjunto de factores vinculados con las interrelaciones entre las personas, las organizaciones, la sociedad, etc. La trabajadora social es la experta en esta dimensión. La trabajadora social sanitaria valorará y tratará las necesidades sociales que intervienen en los aspectos de salud de cada paciente.

#### **2.4.3. Área psicológica**

Se centra en la mente, en el conjunto de procesos que permitan guiar su proceso personal. Son los aspectos cognitivos que conducen a percibir, pensar, conocer, comprender, comunicar, resolver y relacionarse. El equipo de Salud Mental, psiquiatría y psicología lidera esta área. Por

ejemplo, los casos de acompañamiento a final de la vida suelen ser llevados por un programa conjunto entre psicología y Trabajo Social Sanitario.

#### **2.4.4. Área espiritual**

Las Trabajadoras Sociales Sanitarias no solo velan por dar herramientas a los pacientes/ usuarios con los que trabaja, sino que procura, a través del autocrecimiento, cubrir las necesidades de sus propias dimensiones en un trabajo profundo y continuo. Es importante reconocer la espiritualidad como el área que nos aporta *perspectiva, sentido y propósito a nuestra vida*, como un medio de crecimiento personal, este se hace imprescindible para ser conscientes de que todos estamos inextricablemente conectados, para algunos es Dios, para otros la naturaleza, etc. Algunas personas celebran su espiritualidad en las iglesias, sinagogas, mezquitas u otros lugares de culto, mientras que otros hallan a la divinidad en la soledad, a través de la meditación o en la naturaleza.

### **3. LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y LOS CAMBIOS DERIVADOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19**

En 1948, la OMS (Organización Mundial de la Salud) definió *salud* como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades o afecciones. Posteriormente, Milton Terris (1975) definió como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solamente ausencia de enfermedades o invalidez. En 1974, Marc Lalonde, ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, donde se reconoce cómo los aspectos sociales influyen en la salud.

#### Imagen 4. Los determinantes de la salud según Marc Lalonde



Fuente: Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991).

Los aspectos que Lalonde explicó que influían en la salud de los ciudadanos son: los primeros años de vida; el apoyo o red social; la nutrición; la pobreza; la exclusión social; el trabajo; el desempleo; el estrés; las adicciones y las políticas de transporte. Todos ellos son los aspectos sociales fundamentales que influirán en la salud de cada paciente. Un claro ejemplo de cómo afectan los determinantes sociales en la salud, lo hemos podido ver con las estadísticas del índice de contagios de covid-19 por zonas. En los barrios de Barcelona con menos recursos económicos se han visto muy incrementados los contagios, entre otras razones podríamos mencionar porque el trabajo de los ciudadanos de este barrio dificultaba el aislamiento o el teletrabajo, porque las condiciones económicas no apoyaban la compra de medidas de protección individual (como mascarillas o la medicación adecuada), porque dentro del domicilio no se podían cumplir las condiciones de aislamiento necesarias para evitar el contagio dentro de los miembros de la misma familia o convivientes, porque el transporte público facilitaba las posibilidades de contagio, etc.

### 3.1. El trabajo social en tiempos de pandemia

En marzo de 2020 se desató una pandemia mundial, el covid-19 y cambió totalmente el tipo de paciente ingresado en el hospital. La mayoría de las especialidades anteriormente mencionadas se vio reducida para convertirse en un hospital donde más de 700 pacientes pasaron a tener el mismo diagnóstico: covid positivo.

El Hospital Universitario Vall d'Hebron hizo frente desde el principio a la pandemia y durante la primera ola fuimos el Hospital de Cataluña con más pacientes con coronavirus y la UCI más grande del Estado.

Desde el inicio del estado de alarma se produjeron cambios en todas las esferas de la práctica hospitalaria habitual, que debieron de adaptarse y organizarse para dar respuesta al contexto de la crisis sanitaria. Una de las adaptaciones comunes a todo el ámbito sanitario fue la anulación de todas las consultas programadas, así como de los procedimientos quirúrgicos. Las visitas programadas se transformaron en atención telemática; se realizaron de forma presencial solamente las situaciones consideradas como imprescindibles.

Para dar cabida al gran número de ingresos por covid-19 el hospital adaptó todas sus instalaciones, habilitando incluso la biblioteca del mismo centro. También se acondicionó un centro deportivo situado frente al hospital, así como se habilitaron diversas plantas de hospitalización en el mismo edificio sanitario. Las camas de la unidad de cura intensiva (UCI), por ejemplo, pasaron de ser de 58 a 150 y el hospital llegó a atender más de 700 pacientes ingresados por covid diariamente.

La parte positiva de todo esto es que cada ola ha traído consigo muchos aprendizajes para el hospital y para el equipo de Trabajo Social. Por ejemplo, en la primera ola trabajamos mucho el aislamiento, así como el duelo (como más adelante abordaremos). En la quinta ola se incrementó mucho el ingreso de mujeres embarazadas que dieron a luz con poco o nada de apoyo de sus familias, porque no podían entrar al hospital. En la sexta ola se incrementó mucho el número de pacientes en la atención primaria (ambulatorios/centros de salud de los barrios), viéndose afectadas las consultas, pero con poca sintomatología añadida.

Cada semana hemos sido informados detalladamente de la situación en clave de territorio, de la estadística de la evolución de la enfermedad y eso ha sido fundamental establecer la estrategia de intervención con el equipo.

En la situación de crisis sanitaria, el trabajo social sanitario destacó como una especialidad fundamental, al asegurar una atención global centrada en el paciente y en coordinación con los diversos dispositivos de atención y emergencia social. Durante la pandemia, el equipo se reestructuró para atender las 24 horas del día, exigiendo la contratación de más personal para atender a la gran demanda. Igualmente, estuvo presente en todas las reuniones estratégicas del centro hospitalario, asegurando la visión global y biopsicosocial de los y las pacientes y coordinándose con las diferentes especialidades y áreas hospitalarias.

Durante la primera ola de la pandemia, en marzo de 2020, se tomó la decisión de cambiar la estructura de la intervención del equipo y los profesionales del trabajo social se dividieron en tres equipos para crear una atención más transversal: un equipo para gestionar las altas hospitalarias, un equipo para gestionar los casos de violencia de género e infantil y un equipo para asegurar el apoyo emocional a los pacientes y sus familiares. En paralelo, en el ámbito de la gestión, se hicieron nuevos circuitos, protocolos y planes de contingencia para dar respuestas a la situación de emergencia derivada de la pandemia.

Por lo que hace referencia a las altas hospitalarias, se formó un equipo que, en coordinación con los otros equipamientos de salud, dio asistencia a los y las pacientes que no podían mantener el aislamiento y el autocuidado en su domicilio. En este sentido, el Consorcio Sanitario de Barcelona impulsó la implementación de los Hoteles de la Salud, o sea, las habitaciones de algunos hoteles en la ciudad fueron utilizadas de alojamiento para los y las pacientes que, por diferentes motivos, no podían retornar a sus casas. Entre marzo y mayo de 2020 los trabajadores sociales del Hospital Vall Hebrón fueron el equipo de Trabajo Social Sanitario de Cataluña

que más pacientes trasladamos, gestionando más de 400 traslados a los Hoteles de la Salud.

Otra parte del equipo se especializó en valorar y hacer seguimiento de las situaciones de violencia. Tal como se pudo identificar en los servicios sociales básicos, se detectó un incremento en las situaciones de violencia de género e infantil. El equipo asignado gestionaba estas situaciones conjuntamente con los profesionales del servicio de pediatría y psiquiatría del mismo hospital y se coordinaban con los demás departamentos y equipamientos especializados para dar una respuesta desde una perspectiva psicológica, social y médica.

Finalmente, la dramática situación de emergencia, la saturación de los hospitales, el número creciente de situaciones de fin de vida y la imposibilidad de contar con personas cercanas y familiares para acompañar a los pacientes ingresados generó la necesidad de un acompañamiento especializado. En este sentido, el trabajo social y el equipo de psicología del hospital ofreció un servicio de apoyo psicoemocional tanto a los y las pacientes como a sus familias, otro buen ejemplo de trabajo interdisciplinar, que fue presentado en la revista *Frontiers in Psychiatry*<sup>21</sup>.

La intervención de los y las profesionales del trabajo social en el ámbito hospitalario incidió en un gran reconocimiento de la disciplina por parte de otros profesionales, pacientes y familias atendidas. Igualmente, la OMS hizo una mención muy positiva al Hospital Universitario Vall d'Hebrón por su gestión del coronavirus<sup>22</sup>. Las acreditaciones han reflejado la excelente intervención de Trabajo Social en la pandemia, con el máximo de nota en cada uno de sus puntos.

#### **4. APRENDIZAJES Y RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL**

Desde la Unidad de Trabajo Social Sanitario de Vall d'Hebrón hemos vivido profesionalmente diversas intervenciones en emergencias sociales: los atentados de Barcelona, la catástrofe de las explosiones de un barrio de Gavá, etc. Como miembro de este hospital de referencia en el país, también he tenido la oportunidad de participar en el Plan Estratégico de Emergencias en Barcelona. Podríamos definir algunos conceptos que han sido imprescindibles tener en cuenta para dar esa atención social y que evidentemente han venido para ser permanentes en el equipo:

##### **La formación**

Los trabajadores sociales en salud deben estar actualizados en formación concreta sobre situaciones de emergencia, cabe mencionar que no había preparación para nadie para una pandemia como esta, pero sí se pueden destacar conceptos que han sido utilizados en el modelo de intervención en crisis de Trabajo Social.

##### **El trabajo en equipo**

Si algo ha verbalizado continuamente el equipo de Trabajo Social Sanitario de Vall d'Hebrón es la unidad que se creó a partir de la pandemia por covid-19. Cada profesional puso a

21 Dicho trabajo fue recuperado de: <https://bit.ly/3SCAgZc>

22 Recuperado de: <https://bit.ly/3SKpNv1> Otro artículo sobre la intervención del trabajo social en el período de la pandemia fue recuperado de: <https://bit.ly/3CoVNV0>

disposición sus capacidades, su tiempo, en cualquier horario y función para el beneficio de los pacientes y del equipo. A nivel personal puedo compartir que, en el principio de la pandemia, me contagié de covid y la implicación de las referentes y de todo el equipo fue fundamental para que todo el equipo siguiera funcionando como un reloj. Esto habla de compromiso de equipo y eso nos lleva al punto siguiente.

### **Flexibilidad y adaptación**

El equipo fue capaz de flexibilizar horarios y funciones, se dio intervención 24 horas toda la semana, dejando sus casos y funciones habituales para adaptarse a las circunstancias.

### **Trabajo interdisciplinar**

Siempre es importante trabajar de forma interdisciplinar, pero en estas circunstancias mucho más, la capacidad de integrarse en los equipos, de flexibilizar funciones y de adaptarse cobra todo el sentido en estos momentos.

### **Motivación y soporte**

Es importante que los profesionales se sientan apoyados, empoderados y motivados en los momentos difíciles de la intervención. Es responsabilidad del líder velar por su cuidado y atención. Es muy importante escuchar y aprender con el equipo, valorar sus trabajos, sus ideas, sus habilidades, sus valores y su tiempo.

### **Trabajo en coordinación con el territorio**

La intervención sanitaria no puede darse únicamente desde el hospital, por esa razón es tan interesante este libro que aborda los diferentes puntos de vista desde diferentes territorios, y la coordinación con primaria, atención intermedia en sociosanitarios, servicios sociales, CatSalut, etc., fueron imprescindibles, como se ha explicado anteriormente, en la gestión de las altas hospitalarias.

### **Debriefing**

Soporte psicoemocional a los profesionales que han estado dando una atención directa con los pacientes tras una intervención traumática. Los profesionales de la salud, entre ellos los trabajadores sociales, han acompañado a pacientes en el final de sus vidas, han vivido las consecuencias negativas que los aislamientos sociales han tenido, han incrementado los diagnósticos de salud mental y han padecido en primera persona su preocupación por contraer la enfermedad o por contagiarla a sus familiares. Comprender y empatizar con esas emociones, pues deben tratarse para poder seguir interviniendo en otros casos. Creo que este es un punto importante que mejorar.



## Liderazgo

El líder del equipo debe tener visión, previsión, responsabilidad, tener clara la estrategia que se seguirá, escuchar al equipo, dar ejemplo, ser una pieza más en el engranaje de la organización. El responsable establecerá protocolos, circuitos y planes de contingencia, previendo posibles escenarios y cómo abordarlos. Es muy importante también compartir esta información y transmitirla bien al resto del equipo.

## CONCLUSIONES

Liderar los aspectos sociales de los pacientes durante la alarma en la pandemia, la presencia las 24 horas toda la semana, hizo entender que los determinantes sociales en salud y los profesionales de Trabajo Social hacemos una intervención fundamental, imprescindible y no opcional con los pacientes del sistema de salud.

Es interesante comprobar que la pandemia fue un punto de inflexión y desde ese momento el reconocimiento en la intervención del trabajo social en el Hospital ha sido aún mayor.

Por último, cabe destacar la altura de la profesionalidad de todo el equipo de Trabajo Social Sanitario del hospital, que con responsabilidad se ha adaptado en cada momento de la pandemia y que de todo esto como equipo hemos salido reforzados.

### Imagen 5. Equipo de Trabajo Social del Hospital Vall d'Hebrón



Fuente: elaboración propia, con la autorización de las personas que salen en la imagen para su difusión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brown, B. (2016). *Más fuerte que nunca*. Ediciones Urano.

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies, Arbetsrapport

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried. Working paper prepared for the king's. International Seminar on Tackling Inequalities in Health. Recuperado de: <https://bit.ly/3SGoNl7>

De La Guardia Gutiérrez, M. A. y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.

De Salut, D. (2020). Bases conceptuais i model d'atenció per a les persones fràgils, amb complexitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Recuperado de: <https://bit.ly/3CisZlI>.

i Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179. Institut Català de la Salut - ICS (2013). Carta de Serveis de Treball Social Sanitari. Recuperado de: <https://treballsocialsanitariics.wordpress.com/territoris/>.

Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. Doi: 10.1037/h0054346.

Rodríguez, I. R. (2003). Trabajo social y medicina en Extremadura. *Revista de estudios extremeños*, 59(1), 343-367.

Terris, M. (1975). Breaking the barriers to prevention: legislative approaches. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 51(1), 242.

Wilkinson, R. G. y Marmot, M. (eds.). (2003). Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization.



## CAPÍTULO 5

### Salud, infancia y crisis: Acompañamiento a las familias en el contexto hospitalario durante el Covid-19

Marta Gavalda<sup>23</sup>

Eduard Pellicer<sup>24</sup>

#### RESUMEN

La crisis del covid-19 ha sido una catástrofe sanitaria, inesperada y masiva, que ha afectado a todo el planeta. Ha generado pérdidas en todos los ámbitos (emocional, familiar, laboral, económico, entre otros), desencadenando nuevas crisis, siendo necesario un proceso de adaptación para encontrar un nuevo equilibrio. Desde el contexto hospitalario y pediátrico hemos observado, detectado y tratado los efectos de esta crisis con las familias de los niños atendidos. El acompañamiento a las familias se basó en la contención, el asesoramiento y en priorizar necesidades para facilitar su proceso de adaptación. El equipo de trabajo social tuvo que reestructurar y reorganizar la intervención para seguir ofreciendo atención directa y presencial a las familias. Algunos cambios fueron temporales, y otros se han instaurado en nuestra práctica habitual. Disponer de elementos teóricos para comprender la realidad, de espacios de reflexión con el equipo, de autocuidado y de supervisión, son elementos claves para la intervención del Trabajador Social en procesos de crisis. Esto es lo que queremos compartir en este capítulo.

**PALABRAS CLAVE:** trabajo social, salud, infancia, crisis sanitaria, trabajo en equipo

---

23 Trabajadora social. Experiencia y formación específica en los ámbitos de infancia-familia y salud. Actividad laboral en Hospital materno infantil de Tercer Nivel y Cdiap (Centro Desarrollo Infantil y Atención Precoz). Tutora de prácticas de estudiantes de Grado de Trabajo Social. Colaboraciones puntuales como docente en UB y Fundación Pere Tarrés. Miembro de la Comisión de Supervisión del Colegio Oficial de Trabajo Social de Barcelona (colaboración en el proyecto de sensibilización a la supervisión). Correo electrónico: marta.gavalda@sjd.es.

24 Trabajador Social. Máster en Violencia Familiar IL3. Trabajador social en el Servicio de Atención Paliativa y Paciente Crónico Complejo del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona. Docente en el posgrado de Pediatría Social IL3. Vicepresidente de la Asociación de Trabajo Social Sanitario Enfocatss. Correo electrónico: eduard.pellicer@sjd.es.

## 1. EL CONTEXTO HOSPITALARIO

El Hospital *Sant Joan de Déu* es un recinto universitario especializado en los campos de la pediatría, ginecología y obstetricia, que pertenece a la Orden Hospitalaria de *Sant Joan de Déu*. Está situado en el barrio de *Finestrelles* del municipio de *Esplugues de Llobregat*, en la comarca del *Bajo Llobregat* de Cataluña, limitando con el término municipal de Barcelona.

El hospital fue fundado en 1867, por lo que cuenta con más de 150 años de historia. Durante estos años ha vivido múltiples transformaciones y cambios motivados por la necesidad de adaptarse tanto a las contingencias sociales y sanitarias de cada época como a los avances tecnológicos y la evolución de la asistencia sanitaria.

Es una institución privada sin ánimo de lucro, con vocación de servicio público. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios gestiona más de tres centenares de servicios asistenciales en diversos países del mundo y presta servicios a los colectivos más vulnerables en hospitales, centros de salud mental, servicios sociales, centros asistenciales y comunidades de religiosos.

Da asistencia universal para el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y el Sistema Nacional de Salud Español. Tiene un concierto<sup>25</sup> con el Sistema Público de Salud y forma parte de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP).

Es un centro pediátrico y maternal de referencia para la atención especializada de segundo nivel de las zonas del Bajo Llobregat y de la zona del Ensanche de Barcelona. Es un centro de referencia en Cataluña en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que requieren alta especialización y tecnología de tercer nivel. También atiende a pacientes de otras comunidades autónomas españolas.

El hospital ofrece servicios no cubiertos por el sistema sanitario público catalán, como atención privada o asistencia a pacientes internacionales. Se atienden consultas de segunda opinión médica en relación con diagnósticos y tratamientos de otros profesionales o centros sanitarios de la red de salud, derivaciones de otros profesionales o por iniciativa de los pacientes y familias.

Desde 2004, está inmerso en un proceso de cambio que le ha permitido pasar de ser un hospital general de ámbito local a un Centro de Alta Especialización en Pediatría y Salud Maternal de ámbito internacional. Este proceso se está llevando a cabo mediante diversos Planes Estratégicos, que llevan el nombre de Paidhos.

En 2013, empezó una reorientación estratégica que supuso la apuesta por la referencia e internacionalización a partir de algunas especialidades pediátricas: Cirugía Cardíaca Pediátrica, Neurocirugía, Oncología, Cirugía Ortopédica, Medicina Fetal y Neonatal y Enfermedades Mitocondriales.

El hospital está estructurado en dos direcciones. Una de ellas es la Dirección de Calidad y Experiencia del Paciente, de la que depende el Servicio de Trabajo Social.

---

25 Modalidad de contrato de gestión de servicio público, en el cual la administración pública encarga la prestación de un servicio público determinado a una persona física o jurídica que desarrolla una actividad análoga a la que constituye el servicio

## 2. EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

### 2.1. La estructura y la organización del servicio

El Servicio de Trabajo Social es una de las cuatro áreas asistenciales que dependen de la Dirección de Calidad y Experiencia Paciente, con dependencia directa al adjunto de esta dirección.

El equipo de Trabajo Social está formado por: jefe de servicio, catorce trabajadores sociales sanitarios, una administrativa, y la mediadora intercultural del hospital. Todos los profesionales se encuentran en el Espacio Familiar, en la segunda planta del sector C del edificio de Consultas Externas del Hospital.

Es un espacio compartido con otros servicios como *Child Life*, Voluntarios y el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa del Hospital (quienes también son asistenciales). El espacio está dividido en dos: sala de trabajo común y otro espacio para entrevistas y/o reuniones con personas de diferentes ámbitos para poder atender a las familias.

La actividad se desarrolla de lunes a viernes, en una cobertura de 8:00 a 18:00 horas. Diariamente se ha establecido un turno de permanencia, guardias para dar apoyo a las especialidades que no cuentan con un referente de Trabajo Social asignado, o en caso de ausencia del referente. Las guardias en horario de tarde (de 16:00 a 18:00 horas) también dan respuesta a las necesidades del servicio de urgencias.

La tarea del servicio se organiza fundamentalmente en cuatro áreas:

1. Maternidad/neonatología
2. Salud mental
3. Las situaciones de riesgo y el maltrato infantil
4. Cronicidad

Cada trabajador social es referente de como mínimo una unidad/servicio médico del hospital, que a la vez está relacionado con una de estas áreas. Esta organización permite que la mayoría de las especialidades médicas cuentan con un profesional de referencia, aunque no siempre de forma única, facilitando así un mejor conocimiento de los procesos clínicos por parte del trabajador social, y una mejor atención a las familias.

La intervención del servicio está sistematizada en protocolos de trabajo propios. Son protocolos de carácter interno elaborados con los equipos asistenciales que pretenden ser una guía para la intervención de los profesionales, así como para ampliar el conocimiento del rol del trabajador social en los equipos asistenciales. Son revisados por un comité interno que valora el contenido y se incorporan a la intranet del hospital para hacerlo accesible al resto de los profesionales.

La estructura del protocolo, a grandes rasgos, es: justificación, constataciones más frecuentes de la problemática, finalidad de la intervención, abordaje social, recursos y bibliografía. Destacamos: atención a gestantes en riesgo social, rol de la trabajadora social a neonatología, Modelo de Atención Psicosocial a pacientes con EB (epidermólisis bullosa), atención a la enfermedad crónica, atención en salud mental infanto-juvenil o la elaboración del estudio sociofamiliar.

Algunos hacen referencia al abordaje multidisciplinar de alguna problemática o enfermedad concreta y a la participación del trabajador social en el equipo asistencial.

Desde el Servicio de Trabajo Social atendemos al paciente y/o familiares en cualquier momento de su proceso asistencial, tanto si está hospitalizado como en consultas externas o en el servicio de urgencias. También realizamos el seguimiento social si el paciente está en su domicilio o intervención indirecta con los servicios comunitarios de la red, si lo valoramos oportuno.

Se realizan reuniones de equipo de manera quincenal para tratar aspectos relacionados con la organización, la intervención social, casos clínicos prioritariamente

## **2.2. El trabajo social en el hospital**

La intervención social desde el hospital parte de una concepción biopsicosocial de la persona y contribuye a la atención integral del niño y la familia. Entendiendo que los factores psicosociales condicionan la salud, y viceversa, siendo necesario incorporarlos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la salud o la enfermedad.

En nuestra práctica tenemos en cuenta el marco institucional (objetivos, misión, límites) así como el contexto de salud ampliado que comprende aquellos conjuntos de leyes, protocolos, derechos vinculados a la infancia y la salud.

El trabajador social se ocupa de atender los aspectos sociofamiliares del niño a través de la atención directa a la familia, principal sujeto de intervención, así como su entorno más próximo (sanitario, educativo, de ocio, etc.).

Partimos de la premisa que la familia (o personas que ejercen el cuidado del niño) es el marco de desarrollo y crecimiento natural del niño que a la altura del ciclo vital se ocupa de su cuidado, protección y atención a sus necesidades.

Entendemos que la realidad de los niños y familias que atendemos es compleja al tratarse de problemas de salud, así como las dificultades sociales y familiares. Aun así, algunas familias pueden afrontar estas dificultades con un apoyo puntual y otras requieren de una intervención más especializada.

Atendiendo a estas premisas, y como apoyo a nuestra tarea profesional y de comprensión de las realidades que atendemos, nos guiamos por estos modelos de intervención como el de: intervención en crisis de *Caplan* (1961), con la finalidad de restablecer el equilibrio familiar frente situaciones adversas; la teoría del vínculo de *Bowlby* (1988), que nos aporta comprensión en la manera en que las interacciones afectivas primarias entre cuidador-infante (sobre todo en los niños) influyen en el desarrollo psicosocial humano posterior; la teoría de las necesidades sociales de *Félix López* (1995) y finalmente el modelo sistémico-ecológico de *Germain* y *Gitterman* (1980)–, que nos aporta conocimiento sobre la importancia de los procesos vitales de adaptación e interacción recíproca entre las personas y el medio físico y social.

### **2.2.1. Objetivos**

Los objetivos generales del trabajo social en el ámbito hospitalario son:

- Promover la calidad de vida del niño, gestante y familias.

- Conocer, comprender y proteger las necesidades psicosociales y físicas derivadas del proceso de salud.
- Velar por la protección y los derechos del niño (también del niño hospitalizado).
- Asegurar un tratamiento integral e integrado con los equipos asistenciales del hospital y con los servicios y profesionales de otros ámbitos de la red comunitaria.
- En cuanto a los objetivos específicos:
- Acompañar a la familia en el impacto de la enfermedad en las diferentes áreas de afectación (dinámica familiar, vida laboral).
- Favorecer el desarrollo de las capacidades y recursos (personales, familiares, emocionales, etc.) del niño, familia y entorno.
- Prevenir, detectar e intervenir con los niños y sus familias en situación de vulnerabilidad, riesgo social y maltrato.

### 2.2.2. Funciones

- En referencia a las funciones de los trabajadores sociales son las siguientes:
- Atención psicosocial directa a las familias vinculadas con el hospital.
- Acompañamiento familiar: ayudar a la familia en el proceso de adaptación a la enfermedad, facilitando atención práctica y emocional.
- Tratamiento y seguimiento social a las familias, de forma prioritaria para las más vulnerables, de riesgo social, interviniendo en los factores de riesgo y protección.
- Elaborar una valoración social y un plan de trabajo ajustado a las necesidades de la familia y el niño.
- Asesorar, informar, orientar a las familias en prestaciones, recursos (sociales o sanitarios) que se adapten a las necesidades detectadas.
- Participación en reuniones de equipos multidisciplinares: aportar e integrar la valoración social a la globalidad.
- Participación en las reuniones de equipo del Servicio de Trabajo Social, así como con los diferentes servicios del hospital y de la red comunitaria, realizando un plan de trabajo conjunto.
- Gestionar recursos propios de la obra social de *Sant Joan de Déu*, realizando el correspondiente estudio socioeconómico.
- Participar en formaciones, docencia y actividad científica específicas de nuestro ámbito de intervención.
- Elaboración de informes sociales, protocolos, guías y otra documentación.

### 2.2.3. Metodología

El proceso de intervención social se inicia con la detección interna o externa, del propio profesional, y/o a demanda de la familia, el sujeto de atención. Este proceso vendrá determinado por:

- La complejidad de la situación de salud del niño (diagnóstico, pronóstico y tratamiento).



- El grado de vulnerabilidad de la familia.
- Los factores de riesgo y de protección del niño, familia y entorno social más próximo.

En función de estas variables el trabajador social realizará una valoración e hipótesis de trabajo. Esta aproximación diagnóstica social y de trabajo se revisará y ajustará al ritmo de la familia. En este sentido es básica la participación de la familia en todo el proceso.

Así mismo, se trata de un proceso dinámico, y debe responder a las necesidades de la realidad social del niño y de su familia en todo momento. El trabajador social orientará su área profesional en tres tipos de intervención:

1. Intervención social breve: es aquella intervención que se centra en la atención a necesidades concretas que se pueden resolver en un período breve y no requiere seguimiento a largo plazo.
2. Acompañamiento social: es aquella intervención social con personas en situación de crisis, que implica crear una relación profesional que permita establecer un vínculo de confianza, potenciando las capacidades de las personas implicadas. Este proceso se inicia por protocolo después de la comunicación del diagnóstico con algunas de las unidades y servicios que trabajamos y continua durante los diferentes momentos de la evolución de la enfermedad y del niño.
3. Tratamiento/seguimiento social: es aquella intervención donde no solo se requiere de un acompañamiento social, sino que se identifican otras necesidades específicas relacionadas con la vulnerabilidad y/o el riesgo social.

Las técnicas empleadas en el proceso de intervención social son:

- Diferentes modalidades de entrevista (de acompañamiento, de apoyo, de asesoramiento) de carácter individual o familiar.
- Intervenciones grupales: con pacientes, hermanos de pacientes, grupos de pares.
- Reuniones de coordinación internas y externas: presenciales, telemáticas, telefónicas.

#### **2.2.4. Población asistida**

Para organizar la atención a las familias se han identificado situaciones que requieren de una atención prioritaria:

- Familias en situación de más fragilidad por factores psicosociales y de salud.
- Prevención y atención de situaciones de riesgo social, especialmente menores y gestantes.
- Familias con hijos con patologías crónicas, limitantes y/o incompatibles con la vida.
- Familias desplazadas de su medio habitual.
- Los motivos de intervención son variados, siendo los principales:
- Valoración por protocolo (como ya hemos definido).
- Situación de crisis/estrés (por impacto del diagnóstico, agotamiento, detección de un

abuso o maltrato).

- Necesidad de recursos comunitarios/información/asesoramiento (de servicios de la red, de trámites y prestaciones).
- Dificultades en la organización y dinámica familiar.
- Dificultades generadas por la hospitalización (economía precaria de base, gastos extraordinarios, tratamientos).
- Riesgo de claudicación familiar.
- Dinámicas familiares conflictivas.
- Familias que no disponen de red de apoyo familiar y social, o es insuficiente.
- Niños con sospecha de maltrato (prenatal, físico, psicológico, sexual).
- Familias con barreras relacionales por razones étnicas, culturales, de idioma u otras.
- Familias migradas con necesidad de tratamiento médico sin cobertura sanitaria ni social.

A modo de síntesis, aportamos datos cuantitativos que amplían la información de este apartado:

Durante 2020, se atendió a 3.163 familias. De estas, se atendió por primera vez a un total de 1.828; es decir, más de la mitad. Alrededor de un 40% fue derivado por el equipo médico, un 10% fue iniciativa de la familia de origen y en un 8% las familias fueron derivadas por las enfermeras.

Como especialidad derivada, destaca la pediatría general en primer lugar (15%); en segundo lugar, el área de obstetricia y neonatología (12%) y, sobre todo el área de salud mental, en un 9%. Los principales motivos de intervención fueron: las valoraciones por protocolo (30%), necesidades de recursos comunitarios, información y asesoramiento (12%) y situaciones de riesgo social (8%).

### **3. TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA**

#### **3.1. Cambios producidos**

Desde el inicio del estado de alarma se dieron cambios en todos los ámbitos de nuestra práctica habitual. Aparte de los cambios que afectaron a toda la población, las diferentes instituciones tuvieron que adaptarse y organizarse para dar respuesta al contexto de crisis sanitaria.

Hay que tener en cuenta que el impacto del covid-19 en la salud de la población pediátrica ha sido diferente y en menor incidencia que en la población adulta atendida en los hospitales.

En un primer momento se produjo la anulación de muchas visitas en consultas externas, así como en los procedimientos quirúrgicos. Después del primer impacto se transformaron las visitas a formato telemático a través de la comunicación vía Portal del Paciente (línea de comunicación virtual entre familias y profesionales del hospital), y solo se realizaron presencialmente aquellas que los equipos consideran imprescindibles.

Se limitó el acceso al hospital a un acompañante por paciente, también durante la hospitalización. Se cerró la escuela del hospital y la sala de juegos, así como otras actividades lúdicas y terapéuticas.

Cuando la presión de los hospitales principales de la zona estaba en el límite de ocupación se

derivaron pacientes adultos y gestantes de otras zonas de referencia a nuestro hospital.

El Servicio de Trabajo Social del Hospital también tuvo que adaptarse a la nueva realidad tanto a nivel organizativo como de asistencia (nuevas demandas de las familias, coordinación con el resto de los servicios comunitarios).

El proceso de acompañamiento se vio alterado. Atendimos no solo necesidades o miedos vinculados a la enfermedad, como ya hemos comentado, sino también otras nuevas. Algunas de ellas eran relativas a la situación vivida, cambios en la organización familiar, problemas laborales, ausencia de vínculos familiares de apoyo.

Requirió también por nuestra parte mayor dedicación y esfuerzo para aproximar y mediar entre los recursos de la red y las familias para facilitar el acceso a ayudas específicas.

A nivel organizativo, a partir de la primera semana el equipo quedó dividido en dos grupos, uno que continuó con la atención presencial y el otro realizando atención telemática, para asegurar la atención directa con las familias.

Los primeros días se procuró un seguimiento telefónico para conocer la situación de las familias atendidas y detectar necesidades.

### **3.2. Problemas de las personas**

Inicialmente detectamos sentimientos de temor y fragilidad emocional en las familias por el contagio y las consecuencias en la salud de su hijo, aunque con el paso del tiempo surgían nuevas preocupaciones.

La aplicación de los ERTE<sup>26</sup> desestabilizó muchas economías familiares, sobre todo en aquellos casos en los que los pagos se atrasaron y las administraciones pertinentes no respondieron a todas las demandas.

La poca agilidad de las ayudas de urgencia propuestas por los gobiernos y la complejidad de las gestiones aumentaron la preocupación por no poder hacer frente a las necesidades básicas.

Las dificultades de contacto con algunos profesionales, derivadas del cierre de oficinas y el teletrabajo, aumentaron las demandas a nuestro servicio, que intentamos canalizar para poder dar respuestas más ágiles.

En situaciones de necesidad urgente se activaron ayudas de la Obra Social del Hospital (referidas en el punto 2.2.) para poder paliar la precariedad económica de familias, mientras no llegaba la respuesta del sector público. Se priorizó a familias más vulnerables, con situación administrativa irregular, excluidas de los criterios previstos para solicitar las ayudas públicas.

### **3.3. Dificultades y nuevas demandas**

La realidad de muchos servicios cambió de un día a otro, y desconocíamos las nuevas formas de atención a las familias.

Las primeras semanas realizamos contactos con los diferentes servicios de nuestra red habitual, para conocer cuál era su planteamiento de intervención, organización y qué vías de coordinación se podían establecer, aunque la saturación era habitual.

---

<sup>26</sup> Expediente de Regulación Temporal de Ocupación: es una suspensión temporal de un contrato laboral con derecho, con el fin de que finalice la causa que lo motivó.

Para hablar de las nuevas demandas hemos dividido la intervención en diferentes bloques:

### **3.3.1. Abuso sexual/maltrato**

Los primeros meses de estado de alarma se detectó un descenso importante de las consultas de casos de abuso sexual y maltrato. Se consideró que el confinamiento y la falta de servicios comunitarios, tanto de pediatría como de educación, dificultaron la detección.

### **3.3.2. Cronicidad/Final de vida**

Algunas familias tuvieron la oportunidad de poder pasar más tiempo con sus hijos y que este fuera de mayor calidad. Al reducirse los contactos, algunos de los pacientes con afectación respiratoria se estabilizaron, aunque para algunos la ausencia de sesiones con los profesionales terapéuticos y escolares generó un deterioro.

Hay que tener en cuenta que muchos de estos pacientes presentan una elevada dependencia y discapacidad, y es imprescindible que cuenten con supervisión y apoyo constante en todas las actividades de la vida diaria, tratamientos o ejercicios de prevención. Durante el confinamiento toda la atención se centró en la figura del cuidador principal, y en algunos casos se detectó agotamiento físico y emocional de estas.

En las situaciones de final de vida de los niños, al dolor por la pérdida se sumó la imposibilidad de realizar ceremonias o rituales de despedida. Los aforos limitados y distancia de seguridad se convirtieron en un agravante para elaborar el duelo. En otros casos, poder hacer la despedida en un ambiente más íntimo supuso un alivio para poder evitar situaciones que algunas personas consideran de compromiso.

### **3.3.3. Salud mental**

El confinamiento tuvo un impacto muy elevado en los pacientes afectados por el Servicio de Salud Mental.

Se identificó una agudización de la enfermedad de base vinculada en muchos casos con el confinamiento domiciliario, la pérdida de relaciones, rutinas y seguimientos. Se identificó sobre todo en pacientes con adicciones o diagnósticos como el Trastorno del Espectro Autista (TEA), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) o los intentos de suicidio en población adolescente.

Según la Corporación Catalana de Medios Audiovisuales, durante el primer trimestre de 2021 las urgencias por TCA aumentaron un 47% en relación con el mismo periodo del año anterior, y los intentos de suicidio crecieron más de un 100%. Una explicación podrían ser el malestar, el cansancio o tensiones en las relaciones dentro de los domicilios.

### **3.3.4. Maternidad/Neonatos**

En la atención directa a las familias con un bebé ingresado en el servicio de neonatos se detectaron mayores dificultades en la dinámica y organización familiar, así como un alto nivel de

estrés, especialmente en familias con otros hijos para atender.

En gran parte esta situación vino motivada por el bloqueo de entornos alternativos de cuidado de otros hijos a cargo, tanto en el ámbito formal (cierre de escuelas o actividades extraescolares) como informal (familias extensas y cuidadores particulares confinados).

Otra área donde aumentó la necesidad de apoyo fue en las gestiones de la Seguridad Social, como los permisos por nacimiento, trámites de prestación por hijo a cargo, dado que la asistencia online se colapsó y algunas familias no sabían utilizar este formato.

En el servicio de obstetricia se duplicó el número de pacientes atendidas por violencia de género. La presencia del agresor en el domicilio, durante el confinamiento, dificultó la posibilidad de pedir ayuda y aumento el estrés. Los servicios de atención especializados no tenían previstos inicialmente formas de atención telemática segura y efectiva, aunque lo hicieron posteriormente.

Por otra parte, la asistencia a mujeres de otras zonas de influencia generó un aumento de pacientes por atender en nuestro hospital, con la dificultad que muchas situaciones de elevada complejidad no se conocían previamente y se debía intervenir con muy poco tiempo.

### **3.4. Reestructuración de la intervención**

El nuevo panorama nos llevó a replantear nuestra intervención y reestructurarla para dar respuesta a necesidades emergentes.

Las funciones de acompañamiento, orientación, apoyo en la organización familiar y la transmisión de información se mantuvieron como tareas esenciales. La atención a los derechos fundamentales ocupó una gran parte de nuestra tarea.

La falta de atención ágil, no atención presencial y la brecha digital implicó que muchas personas (sobre todo aquellas más vulnerables) no pudieran solicitar apoyo. En este sentido, desde el Servicio de Trabajo Social realizamos un escrito al *Sindic de Greuges de Catalunya*<sup>27</sup> con el propósito de denunciar la situación y buscar alternativas.

En el contexto hospitalario tuvimos que reestructurar la intervención. En primer lugar, el seguimiento telemático ganó relevancia. Sin embargo, se apostó por mantener la atención presencial siempre que pudiéramos garantizar medidas de seguridad (distancia, mascarilla y vestimenta sanitaria en nuestro caso)

La pérdida del seguimiento presencial tiene muchas limitaciones, como la pérdida de información de la comunicación no verbal, o la imposibilidad de contacto físico que facilite un clima de confianza. A pesar de todo, también hemos identificado algunos puntos positivos, como, por ejemplo, poder conversar sin la presión del tiempo porque el niño tiene que visitar a más especialistas o está inquieto porque se ha sometido a algún procedimiento que no es de su agrado en el hospital.

Por otra parte, la atención presencial limitada, el déficit en servicios y recursos de la red o la lentitud en la gestión de las ayudas previstas aumentó la vulnerabilidad de algunas familias, sobre todo con aquellas que tenían una economía ya deteriorada. Es por ello que se aumentaron las ayudas económicas de la Obra Social.

---

<sup>27</sup> Órgano unipersonal complementario de la administración que tiene la función de defender los derechos fundamentales y las libertades públicas de los ciudadanos y ciudadanas de Cataluña.

Si comparamos las ayudas de carácter urgente producidas en 2019, estas se multiplicaron por siete. Aparte de las ayudas vinculadas con necesidades derivadas de la salud (como las ayudas en farmacia, que aumentaron un 120%), se gestionaron ayudas en metálico por conceptos que hasta el momento no se cubrían, como alquiler, suministros o alimentación.

Por el contrario, las ayudas de transporte se redujeron en un 30%, debido a la restricción de movilidad y el descenso de visitas al hospital.

En cuanto a las ayudas por ingresos hospitalarios, la necesidad de apoyo en la manutención al acompañante se incrementó en un 25,14% en un año, mientras que la de transporte se redujo en casi un 35%.

Este aspecto está relacionado con la normativa de sanidad de limitar las visitas a un acompañante por paciente y del gobierno durante el confinamiento, que limitaba el desplazamiento de las familias y que las obligó a organizarse sin posibilidad de intercambio o el mínimo posible.

Detectamos, sin embargo, que el número de familias atendidas en 2020 fue aproximadamente un 20% menor que el anterior. Es decir, que en 2020 se destinó una cantidad mucho mayor del presupuesto de la Obra Social entre menos familias que los años anteriores.

#### **4. RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL**

La pandemia mundial generada por el covid-19 y los efectos que ha tenido en la población ha demostrado recientemente la importancia del Estado el Bienestar. El acceso a servicios tanto de salud como social universal es imprescindible para hacer frente a las consecuencias a corto, medio y largo plazo.

El trabajo social ha sido una disciplina clara en identificar aquellas situaciones más vulnerables y activar los recursos de la persona, familia, comunidad o la administración necesarios para abordarlas.

Pero, como presenta el artículo del diario digital *Social.cat* (2021), las gestiones burocráticas actualmente ocupan de media el 47% del tiempo de los profesionales de los Servicios Sociales, y solo el 10% puede dedicar más de la mitad de su jornada al acompañamiento social o la prevención.

Aunque este estudio solo hace referencia a los Servicios Sociales de Atención Primaria, esta realidad es similar en otros ámbitos.

En el caso del hospital, el aumento de demandas de apoyo en gestiones administrativas, valoraciones por ayudas de emergencia, coordinaciones con otras instituciones y la aplicación parcial del teletrabajo, impactaron negativamente en la tarea básica de la profesión: la del acompañamiento social.

Aunque la profesión se ha sabido adaptar a la cotidianidad impuesta por la distancia, y la atención telemática, esta nos ha brindado una oportunidad de seguir acompañando a las familias de otra manera. Trabajamos mucho en procesos de adaptación y en ese momento nosotros también nos tuvimos que adaptar.

Durante la pandemia se ha puesto en riesgo el objetivo fundamental de la profesión, recogido en el código deontológico, el de justicia social y el rol del profesional en principios básicos, como la dignidad, la autodeterminación, la no discriminación o la responsabilidad.

A nivel de intervención puede que el teletrabajo se instaure en el día a día de los profesionales y aunque represente aspectos positivos (que ya hemos explicado a lo largo del documento), corremos el riesgo que dificulte la proximidad a la ciudadanía, basada en la atención en lo que se dice, lo que se ve, lo que se hace... y lo que no.

A nivel profesional tampoco debemos olvidar que detrás de cualquier trabajador social hay una persona que, igual que el resto del mundo, ha sufrido la pandemia a nivel personal. Para prevenir los sentimientos de angustia y/o de miedo es esencial el autocuidado que permita realizar nuestra tarea en buenas condiciones. El autocuidado puede venir de uno mismo, pero es importante que se reconozca como una necesidad a nivel institucional favoreciendo, por ejemplo, espacios de supervisión profesional o la creación de lazos de compañerismo.

Finalmente, a nivel comunitario se ha evidenciado que la respuesta ciudadana, a través de la creación o refuerzo de redes vecinales y de ayuda mutua, intentó dar respuesta a las necesidades de la población con iniciativas que llegaron rápidamente, como las que ayudaban con la compra a aquellas personas que no podían salir de casa. Las instituciones en general y el trabajo social en concreto deben aprender de estas experiencias y reforzar los vínculos con las comunidades de convivencia, sin olvidar la importancia que tienen desde una perspectiva sistémica.

La vivencia de la pandemia nos muestra que la experiencia no lo es todo. Para abordar las necesidades emergentes fue muy importante la formación teórica que ayudó a reforzar la capacidad de abordar la realidad que permitía identificar, valorar e intervenir. Reconocer indicadores, establecer objetivos, diseñar un plan de intervención y formas de evaluar intervenciones necesitan apoyo teórico para hacerlo correctamente. Formación que consideramos imprescindible sea de forma permanente.

#### **4.1. Los cambios consolidados**

Hace casi dos años del inicio de la pandemia, y algunos cambios que aparecieron como momentáneos se han ido integrando en nuestra práctica habitual.

Uno de los más destacados ha sido la irrupción de las tecnologías en el acompañamiento a las personas. En el caso del hospital, gran parte de la atención se ha reconvertido en atención telemática, y aunque los niveles de atención presencial y telemática se han equilibrado, a nivel de coordinaciones se ha mantenido el formato virtual en gran medida.

Aunque la atención telemática a las familias fue una respuesta que nos permitió mantener el vínculo y poder realizar seguimientos, poco a poco fuimos conscientes de los peligros que implicaba y de la importancia de equilibrar la atención para aprovechar los beneficios de ambos modelos y minimizar los peligros.

La atención a familias con barrera idiomática y cultural implica más riesgo que otras en la atención telefónica y requiere una comunicación eficiente, que es difícil de garantizar en contextos telemáticos.

Por otra parte, se ha reforzado (desde nuestro contexto) el trabajo en red. La aparición de las videoconferencias ha permitido realizar coordinaciones con profesionales de familias de todo el territorio de una manera más ágil (horario concertado y limitado), así como ampliar la participación de profesionales y servicios de manera simultánea.

El último cambio consolidado ha sido la atención domiciliaria, reforzada sobre todo en la

atención al paciente crónico complejo y en atención al ámbito de la Salud Mental.

#### **4.2. Competencias profesionales**

El trabajo social se ha tenido que repensar para dar respuesta a la realidad actual derivada de la pandemia mundial. Se ha hecho evidente que las competencias que ya acompañan habitualmente a nuestra tarea han tenido una relevancia especial, y otras se han hecho necesarias.

Una competencia imprescindible ha sido la capacidad de adaptación, ser flexible. Estar preparados para atender situaciones imprevistas implica, ser creativos para elaborar un plan de trabajo, tener iniciativa y saber pedir ayuda. Es importante, sin embargo, no perder la capacidad crítica, reflexiva, así como tener presente nuestro código deontológico, para dotar de sentido las intervenciones.

También es muy importante el trabajo en equipo; es decir, la capacidad de colaborar entre nosotros y con otras disciplinas, servicios y departamentos para contribuir a un proyecto común, que es el mayor beneficio de las personas que atendemos.

El trabajo en equipo nos ofrece una visión más amplia de la situación y la red de apoyo con la que podemos contar. Por otra parte, la intervención conjunta permite tomar decisiones compartidas, dando una respuesta más acotada a las necesidades identificadas.

Finalmente, para los profesionales ha sido todo un reto poder resistir al caos, mantener la concentración y soportar la tensión que nos genera el momento y las situaciones urgentes, intentando al mismo tiempo ser capaces de gestionar adecuadamente las emociones que nos provoca nuestra vida personal y profesional.

#### **4.4. Aportaciones y consejos para futuros profesionales**

La irrupción del covid-19 en nuestras vidas ha tenido efectos en nuestra salud y áreas relacional, social y emocional. Ha sido una crisis que ha afectado al conjunto de la sociedad, a las familias y personas que atendemos. Nos ha conectado con crisis vividas a nivel personal, familiar o laboral y como las hemos resuelto, o no.

Es necesario reconocer lo que está pasando, disponer de capacidad de adaptación (y flexibilidad) así como desarrollar habilidades que nos permitan afrontarlas (como apuntamos en el apartado anterior).

Por ello, consideramos esencial para los futuros profesionales la formación permanente, especialmente a la atención en situaciones de crisis. También es importante disponer de espacios de apoyo (supervisión), tanto para el análisis, reflexión y abordaje de las situaciones que atendemos, como en el impacto emocional que tiene en nosotros.

La supervisión, entendida como un espacio de autocuidado y de prevención del estrés, nos ayuda a mejorar nuestro rol profesional y nos da seguridad en las intervenciones. Es muy importante contar con estos espacios desde el inicio de la carrera profesional.

Como ya hemos comentado, la atención presencial a las personas se ha visto alterada y hemos introducido otras vías de atención (videollamadas, mamparas, mascarillas) que nos han protegido la salud pero que han distorsionado la proximidad y el contacto físico.

Somos conscientes de que estos aspectos siguen en nuestro día a día, y tenemos la sen-



sación que dificultan la creación del vínculo. Sin embargo, creemos que es posible generar un vínculo seguro, estable y cercano en la relación con los demás si nos apoyamos en las habilidades que en realidad configuran nuestra profesión (respeto, escucha activa y reconocimiento del otro) independientemente de las nuevas herramientas y *setting* que se han implantado.

#### **4.5. Trabajo Social ahora**

La ubicación del Servicio de Trabajo Social en un hospital que ha mantenido la atención presencial nos ha permitido estar disponibles. Las familias nos podían encontrar en el lugar de siempre, manteniendo y creando vínculos.

Por otra parte, el trabajo en pediatría implica tener en cuenta el contexto del niño, la familia y/o el entorno cuidador. La visión global más amplia de la enfermedad es el objetivo de la atención biopsicosocial, pero en el momento de colapso del sistema se ha perjudicado en algunos entornos esta función y se ha dado prioridad exclusiva a la gestión del recurso.

En nuestro caso, como hemos evidenciado el número de familias afectadas por nuestro servicio en relación a otras anteriores fue menor, por lo que la presión en nuestro caso no estuvo ligada con el número de familias afectadas, sino en el aumento de la complejidad y vulnerabilidad.

Podemos pensar y reflexionar sobre qué sistema hemos creado y si responde realmente a las necesidades de las personas. Si podemos agradecer algo al contexto es que nos ha permitido detenernos y reflexionar como sociedad y profesionales.

La cuestión no es si un modelo de intervención es mejor o peor, resultaría una conclusión muy simple. La cuestión es incorporar las nuevas herramientas y metodologías, valorando en cada momento por qué utilizamos una u otra, con el objetivo de ofrecer una atención centrada en la persona sin perder de vista algunos de los criterios que acompañan nuestra tarea, como los de justicia, realidad y equidad.

## **CONCLUSIONES**

Después de más de dos años desde el inicio de la pandemia por covid-19, toda la población se ha adaptado, o está en proceso de adaptación, a una nueva realidad. Como comentábamos al principio del documento, un aspecto que ha quedado claro es como cada territorio ha afrontado las consecuencias sanitarias y no sanitarias a partir de su modelo de Estado de Bienestar.

En el caso de España parecía que había una voluntad de reforzar los pilares del Estado de Bienestar, en cambio se han evidenciado las carencias que existen. La excesiva burocracia, la lentitud en las gestiones, una estructura difícil y poco ágil con el agravio de la brecha tecnológica han separado, aún más, al Estado de la ciudadanía.

La adaptación parece que fue más efectiva en el ámbito sanitario que en el resto. Las ayudas sociales, llegaron tarde, y mientras que las personas han pasado los meses sin cobrar los ERTE, los alquileres, impuestos y suministros seguían cobrándose.

El Estado, a nuestro entender en el momento inicial, no garantizó el apoyo y la protección de familias vulnerables. Uno de los colectivos más vulnerables fue la infancia. Tal y como recuerda

Unicef, en los meses de pandemia ha aumentado la vulnerabilidad infantil tanto a nivel económico, de salud mental, educativo y relacional. Lo destaca en su informe *Cómo reducir la pobreza en la infancia*, publicado en 2020, donde plantea la necesidad de aumentar las inversiones en políticas públicas que garanticen los derechos de los niños, así como facilitar la conciliación familiar.

Parece imprescindible que en el despliegue de estas políticas se incorpore la visión de familias y profesionales que añada a la perspectiva macrosistémica la realidad microsistémica; es decir, del día a día de los ciudadanos, que es todo lo que da valor a una sociedad democrática.

Tal y como recoge el código deontológico de nuestra profesión, nuestra actividad se integra dentro de la política de acción social, que implica una acción a todos los niveles en los contextos jurídico, económico y social.

Estas políticas, además, han de desplegarse con agilidad y seguir siendo accesibles para la población, contemplando diversas maneras de tramitarlas, para evitar el colapso.

En este sentido, decimos que el Estado ha de aprender de la sociedad. La forma en que las comunidades se organizan nos ha demostrado el potencial de la sociedad en identificar y cubrir las necesidades, basándose en valores como la solidaridad, el reconocimiento al otro y la ayuda mutua.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Corporació Catalana de Mitjans audiovisuals (2020). Augmenten un 47% les urgències per trastorns mentals d'adolescents a Sant Joan de Déu. Recuperado de: <https://bit.ly/3RofE66>

Hospital Sant Joan de Déu (2022). Quiénes somos. Recuperado de: <https://www.sjdhospital-barcelona.org/es/quienes-somos>.

Hospital Sant Joan de Déu (2019). Memoria del Servicio de Trabajo Social del Hospital San Joan de Déu.

Hospital Sant Joan de Déu (2020). Memoria del Servicio de Trabajo Social del Hospital San Joan de Déu.

Hospital Sant Joan de Déu (2020). A-TSO-PC-0001-01\_Intervención social en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI-P). Documentos internos.

Hospital Sant Joan de Déu (2020). A-TSO-PT-0005-02\_Intervención en situaciones de riesgo y retención notificados desde la Dgaia. Documentos internos.

Hospital Sant Joan de Déu (2020). A-TSO-PT-0006-02\_Trabajo Social en el Servicio de Neonatología. Documentos internos.

Hospital Sant Joan de Déu (2020). A-TSO-PT-0008-02\_Atención social al paciente con enfermedad crónica o de larga duración. Documentos internos.

Hospital Sant Joan de Déu (2020). A-TSO-PT-0012-03\_Estudio sociofamiliar. Documentos internos.

Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del Trabajo Social*. Barcelona; España: Editorial Paidós.

*Social.cat* (2021). Gairebé la meitat de les treballadores socials dedica més de mitja jornada a tramitar burocràcia. Recuperado de: <https://bit.ly/3xXJasf>

Unicef (2020). Cómo reducir la pobreza en España: Análisis y recomendaciones. Recuperado de: <https://bit.ly/3E8dNPX>

Viscarret, J (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid, España: Alianza Editorial.

## CAPÍTULO 6

### Trabajo social y pandemia por Covid-19 en un hospital de atención intermedia: La unidad de trabajo social del Parc Sanitari Pere Virgili

*Guiomar Riaño Baztan*<sup>28</sup>

*Rosa Colomer Campos*<sup>29</sup>

*Olga Alonso Lezcano*<sup>30</sup>

*María José Blázquez Seoane*<sup>31</sup>

*Blanca Catalán Osete*<sup>32</sup>

*Cristina del Río Regi*<sup>33</sup>

*Carolina Hornero Mas*<sup>34</sup>

*Adriana Mas March*<sup>35</sup>

*Natalia Parejo Muñoz*<sup>36</sup>

---

28 Diplomada en Trabajo Social. Licenciada en Antropología. Directora de Atención al Paciente y Familias del Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili. Correo electrónico: griano@perevirgili.cat.

29 Diplomada en Trabajo Social. Licenciada en Antropología. Trabajadora social sanitaria en el Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili, Unidad de Larga Estancia y Unidad de Convalecencia. Profesora asociada de la Universidad de Barcelona. Correo electrónico: rcolomer@perevirgili.cat.

30 Diplomada en Trabajo Social (Universidad de Barcelona). Posgrado en Trabajo Social Sistémico (Instituto Católico de Estudios Sociales de Barcelona, Icesb). Posgrado en Resolución de Conflictos y Mediación Familiar (Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña (UVic-UCC) y Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña (Tscat)). Trabajadora social sanitaria en el Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili. Equipo de Atención Integral Ambulatoria (EAIA) y Hospital de Día. Correo electrónico: oalonso@perevirgili.cat.

31 Diplomada en Trabajo Social y licenciada en Antropología Social y Cultural (Universidad de Barcelona). Trabajadora social sanitaria en el Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili. Unidad de convalecencia. Correo electrónico: mjbblazquez@perevirgili.cat.

32 Trabajadora social. Graduada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona. Actualmente es trabajadora social en el ámbito sanitario en el Hospital de Atención Intermedia del Parc Sanitari Pere Virgili (Barcelona). Técnica valoradora de la situación de la dependencia. Correo electrónico: bcatalan@perevirgili.cat.

33 Trabajadora social. Graduada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona. Trabajadora social en el Hospital de Atención Intermedia del Parc Sanitari Pere Virgili (Barcelona). Correo electrónico: cdelrio@perevirgili.cat.

34 Trabajadora social e integradora social. Graduada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona. Trabajadora social en el Parc Sanitari Pere Virgili; voluntaria en la coordinación de voluntariado y soporte en la elaboración de proyectos en una entidad del tercer sector de Barcelona. Correo electrónico: chornero@perevirgili.cat.

35 Trabajadora social. Graduada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona (UB). Actualmente ejerciendo de trabajadora social en el Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili. Secretaria de la Asociación de Trabajo Social Sanitario Enfocatss. Correo electrónico: amas@perevirgili.cat.

36 Trabajadora social graduada en la Universidad de Barcelona. Coordinadora del equipo de Dependencia y

Sabrina Romera Ruiz<sup>37</sup>  
Jennifer Ruiz Torezano<sup>38</sup>

## RESUMEN

La pandemia llegó sin esperarla. Mientras se observaba lo que sucedía en otros países, apareció y nos colapsó. No fuimos capaces de prever la magnitud de lo que podía pasar. Trajo consigo una serie de cambios que afectaron, y siguen afectando, a las personas en sus necesidades, en sus relaciones familiares y sociales, en su economía y en su salud. Este capítulo pretende explicar el trabajo social en tiempos de pandemia en el entorno de un Hospital de Atención Intermedia (HAI) de la ciudad de Barcelona. Aunque este Hospital abarca diferentes líneas de intervención, tal y como se describirá en el artículo, este se centrará en las profesionales del trabajo social que intervinieron en la Línea de Hospitalización. Qué cambios, qué dilemas éticos, cómo se organizaron, qué nuevos circuitos se crearon, qué importancia tiene el trabajo en equipo, qué retos se plantearon, cómo se sintieron, son algunas de las preguntas y reflexiones que se explicarán a continuación.

**PALABRAS CLAVE:** Trabajo Social, Hospital de Atención Intermedia, cambios, adaptación, retos

## 1. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

El Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV) es una empresa pública de la Generalitat de Catalunya, adscrita al Servei Català de la Salut (CatSalut), entidad que garantiza el acceso de las personas al sistema universal y público de salud.

El nombre de la empresa está dedicado a Pere Virgili, médico y científico tarraconense nacido en 1699, quien fue cirujano mayor del Ejército y de la Armada y fundador de los Colegios de Cirugía de Cádiz y de Barcelona. En homenaje a la relación que tenía con la Medicina y la Marina, el logotipo del Parc, de color azul, representa las olas del mar y sus edificios llevan nombres de vientos.

El recinto se encuentra entre los barrios de Vallcarca y Sant Gervasi y ocupa el espacio que anteriormente albergaba el Hospital Militar de Barcelona.

Tiene como objetivo primordial la gestión de espacios destinados a actividad vinculada con

---

Trabajadora social de atención intermedia en el Parc Sanitari Pere Virgili. Profesora de la Acreditación de Valorador de Dependencia (EUIT). Correo electrónico: nparejo@perevirgili.cat.

37 Trabajadora social. Diplomada en la Universidad de Barcelona, en 2003. Trabajadora social en equipo de Pades (equipo domiciliario de atención en curas paliativas). Hospital de atención intermedia Parc Sanitari Pere Virgili. Correo electrónico: sromera@perevirgili.cat.

38 Trabajadora social graduada en la Universidad de Barcelona. Trabajadora social de la Hospitalización Domiciliaria del Parc Sanitari Pere Virgili. Correo electrónico: jruizt@perevirgili.cat.

la salud y la gestión de servicios de atención intermedia y atención primaria de Barcelona. Es el complejo de atención intermedia más grande de toda Cataluña y es el que registra mayor actividad. Esta actividad gira entorno a la prestación de servicios de atención sanitaria y socio-sanitaria, de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Encontramos en él diferentes entidades; entre otras: la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron (HUVH) y la Unidad de Rehabilitación del mismo hospital; dos Centros de Atención Primaria (CAP); la Regió Sanitària de Barcelona (RSB); el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB); y el Hospital Garbí (que pertenece al HUVH y que surgió por la necesidad de contar con un hospital polivalente para atender a los pacientes afectados por el coronavirus).

En cuanto a la gestión de la atención, presta sus servicios a través del Hospital de Atención Intermedia (HAI), que se encuentra en el mismo recinto y que asiste las necesidades de las personas en situación de fragilidad y/o dependencia.

Asimismo, gestiona la atención primaria de cuatro Áreas Básicas de Salud de la ciudad: Barceloneta, Vila Olímpica, Lesseps y La Salut-Gràcia y el Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) de Gràcia, ofreciendo servicio a cerca de 90.000 habitantes.

Es uno de los principales proveedores sanitarios públicos de Barcelona, a la vez que es una entidad de referencia en relación con la docencia y la investigación en el ámbito de la geriatría. Forma parte de la Región Sanitaria de Barcelona (RSB), una de las 7 regiones sanitarias en las que se divide el territorio catalán. Cada región tiene sus sectores sanitarios. La RSB la gestiona el CatSalut, que, como ya se ha mencionado, garantiza la atención sanitaria de cobertura pública a la población.

Existen diferentes niveles de asistenciales, nos centraremos en los tres siguientes:

- La atención primaria y comunitaria: que es el punto de acceso al sistema sanitario público.
- La atención especializada hospitalaria de agudos: que ofrece atención ambulatoria y de internamiento, urgencias, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.
- La atención intermedia: atención social y sanitaria que atiende a personas con enfermedades crónicas y a personas con enfermedades en fases avanzadas o en situación de últimos días. Es aquí donde colocaríamos el HAI PSPV.

Desde el Consorcio Sanitario de Barcelona se definieron, en, cuatro grandes Áreas Integrales de Salud (AIS), que se fundamentan en la coordinación de servicios del territorio. Estas son:

- AIS Barcelona Esquerra.
- AIS Barcelona Nord.
- AIS Barcelona Dreta.
- AIS Barcelona Litoral.

El HAI ofrece cobertura principalmente a las AIS Barcelona Esquerra y Barcelona Nord. En su zona de influencia residen aproximadamente 950.000 personas. Como atención intermedia su

actividad ayuda a descongestionar la presión asistencial de los Hospitales de Agudos. Los hospitales de agudos de referencia son:

- Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón.
- Hospital de Sant Rafael (Germanes Hospitalàries).
- Hospital Clínic.
- Hospital Universitari Sagrat Cor.
- Hospital Plató.

Se dispone de diferentes líneas asistenciales que se definen a continuación:

Línea Hospitalización:

- Convalecencia (CNV, 250-300 camas): personas con dificultades a nivel funcional debido a procesos agudos o a una reagudización de su patología crónica que necesitan un período de estabilización y recuperación.
- Curas Paliativas (UCP, 18 camas): personas en fase avanzada de la enfermedad, no exclusivamente oncológica, en situación de final de vida o en situación de complejidad por motivos clínicos, sociales o vivenciales, que no permiten el abordaje en el domicilio.
- Larga Estancia (LE, 25 camas): personas con enfermedades crónicas de larga evolución, o con lenta progresión, que requieren de curas continuadas y que no pueden ser atendidas en sus domicilios.
- Subagudos (SAG, 15-30 camas): personas en fase de descompensación de sus patologías crónicas o con enfermedad aguda, que afectan a su cuadros complejos de base.
- Grandes Discapacitados (GDI, 4 camas): personas que debutan con una gran discapacidad (daño cerebral adquirido, tetraparesia, alteraciones de la consciencia, etc.) que precisan de un ingreso de carácter personal.
- Atención Intermedia al Paciente Oncológico (Aionc, 32 camas): pacientes oncológicos en situación subaguda, que no requieren tratamiento intensivo ni tratamiento oncológico urgente. Se prioriza el manejo y el control de síntomas.

Línea Ambulatoria:

- Equipo de Evaluación Integral Ambulatoria en Geriatría (EAIA Ger): personas mayores frágiles con enfermedades crónicas. Se realiza diagnóstico, orientación, información y seguimiento.
- Equipo de Evaluación Integral Ambulatoria de Trastornos Cognitivos (EAIA TC): personas con deterioro cognitivo. Se realiza diagnóstico, orientación, información y seguimiento.
- Hospital de Día (HDía, 33 plazas): personas que requieren tratamiento rehabilitador físico y/o cognitivo, que conservan cierta autonomía y que disponen de soporte en su domicilio.
- Unidad de Heridas: personas derivadas desde los Centros de Atención Primaria (CAP) debido a la complejidad de las curas que requieren.

#### Línea Domiciliaria:

- Hospitalización Domiciliaria Integral Geriátrica (HAD, 45 pacientes): personas con perfiles subagudos o convalecencia, que disponen de soporte suficiente para poder ser atendidas en sus domicilios.
- Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte (Pades): soporte a los CAP en el seguimiento de personas con enfermedades crónicas paliativas que se encuentran en sus domicilios.

#### Servicios de Valoración:

- Equipo de Valoración y Orientación de la Discapacidad (EVO): valoración o revisión del grado de discapacidad de personas con enfermedades congénitas o adquiridas que les originan deficiencias de carácter previsiblemente permanente y que les comportan una restricción o ausencia de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
- Servicio de Valoración de la Dependencia (Sevad): valoración o revisión del grado de dependencia de personas que, a causa de pérdida de autonomía, precisan de soporte para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- No son un servicio propiamente de Salud, pero forman parte de la cartera de servicios del PSPV mediante un convenio entre el PSPV y el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

#### Atención Primaria:

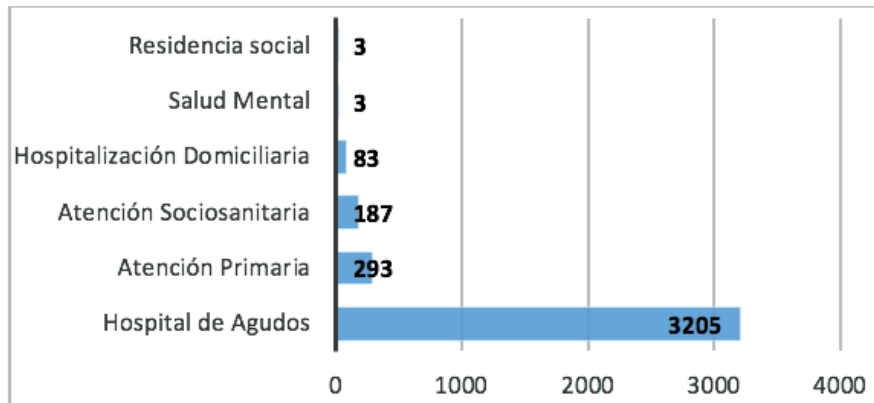
- Áreas Básicas de Salud 6C-6E (CAP Larrard) - Área Básica de Salud 01A (CAP Barceloneta)
- Área Básica de Salud 10A (CAP Vila Olímpica): unidades básicas territoriales, cada una tiene asignada una determinada población según su área de influencia.
- Centro de Urgencias de Atención Primaria de Gracia (CUAP Gracia): centro de urgencias de baja y media complejidad.

Trabajo Social está presente en todas las líneas asistenciales, pero en este artículo nos centraremos en la experiencia de las trabajadoras sociales de la Línea de Hospitalización.

Durante 2020 la población atendida en las diferentes unidades de esta línea fue de un total de 3.774 pacientes (53% mujeres y 47% hombres). La mayoría de ellos no superaba los 85 años de edad, exceptuando en la Unidad de Curas Paliativas (UCP), donde la franja con más ingresos fue la comprendida entre los 50 y los 64 años. El perfil de pacientes atendidos fue mayoritariamente geriátrico y un 85% procedía de Hospitales de Agudos.



**Imagen 1. Procedencia de los pacientes atendidos**



Fuente: programa SAP Logon 740.

En hospitalización, la Unidad de Trabajo Social tiene como objetivo principal la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Para ello desarrollan una actividad profesional de tipo clínico, aportando el diagnóstico social como parte del diagnóstico global que se elabora conjuntamente con el equipo médico, de enfermería y de terapias (fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia).

Para conseguirlo realizan diferentes funciones y tareas:

- Realizar la entrevista de acogida y el seguimiento de la situación durante el ingreso. Detectar las situaciones de riesgo. Evaluar de forma continua las necesidades.
- Registrar las intervenciones realizadas en el curso clínico y en la historia social.
- Favorecer la integración implicando al paciente y a su entorno en la dinámica del centro recordando el objetivo de ingreso y la normativa.
- Reforzar las propias capacidades del paciente y de su entorno para resolver su situación, elaborando y evaluando el plan de intervención individualizado y la red de soporte disponible.
- Facilitar la relación y la comunicación del paciente y de su entorno con el resto de profesionales del centro.
- Acompañar en las situaciones de últimos días en colaboración con el resto del equipo profesional.
- Acompañar y ofrecer soporte en el proceso de duelo derivado de la situación de pérdida de autonomía y/o capacidades.
- Velar por el respeto de las costumbres y de la diversidad cultural, así como por la diversidad sexual y de género.
- Informar, asesorar y orientar sobre la gestión de servicios y recursos disponibles.
- Participar en la comisión de ingresos para evaluar, desde la visión social, las solicitudes de ingreso.
- Gestionar las solicitudes de derivación a otras unidades o servicios sociosanitarios.

- Gestionar los comunicados a Fiscalía de situaciones de protección, medidas cautelares y otros comunicados de tipología judicial.
- Activar la red de protección a la víctima en contra de la violencia de cualquier tipo.
- Colaborar en la creación, divulgación y revisión de protocolos internos y externos para la mejora de la calidad asistencial.
- Coordinar y colaborar con el resto de equipo multidisciplinario, en la toma de decisiones que afectan al paciente.
- Participar y asistir a las sesiones clínicas aportando la visión social.
- Asegurar la continuidad asistencial del paciente al alta del centro. Coordinar con otros profesionales de los servicios y recursos de las redes sociales y sanitarias.
- Participar en investigación.
- Participar e impartir docencia.

Estas funciones se llevan a cabo a partir de las prácticas siguientes:

- Atención presencial, telefónica y telemática: entrevistas con los pacientes y con su entorno.
- Trabajo en equipo: reuniones semanales con todos los profesionales que atienden al paciente; reuniones semanales de toda la Unidad de Trabajo Social.
- Coordinación interna: con los profesionales que intervienen con el paciente. Coordinación externa: con los servicios de la comunidad para asegurar una correcta continuidad asistencial al alta del paciente.
- Gestión: organización del trabajo; respuesta a correos; llamadas telefónicas; elaboración de documentación.
- Documentación y registro: informes de derivación a servicios externo; registro de las intervenciones en el curso clínico; elaboración de la historia social; informe de continuidad asistencial.
- Participación: en actividades de interés para la unidad (reuniones, comisiones, cursos, formaciones, etc.).
- Formación continuada: sobre temas de interés en el desarrollo y la práctica de trabajo social.
- Docencia: a alumnos de prácticas universitarias; colaboración e impartición de clases en la universidad.
- Investigación: participación en la elaboración de proyectos y estudios.

El trabajo social se nutre de la interacción con otras instituciones y servicios. Esta interacción permite trabajar en red desde que el paciente ingresa hasta que es dado de alta del hospital asegurándole una continuidad asistencial.

Para ello, existe una coordinación constante, especialmente con los Centros de Atención Primaria de Salud (CAP) y con los Servicios Sociales de Atención Primaria municipales (SSAP), aunque también con otros servicios que abarcan desde la atención primaria a la atención especializada, tanto de salud, como de otros niveles y ámbitos asistenciales.

## 2. TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA

La aparición del covid-19 obligó a reestructurar la forma de trabajar y de atender a los pacientes y a su entorno familiar. Planteó la necesidad de reorganización y adaptación rápida en un contexto de cambio constante en que se trabajaba en un estado de incertidumbre absoluta. No se sabía qué pasaría en las horas siguientes. El sentimiento de miedo hacia lo desconocido y hacia un posible contagio siempre estaba presente. Se plantearon muchas dudas y dilemas éticos, principalmente al inicio de la pandemia, cuando los acontecimientos se desbordaban y se cerraron las visitas a pacientes como medida de protección, pero a la vez de aislamiento y soledad.

Se crearon planes de contingencia que se iban revisando a medida que avanzaban las noticias sobre el nuevo virus. Contemplaban aspectos como la intervención para la detección de necesidades; la continuidad asistencial al alta; el trabajo en equipo; la atención en las situaciones de pérdida y de duelo y la contención emocional.

La atención se centró en priorizar un primer contacto con los pacientes y sus familiares a las 24/48 horas del ingreso. Esta atención rápida permitía detectar de forma precoz posibles necesidades.

Se redistribuyeron las cargas asistenciales, reforzando la presencia de trabajo social en las plantas de hospitalización, aprovechando los recursos de servicios que se cerraron. Supuso una ventaja, pues se disponía de personal muy experimentado, gran conocedor del sector y con experiencia en la gestión emocional, competencia que resultó ser de vital importancia.

Se identificó a un único interlocutor del entorno de los pacientes. Este interlocutor era con quien se contactaba por parte de los diferentes profesionales y quien recibía la información y la transmitía al resto de familiares. Se evitaban así duplicidad de llamadas y colapso en la comunicación.

Se creó el circuito de videollamadas, que nació a raíz de la detección de pacientes que no sabían, no disponían, o no podían manipular móviles ni otros dispositivos. El circuito implicó, tanto a la Unidad de Trabajo Social como al Servicio de Admisiones y Atención al Usuario, al equipo de Terapias y, posteriormente, al Servicio de Valoración de la Dependencia (SEVAD). El objetivo principal era reducir la ansiedad de los pacientes y de sus familiares, al no poder mantener contacto físico y presencial. Fue un recurso totalmente necesario para los pacientes que se encontraban en situación de últimas horas de vida. El apoyo y el acompañamiento en las situaciones de pérdida fueron de gran impacto emocional y psicológico.

La creación de este circuito implicó una reflexión: pese a haber atendido previamente a la pandemia a pacientes con necesidad de aislamiento nunca se había planteado una intervención diferencial. En estos casos, se intervenía con la familia y, curiosamente, la mirada se focalizó en el paciente en el momento que desapareció la familia del entorno hospitalario.

Se incorporaron las guardias de trabajo social los fines de semana y festivos para dar respuesta a las nuevas necesidades surgidas a raíz de los cambios en la organización y la atención.

La atención a las familias pasó de ser presencial a ser telefónica, dado que tanto la población en general como las propias trabajadoras sociales, estaban sumergidas en el miedo. El acompañamiento telefónico era constante. La comunicación continuada permitía trabajar, entre otras:

- La detección situaciones de vulnerabilidad del entorno del paciente y activar recursos de la comunidad u otros que se crearon a raíz de la pandemia.
- La contención emocional debido a no poder visitar los pacientes (e incluso la pérdida de estos) y al propio aislamiento domiciliario de los familiares.

Durante la *segunda ola* se retornó a las visitas presenciales, tanto con los pacientes como con sus familias. Se habilitó un espacio familiar donde, en situaciones de final de vida, se pudiera reunir más de una persona para poder despedirse de su familiar enfermo.

La cohesión con el equipo asistencial fue muy importante. El PSPV reforzó la atención a los pacientes con profesionales que provenían de Hospitales de Agudos. Estos profesionales desconocían el modelo de trabajo de un HAI como es el PSPV. Para poder afrontar esta situación, se organizaron reuniones diarias con los equipos médicos referentes de los pacientes, con el objetivo de mantener una buena comunicación y planificación, tanto entre los profesionales como con las familias.

Se incorporó el teletrabajo como una nueva forma de organización, con el objetivo de garantizar la continuidad operativa y, fundamentalmente, para dar respuesta a las necesidades de conciliación familiar de las profesionales, facilitándolo, especialmente, a aquellas compañeras que tenían, o vivían, una situación de riesgo o convivían con familiares vulnerables.

El teletrabajo permitía trabajar de forma no presencial, evitando los traslados a los lugares de trabajo en épocas de más riesgo, pero también significaba pérdida del contacto directo con pacientes y familias y con el resto de los profesionales. Se trabajaban más horas porque las interrupciones eran mayores, ya que la presencia de todos los miembros de la familia en los domicilios donde se teletrabajaba no permitía, en muchas ocasiones, una jornada continuada. No existía separación entre trabajo y vida familiar.

Una parte del equipo de trabajo social seguía trabajando de forma presencial, otra parte alternando presencial y teletrabajo, y las compañeras con más riesgo teletrabajaban dando apoyo al resto del equipo interdisciplinar.

La reubicación de algunas profesionales con menos experiencia en la línea de hospitalización hizo que estas tuvieran que aprender la práctica profesional compaginándola con las restricciones y los protocolos inherentes en ella. Se les planteó un reto al cambiar de paradigma: de la práctica profesional y la intervención desde la proximidad y el acompañamiento a las personas y a su núcleo cercano, a la atención telefónica desde la distancia.

Tenían la sensación de pérdida de información al no observar el lenguaje no verbal que permiten las entrevistas presenciales y sentían que debían ser muy cautas al traspasar la información de los pacientes a las familias. Se encontraron también con pacientes que, debido a las patologías que padecían, no comprendían la información que se les explicaba y requerían de soporte de sus referentes familiares y/o del entorno, para poder acompañarlos en sus procesos. El abordaje conjunto con paciente y referente se realizaba de forma telemática y comportaba dificultades y mucho tiempo de gestión.

Trabajaron en situaciones emocionales duras y complejas en las que los familiares o referentes no podían estar al lado de las personas ingresadas. La carga emocional se gestionaba a la vez que muchas otras situaciones. Se les presentaba dificultad a la hora de establecer planes de trabajo, ya que se trabajaba desde la incertidumbre.

Destaca la necesidad de contar con el soporte del resto de profesionales de la Unidad de Trabajo Social para poder compartir, en todo momento, dudas, miedos y conocimiento.

### **3. RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL**

Sin duda, ninguna trabajadora social del equipo había trabajado en una situación de crisis sanitaria y social como la que ha supuesto el covid-19. El papel del trabajo social sanitario durante la pandemia ha evidenciado la necesidad de esta figura profesional en el entorno HAI, dándole valor, visibilidad y relevancia.

Los retos para el trabajo social que supuso la pandemia fueron, entre otros:

- La implementación de nuevas tecnologías para el ejercicio de la práctica profesional.
- La atención personal versus la atención virtual.
- La capacidad de innovación.
- Nuevos actos y nuevos escenarios.
- La capacidad de adaptación.

Todos estos retos obligaron a adaptar la práctica profesional a la nueva realidad, que se planteaba según las necesidades que iban surgiendo. Frente a la situación de urgencia el cambio fue en 180 grados, se hizo un esfuerzo importante para poder reaccionar rápidamente.

Se sufrió un importante cambio de mirada: se centró en las familias, en la necesidad de acompañamiento y en la contención delante de la ansiedad causada por no poder acceder al centro para visitar a sus familiares. Fue especialmente duro cuando se producían situaciones de final de vida.

Debemos destacar la importancia de actualizarse diariamente en relación con la apertura y cierre de los servicios, la implementación de nuevos protocolos y circuitos, los cambios de información en relación con la propia institución y hacia otros servicios para poder dar respuesta a las necesidades existentes en cada etapa.

Las competencias profesionales que engloban los conocimientos, las actitudes, las habilidades y las características personales, entre otras, se han tenido que readaptar durante la pandemia. Algunas de estas competencias son:

- Identificar y gestionar dilemas éticos presentes en la intervención diaria.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Dar respuesta centrada y efectiva a las demandas de los pacientes.
- Aprendizaje y adaptación a las nuevas realidades y necesidades que surjan.
- Prevenir, planificar y atender situaciones de crisis y valorar la urgencia.
- Actuar en defensa de los intereses de los pacientes, si la voluntad de la familia y/o entorno pone en riesgo su situación o si las circunstancias lo requieren.
- Crear y mantener relaciones de confianza con el paciente, la familia, los profesionales y el entorno comunitario para poder trabajar y dar respuestas apropiadas y adaptadas a

cada situación y contexto personal y social.

- Promover el crecimiento personal y la autonomía de los pacientes con el objetivo que identifiquen sus propias necesidades y así poder dar respuestas.
- Observación y análisis con el objetivo de orientar las intervenciones a las necesidades de cada paciente que atendemos y poder realizar un plan de trabajo individualizado y específico para cada uno de ellos.

Como aportaciones y consejos para futuras profesionales, destacaríamos, entre otros, la importancia de la formación continuada; el aprendizaje diario compartido con el resto de profesionales internos y externos y con todas las personas a las que atendemos; la necesidad de ponernos en el lugar del otro, de observar, de escuchar, de analizar, para marcar un plan de trabajo y unas líneas de intervención consensuadas con la persona y diseñadas para ella; la importancia del trabajo en equipo; y, sobretodo, la necesidad de cuidarnos como profesionales, física y anímicamente.

El trabajo social no es el mismo que hace dos años. La pandemia por covid-19 trajo consigo una nueva situación a nivel mundial. Ha implicado una sobrecarga en el sistema social y sanitario que ha evidenciado una falta de recursos humanos. Ha significado una crisis económica importante y un incremento de atención a las necesidades básicas de las personas, así como ha implicado cambios en la forma de relacionarse. Todo ello hace que se tengan que replantear los modelos de atención con una visión de futuro que permita estar preparados para afrontar nuevas posibles crisis.

## CONCLUSIÓN

La Unidad de Trabajo Social del PSPV se ha adaptado activamente a los cambios que han ido surgiendo en combinación con la gestión de las propias situaciones familiares y las emociones que han aflorado, desde el miedo y la impotencia, a la fuerza de seguir adelante sorteando los obstáculos que nos planteaba la pandemia.

Contar con un espacio compartido con las compañeras y poder hablar de nuestros miedos y angustias surgidos de las situaciones vividas en el día a día, nos ha permitido crecer como equipo. La integración rápida de nuevos conocimientos, como fue el aprendizaje sobre medidas de protección e higiene, entre otras, también han marcado la capacidad de adaptación del colectivo. Esta capacidad de adaptación en condiciones adversas nos ha permitido descubrir otras formas de ejercer el rol profesional. También nos ha ofrecido la oportunidad de conocer, implantar y utilizar nuevas tecnologías. Lo que nos ha demostrado esta situación es que nunca está todo aprendido, aunque así se crea. Curiosamente muchos de los medios tecnológicos que estaban disponibles no se aplicaban y emergieron otros debido a la presión de la necesidad.

Es importante tener muy presentes el autocuidado y el respeto profesional hacia el resto de compañeros, la necesidad de formarse continuamente y no dar nada por aprendido.

La comprensión, la empatía, la proximidad, colocarse en el lugar de las personas que atendemos y en el de sus familias ha sido vital y necesario en estos momentos. La profesión de trabajo social no puede ser sino una profesión marcada por la práctica y la disciplina orientada a la con-

secución de cambios. El respeto a los derechos y a la diversidad de las personas que atendemos es imprescindible. La pandemia por covid-19 lo ha puesto en evidencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbero Biedma, E.; Oliva Arias, C., López Maestro, M. y Rodríguez García, MC. (2020). La función del trabajo social “sanitario” durante la pandemia por covid-19. *Medicina Paliativa*, 27(3), 217-225.

Marín Pérez, MG. (2020). El Trabajo Social Sanitario en la Pandemia. covid-19: retos y consecuencias. *Itinerarios*, 19(3).

Vicente González, E.; Arredondo Quijada, R. y Rodríguez Fernández, C. (2020). El trabajo social: Intervención ante el covid-19. Servicios Sociales y Política Social. En Vicente González, E. y Arredondo Quijada, R. Actuación del Trabajo Social ante el covid-19. *Investigaciones e Informes Consejo General del Trabajo Social*, (8). Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales (GEIES). Consejo General del Trabajo Social.

Parc Sanitari Pere Virgili (2022). Recuperado de: <https://pervirgili.gencat.cat/ca/inici>.





PARTE

**2.**

**LAS PRÁCTICAS  
PROFESIONALES EN  
ESPAÑA Y CHILE EN  
EL ÁMBITO DE LA  
PROTECCIÓN SOCIAL  
Y LOS SERVICIOS  
SOCIALES**

# CAPÍTULO 7

## Reterritorización del ejercicio profesional en lo rural en tiempos de pandemia<sup>39</sup>

Sandra Iturrieta Olivares<sup>40</sup>

Valentina Serrano Adrovéz<sup>41</sup>

### RESUMEN

El presente capítulo se centra en la descripción del trabajo social desarrollado en un contexto de ruralidad durante el tiempo de pandemia por covid-19, en que profesionales del trabajo social que se desempeñaban en el área de la intervención rediseñaron el modo cómo desde el Estado chileno se instruyó la implementación de políticas asistenciales dirigidas al trabajo con infancias, referidas a lo social, salud y educación, organizando una Red de Protección Social que abarca el trabajo con personas de todas las edades, desarrollando una atención integral, elaborando instrumentos de trabajo propios y concordando un lenguaje en común que les permitiera, por una parte, aliviar la sobrecarga de trabajo profesional y, por otro lado, evitar la revictimización secundaria que suele generarse producto de derivaciones inorgánicas.

A través de entrevistas *in situ*, desarrolladas antes y durante la mencionada pandemia, ha sido posible conocer la conformación de esta red de trabajo, la necesaria reterritorialización del trabajo profesional provocada por el impacto tanto en las subjetividades como en las materia-

---

39 Agradecemos especialmente a Katherina Erazo y a Carla Cabriolatti, trabajadoras sociales de la comuna de Catemu, Chile, por la generosidad con la que nos han permitido conocer parte de la realidad con la que se desarrolla el trabajo social en contextos de ruralidad en Chile. A través de ellas agradecemos también a las y los profesionales del trabajo social, y otras disciplinas, que nos han brindado espacios y regalado parte de su tiempo, para permitirnos conocer parte del trabajo profesional en lo rural. A ellas y ellos nuestro mayor reconocimiento por el trabajo que cada día desarrollan con compromiso entrañable. También agradecemos a ANID y a la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile, por el apoyo que permitió desarrollar las investigaciones que sustentan el presente capítulo.

40 Trabajadora Social. Diplomada en Estudios de Género y Desarrollo. Magíster en el Análisis de los Problemas Sociales de las Sociedades Avanzadas. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Granada. Posdoctorada en el Estudio de las Ideas por el Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Santiago de Chile. Académica de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Directora del Núcleo de Investigación sobre las Profesiones en las Sociedades Contemporáneas, dependiente de la Vicerrectoría de Investigación y Estudios Avanzados de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Correo electrónico: sandra.iturrieta@pucv.cl.

41 Trabajadora social, Licenciada en Trabajo Social por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Miembro del Núcleo de Investigación sobre las Profesiones en las Sociedades Contemporáneas, de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Correo electrónico: valentina.serrano.a@gmail.com.

lidades asociadas al ejercicio del trabajo social, como, asimismo, ha sido posible acercarnos a conocer los retos que el trabajo social ha debido enfrentar en estos tiempos convulsionados y los desafíos profesionales futuros.

**PALABRAS CLAVE:** Trabajo social en lo rural, rediseño de política social, Red de Protección Social, reterritorialización del trabajo, trabajo social en pandemia

## 1. TRABAJO DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LO RURAL

Según datos publicados en la revista *Chile Forestal* (2020), el 82% de la superficie del país “pertenece a comunas rurales (241 de las 346), donde vive el 25,5% de la población nacional. De esta población el 16,5 % vive en situación de pobreza por ingreso, muy superior comparado con el 7,4 % del sector urbano y el 8,6 % promedio nacional” (*Chile Forestal*, 2020, p. 16). Es en este contexto donde se desarrollan las experiencias de trabajo profesional, en el campo de la intervención social que describiremos en este capítulo, que ha sido elaborado sobre la base de entrevistas desarrolladas en tres investigaciones diferentes antes y durante la pandemia, con profesionales del trabajo social<sup>42</sup>.

La labor del trabajo social en el contexto de ruralidad que se describe en el presente capítulo, se circunscribe al campo de la protección social, particularmente a la ejecución de las políticas sociales implementadas desde centros de salud, educación inicial y unidades municipales (ayuntamientos) responsables de servicios, beneficios o programas sociales, dirigidos al trabajo comunitario en general, y en particular a la intervención con infancias, mujeres, adultez mayor y población migrante.

El trabajo desarrollado por este tipo de profesionales ha requerido perfeccionar las políticas sociales que han sido impulsadas desde el gobierno central del país, con el objetivo de hacerlas más pertinentes a las localidades rurales. Por tanto, teniendo como objetivo evitar la sobreintervención de las personas consultantes y, a su vez, la duplicidad de recursos humanos en el desarrollo de una misma labor, las y los profesionales de diferentes zonas rurales del país, y en particular en la localidad de Catemu<sup>43</sup>, han intentado amalgamar las acciones profesionales que venía realizando cada quien, desde su propio campo de acción, desarrollando así un trabajo en red.

42 Las investigaciones corresponden a: Subjetividades con que los y las profesionales de la intervención social directa experimentan su ejercicio laboral: aportes a la formación profesional de pregrado (Fondecyt 2017-2019, cod. 11170220, financiada por la ANID, Chile); Nuevas territorialidades del quehacer profesional en tiempo de covid-19: un estudio internacional sobre subjetividades profesionales en intervención social (PUCV/039.404/2021) y Repensar la formación de pregrado en ciencias sociales en Chile desde los imaginarios del futuro del trabajo profesional (PUCV/039.363/2021). Las dos últimas financiadas por la Vicerrectoría de Investigación y Estudios Avanzados de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile, a quienes agradecemos el apoyo constante que nos ha permitido producir estos conocimientos.

43 Ubicada en la zona interior de la región de Valparaíso, Chile. Tiene una superficie de 361,6 Kilómetros cuadrados y administrativamente corresponde a la Provincia de San Felipe de Aconcagua. Su población total es de 14.038 habitantes, siendo el 48,8% hombres y el 51,1% mujeres, de los cuales 2.833 corresponden a niños y niñas entre 0 y 14 años 11 meses; 1.080 son adolescentes entre 15 y 19 años 11 meses; 8.543 corresponden a adultos de 20 a 64 años de edad; mientras que 1.582 tienen más de 65 años de edad (documento interno de Cesfam, proyección de atención 2017).

La Red de Protección Social, creada en Catemu a partir de los lineamientos del programa Chile Crece Contigo –programa estatal destinado a la atención integral de la niñez<sup>44</sup>–, tiene su origen en el rediseño que el equipo profesional realizó a nivel local de esta política, ya que en sus planteamientos originales contemplaba que profesionales que coordinan diferentes programas sociales gestionaran las labores de sus equipos profesionales para que confluyeran en el trabajo integral en torno al desarrollo de la infancia. Así, cada persona encargada de la coordinación de un programa en particular aportaría a la conformación de lo que finalmente sería una red de trabajo intersectorial de profesionales, que desde diferentes frentes abordan el trabajo con las infancias. Sin embargo, en el caso de las localidades rurales, las responsabilidades de coordinación de los diversos programas emanados desde las políticas sociales recaen en una o dos personas, quienes forman parte de los servicios locales preexistentes en tales comunas. Conforme a los lineamientos originales del programa Chile Crece Contigo, pensado sobre la base de zonas urbanas del país, la conformación de esta red intersectorial contaría con la participación de entre 10 y 15 profesionales de trabajo social, psicología, educación inicial y enfermería. No obstante, en las realidades rurales la formación de esta red se vuelve inviable, dado que, por la cantidad de habitantes de cada sector, el trabajo de coordinación de varios programas recae en una sola persona. En zonas rurales esta red quedaría conformada por dos o tres profesionales a cargo de todos los programas que los lineamientos de la política definían que debían participar en ella.

A lo anterior se suma que las personas destinatarias del trabajo profesional en el planteamiento original correspondían desde las gestantes hasta los seis años de edad, quienes en las realidades rurales debían viajar largas distancias para recibir las prestaciones profesionales, con altos costos de tiempo y dinero involucrados. Esta situación se ve particularmente agravada en familias cuyos integrantes, por diversas razones, deben acudir recurrentemente a los servicios profesionales que se ofrecen en el centro de la comuna. Por ejemplo, familias integradas por personas en etapa de adultez mayor que requieren controles de salud; infantes que necesitan estimulación precoz y una mujer beneficiaria del programa jefas de hogar que debe acudir a capacitaciones para aumentar sus posibilidades laborales. Este tipo de situaciones, o similares, abundan en las realidades humanas y en casos como estos las familias deben viajar dos o tres veces por semana desde sus localidades al centro de la comuna, invirtiendo en promedio tres horas de viaje y aproximadamente US\$24,97.

Ambas situaciones –la falta de profesionales con la consiguiente recarga laboral y las largas distancias que deben recorrer las personas para acceder a prestaciones– inspiraron a los equipos profesionales de localidades rurales a ampliar el público objetivo del programa Chile Crece Contigo, desde la primera infancia, incluyendo desde los gestantes hasta la adultez mayor, impulsando además la atención integral domiciliaria de todas las personas integrantes de las familias beneficiarias de las prestaciones sociales de todos los programas comunales. De modo que los equipos compuestos por profesionales de trabajo social, psicología, educación inicial, enfermería y kinesiología continuaron otorgando atención en los respectivos centros previamente existentes en las comunas, y comenzaron a desarrollar prestaciones domiciliarias, atendiendo necesidades de manera integral a todas las personas de las familias, independiente-

---

44 Para más detalles ver: <https://www.crececontigo.gob.cl/>.

mente de sus rangos etarios y de su adscripción a un determinado programa.

Nació así la Red de Protección Social, que incluye a profesionales con o sin cargos de coordinación pertenecientes al programa original Chile Crece Contigo; a Jardines infantiles de la Fundación Integra<sup>45</sup>; a establecimientos pertenecientes a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji)<sup>46</sup> y vía transferencia de fondos (bajo administración municipal). También incluye a profesionales de la Escuela de Lenguaje de la localidad; del Centro de Salud Familiar (Cesfam)<sup>47</sup>; de la Oficina de la Mujer; del programa de prevención focalizada, destinado al trabajo con infancias<sup>48</sup>; y del departamento social que se integra a través de programas municipales tales como: Senda Previene<sup>49</sup>, destinado al trabajo en relación con el consumo de drogas y alcohol; Programa Mujeres Jefas de Hogar<sup>50</sup>; Oficina de protección de derechos de los niños niñas y adolescentes; Programa Familias<sup>51</sup> y Vínculos<sup>52</sup>, dirigido a la adultez mayor. A ello se sumaron los centros de salud del área de educación inicial y también de las diversas unidades municipales responsables de servicios, beneficios o programas, todo ello con los mismos recursos estatales asignados particularmente a cada programa, pero ahora aportados al trabajo en red y rendidos por cada programa de modo desagregado.

Dada la diversidad profesional, como de frentes que atender y las múltiples necesidades de las familias rurales, para el logro de un trabajo de intervención social colaborativo e interdisciplinario dotado de mayor integralidad y fluidez, fue necesario perfilar un objetivo común que permitiera el desarrollo y consolidación de la Red y, a su vez, unificar criterios profesionales que potenciaran el desarrollo de un trabajo coordinado. Por tanto, el punto de inicio de esta red de protección social fue el acuerdo de un lenguaje profesional en común, el establecimiento de protocolos y el diseño de un formulario único de derivación y de contra referencia, lo que permitió desburocratizar la remisión de los casos a los diversos programas constituyentes de la red; conocer el tipo de intervención desarrollada, y la prospectiva de cada caso, afianzando el compromiso profesional para agilizar las respuestas hacia usuarios y usuarias. Este espacio también les ha permitido reflexionar, adquirir nuevos conocimientos y delimitar las funciones de cada profesional según los programas de pertenencia, aumentando así la calidad del trabajo desarrollado.

Para llevar a cabo las múltiples funciones asociadas con la intervención social directa; es decir, cara a cara, en sectores rurales, referidas a: la orientación y asistencia social canalizando recursos económicos y materiales hacia las poblaciones más carenciadas de las localidades rurales; la socioeducación y organización comunitaria; la promoción y restitución de derechos de quienes

45 Para más detalles ver: <https://www.integra.cl/nuestros-jardines-infantiles/>.

46 Para más detalles ver: <https://junji.cl/>.

47 Para más detalles ver: <https://redsalud.ssmso.cl/centros-de-salud-familiar-cesfam/>.

48 Para más detalles ver: <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones-Tecnicas-PPF.pdf>.

49 Para más detalles ver: <https://www.senda.gob.cl/prevencion/iniciativas/senda-previene/>

50 Para más detalles ver: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/12885-programa-mujeres-jefas-de-hogar>.

51 Para más detalles ver: <https://www.fosis.gob.cl/es/programas/programa-familias/>.

52 Para más detalles ver: <http://www.senama.gob.cl/vinculos>.

los han visto vulnerados por diversas razones; y la equidad y erradicación de la violencia de género, se aplican diferentes metodologías de trabajo individual, grupal y comunitario, para el trabajo con infancia, mujeres, adultez mayor y migrantes.

Las metodologías y técnicas de intervención social empleadas para desarrollar estos trabajos se han visto impactadas por la presencia del covid-19 en el país (Iturrieta, 2021) y, en particular en las zonas rurales, dada su escasa conectividad a internet y el modo centralista y universalista en cómo se ha seguido diseñando la ejecución de las políticas sociales en tiempos de pandemia, las que están sustentadas en la imagen de personas urbanas, blancas, de habla hispana, de mediana edad y de estratos socioeconómicos bajos. Mientras que las localidades rurales están mayoritariamente conformadas por hombres, mujeres, niñas, niños y personas adultas mayores, quienes viven de su trabajo como asalariados precarizados en faenas de la agroindustria, que cultivan y comercializan a pequeña escala sus propios productos hortofrutícolas y, en el caso de las personas adultas mayores, viven a costa de exiguos montos obtenidos desde sus pensiones de vejez, mientras que las juventudes mayoritariamente trabajan y/o estudian en los centros urbanos más cercanos.

En los últimos años a las comunidades rurales se han agregado poblaciones migrantes haitianas, compuestas por hombres y mujeres de edad mediana que con sus niños y niñas se han incorporado a la vida rural en precarias condiciones de vida y en situación de pobreza; destacando la presencia de familias uniparentales constituidas por una mujer y su descendencia. El diseño de las políticas sociales en Chile no contempla la especificidad de la población migrante en zonas rurales; por tanto, los municipios deben asumir el costo económico y profesional que implican prestaciones tales como ayudas subsidiarias y la asistencia social en contextos de emergencia, como es el caso de la pandemia por covid-19.

## **2. TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA**

Considerando que el territorio no es solamente una construcción sociopolítica y política (Di Méo, 2004; Raffestin, 1986), sino también es un espacio social y relacional que es vivido y percibido en lo cotidiano (Valencia et al., 2021), la presencia del covid-19 ha impactado en las subjetividades con que profesionales del campo de la intervención social directa experimentan sus trabajos y, en ese sentido, han vivido una desterritorialización por no poder acceder de forma tradicional al territorio donde trabajan, como espacio relacional basado en subjetividades y experiencias compartidas.

Dadas las restricciones de desplazamiento y de acceso a los terrenos de intervención, y a las personas que los habitan, quienes laboran en intervención social directa han debido adaptarse a nuevas formas de trabajar y de construir las interrelaciones, lo que implica un proceso de construcciones de nuevas subjetividades para incorporar a la vida cotidiana. Es decir, quienes trabajan en el campo de la intervención social cara a cara con las personas destinatarias de sus trabajos, han vivido procesos de reterritorialización. Ello implica que las subjetividades, tanto de profesionales como de personas destinatarias de sus trabajos, han sido impactadas por las condiciones generadas por la pandemia y han tenido que readaptarse a los territorios simbólica y materialmente modificados.

La llegada del covid-19 a nuestras sociedades ha producido cambios en los énfasis con los que se aborda el trabajo profesional en lo rural. Ello se evidencia en las visitas domiciliarias como una estrategia altamente valorada por las personas destinatarias del trabajo profesional en el contexto prepandemia, y frente a lo cual una trabajadora social se auto cuestiona:

Uno esperaría que se diera más énfasis o que se viera el tiempo. Nosotros tenemos mesas técnicas y todo, pero de lo que más se habla es: ¿usted ha ido a visitar a la familia?, ¿y qué ha pasado con esta familia, que no ha ido a visitarla? (entrevista realizada antes de la pandemia).

Se enfatiza en la visita domiciliaria como aquel dispositivo necesario y, en ocasiones, de mayor significación dentro de la intervención social, situación que cambia durante la pandemia, puesto que el énfasis se traslada a la necesidad de adaptación. Así lo plantea una trabajadora social, quien ha debido desarrollar su trabajo a través de redes sociales, vía comunicación telefónica, o través de las plataformas virtuales que ha debido instalar en su computador personal en su casa:

[...] no podríamos pensar que vamos a quedarnos como estamos no más. Yo creo que efectivamente hay que irse adaptando a estos nuevos cambios, porque yo lo veo, no sé, en los chicos que llegan a ser alumnos en práctica acá o en las chicas, las nuevas contrataciones que ha habido acá en el municipio, que son mujeres súper jóvenes, recién salidas de las casas de estudio, ya sean universidades o institutos, y la verdad es que ellos se manejan súper bien en las redes sociales (entrevista realizada antes de la pandemia).

La pandemia provoca en el ejercicio laboral profesional un punto de inflexión en lo referido a la comunicación, contacto y, por extensión, a lo que es posible realizar durante el proceso de intervención social. Las redes sociales y otros medios digitales de comunicación se presentan como herramientas y, a la vez, como desafíos profesionales, puesto que son asumidos como cambios permanentes a los cuales el ejercicio profesional debe adaptarse; es decir, forman parte del proceso de reterritorialización. Así lo plantea un trabajador social cuando reflexiona sobre la llegada al campo laboral de profesionales jóvenes, recién egresados:

[...] antes, una intervención grupal, uno no se la imaginaba a través de una plataforma Zoom, hoy sí... Un chico<sup>53</sup> que no llegue con ese conocimiento, que también nos ha pasado, obstaculiza... obstaculiza los trabajos acá (entrevista realizada en pandemia).

Dentro de los cambios significativos del trabajo profesional durante la pandemia, también se reconocen beneficios ofrecidos por la tecnología para optimizar las labores. Así lo plantea una trabajadora social:

[...] hoy digitalizamos todos los documentos, en vez de que sea una carpeta impresa [...] de repente tienes que hacer tres veces la misma cosa, hoy la haces una vez [...] te aporta bastan-

te en función de la utilización de tu tiempo (entrevista realizada en pandemia).

De modo que en el contexto generado por la llegada del covid-19, el manejo de conocimientos básicos necesarios para utilizar estas nuevas tecnologías se ha transformado en una herramienta imprescindible para el proceso de reterritorialización del trabajo profesional, por lo que se les reconoce como parte de las habilidades profesionales de quienes se inserten en el futuro en el mundo laboral. No obstante, aun cuando el trabajo profesional durante la pandemia puede ser más efectivo, desde el punto de vista de la inclusión de herramientas que facilitan y agilizan el paso de información ente organismos colaboradores, la generación de confianzas entre profesionales se sitúa como uno de los desafíos de este proceso de reterritorialización. Así se plantea desde el trabajo social, ya que la generación de confianzas interprofesionales, respecto de la oportunidad y pertinencia del trabajo desarrollado con las personas, es un elemento central para desarrollar trabajo en red, pero que se potencia en la relación cara a cara entre profesionales, de allí que se sienta tensionado durante el tiempo de trabajo virtual: “el trabajo colaborativo, donde yo tengo que establecer relaciones de confianza con un *otro*, lo más probable es que en espacios virtuales sea mucho más complejo en general” (entrevista realizada en pandemia). La necesidad de sentir confianza respecto de la calidad del trabajo que desarrollará otro u otra profesional con la persona que se está derivando, es asumida como un elemento central para que el trabajo en red surta los efectos esperados. No obstante, la pandemia ha impedido conocer presencialmente a profesionales que han hecho ingreso reciente a algunas de las organizaciones que conforman esta red.

A su vez el carácter meramente cuantitativo del reporte de los resultados de la ejecución de las políticas sociales, exigido por los organismos centrales diseñadores de políticas sociales, se agudiza en el contexto de pandemia, ya que no se enfoca en el contenido ni en el impacto del trabajo profesional, sino que se centra en dar cuenta de indicadores de cobertura, tales como número de visitas domiciliarias hechas, de personas atendidas, cantidad de talleres desarrollados y de personas que asisten, como también de las sumas totales de los subsidios otorgados, sin indicar cuánto es el monto real que llega a cada familia. Todo ello es asumido desde el trabajo social como parte del manejo político desde las estructuras gubernamentales. Así lo plantea una trabajadora social:

[...] hoy más que nunca lo que importa a quienes definen las políticas son los números, quieren mostrar que llegan a todos lados sin importar tanto lo que uno hace con las personas o lo pertinente que sean las políticas que mandatan (entrevista realizada en pandemia).

En el ámbito de lo rural, la reterritorialización del trabajo profesional —es decir, la adaptación a nuevas formas de trabajar y de construir las interrelaciones y subjetividades a través de la aplicación de tecnologías cuando el trabajo se hace de modo virtual, y bajo la presión de las restricciones sanitarias en el contexto del covid-19 en las instancias de trabajo presencial—, correspondería a un proceso iniciado durante la pandemia que aún se está desarrollando y que continuará evolucionando; por tanto, el progreso de la habilidad profesional de adaptación es central. Así lo plantea una trabajadora social:

Yo creo que el trabajo profesional no se va a mantener como hasta ahora. En el área de las



ciencias sociales no; porque hoy hay muchas cosas que tú puedes resolver a través de los sistemas informáticos; por lo tanto, va a cambiar la forma (entrevista realizada en pandemia).

Las problemáticas sociales que atienden los distintos programas que integran esta red van desde la prevención, reparación y restitución de los derechos vulnerados; la equidad de género; las violencias de género; la salud física y mental; la transferencia monetaria de subsidios y asistencia social; la capacitación para el empleo y la integración formal y cultural de migrantes. En relación con el trabajo con estas problemáticas, y a través de estas investigaciones, es posible sostener que antes de la presencia del covid-19 en las localidades rurales, existía un permanente cuestionamiento profesional en relación con el carácter asistencial del trabajo desarrollado. Así lo plantea una trabajadora social: “Yo creo que nosotros también somos asistencialistas con la gente [...] es la forma de operar y pienso que no está bien” (entrevista realizada antes de la pandemia). La impronta asistencialista del trabajo profesional en lo local es atribuida al modo centralista y universalista en que han sido diseñadas las políticas en Chile por expertos que desconocen la realidad rural. Así lo declara una trabajadora social:

[...] no existe alguien que diga: saben que, miren, conocemos que acá hay dispersión geográfica, ustedes podrían hacer algunas adecuaciones metodológicas, juntar sesiones, ir una vez al mes, o vayan una vez al territorio y junten a todos los de ahí [...] lo que nosotros alegábamos en algún momento dentro del trabajo, es que efectivamente se sectorialice (entrevista realizada antes de la pandemia).

El trabajo profesional prepandemia evidenciaba la desconexión entre la planificación de las políticas y la realidad de las zonas rurales. Tipificaba como un impedimento para el ejercicio profesional que desde las jerarquías se definieran ciertos modos de trabajo que distaban de las posibilidades de acción profesional en terreno. Así lo ilustra un trabajador social: “ahí tú te das cuenta de cómo está centralizado el tema de las políticas públicas y cómo no bajan en sí la intervención, como se debería, al ámbito más territorial” (entrevista realizada antes de la pandemia).

Durante el proceso de reterritorialización del trabajo profesional en el contexto del covid-19, los ejes discursivos profesionales mutaron desde las críticas al centralismo y lo asistencial, hacia la necesidad de comunicación efectiva, reivindicándose lo asistencial como parte relevante del trabajo profesional. Al respecto una trabajadora social opina: “hoy la pandemia ha puesto en el centro lo asistencial y a veces nos cuesta asumirlo, pero hay que reconocer que es parte de nuestra profesión también y en pandemia es absolutamente necesario” (entrevista realizada en pandemia).

La revalorización de lo asistencial se da en un contexto de precarización de la vida producto de la irrupción del covid-19, debido a que según una trabajadora social:

[...] ha disminuido la contratación de la mano de obra, incluso en las labores agrícolas, y eso afecta a la economía familiar. Por tanto, se ha visto el cambio donde muchas acciones que antes implicaban fuentes laborales, hoy se prescinde de esos recursos humanos y afecta, porque la gente puede acceder a empleos menor remunerados (entrevista realizada en pan-

demia).

No obstante, la tensión por la centralidad del trabajo asistencial está presente en los relatos profesionales, así lo declara un trabajador social:

[...] no es solo bonos, no es solo subsidio, tiene que ver con generar condiciones distintas, con entregar herramientas, con enseñar, con traspasar, eso no está dado y las decisiones que se han tomado a nivel gubernamental, hace que las personas tengan un perfil tremendamente asistencialista y que hoy esperen que el Estado les entregue recursos, sin generar cambios importantes de vida que les permitan salir de su situación de vulnerabilidad o pobreza (entrevista realizada en pandemia).

A la par, las necesidades de las comunidades durante la pandemia también forman parte del proceso de reterritorialización del trabajo profesional, porque son cambiantes y, por tanto, exigen la constante formación y adquisición de las habilidades profesionales que permitan adaptarse a ellas. Así lo comparte una trabajadora social: “[...] no podemos quedarnos ajenos, tenemos que ir avanzando. Si nosotros trabajamos con la sociedad, con los problemas sociales [...] hoy los problemas sociales también han cambiado, son distintos” (entrevista realizada en pandemia). Dentro de estos cambios está la comunicación a través de redes sociales, cuyo uso frecuente en zonas rurales se ve potenciado por las condiciones sociosanitarias, posicionándose como un elemento relevante al plantear y repensar las líneas profesionales de intervención con la comunidad y, por tanto, la reterritorialización de las labores profesionales. Al respecto una trabajadora social declara:

[...] yo, que trabajo en una comunidad rural y que también formo parte de una comunidad rural, veo aparatos tecnológicos, veo que ahora toda la gente sabe usar Zoom, sabe usar plataformas digitales de conexión, todos se manejan con redes sociales. Antes eso era impensado en comunidades rurales, ha venido a revolucionar un poco la forma en que se lleva la vida o se llevaba la vida” (entrevista realizada en pandemia).

No obstante, el proceso de reterritorialización del ejercicio profesional está permeado por las contradicciones constantes entre el uso de las tecnologías como herramientas para el desarrollo de la intervención social y las dificultades asociadas con las condiciones propias de las territorialidades rurales. Así lo ha vivido esta trabajadora social:

[...] hay sectores adonde, como son rurales, no llega el internet o llega muy mal [...] yo estoy en el centro de la comuna, y no llega muy bien. Imagínate si nos vamos a los sectores [...] entonces, claro, a veces tienen todo para conectarse, pero es el servicio el que no llega de buena manera (entrevista realizada en pandemia).

Por tanto, las comunicaciones vía WhatsApp y las reuniones entre profesionales a través de diferentes plataformas virtuales –así como la atención individual de personas destinatarias del trabajo, como el trabajo con grupos– también se han visto afectadas por la falta de conectivi-

dad. A su vez, las personas que habitan localidades rurales han vivido dificultades para acceder a algunas de las prestaciones profesionales que requieren una previa inscripción en la ventanilla única para acceder a beneficios y servicios del Estado de Chile, lo que debe realizarse a través de la página web Chile Atiende<sup>54</sup>.

Las dificultades de conectividad se expresan como desigualdad de acceso a la información, por lo que en este proceso de reterritorialización; es decir, de adaptación material y subjetiva del ejercicio profesional, ha debido reeditar acciones propias de la educación popular latinoamericana de las décadas de 1970 y 1980, representando una paradoja de la modernización tecnológica como centro del desarrollo profesional y desafía a las futuras cohortes de profesionales de la era de las comunicaciones a través de redes sociales. Así lo expresa una trabajadora social:

Entonces, claro, ¿quién se informa más? Aquel que tiene el acceso a internet y aquel que maneja las redes sociales [...] entonces, ahí también tuvimos el otro lado, de volver a todo lo análogo; es decir, volvimos a pegar casi papelógrafos la información (entrevista realizada durante la pandemia).

Por tanto, las nuevas demandas profesionales coexisten con las antiguas técnicas de intervención comunitaria.

Durante el contexto pandémico se han presentado rupturas y continuidades asociadas con el teletrabajo, lo que ha implicado nuevas demandas en el proceso de reterritorialización del quehacer profesional, implicando cómo organizacionalmente se han estructurado las maneras de trabajar, debido a que, según esta trabajadora social:

[...] se han dado cuenta de que es más barato tenerte en teletrabajo [...] que para las empresas eso sirve, porque hoy el internet me lo pago yo, el celular me lo tengo que pagar yo, si estoy en mi casa, el agua, la luz, son gastos míos [...] en las comunas rurales fue bien generalizado que uno se tenía que pagar todo, que uno se tuvo que comprar los propios computadores, porque más encima llegaron menos recursos, por el mismo tema del covid (entrevista realizada en pandemia).

Otro de los elementos presentes en el proceso de reterritorialización del trabajo profesional dice relación con la ampliación del empleo de las tecnologías en las prestaciones profesionales, lo que constituiría una sustitución del trabajo profesional por diversas formas de inteligencia artificial. Así lo piensa una trabajadora social: “la mayoría de los servicios no está atendiendo de forma presencial, ha crecido exponencialmente el tema de los bots o de las operadoras (entrevista realizada en pandemia). En el contexto del covid-19 serían, entonces, las diferentes expresiones de este tipo de inteligencia las que estarían determinando, tanto los modos de acceso a las prestaciones como las asignaciones de los beneficios estatales. Según la opinión de un trabajador social: “las postulaciones a bonos, las postulaciones a viviendas, a banco de materiales o para hacer el registro social de hogares, hoy todo eso se puede hacer a través de la web” (entrevista realizada en pandemia). Por tanto, lo que es o no considerado *verdadero*

---

54 Para más detalles ver: <https://www.chileatiende.gob.cl/>.

como requisito para acceder a las diferentes prestaciones sociales no sería una prerrogativa profesional, sino de un algoritmo diseñado para ello. Sobre estas bases es que se plantea, en el futuro, la sustitución de algunas de las actividades profesionales por aplicaciones tecnológicas, como, por ejemplo, la asignación de transferencias monetarias vía subsidios estatales o el otorgamiento de becas y beneficios estudiantiles. Así lo plantea una trabajadora social: “Pero si ese grupo va creciendo (jóvenes). Obviamente tienen otras herramientas tecnológicas, lo más probable es que desaparezcamos o muchas de las acciones que realizamos desaparezcan” (entrevista realizada en pandemia).

Desde otro prisma es posible sostener, a partir de estas investigaciones, que el contexto del teletrabajo ha generado en los contextos rurales situaciones que han debido ser incorporadas a la reterritorialización del trabajo profesional. Es decir, que elementos materiales, como la telefonía, por ejemplo, han permeado tanto las subjetividades, la vida cotidiana, y el modo en como que habitualmente se desarrolla el trabajo profesional: Así lo expresa una trabajadora social:

[...] el teléfono celular que ha sido clave en estos tiempos [...] ayuda mucho al trabajo. Pero el lado malo es que no para nunca, estás pegada al teléfono todo el día [...] no puedes ni comer tranquila [...] menos ver una película [...] suena a cualquier hora en cualquier día, fin de semana, festivos, siempre uno está conectada. Es una tensión que no se termina nunca, porque a veces son cosas que podrían haber esperado, pero otras veces son en verdad urgencias (entrevista realizada en pandemia).

En los contextos rurales el uso del teléfono móvil, la cercanía geográfica del trabajo, la vida privada y las personas destinatarias de las acciones profesionales, finalmente, se vuelven también una fuente de estrés permanente. Así lo ha vivido esta trabajadora social:

[...] uno está ahí en su casita, tratando de descansar y llama el jefe... “oye, pucha, perdona... ¿pero puedes ponerle una firmita a la señora tanto? Es que mañana tiene quien la lleve al hospital regional”. Y uná qué va a hacer... si abre la puerta de la casa para ir a la oficina y ahí está la señora, fuera de tu casa, esperándote... Y atendiste a una persona no hay vuelta atrás... después van llegando más en cualquier horario, en cualquier día... ¿Y una?, reventada en su casa como prolongación de la oficina, híper cansada, con dolores por todos lados, tomando pastillas para todo. Eso, antes del coronavirus, jamás pasaba (entrevista realizada en pandemia).

### **3. RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL**

El desarrollo del trabajo social en tiempos de pandemia y la necesidad de reterritorialización han implicado que los ejes discursivos profesionales muten hacia preocupaciones poco relevadas antes de la presencia del covid-19 en las zonas rurales de Chile. Los énfasis con los que se significa el ejercicio profesional actualmente pueden ser resumidos del siguiente modo:

**Figura 1. Reterritorialización del trabajo profesional rural en pandemia**



Fuente: elaboración propia sobre la base de las investigaciones desarrolladas en pandemia: Estudio internacional sobre la disposición subjetiva al quehacer laboral remoto en tiempos poscovid-19: relevando imaginarios profesionales, financiada por la Agencia Nacional de Investigación de Chile, Programa Fomento a la Vinculación Internacional, FOVI210050 (2021/2022); Nuevas territorialidades del quehacer profesional en tiempo de covid-19: un estudio internacional sobre subjetividades profesionales en intervención social (2021); y de la investigación Repensar la formación de pregrado en ciencias sociales en Chile desde los imaginarios del futuro del trabajo profesional (2021). Ambas fueron financiadas por la Dirección de Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Agradecemos a ambas instituciones por hacer posible la producción de estos conocimientos.

Las improntas profesionales son diferentes conforme los tipos de Estado que rigen en los países. En aquellos de corte liberal las profesiones regulan el mercado y a la vez son reguladas por este, mientras que en los Estados de tendencia bienestarista las profesiones son reguladoras de la ley y a su vez reguladas por ella (Bertilsson, 2003). Por lo tanto, en los distintos tipos de sociedades el entrelazamiento de las profesiones en la urdiembre política de los países es diferente, lo que provoca que en los estados liberales los servicios profesionales sean ofrecidos a través de diferentes mecanismos vinculados con el mercado, en tanto que en el bienestarismo se erige una serie de leyes fundamentales, que ponen a disposición los quehaceres profesionales para el conjunto de las sociedades en que estas profesiones se desarrollan.

Los efectos del liberalismo sobre el ejercicio profesional podrían explicar, en parte, que el uso del teléfono móvil y de las redes sociales se tensionen con la vida privada de quienes han debido desarrollar el trabajo social en tiempos de pandemia en zona rurales en Chile. Pese a las dificultades de conectividad en los contextos rurales, la forma de trabajar empleando tecnologías pareciera ser un cambio que comienza a consolidarse, dado que ello genera mayor accesibilidad de las personas a los servicios profesionales y contribuye a la optimización del tiempo de trabajo. Por tanto, la hibridez entre el desarrollo de instancias de teletrabajo entremezcladas con trabajo presencial pareciera ser uno de los cambios que se avizoran permanentes en el desarrollo del trabajo social rural. Sin embargo, ello genera acceso desigual a la información, dadas las brechas digitales presentes en este tipo de comunidades, lo que agudiza aún más las condiciones de pobreza y vulnerabilidad ya presentes en las zonas rurales de Chile, y exacerbadas por los efectos del covid-19 sobre el empleo y las faenas agropecuarias. Las brechas digitales instan a la revalorización de técnicas tradicionales de educación popular para potenciar la comunicación

efectiva, que es uno de los grandes desafíos del tiempo de pandemia para el trabajo social que se desarrolla en zonas rurales.

El teletrabajo ha puesto en evidencia la necesidad de desarrollar la habilidad de adaptación crítica a los cambios como un elemento central para un adecuado desarrollo del ejercicio disciplinar profesional. Sin embargo, no se trata solo de adaptarse asépticamente a los cambios contextuales, sino que se requiere de habilidades de reflexividad que permitan el desarrollo de un juicio evaluativo dinámico de las situaciones y condiciones de vida de las personas, grupos y comunidades con las que se trabaja y de las determinaciones estructurales siempre presente en las cotidianidades.

El trabajo en tiempos de pandemia requiere un nivel de reflexividad suficiente como para generar pensamientos o ideas contextualmente situadas que permitan innovar las técnicas y estrategias de trabajo profesional, para, por ejemplo, resituar el rol de las visitas domiciliarias en el ejercicio profesional y crear nuevas formas de observación, de producción de conocimientos situados y de reporte. Igualmente, se requiere valorar, en sus aspectos positivos y contraproducentes, las nuevas formas de intervención social que se han gestado en pandemia. En tal sentido, es central el desarrollo de las habilidades para alcanzar un juicio evaluativo dinámico; es decir, la formación de valoraciones contextuales con suficiente plasticidad, como para reaccionar rápidamente frente a las necesidades humanas, con precisión y acorde con los recursos materiales, humanos, económicos, simbólicos y también personales, disponibles en los nuevos contextos que se van generando. El desarrollo durante la formación profesional de este juicio evaluativo dinámico, como una habilidad profesional sustentada en la reflexividad, se constituye en el gran desafío que se impone al trabajo profesional en tiempos de pandemia, y que seguramente permanecerá, dados los dinamismos de las cotidianidades actuales y la irrupción de las tecnologías en el trabajo profesional y en la vida humana. Todo ello además desafía al trabajo social a abrirse para compartir subjetividades, conocimientos y modos de trabajar, con otras disciplinas del saber humano, como el arte, las ciencias de la vida, la arquitectura, las ingenierías, entre otras, lo que es una tarea urgente en el actual contexto de desarrollo de nuestras sociedades.

Igualmente, este juicio evaluativo dinámico, que otorga plasticidad al pensamiento profesional, es necesario para establecer lazos de confianza entre colegas, y con las personas destinatarias del trabajo profesional, ya que ello ha sido en las comunidades rurales habituadas a las relaciones primarias cara a cara, uno de los elementos más dificultosos del ejercicio laboral en tiempos de pandemia, el trabajo remoto resquebraja las confianzas o dificulta su construcción.

Esta habilidad de juicio evaluativo dinámico es también preponderante al momento de situar el rol del asistencialismo en el ejercicio profesional, cuya estigmatización, naturalización o estandarización ha sido demostrada como un retroceso en el quehacer del trabajo social, pero que en pandemia cobra nuevos bríos de pertinencia contextual, dados los aumentos de los niveles de pobreza y vulnerabilidad de la población en general y en particular en las zonas rurales. Igualmente, la habilidad de desarrollar un juicio evaluativo dinámico, basado en evidencia y conocimiento socialmente situados, permite ponderar el surgimiento de nuevos tipos de problemas sociales, o de nuevos ribetes de los ya existentes, tales como: el analfabetismo digital; la falta de conectividad territorial, física y virtual, en las zonas rurales; la sobreexposición profesional en contextos de desastres y en particular en el trabajo en lo rural; todo lo que se incrementa dada la

fragilidad de los vínculos entre las distintas instancias gubernamentales presentes en las zonas rurales, derivadas del centralismo y la consiguiente desconexión entre la planificación de las políticas sociales y el modo como se mandata su ejecución.

En tal sentido, cabe relevar la reflexividad del equipo de profesionales de la Red de Protección social de Catemu, que, luego del desarrollo de un juicio evaluativo dinámico, rediseñó la política social, creando una instancia de trabajo interprofesional efectiva y congruente, tanto con la población destinataria como con las necesidades profesionales. El rediseño de esta política social por parte de estos equipos profesionales ha implicado que las familias, conforme con sus necesidades, puedan recibir las prestaciones profesionales tanto en sus propios domicilios como en los recintos en los que habitualmente se hacía antes de que se rediseñara la política. Ello ha significado que, por ejemplo, una familia que habita una zona alejada del centro de la comuna reciba la visita, en un solo evento, de profesionales del trabajo social, de la salud y educación, logrando trabajar mancomunadamente con todas las personas que la componen y que requieren de sus servicios. Igualmente, el diseño de instrumentos comunes de trabajo, como el formulario de derivación y contrarreferencia, y el desarrollo de un lenguaje en común, ha significado una ostensible baja de los niveles de revictimización secundaria que las personas pueden llegar a vivir, transitando por diferentes tipos de profesionales para recibir las prestaciones que requieren. Igualmente, el trabajo en red ha significado alivio emocional y en cuanto a la carga laboral de quienes la integran, lo que ha sido muy favorecedor en tiempos de pandemia.

Desde otra perspectiva, es posible sostener que la irrupción del covid-19 puso de manifiesto que las diferentes improntas profesionales derivadas del modo de organización de los estados, genera naturalizaciones que deben ser cuidadosamente desmontadas en el futuro del trabajo profesional en sociedades en que la valoración del *ser profesional* está por sobre la realidad de ser parte del sistema de producción de cada nación. Así, esta pandemia ha mostrado una suerte de *abandono profesional* traducida como auto-optimización y automotivación asociada a la necesidad de rendimiento (Han, 2017), donde el cansancio y el estrés no son atendidos como elementos relevantes de la propia vida saludable. De allí que instemos a las nuevas cohortes de profesionales del trabajo social a revisar el concepto de vocación profesional, tensionándolo desde la idea de *llamado* hacia la connotación de vocación política, donde los derechos sociales de las personas destinatarias del trabajo corran a la par con los derechos sociales de quienes ejercen sus profesiones.

Las futuras generaciones del trabajo social tienen además el reto de situar el rol de la inteligencia artificial en su ejercicio laboral, dado que la pandemia ha demostrado cómo hoy algunas las decisiones sobre asignaciones sociales están siendo tomadas por algoritmos diseñados para ello, donde el rol profesional es solo informativo y no deliberativo. De allí que una fuente de análisis y discusión del trabajo social hoy sean las posibilidades de que, algunas de las labores profesionales, sean paulatinamente sustituidas por acciones desarrolladas a través de dispositivos de inteligencia artificial.

## CONCLUSIONES

El futuro del trabajo profesional es un tema que ha venido siendo discutido en las últimas décadas y que en ocasiones ha sido tipificado como un ejercicio de ficción cargado de distopías y retrotopías de influencia hollywoodense; sin embargo, la irrupción del covid-19 en nuestras cotidianidades ha situado el uso de diferentes dispositivos tecnológicos en el centro del ejercicio profesional, tensionando no solo el desarrollo de las labores profesionales, sino además redibujando los ribetes de los problemas sociales, y los modos de enfrentarlos a través del diseño de políticas sociales territorial y culturalmente situadas.

En tal sentido, el ejercicio laboral del trabajo social ha representado un aporte invaluable, tanto en lo paliativo como en lo promocional, para enfrentar la pandemia en lo inmediato, y para continuar con los procesos de trabajo con las personas y comunidades que venían desarrollándose antes de la pandemia, donde la importancia de las habilidades de adaptación crítica y reflexividad como elementos constitutivos del quehacer profesional son ampliamente ejemplificados en la experiencia de trabajo de la Red de Protección Social de Catemu, y exigidos al máximo durante la pandemia.

A la par, la llegada del covid-19 a un país como Chile, tipificado de moderno aun cuando priman características de ruralidad en amplios sectores de su territorio, ha resituado los modos de comunicación y de interrelación humana, desafiando al trabajo social a innovar y mantener parte de lo tradicional de su ejercicio laboral, ya que hoy más que nunca se demanda plasticidad, reflexividad, adaptación crítica y el desarrollo de un juicio evaluativo dinámico, siendo ello parte de los retos que el trabajo social deberá enfrentar hoy y en el futuro próximo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bertilsson, M. (2003). Estado de bienestar, profesiones y ciudadanos. En Sánchez, M.; Carreras, J. y Svensson, L. (2003). *Sociología de las profesiones: pasado, presente y futuro*. Murcia, España: DM.

Corporación Nacional Forestal (Conaf) (marzo de 2020). Revista *Chile Forestal*, (393). Recuperado de: <https://www.conaf.cl/cms/editorweb/chifo/393/48/>.

Di Méo, G. (2004). Composantes spatiales, formes et processus géographiques des identités. *Annales de géographie*, (Nº 638-639), 339-444.

Raffestin, C. (1986). Territorialité: concept ou paradigme de la géographie sociale ? *Geographica Helvetica*, (2), 91-96.

Han, Byung-Chul (2017). *La sociedad del cansancio* (2ª edición ampliada). Barcelona, España: Editorial Herder.

Iturrieta, S. (2021). Un salto a la esperanza en tiempos convulsionados: hacia la inteligencia



pronóstica. *ConCienciaSocial*, 4(8), 48-66.

Valencia-Gálvez, L.; Ruiz-Flores, J., Andrade-Guzmán, C. y Gallardo-Muñoz, S. (2021). Paisaje barrial y hábitat: representaciones en tiempos de incertidumbre. Reflexiones situadas: El Castillo, Chile. *Revista INVI*, 36(101). Recuperado de: <https://bit.ly/3LVmoZG>.

## CAPÍTULO 8

### Los servicios sociales de atención primaria del ayuntamiento de Cerdanyola De Vallés

*Beatriz Ferrera Hermoso*<sup>55</sup>

#### RESUMEN

En este artículo se describe qué son los servicios sociales de atención primaria y cómo funcionan, concretamente los de la población de Cerdanyola del Vallés. Se explica la metodología que se utiliza, los recursos que se aplican y el trabajo en red que se lleva cabo. Se expone cómo estos servicios sociales tienen que reorganizarse para poder cubrir las necesidades de la pandemia por covid-19, cómo se ha vivido el confinamiento, cuáles han sido las dificultades, las problemáticas que han surgido durante la pandemia y de qué manera el servicio se ha ido adaptando a las necesidades, mostrando qué es lo que pasó y cómo se actuó, y las consideraciones después de la pandemia más drástica. Finalmente se hace una reflexión sobre la experiencia vivida, concluyendo con unas aportaciones para futuros/as trabajadores/as sociales, donde se resalta la importancia del trabajo social como principal herramienta de intervención social.

**PALABRAS CLAVE:** Servicios Sociales de Atención Primaria, trabajo social, pandemia, cambios, intervención social

#### INTRODUCCIÓN

Cerdanyola del Vallés es un municipio mediano, situado en el área metropolitana de la ciudad de Barcelona. Actualmente su población se aproxima a 57.855 habitantes. Antiguamente fue un pueblo agrícola, con campos de cultivo y algo de industria, un lugar donde emigrantes del resto de España se afincaron buscando vidas mejores y trabajo. Hoy, aunque todavía existen algunos campos de cultivo, la población no vive de ello.

Es una ciudad muy bien comunicada con la ciudad condal, consta de todos los servicios, prestaciones e infraestructuras, tanto sociales como de educación, de salud, culturales, de-

---

<sup>55</sup> Diplomada en Trabajo Social, posgraduada en Dirección y Gestión de los Servicios Sociales. Practitioner, Máster i Trainer en Programación Neurolingüística. Trabajadora social con 17 años de experiencia en los programas de acogida, personas mayores y actualmente referente del programa de personas con discapacidad. Docente de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona. Correo electrónico: beaferrera@ub.edu.

portivas, etc., para atender a la población. Hay que remarcar que en la ciudad se encuentra la Universidad Autónoma de Barcelona, el Parque Tecnológico y el Sincontró de Alba –estos dos últimos forman parte de la red de parques científicos y tecnológicos de Cataluña–, todas ellas infraestructuras de gran importancia para la economía y desarrollo del municipio.

Si hablamos de las características de la población, lo más significativo es que el 18,93% de esta es mayor de 65 años. Esto se refleja con un colectivo muy activo, que participa en un consejo de las personas mayores en continua comunicación con el ayuntamiento. Otro dato importante es que el índice de personas activas laboralmente es del 44,39% y el sector de mayor ocupación actualmente es el de los servicios. La tasa de paro registral es del 8,68%, y también puede ser interesante saber que es un municipio donde la población extranjera representa el 11,55% de los habitantes.

Cerdanyola es una ciudad con poca complejidad social en lo que respecta a zonas muy deprimidas, situación de extrema pobreza, guetos, etc. Los mayores problemas son la falta de viviendas –tanto sociales como privadas– y el envejecimiento de la población.

Después de esta breve fotografía del municipio y de la población de Cerdanyola, veremos cómo están organizados los servicios sociales del municipio.

## **1. LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CERDANYOLA DEL VALLÉS**

Los Servicios Sociales Básicos de Atención Primaria (Ssbap), en general, son el primer nivel de la atención social en el sistema de servicios sociales público y tienen que garantizar la máxima proximidad a los usuarios y a los ámbitos familiar y social, para que cualquier persona que se encuentre en el territorio pueda ser atendida. Así pues, constituyen la puerta de entrada al sistema público de atención social. Es un servicio que depende de la administración municipal, del ayuntamiento.

Estos servicios son universales, se dirigen a toda la población sin excepción alguna, tienen un carácter polivalente, comunitario y preventivo, con el objetivo de fomentar la autonomía de las personas, familias o comunidad para que vivan dignamente, atendiendo las diferentes situaciones de necesidad, así como las generadas por la situación económica, la dependencia, la discapacidad, la infancia y/o adolescencia en riesgo, etc., todas aquellas situaciones que puedan derivar o se encuentren en riesgo social, marginación o exclusión social. Otro de los objetivos importantes de los Ssbap es dar respuesta a esas necesidades o situaciones en el ámbito propio de convivencia y de relación de los usuarios.

Para poder dar respuesta a las necesidades de la población del municipio, estos se organizan territorialmente (o sea que cada término municipal con más de 20.000 habitantes tiene sus Ssbap que dependen de la administración local, del ayuntamiento de la ciudad) y están dotados de equipos de profesionales multidisciplinares.

En Cerdanyola del Vallés, todo el equipo de Servicios Sociales Básicos (SSB) está ubicado físicamente en una de las zonas más pobladas de la ciudad y en un mismo edificio. La ratio (marcada por la Generalidad de Cataluña) es de 3 trabajadoras sociales y 2 educadoras sociales por cada 15.000 habitantes. Así nosotros/as contamos con un equipo interdisciplinar que de-

pende del propio ayuntamiento, integrado por 11 trabajadores/as sociales (TS) y 4 educadores/as sociales (ES), una coordinadora, la jefa del Departamento de Servicios Sociales, el soporte administrativo y la conserjería.

En Cerdanyola, los servicios sociales internamente están organizados por programas de atención a los diferentes colectivos, con el objetivo de ser especialistas dentro de la generalidad y la polivalencia; esta es una opción que no existe en todos los municipios. Nuestra propuesta es la siguiente:

- El programa de acogida: donde dos profesionales TS acogen a las personas cuando hacen el primer contacto con el servicio, para luego valorar el caso y derivarlo a un programa específico, si es necesario.
- El programa de familia e infancia y adolescencia en riesgo: cuenta con tres TS y tres ES, donde se tratan y trabaja con las familias con menores.
- El programa de adultos: compuesto por una TS y un ES, donde se trabaja con el colectivo de personas adultas de 18 a 65 años que viven solas o en familia, pero sin menores.
- El programa de personas mayores: cuenta con cuatro TS y atiende al colectivo de más de 65 años.
- El programa de personas con discapacidad: cuenta con una TS y atiende aquellos casos o situaciones donde el objeto de trabajo es la discapacidad.

También forman parte de los Servicios Sociales Básicos: el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), el Servicio de Teleasistencia (SAT), los Servicios de Intervención Socio Educativa no residencial para la infancia y la adolescencia y el Transporte Adaptado. Todos ellos externalizados y de los cuales se realiza el seguimiento desde nuestros SSB.

Las funciones que nos corresponden a los Ssbap están determinadas en la Ley 12/2007<sup>56</sup>, del 11 de octubre, de Servicios Sociales. Estas funciones son:

- a. Detectar las situaciones de necesidad personal, familiar y comunitaria en el ámbito territorial.
- b. Informar, orientar y asesorar a las personas en relación con los derechos y los recursos sociales y a las actuaciones sociales de la administración pública a las que pueden acceder.
- c. Valorar y hacer los diagnósticos sociales, socioeducativos y sociolaborales de las situaciones de necesidad social a petición del usuario/a, de su entorno familiar, de convivencia o social u otros ámbitos de Servicios Sociales de Atención Pública, de acuerdo con la legislación de protección de datos.
- d. Proponer, establecer y realizar el seguimiento del Programa Individual de Atención a la Dependencia y de Promoción a la autonomía personal.
- e. Proponer y llevar a cabo las actuaciones preventivas, de tratamiento social o socioeducativas y las intervenciones necesarias en situaciones de necesidad social y realizar la evaluación.

---

56 Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-19189-consolidado.pdf>.

- f. Intervenir en los núcleos familiares o de convivencia en situaciones de riesgo social, especialmente si hay menores.
- g. Impulsar proyectos comunitarios y programas transversales, especialmente cuando el objetivo es la integración y participación social de las personas, familias, unidades de convivencia y grupos en situación de riesgo.
- h. Prestar el servicio de ayuda a domicilio (teleasistencia).
- i. Prestar servicios de intervención socioeducativa no residencial para la infancia y la adolescencia.
- j. Orientar el acceso a los servicios sociales especializados, especialmente los de atención diurna, tecnológica y residencial.
- k. Promover medidas de inserción social, laboral y educativa.
- l. Gestionar prestaciones de urgencia social.
- m. Aplicar los protocolos de prevención y de atención en situaciones de maltrato a personas de los colectivos más vulnerables.
- n. Gestionar la tramitación de las prestaciones económicas de ámbito municipal y comarcal y otras que le sean atribuidas.
- o. Coordinarse con los servicios especializados, con los equipos profesionales de otros sistemas de bienestar social (salud, salud mental, centros educativos, centros de inserción laboral, centro de atención a drogodependencias, centros de atención a la mujer, atención a la vivienda, etc.), entidades del mundo asociativo y con los que actúen en el ámbito de los servicios sociales.
- p. Elaborar informes sobre la situación personal y familiar de personas atendidas por el SSB a petición de jueces y fiscales.

Como hemos visto, las funciones de la intervención social en los Ssbap implican que las entidades locales velen por la dignidad de las personas que viven en el territorio, así como por su bienestar y el respeto por su autonomía e intimidad. Para llevar a cabo las funciones que nos competen, contamos con unos recursos ya establecidos en la cartera de servicios sociales de la Generalidad de Cataluña<sup>57</sup>, donde se concretan los servicios y ayudas sociales, teniendo el encargo de gestionarlas.

Contamos con las ayudas sociales garantizadas, que son aquellas a las que los ciudadanos tienen derecho y la administración local la obligación de prestar al margen de la disponibilidad de los presupuestos. Estos son otorgados de acuerdo con los requisitos establecidos por la normativa o reglamentos vigentes. Estos son: atención, orientación, asesoramiento, intervención profesional desde los Ssbap a través de los/las trabajadores(as) y educadores(as) sociales, el servicio de ayuda a domicilio, el servicio de teleasistencia, el comedor social o alimentación básica, los servicios de acogida residencial por urgencia social o los temporales por exclusión social, los servicios de atención socioeducativa para infancia y juventud, etc.

También con las ayudas sociales no garantizadas por la administración, que se otorgan dependiendo de la disponibilidad de los presupuestos, como sería el transporte adaptado para asistir a centros de atención diurna para personas mayores o personas con discapacidad. Para

---

57 Recuperado de: [https://drets-socials.gencat.cat/ca/ambits\\_tematics/serveis\\_socials/la\\_cartera\\_de\\_serveis\\_socials/acces-a-laplicatiu/](https://drets-socials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/la_cartera_de_serveis_socials/acces-a-laplicatiu/).

ello el equipo de profesionales de los Ssbap de nuestro ayuntamiento contamos con una metodología amplia y diversa. Comentamos algunas de las más importantes, que están presentes en nuestro día a día.

### **1. 1. Metodología de trabajo**

En lo que respecta al trabajo social de atención directa con personas y/o familias, la atención que realizamos es individual, cada TS y/o ES atiende de forma individual (en ocasiones ES y TS en conjunto) a las personas y/o familias. Es ahí donde, con una mirada y escucha holística, entramos a conocer y reconocer sus realidades; y en esa disposición de entender vamos a acompañar a las personas en sus dificultades sociales, emocionales y/o materiales, con el objetivo de que mejores sus situaciones.

Para ello contamos con una de nuestras herramientas más preciadas y presentes en la intervención: la entrevista. La entrevista es el espacio que nos permite situarnos como agentes de acompañamiento al cambio y a la mejora, a través del vínculo, de aquella/s persona/s o familia que vienen a consultar. A partir de la entrevista nos encontramos un proceso metodológico pautado y sistematizado, el cual se basa en la elaboración de hipótesis y del diagnóstico social que nos llevará al plan de atención o intervención social pactada y acordada con la/s persona/s a las cuales estamos atendiendo. Toda la cartera de usuarios esta informatizada, de manera que cada TS tiene una vista con los expedientes que están a su cargo y donde puede registrar toda la información acerca de las entrevistas, hipótesis, diagnóstico, gestiones, plan de intervención, etc., de tal manera que cada expediente que se trabaja quede documentado.

Para dar soporte a este proceso metodológico y a nuestras intervenciones técnicas, contamos con documentos y protocolos elaborados de forma específica en cada centro de SSBAP. Estos establecen las directrices y guía que se deben seguir en las intervenciones sociales que realizamos. Los volvemos a tener en cuenta en las respuestas de nuestra intervención social, las líneas de actuación en diferentes situaciones, como por ejemplo: establecer los límites económicos y situaciones excepcionales cuando se otorga una ayuda económica, como actuar en una situación de urgencia social de maltrato o violencia doméstica, los criterios para poder acceder a un servicio de teleasistencia o al servicio de ayuda a domicilio, etc.

Nuestro servicio está organizado con soporte informático y administrativo. El soporte informático nos permite trabajar con un programa para tener toda la cartera de usuarios registrada, así como todo nuestro trabajo de atención individual y/o familiar del día a día (entrevistas, gestiones, hipótesis, planes de intervención, etc.), de manera que cada expediente que se trabaje quede documentado. El soporte administrativo nos ayuda en todo el proceso burocrático, que se genera en la tramitación, control y programación de nuestro trabajo.

Es muy importante para el desarrollo de nuestro trabajo contar con el resto de agentes sociales que intervienen en la escena de la intervención social: profesionales del TS social de otros departamentos o entidades o profesionales de otras disciplinas. Con estos profesionales trabajamos a través de las coordinaciones, la supervisión de los casos, las reuniones multiprofesionales, visitas y/o entrevistas conjuntas. De esta manera podemos realizar una intervención social consensuada y ampliarla a los entornos de la/s persona/s que atendemos, remando todo/as en el mismo barco y hacia un mismo lugar. Concretaremos este tema cuando hablemos del trabajo

social en red.

En referencia al trabajo social grupal, debo decir que es una propuesta de trabajo muy potente y la alternativa a la atención individual en algunas situaciones, pero en nuestros SSBAP no hemos desarrollado esta metodología. Tiempo atrás se trabajó de manera grupal en las primeras acogidas con personas recién llegadas al municipio y al país, pero no daban el resultado que se esperaba y se dejaron de hacer. Hoy todavía no se ha implantado el trabajo grupal propiamente dicho como parte de la intervención en los Ssbap.

Otras formas de trabajar también presentes en los SSBAP, de forma indirecta, hacen referencia a la atención a colectivos específicos, a través de la elaboración y seguimiento de proyectos sociales para la atención e intervención comunitaria, dando así respuesta a diferentes colectivos. Algunos ejemplos concretos de nuestros SSBAP son: el proyecto de Casa de verano para jóvenes con discapacidad intelectual; el proyecto Vivir en familia, para acompañar a los mayores; el proyecto La noche de ilusión, para que ningún menor de Cerdanyola se quede sin regalos de reyes en navidad; y la atención psicoterapéutica para familias.

A nivel comunitario también contamos con otras fórmulas para dar respuesta a las necesidades sociales del municipio: las subvenciones y convenios con entidades del tercer sector –algunas/os de estos son: el banco de alimentos, las actividades para personas con discapacidad con las entidades que trabajan para el colectivo, las actividades para las personas mayores con las entidades que trabajan para el colectivo, etc.–. Estas subvenciones están vinculadas con las propuestas y los presupuestos municipales.

Una de las propuestas que se está extendiendo cada vez más en nuestros servicios sociales son las licitaciones, procesos administrativos de contratación de servicios externos relevantes, como el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), el transporte adaptado, trabajo social comunitario, recursos de ocio y tiempo libre para infancia y juventud. Los/las TS, conjuntamente con la jefa del departamento, desarrollamos estos proyectos para la contratación de los servicios, teniendo luego el encargo de hacer el seguimiento de los mismos.

Parte de nuestra metodología también son las reuniones de los diferentes programas, las reuniones de equipo técnico, la formación continuada y la participación en la supervisión. Nuestro ámbito profesional es especialmente sensible. Trabajamos con situaciones vulnerables, frágiles, susceptibles a la reflexión ética, dada la incidencia de nuestras intervenciones, en el bienestar y las situaciones vitales de las personas a las que atendemos. Por ese motivo hace falta contemplar, en nuestra metodología, la implicación en los comités y espacios de reflexión ética del TS.

## **1. 2. El trabajo en red**

En nuestro trabajo del día a día tenemos muy presente que no somos un servicio aislado y que, para poder trabajar con las personas y/o familias, necesitamos la colaboración y el trabajo conjunto con otros servicios y sus profesionales, ya que estos forman parte del contexto social de la vida de estas personas y/o familias. Entre otros, con quienes más colaboramos y realizamos un trabajo en red, están: los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), los Servicios de Teleasistencia (SAT), los Centros de Atención Primaria en salud (CAP), los hospitales, las escuelas de primaria e institutos, los centros de atención a la salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), los

Centros de Atención a la Salud Mental (CSMA), los centros de atención precoz (Cdiap), los Equipos de Atención Psicopedagógica (EAP), los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia en riesgo social (EAIA), los juzgados, la Fiscalía, las oficinas de la vivienda, los servicios municipales y otros de inserción laboral, etc.

Gracias a este trabajo en red con los diferentes servicios y ámbitos, que atienden a las personas y/o familias con las que estamos trabajando, podemos contar con un equipo de profesionales multidisciplinar y realizar una intervención más holística y tener una mirada más amplia y compartida en nuestra intervención social. Normalmente este trabajo se realiza a través de reuniones de coordinación presenciales, telefónicas y actualmente hemos incorporado la virtualidad.

## 2. LOS SSAP DE Cerdanyola Durante la Pandemia

Cuando pienso en los cambios producidos desde aquel lunes 9 de marzo de 2020, lo que viene a mi mente es una reunión de equipo técnico que realizamos aquella mañana. El desconcierto se apoderó de nosotros/as, de aquel día y de los siguientes en nuestros servicios sociales básicos. Solo había dos cosas claras: 1. Teníamos que continuar trabajando duramente para hacer frente a lo que no sabíamos qué; y 2. Había que realizar con urgencia una nueva planificación y organización del servicio, teniendo en cuenta que solo un grupo de tres TS/ES realizaría trabajo presencial, junto con la coordinadora y la jefa del departamento, pues al ser un servicio considerado esencial tenía que permanecer abierto y con la posibilidad de atención presencial.

Un hándicap importante fue que nuestra principal herramienta de trabajo, que es la entrevista presencial, no se podía llevar a cabo y no estábamos preparados/as para hacerlas de forma virtual, solo podíamos realizarlas vía telefónica.

A partir de aquí nos reorganizamos en grupos de trabajo presencial y no presencial; o sea, teletrabajando desde casa. Tuvimos la suerte de que el ayuntamiento de Cerdanyola pudo posibilitar esta opción desde el inicio, contábamos con un escritorio remoto virtual y nuestros teléfonos de mesa los podíamos utilizar desde casa.

A medida que fueron pasando los días fuimos considerando lo que estaba pasando y cómo estaba afectando a las personas usuarios/as de nuestros servicios sociales, así pudimos ir introduciendo las medidas y los cambios progresivamente. Los más relevantes fueron:

- La atención a las personas: uno de los cambios más importantes pasó de la atención presencial a la telefónica. Solo se atendían en el servicio de forma presencial o en los domicilios aquellas situaciones de riesgo social –violencia de género, violencia doméstica, maltratos y situación de menores en riesgo, personas con discapacidad o personas mayores en riesgo y personas sin techo–. El resto de situaciones se atendía por teléfono, no teníamos acceso a otros recursos ni herramientas digitales para poder hacerlas de forma virtual.
- El comedor social: ante la imposibilidad de atender de forma presencial a las personas en el comedor, este servicio se reconvirtió en el reparto de menús diarios a las personas que asistían habitualmente. Este servicio tuvo que aumentar la capacidad de atención, hubo



un incremento de las personas usuarias. De unas 35 personas que se atendían antes de la pandemia, se pasó a atender a 165 personas en tiempo de confinamiento. Algunas eran familias de hasta 6 miembros. La explicación de este incremento era que las familias que sostenían sus economías domésticas con ingresos de trabajos en precario o economía sumergida, no podían salir a trabajar y no tenían un sostén de ayudas de la administración para hacer frente a la situación.

- Las ayudas económicas *becas de comedor*: ayuda para pagar el comedor escolar de los niños/as, que se otorgan según el baremo de ingresos económicos de la unidad familiar, se reconvirtieron en tarjetas monedero, tarjetas con el importe que les correspondía a cada menor y que la familia podía disponer de ese dinero para comprar. Estas tarjetas se gestionaron desde nuestros servicios sociales para que llegasen a todas las familias perceptoras.
- El SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio): también sufrió cambios muy importantes y necesarios. Por un lado flexibilizamos los criterios para atender nuevas demandas que surgieron, como: personas confinadas necesitadas de un menú, se les llevaba a través del SAD, personas que no habían tenido nunca el servicio y lo necesitaron a raíz del confinamiento por tener dependencia o una situación de necesidad de soporte urgente; cuidadores y cuidadoras que no podían salir por motivos de contagio de la covid-19 y no podían atender a sus familiares dependientes. El SAD se convirtió en esa mirada que necesitábamos en los domicilios para saber cómo era la situación de las personas con una información de primera mano. El problema fue cuando nos encontrábamos con una persona afectada por covid y las Trabajadoras Familiares (TF) no podían entrar a los domicilios, no podían dar soporte a la dependencia de las personas y los servicios se tenían que realizar desde la puerta de entrada. En contrapartida, muchos de los SAD que se realizaban de forma habitual renunciaron a tener el servicio, por miedo a los contagios. La TF era una persona externa que se relacionaba con otras personas, y el hecho de entrar a muchos domicilios diferentes, para algunas familias fue motivo de anular este soporte, creando así una sobrecarga en las personas cuidadoras.
- Las coordinaciones directas: con las TF aumentaron y se intensificaron, dado que había situaciones muy complejas que lo requerían. Esto fue y sigue siendo fundamental para llegar a las personas y/o familias en situación de vulnerabilidad.
- El trabajo en red: se tuvo que reorganizar e inicialmente las reuniones y coordinaciones se realizaban a través de correo electrónico y teléfono, básicamente. Con el tiempo se empezaron a realizar a través de plataformas digitales. También se intensificó con los compañero/as del ámbito de la salud y la salud mental.
- Circuitos de comunicación: se establecieron nuevos entre los equipos de SSB, para poder agilizar la atención de las urgencias con efectividad. Se creó un grupo de WhatsApp para estar todo el equipo conectado en cualquier momento.
- La atención de situaciones de urgencia y/o riesgo social: a veces fue necesario atenderlas fuera de horario laboral, aun no siendo SSAP un recurso de urgencia, flexibilizamos los horarios y colaboramos atendiendo fuera de nuestra jornada laboral durante la pandemia. Se atendían en coordinación y con el soporte de la jefa del departamento. Un ejemplo de estas situaciones fue una persona que la policía encontró en la calle sin techo

y hubo que hacerle un acompañamiento fuera de la jornada de trabajo, a una pensión; o una mujer que se encontró que no sabía dónde estaba su marido ingresado, ni sabía de su estado de salud y se estuvo coordinando con varios hospitales para poder localizarlo y saber que estaba pasando, para explicárselo a la mujer, quien no tenía soporte de otros familiares.

- Ayuda de alimentos: hubo –todavía existe– un aumento en las ayudas de alimentos frescos y supermercado, a través de un sistema de tarjetas monedero. También aumentaron las derivaciones de usuarios a los bancos de alimentos.
- Residencias para personas mayores y personas con discapacidad: se realizó un trabajo de seguimiento intenso y de soporte en las residencias de personas mayores y de las personas con discapacidad, ante la grave situación de afectación de la enfermedad y de contagios de las personas que vivían en estos establecimientos. Hubo casos de defunción por covid-19 en estos establecimientos y muchas familias sacaron a sus mayores de la residencia y los llevaron a sus domicilios por miedo al contagio. Desde nuestros servicios sociales se reforzó el material EPI de protección y se dio soporte a los profesionales. Se activaron las limpiezas y desinfección de los exteriores de las residencias.
- Soporte terapéutico: se activaron servicios de soporte terapéutico para atender a las personas o familias usuarias de nuestros SSAP, para tratar las consecuencias del confinamiento del covid-19.
- Temas diversos: los temas que no eran covid ni consecuencia del coronavirus, como, por ejemplo, los trámites del Programa Individual de atención de la Dependencia, los ingresos en residencia de mayores o personas con discapacidad, las valoraciones y revisiones del grado de dependencia y de discapacidad o el soporte a los trámites de ayudas económicas u otras de la administración autonómica, etc.; quedaron aplazadas. Los departamentos de la Generalidad con los que nos coordinábamos de forma habitual para atender estas demandas, no existían, se reconvirtieron en atención covid-19, nos quedamos sin referentes para consultar y tramitar expedientes por dependencia, recursos especializados de la administración autonómica para personas con discapacidad y personas mayores. Había mucha desinformación de la administración autonómica y de los compañeros/as que nos coordinábamos habitualmente. Este punto fue muy crítico y difícil, a día de hoy los departamentos referentes para nuestros SSAP ya están funcionando y podemos coordinarnos, pero seguimos sin tener un referente de la tramitación de los expedientes por dependencia.
- Los *recursos residenciales temporales* para personas mayores y personas con discapacidad dejaron de funcionar.
- Los *ingresos residenciales* para personas mayores y para personas con discapacidad se paralizaron.
- Personas sin hogar: no se podían realizar derivaciones de personas sin techo a albergues de Barcelona ni de otros municipios, y Cerdanyola no cuenta con albergues ni recursos para acoger a personas sin techo. Las personas que durante el confinamiento se encontraron sin techo las tuvimos que ubicar en una pensión, hasta que este finalizó y se pudieron trabajar otras alternativas habitacionales.
- Los *servicios de ocio y tiempo libre* para personas con discapacidad se reconvirtieron en

virtuales y de atención puntual, para dar soporte informativo a los familiares, y los servicios para menores de ocio y tiempo libre se suspendieron.

La mayoría de cambios producidos, poco a poco, han ido volviendo a la normalidad. Todavía falta que algunos servicios puedan funcionar sin la presión y el miedo a que la situación de pandemia vuelva a producirse, sobre todo los servicios residenciales y de atención diurna a colectivos vulnerables.

### **2.1. Las problemáticas de las personas**

En tiempo de pandemia surgieron nuevas problemáticas y se acentuaron otras. Cabe decir que algunas de estas aún persisten. Las problemáticas más relevantes:

- El declive de la situación económica de las personas y familias que ya venían de una situación vulnerable. Hubo muchas personas que a raíz del confinamiento no podían salir a la calle a trabajar, hablamos de personas que no tienen contrato de trabajo, que no tienen la situación regularizada en el país que se dedican mayormente a: la construcción, empleadas del hogar, cuidado de personas mayores, recogida de chatarra, etc. Estas personas sufrieron las pérdidas de sus ingresos, degenerando en una precaria situación económica.
- La desatención de las personas con dependencia o discapacidad y la falta de soporte a sus cuidadores/as. Personas con dependencia que vivían solas o acompañadas de otras personas que también tienen dependencia y necesitan los cuidados de una tercera persona sufrieron que los familiares no pudiesen salir a atenderlos, dado que había confinamiento y posibilidad de contagio, o hubo cuidadores que tuvieron la enfermedad. Estos colectivos vulnerables sufrieron una desatención de cuidados y falta de soporte importante, cerraron los centros de atención diurna. Actualmente estas atenciones se han restablecido y normalizado.
- El confinamiento también afectó a la vida cotidiana de las familias, se detectaron problemas en estas por el aumento de estrés en la convivencia, relaciones y dinámicas familiares más tensas, la atención a los menores y adolescentes en situación de confinamiento generó también problemas de consumo de pantallas y dificultades en poner límites. En consecuencia, situaciones de violencia doméstica y violencia género. También en relación con las familias, no podemos olvidar la afectación a nivel de salud mental que generaron las pérdidas de seres queridos y familiares, sin poder acompañarlos/as a la muerte y sin poder despedirse.

Visto en retrospectiva, pienso que como equipo de SSAP pudimos reaccionar con rapidez a lo más emergente; pero ahora soy más consciente de todas aquellas cosas que no tuvimos en cuenta, que realmente obviamos y eran muy importantes, como la atención a los/las personas usuarias y familias a las que no pudimos llegar o no prestamos tanta atención porque sufrieron más en silencio. Era muy difícil en aquel contexto poder tener una visión panorámica de todo para poder reorganizar el servicio cubriendo todas las necesidades que surgieron. Después del

confinamiento hubo familias que expresaron su malestar, pues se sintieron poco atendidas.

Otra de las grandes dificultades que se dieron en nuestros SSAP fue que debíamos responder y organizarnos según los protocolos del Estado y de la Generalidad, protocolos que eran cambiantes, no teníamos directrices claras que luego nos permitieron dar respuestas, para saber hacia dónde y cómo teníamos que ir. Supongo que la situación ha sido muy difícil para todos los servicios y departamentos de la Administración, abordar una crisis de esa magnitud es muy complicado. Nos tuvimos que ir adaptando las circunstancias.

En definitiva, la dificultad más evidente es la falta de capacidad de actuar de una manera planificada y pensada para determinar las medidas y cambios más ajustados a la situación emergente. Aunque en un primer momento pueda pensar que reaccionamos rápido, mi reflexión es que el *modus operandi* ha sido acción-reacción y esa manera de actuar implica obviar o dejar de hacer cosas importantes.

La situación de pandemia por covid-19 y el confinamiento nos introdujo en un nuevo contexto social, más privativo y duro, sobre todo para aquellas familias y/o personas que tenían o tienen una situación de vulnerabilidad –como situación legal irregular, trabajos en precario, economía sumergida, problemas de dependencia, cuidadores, etc.–. Así se generaron estas nuevas demandas o el incremento de demandas que ya existían y se acentuaron.

Más concretamente, cuando hablo de nuevas demandas me refiero a:

- Dadas las circunstancias de dolor ante la pérdida de seres queridos que habían dejado este mundo solos y sus familiares no pudieron acompañarlos se generaron situaciones emocionales difíciles de contener en servicios sociales. También aquí hablaríamos de la contención emocional de cuidadores/as agotados y superados ante la situación de cierre de los centros de atención diurna para personas mayores, personas con discapacidad y/o centros escolares. Para estas personas, desde la Administración de la Generalidad se abrió un programa de soporte emocional, donde, desde nuestros servicios sociales, hacíamos la derivación y el seguimiento. Hoy este servicio ya no existe.
- Hubo y todavía existe un incremento sustancial de la precariedad económica tanto en personas solas como en familias. Durante la pandemia y el pleno confinamiento se contaba con ayudas del Estado para aquellas personas que podían demostrar que habían estado trabajando y habían dejado de trabajar por los efectos de la pandemia; así pues, las personas que contaban con una situación laboral irregular no entraron en esas ayudas; por lo tanto, no tenían ingresos. Para mitigar esta situación se activaron ayudas en alimentos: kits de alimentación semanales, alimentación fresca, menús diarios o alimentación de los bancos de alimentos, según la situación individual o familiar. Cabe decir que seguimos con un volumen importante de personas y familias en situación económica precaria, quienes requieren de estos recursos.
- Nos encontramos con personas solas y familias sin techo. Cerdanyola no es un municipio grande, hay control de las personas que viven sin techo y en aquellos días nos encontramos con una familia que acababa de llegar y no tenía a dónde ir; también con varias personas solas, quienes estaban durmiendo en sus automóviles o en la calle. El confinamiento los cogió en una situación de desprotección y sin recursos posibles. Desde servicios sociales se les dio alojamiento durante el confinamiento y luego estas situa-

ciones se trabajaron y se encontraron recursos habitacionales.

- Ante la situación de desconcierto, de falta de información, de agotamiento y necesidad de escucha, se generó la necesidad en muchas personas y familias de atención en nuestros servicios sociales, había que contener, informar, tranquilizar, dar soporte emocional y acompañar al desbordamiento y miedos que provocaron la situación de pandemia y confinamiento del covid-19. Hubo un gran incremento de llamadas diarias atendiendo las situaciones anteriormente descritas y otras situaciones que requerían de una alta contención debido al nivel de angustia, crispación y estrés a raíz de la convivencia continuada en los domicilios, donde a veces se generaban situaciones de violencia.

De las nuevas demandas generadas en la pandemia, desde nuestros servicios sociales observamos que las que se mantienen en el tiempo son las demandas económicas y actualmente las generadas por la pérdida de vivienda, puesto que durante la pandemia no se ejecutaron desahucios y ahora nos encontramos con todos aquellos desahucios que no se ejecutaron, más los actuales que se llevan a cabo.

#### **4. LA REESTRUCTURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

Iniciamos el teletrabajo, algo nuevo para nosotros/as. En un principio, durante el primer mes de pleno confinamiento, solo íbamos a la oficina en equipos de tres personas para atender presencialmente las urgencias, el resto estábamos trabajando en casa. Más tarde hicimos dos grupos *burujas* y nos íbamos turnando para cubrir la presencialidad en semanas de tres días teletrabajando, dos días en la oficina y a la inversa. Este hecho ha tenido consecuencias, cambió nuestra manera de coordinar e introdujo a nuestra metodología las reuniones virtuales.

Se desdibujaron las agendas de programación de entrevistas, al tener tanto volumen de llamadas telefónicas, se incrementaron sustancialmente las atenciones diarias. La sensación era de apagar fuegos constantemente e intentar resolver lo que nos entraba día a día.

La intervención de los/as TS no debería estar sustentada por entrevistas telefónicas, el trabajo con las personas no es el mismo. Esto tiene consecuencias en los resultados de nuestras intervenciones, dificultando la creación del vínculo para poder llegar conjuntamente a una mejora de la situación. Parece ser que el teletrabajo, esa nueva organización y manera de trabajar, que nos vino así de golpe a los servicios sociales, llegó para quedarse.

Inicialmente tenía resistencias hacia esta nueva organización, pero admito y soy consciente de que parte de nuestro trabajo es realizar gestiones, registrar entrevistas, informes y trámites burocráticos y son funciones que no requieren de presencialidad. A lo largo de este año he podido valorar esto como positivo, trabajando en casa estamos menos expuestos a las interferencias e interrupciones.

Así pues, entiendo que el teletrabajo ha sido un descubrimiento positivo, pero siempre y cuando no reste importancia a la presencialidad. En el TS necesitamos encontrarnos con las personas para poder realizar un proceso de acompañamiento hacia la mejora. También encontrarnos con nuestros compañeros/as y compartir el día a día para que nuestro trabajo sea más enriquecedor, incluso seguir realizando visitas o entrevistas conjuntas con compañeros/as de

nuestro servicio u otros centros de atención social.

El teletrabajo nunca puede ser un modelo único en TS, ya que la base de nuestra labor es la creación del vínculo para poder acompañar más allá de las palabras, para generar espacios de posibilidades y cambio, saliéndonos de la mera gestión de recursos. La opción mixta, que mantenemos hoy, creo que es una buena opción.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de pasar por una experiencia de la magnitud del covid-19 creo que el trabajo social cada vez más debería poder adaptarse a los nuevos y cambiantes contextos que puedan acontecer, ya no vale una sola manera de poder llevar nuestra labor adelante.

También hemos podido comprobar que un servicio social de atención individual y/o familiar no debería ser la única opción de trabajo en SSAP. Se necesita una red social. En una crisis como la vivida han aflorado las relaciones vecinales, los grupos de ayuda entre padres/madres de las escuelas, deberíamos ser capaces de invertir tiempo en implantar proyectos para fomentar esos grupos de redes sociales informales.

Así pues, uno de los retos importantes que creo que debemos abordar y repensar es cómo podemos organizar un servicio social de atención primaria, que este cerca de la ciudadanía y la pueda acompañar sin depender del contexto social en el que vivamos, como podemos tener una visión y realizar un trabajo más holístico, como vamos a hacer para combinar esa flexibilidad en nuestro hacer con una estructura sólida y unos protocolos de actuación cada vez más rígidos. Cómo hacer para tener espacios compartidos y de reflexión con otros profesionales para poder establecer líneas de intervención conjuntas dónde los/las usuarias de SSB no sean un expediente, sean personas con nombre y apellidos, con situaciones diversas y necesidades diferentes.

Cómo vamos a hacer para no caer en una burocratización del sistema de servicios sociales, alejándonos cada vez más de las personas y poniendo entre el/la usuaria y el/la TS más distancia (teléfonos, videollamadas, etc.). La digitalización de la relación asistencial también digitaliza nuestra labor y nuestra manera de hacer, hay que ser conscientes para no perder el verdadero cometido que nos compete: el acompañamiento a la mejora de las personas a las que atendemos.

La atención telefónica hace que perdamos valor, las respuestas son rápidas, fomentan la precipitación en las intervenciones, nos llevan a la inmediatez, las personas se convierten en expedientes sin caras, los planes de trabajo en meros pasos para seguir, la burocracia nos absorbe, nos digitalizamos y nos deshumanizamos.

Llevo 17 años trabajando como TS en servicios sociales de atención primaria, y en la docencia cuatro años. Después de este tiempo, donde nos cuesta mucho poder encontrar un espacio para reflexionar, llego a la conclusión de que el/la TS es el principal recurso en la intervención social. Esto es algo que digo a los/las alumnas que tienen que grabar en su piel, eso conlleva que debemos estar preparados/as para poder abrirnos a la escucha del otro/a respetándolo/a, aprender a sostener, a contener, a no precipitarnos en nuestras intervenciones. Para ello nos tenemos que cultivar, que invertir tiempo y esfuerzo en aprender la ciencia del TS y del autocoñocimiento, trabajamos con material muy sensible.

Visto lo ocurrido en estos últimos dos años, pienso que otra de las cosas importantes para tener en cuenta es la flexibilidad y la capacidad de no caer en servicios estáticos, necesitamos estar vivos y dinámicos, al pie de las circunstancias y contextos que acontecen.

Después de esta reflexión, llego a la conclusión de que los retos para el TS en el siglo XXI son: no caer en digitalizarnos más que lo preciso y necesario y que luchemos por una atención presencial, humanizando a las personas a las que atendemos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajuntament de Barcelona (2015). Catàleg de Serveis. Departament Planificació i Processos. Barcelona, España.

Comunidad Autónoma de Cataluña (6 de noviembre de 2007). Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales. DOGC n.º 4990, del 18 de octubre de 2007. BOE, (266). Recuperado de: <https://bit.ly/3E3kAdF>.

Departament de Benestar Socials i Família (2015). Model dels Serveis Socials Bàsics. Recuperado de: <https://bit.ly/3ULwf6L>.

Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2019). Pla Estratègic de Serveis Socials. Generalitat de Catalunya. Barcelona, España. Recuperado de: <https://bit.ly/3BXv2QW>

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2007). Llei 12 / 2007, de l'11 d'octubre de Serveis Socials. Recuperado de: <https://bit.ly/3SJ9pL2> .

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2010). Decret 142 / 2010, d'11 d'octubre on s'aprova la cartera de Serveis Socials 2010-2011. Recuperado de: <https://bit.ly/3E3l8Qr>.





PARTE

**3.**

**LAS PRÁCTICAS  
PROFESIONALES EN  
ESPAÑA Y CHILE EN  
LOS ÁMBITOS DE LA  
INFANCIA Y  
LA FAMILIA**

## CAPÍTULO 9

### Cambios en la intervención disciplinar en infancia. Relevando experiencias de trabajadoras y trabajadores sociales chilenos en el contexto de la pandemia por Covid-19

*Carlos Andrade-Guzmán*<sup>58</sup>

*Katia García-Benítez*<sup>59</sup>

*Javiera Pineda-Reyes*<sup>60</sup>

#### RESUMEN

En el marco de las prestaciones orientadas hacia niños/niñas/adolescentes en Chile, en este capítulo buscamos aproximarnos a los cambios que han debido implementarse por parte de trabajadoras/trabajadores sociales que intervienen en ellas en el contexto sociosanitario marcado por el covid-19. Ello con base en el análisis de entrevistas realizadas a trabajadoras/trabajadores sociales, que en diversos ámbitos de prestación en infancia implementan las políticas de niñez. Algunos resultados muestran que estas/estos profesionales han debido llevar adelante diversos cambios para poder seguir interviniendo, por ejemplo, en términos de metodologías. Asimismo, que intervenir en el contexto de pandemia ha supuesto diversos costos, incluidos de orden familiar, así como también de tipo económico, los que, en ocasiones, han sido asumidos por las/los profesionales. Conclusivamente, abogamos por la necesidad de que trabajadoras/trabajadores sociales en el campo de la niñez en Chile, cuenten con todas las condiciones para

---

<sup>58</sup> Ingeniero y diplomado en Políticas Públicas para la Superación de la Pobreza en América Latina. Magíster en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile. PhD in Social Work por Boston College, Estados Unidos. Y doctor en Trabajo Social y Políticas de Bienestar por la Universidad Alberto Hurtado, Chile. Académico del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Miembro del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Trabajo Social de la Universidad de Chile y del Núcleo de Investigación sobre las Profesiones en las Sociedades Contemporáneas, de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Correo electrónico: carlos.andrade@uchile.cl.

<sup>59</sup> Asistente Social y Licenciada en Trabajo Social, Universidad Tecnológica Metropolitana (Chile). Magíster Interdisciplinario en Intervención Social, Universidad Alberto Hurtado (Chile). Directora del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado (Chile). Correo electrónico: katiagarciabenitez@hotmail.com.

<sup>60</sup> Asistente Social y Licenciada en Trabajo Social, Universidad Tecnológica Metropolitana (Chile). Asistente de Investigación del Estudio: Adaptaciones metodológicas y condiciones de soporte a la intervención en niñez. Experiencias de profesionales de equipos sociales en contexto de pandemia; cuyo financiamiento estuvo a cargo del Departamento de Trabajo Social, Universidad Alberto Hurtado (Chile). Correo electrónico: javiera.pineda.reyes@gmail.com.

poder intervenir, garantizadas, primeramente desde el Estado, en diálogo con su compromiso al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño. De otro modo, existe el riesgo de que la calidad de la intervención dependa de forma importante de los esfuerzos de las/los trabajadoras/trabajadores sociales, lo cual es intolerable desde un enfoque de derechos.

**PALABRAS CLAVES:** Chile, actuación disciplinar de trabajadoras/trabajadores sociales en infancia, cambios en la intervención, intervención en el marco de covid-19

## INTRODUCCIÓN

En términos generales la oferta de programas públicos de infancia en Chile, hasta el año 2021, se ha inscrito en dos grandes áreas. Por un lado, aquellas incorporadas en el subsistema de protección social (general), y, por otro, aquellas inscritas en el sistema de protección especial (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Las primeras corresponden a aquellas tradicionalmente administradas por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y las segundas a aquellas inscritas en lo que ha sido hasta ahora la oferta programática del Servicio Nacional de Menores (Sename), del Ministerio de Justicia<sup>61</sup>. Ello, si bien existen otras reparticiones públicas que desarrollan diversas iniciativas hacia la niñez como, por ejemplo, el propio Ministerio de Educación.

Por su parte, cabe relevar que la sociedad civil desarrolla igualmente diversas iniciativas orientadas hacia la infancia, articulándose con el Estado en algunas; más, en otras, actuando de manera independiente.

En este contexto, en este capítulo nos aproximamos a presentar los cambios que han debido implementarse en la intervención disciplinar en niñez en contexto de pandemia en Chile. Ello, principalmente, a través de organismos ejecutores de la política pública de infancia. Para ello se presentan resultados en este capítulo correspondientes a entrevistas realizadas a seis trabajadoras/trabajadores sociales chilenos durante el periodo 2020-2021 que intervienen en la primera línea en los siguientes ámbitos: promoción (1), protección de derechos (2) y reparación/restitución de derechos vulnerados de niñez (3). Esto, en la región Metropolitana de Chile.

Dentro de este marco cabe relevar que actualmente Chile orienta su actuación en niñez por la Política Nacional de Infancia 2015-2025 (Consejo Nacional de la Infancia - Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 2015), la cual, en diálogo con los compromisos adquiridos por el país en 1990 al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño, se inscribe en un enfoque de derechos.

Cabe señalar que la oferta programática en niñez, para efectos de este trabajo, será entendida del siguiente modo:

- Primero: *promoción*, correspondiendo a aquella área de la oferta de niñez que incorpora tradicionalmente programas orientados a la prevención de vulneraciones de derechos (Rodríguez et al., 2021).
- Segundo: *protección de derechos*, será comprendida como aquella área de la oferta de

<sup>61</sup> A finales de 2021 la provisión en infancia en materia de vulneración de derechos ha comenzado a ser proveída, por el recién creado Servicio Nacional de Protección Especializada de la Niñez y la Adolescencia, en todas las disposiciones distintas a la justicia juvenil, mientras que este último ámbito estará a cargo del futuro Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021).

intervención orientada a niñez que se materializa, por ejemplo, a través de residencias para evitar la repetición de vulneraciones de derechos vividas por niños/niñas/adolescentes.

- Tercero, la *reparación/restitución*, corresponderá a la oferta de programas que se implementan cuando niños, niñas y adolescentes “han sido gravemente vulnerados en sus derechos por causa de cualquier tipo de violencia y también cuando estos han entrado en conflicto con la ley penal” (Rodríguez et al., 2021, p. 23).

Se comprende que estas categorías no son excluyentes, pudiendo, en ocasiones, un mismo programa actuar en más de uno de los niveles señalados.

## 1. PRÁCTICA PROFESIONAL

### 1. 1. Ámbito y contexto

Las actuaciones profesionales de las/los trabajadoras/trabajadores sociales chilenos entrevistados se inscriben en intervenciones con niños/niñas/adolescentes que transitan desde la promoción de derechos (incluido el derecho a la salud mental) hasta la reparación de los mismos, en casos de vulneraciones graves. Algunas/algunos trabajadoras/trabajadores sociales comparten sus experiencias de práctica profesional:

Yo trabajo en el área de protección... en estos modelos de intervención participan niños que han padecido vulneraciones graves y que están en abandono (ámbito protección, TS 1).

Yo trabajo en un programa de reparación de maltrato grave... nosotros trabajamos con todos los niños que han sido vulnerados gravemente en sus derechos y que han sido derivados vía tribunales de familia, por lo tanto, su participación es obligatoria (ámbito reparación, TS 1).

Trabajo en un programa especializado en abuso sexual y maltrato grave (PRM<sup>62</sup>) (ámbito reparación, TS 3)

### 1. 2. Objetivos y población atendida

Los objetivos que se buscan con las intervenciones en niñez son variados. Estos, conforme a los ámbitos de práctica profesional, transitan desde la promoción de los derechos de las infancias, hasta su reparación. En este contexto, la población atendida corresponde, por un lado, a niños/niñas/adolescentes, pero, por otro, a sus redes familiares y/o comunitarias. Este último es el caso de programas de promoción de la salud mental en establecimientos educativos, donde se interviene con escuelas en su conjunto. Una persona que interviene en el ámbito de protección comparte:

Acá llegan niños [con los que] no es posible contar con familias (sea extensa o algún adulto

62 Programa de Reparación de Maltrato, de la oferta del Ministerio de Justicia hasta finales de 2021.

responsable) que quiera asumir sus cuidados, y esa situación es la que yo siento que genera más frustración y daño en los niños, no contar con estos adultos (ámbito protección, TS 1).

### **1. 3. Qué hace el trabajo social en niñez**

Los roles de las/los trabajadoras/trabajadores sociales entrevistados en los programas de infancia son diversos. Por ejemplo, algunas/algunos cumplen el rol de promotoras/promotores de la salud mental en establecimientos educativos. Otras/otros cumplen el rol de contribuir al refuerzo de habilidades marentales y parentales de cuidadoras/cuidadores cuyas/cuyos hijos/hijas han vivido eventuales vulneraciones de derechos. Algunas/algunos entrevistadas/entrevistados comentan:

Yo me desempeño como trabajador social tratante, trabajo directamente con la familia [...] yo debo reforzar, potenciar habilidades parentales, habilidades marentales, con el fin de que esta vulneración no vuelva a ocurrir (ámbito reparación, TS 1).

El programa para el que trabajo es de promoción en salud mental, trabaja con las comunidades educativas [...] se trabaja en promoción y en prevención en salud mental (ámbito promoción, TS 1).

Nosotros hacemos que el trabajador social trabaje más a nivel familiar: mamá, papá, abuelos, tíos, sea quien sea, que conviva y tenga vínculo con la niña (ámbito reparación, TS 1).

### **1. 4. Funciones, metodologías y prestaciones**

Así como con los objetivos de las intervenciones, las labores de las/los trabajadoras/trabajadores sociales entrevistados tienden a ser diversas. Para el caso de las/los participantes en este estudio, sus funciones responden principalmente –aunque no de forma privativa– a la atención directa. Para ello, metodológicamente se apoyan en estrategias tales como consejería, visitas domiciliarias y talleres, entre otras. Igualmente promueven la articulación de la red familiar, comunitaria e institucional, en pos de los objetivos de la intervención. Una persona que interviene en reparación de derechos de la niñez comparte:

[Atendemos en contexto normal] una vez a la semana de manera presencial al niño, niña y adolescente y a su familia... también hacíamos visitas domiciliarias, principalmente las visitas en modo de rescate, cuando no aparecían durante 3 sesiones seguidas. O también en periodo de diagnóstico para cuando había que ver las condiciones de habitabilidad y hacer esa evaluación. A esto también nosotros le sumamos una permanente coordinación con la red; entonces, teníamos reuniones permanentes con el colegio y todo dispositivo en donde la familia estuviese participando. Entonces a veces [...] nosotros también coordinábamos con

el centro de la mujer, con el Cesfam<sup>63</sup>, o los Cosam<sup>64</sup>, que son los centros de salud mental, con colegios, jardín infantil, liceos, si participaban en alguna iglesia también nos contactábamos con esa iglesia. Como PRM, una de nuestras labores es que debemos garantizar la protección de niños/niñas/adolescentes en todo ámbito donde estén participando; entonces, el PRM pasa a monitorear todo el ámbito de la vida del grupo a nivel familiar (ámbito reparación, TS 1).

En torno a las prestaciones, siendo estas diversas, se releva, entre otras, la realización constante de talleres. Una persona comparte:

[Realizamos] talleres de autocuidado, talleres preventivos, talleres de acompañamiento de curso, también se hacen asesorías con los docentes de manera personalizada o grupal, dependiendo de la necesidad que cada establecimiento tenga. Visitas domiciliarias no suelen realizarse, a menos de que no tengamos contacto con la o el adulto responsable de los estudiantes que están para los talleres preventivos; en ese caso, se hacen llamadas telefónicas. Se cita también a los apoderados (ámbito promoción, TS 1).

### 1. 5. Recursos y coordinaciones con trabajo en red

Dentro de los recursos con los que han contado las/los trabajadoras/trabajadores sociales para su intervención en torno a infancias, se releva la infraestructura en términos de espacios de oficinas, incluidos, materiales de operación para, por ejemplo, la realización de actividades como talleres; así como también recursos para sostener económicamente el traslado cuando se debe realizar visitas a terreno. Igualmente, un recurso con el que han contado las/los profesionales, es el apoyo de la red, sea esta, por ejemplo, en la figura de trabajo voluntario. Algunas personas comparten:

En la organización se trabaja mucho con el sistema de voluntariado... los fines de semana acá siempre hay actividades, gente muy comprometida porque esta entidad es antiquísima... lleva muchos años acá en Santiago... todo eso se vio suspendido por la pandemia (ámbito protección, TS 1).

Se trabaja con los equipos directivos, con autocuidados y acompañamientos (ámbito promoción, TS 1).

Igualmente se pone de relieve el contar con equipos interdisciplinarios de intervención, como un recurso para llevar adelante la actuación profesional. Una persona comparte:

[...] contamos con un equipo conformado por psicopedagogas, nutricionistas, un profesor

---

63 Centros de Salud Familiar, que forman parte de la red de atención pública en salud.

64 Los Cosam corresponden a los Centros de Salud Mental. Igualmente forman parte de la red pública de salud.

de educación física. Y todo este equipo tiene que participar en ese plan de intervención y generar estrategias para poder reincorporar al niño a su familia de origen o buscar familia extensa o buscar algún sustituto para que vuelva a tener el derecho de vivir en familia (ámbito protección, TS 1).

## 2. TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA

### 2. 1. Cambios producidos

Los cambios que se han producido en términos de la actuación profesional de las/los trabajadoras/trabajadores sociales en infancia en el contexto de la pandemia, pueden ordenarse en dos ámbitos: por un lado, en torno a objetivos y, por otro, en torno a metodologías. En este sentido, los propósitos de intervención debieron modificarse para ser adecuados al contexto de covid, dándoles prioridad a las necesidades, por ejemplo, económicas, que la crisis sanitaria planteaba. A su vez, los objetivos se vieron modificados en sus tiempos, por señalar algunos cambios. Una persona comparte:

Hubo cambios. Muchos objetivos tuvieron que cambiarse drásticamente en términos temporales. Otros se postergaron, otros se cambiaron y muchos se adecuaron a la pandemia. Por ejemplo, un objetivo a nivel familiar que emergió fue orientar y favorecer la situación económica de la familia. Tuvimos que hacer una intervención más enfocada en poder habilitar a los adultos para poder actualizar su registro social de hogares para que hicieran la postulación al IFE<sup>65</sup> (ámbito reparación, TS 2).

En relación con las metodologías de intervención, estas se vieron modificadas, principalmente, desde la necesidad de adecuar la actuación disciplinar a un marco de virtualidad, así como también debiendo dejar de implementar metodologías usualmente utilizadas previo al contexto de covid. Un/una entrevistado/entrevistada señala:

[Producto de la pandemia, tuvimos que] llevar todas las intervenciones a la virtualidad [...] también eliminar ciertas acciones que se realizaban antes (ámbito promoción, TS 1).

Igualmente, el acompañamiento realizado, por ejemplo, a familias, debió adaptarse a una modalidad telefónica o, en otros casos, a la realización de talleres de manera virtual. Algunas personas comparten:

Hemos tenido que intentar llevar a cabo las mismas intervenciones pero con la ayuda de internet o por contacto telefónico (ámbito reparación, TS 1).

[Tuvimos] que realizar acciones de manera virtual; por ejemplo, los talleres preventivos se

---

65 IFE –Ingreso Familiar de Emergencia– corresponde a un subsidio económico entregado por el Estado de Chile para enfrentar las consecuencias de la pandemia por covid -19.

están desarrollando de manera virtual, los talleres de autocuidado se están realizando de esa manera... las asesorías con los profesores también (ámbito promoción, TS 1).

En términos metodológicos, lo primero que tuvimos que hacer fue cambiar de presencial a remoto, incorporando las llamadas telefónicas, videollamadas, vía Whatsapp, Zoom, Meet lo que tuviéramos disponible (ámbito reparación, TS 2).

Por su parte, el uso de material entregado a través de plataformas informáticas –videos, cápsulas, folletería, entre otros– comenzó a tomar un rol relevante en el contexto de covid-19.

[...] tuvimos que irnos desde la tecnología a un área más educativa, y gran parte del trabajo que hacemos se hace a través de folletería, de videos, trípticos... y que se manda por internet (ámbito reparación, TS 3).

## **2. 2. Problemáticas y dificultades**

Dentro de las problemáticas y dificultades que han enfrentado las/los trabajadoras/trabajadores sociales en niñez en el contexto de pandemia, ha estado, por ejemplo, el que las/los sujetos de intervención no han contado, en ocasiones, con acceso a internet para poder participar de las intervenciones en modalidad remota.

[Implementar virtualmente] ha traído muchas dificultades, porque gran parte de nuestros usuarios no cuenta con internet (ámbito reparación, TS 1).

Igualmente, en algunos casos, la realización de diagnósticos, que previo a la pandemia podían hacerse únicamente con las/los sujetos de intervención en, por ejemplo, espacios cerrados como boxs, en el marco de crisis sanitaria debió realizarse, por ejemplo, en compañía de otras personas que, en algunos casos, les facilitaban el teléfono para poder comunicarse con las/los trabajadoras/trabajadores sociales interventoras/interventores.

Principalmente nuestra dificultad tuvo que ver con el diagnóstico, con los usuarios básicamente... los niños y niñas y adolescentes en donde la primera etapa de vida de ellos es mucho más difícil... o sea ninguna posibilidad [de poder hacer una evaluación en un marco más privado]. Lo que tuvimos que hacer fue videollamadas, primero con autorización del adulto, cuando el niño puede hablar porque si el niño no puede hablar tienes que hacerlo con la mamá y con el niño en brazos y ahí observar la dinámica, el apego y todo lo demás (ámbito protección, TS 2).

Por su parte, en el caso de trabajadoras/trabajadores sociales que intervienen en residencias con niños/niñas/adolescentes, el no poder, por ejemplo, sacarles de dichos espacios, producto de las cuarentenas, supuso poner sobre las/los interventoras/interventores una carga de estrés importante. Una persona menciona:



Entonces claramente, al disminuir cualquier acción que pudiese sacarlos del estado de abandono [por ejemplo, sacar a la calle a niños y niñas de residencias], de estrés, de angustia por no saber, no poder predecir lo que viene, claramente hace que las crisis aumenten. Entonces, en ese contexto, aumentando las crisis, se desgasta a las educadoras de trato directo, de técnicos y es un círculo vicioso que no tienes cómo suplir (ámbito protección, TS 1).

Asimismo, en algunos casos, se puso un estrés adicional en interventoras/interventores, cuando, por ejemplo, contrapartes financieras de programas no comprendían las dificultades que implicaba el cumplimiento de objetivos en el contexto de pandemia.

No se visualizó que los otros objetivos probablemente no podían ser cumplidos en los mismos plazos o de la misma manera (ámbito protección, TS 1).

#### Nuevas demandas

En relación con nuevas demandas, el trabajo en pandemia ha supuesto abordar necesidades vinculadas con la salud mental. Ello tanto en relación con las/los propias/proprios beneficiarias/beneficiarios de la intervención, como en relación con las/los profesionales. Una persona comparte sobre este punto:

Tenemos que hacer un monitoreo y seguimiento de la condición sanitaria. Pero resulta que, al principio, el tema sanitario solamente se veía en la parte física y resulta que después nos dimos cuenta, a poco andar, que lo sanitario también tenía que ver con la salud mental. La salud mental de nuestros usuarios... Como yo te decía, te incorporan más objetivos que están orientados hacia el covid-19 y eso te estresa. Obviamente son importantes, pero tú también estás en una condición de víctima de esta pandemia (ámbito protección, TS 1).

### **2.3. Reestructuración de la intervención**

En términos de reestructuración de la intervención, así como los cambios en metodologías y objetivos, en ocasiones, la duración de las sesiones de trabajo, debieron reducirse, de manera de procurar, por ejemplo, mantener la atención de sujetas/sujetos en torno al trabajo virtual. En esta misma línea, la aplicación de ciertos instrumentos diagnósticos, debió, en algunos casos, dejarse de lado, para reestructurar la intervención a un marco de no presencialidad. Una persona señala:

[Los tiempos de trabajo tuvimos que reestructurarlos]... adecuarlos, reducirlos porque el espacio de contacto no presencial hacía mucho más difícil mantener la concentración y la comunicación, no apoyado por el contacto presencial. Entonces los instrumentos como tales debieron reducirse... tuvimos que recurrir básicamente a test proyectivos, a técnicas narrativas para poder entonces a través de esas técnicas y esos test proyectivos tener una aproximación. Primero renunciamos a la idea de que íbamos a poder tener la información de calidad que pudiéramos tener en un espacio privado (ámbito protección, TS 2).

## 2. 4. Teletrabajo

En términos de implicancias del teletrabajo, de las entrevistas realizadas con trabajadoras/trabajadores sociales, se identifican dos áreas, por un lado, condiciones que han debido implementarse para continuar llevando adelante la intervención disciplinar y, por otro, costos personales.

En este marco, las/los trabajadoras/trabajadores sociales que intervienen en infancia, han debido lidiar, en muchos casos, con la falta de condiciones adecuadas para trabajar. Esto se vincula, por ejemplo, con la necesidad de adaptar espacios para el trabajo profesional que, previo a la pandemia, no necesariamente, se tenían contemplados. Por ejemplo, contar en casa con una silla adecuada, un escritorio, una red de internet, o el silencio necesario para poder desarrollar su labor de forma tranquila, entre otros. Esto se expresa en las siguientes citas:

Al comienzo uno entiende que era difícil [por ejemplo, para el resto de la familia que comparte el hogar] comprender que yo estaba en una actividad laboral, que necesitaba más silencio y había sonidos a mi alrededor (ámbito promoción, TS 1).

[Tuvimos que] habilitar las cosas que teníamos en el programa para que pudieran llevarse a las casas, muchos tenemos las sillas, el escritorio... todas las cosas que teníamos en las oficinas las comenzamos a traer de a poco para trabajar en las casas (ámbito reparación, TS 3).

Bueno necesitamos tener un espacio cómodo para poder trabajar sin interrupción, internet, computador... y principalmente el manejo de las plataformas para poder trabajar en las *plataformas virtuales* (ámbito promoción, TS 1).

En relación con *costos*, estos se han expresado, primero, en gastos de operación antes no considerados, por ejemplo, en el caso de profesionales que, previo a la pandemia, por opción personal, no contaban con planes avanzados de internet o de telefonía. Otros, fueron, por ejemplo, el asumir el aumento del costo de la luz. Esto se advierte a continuación:

[Yo he asumido] de mi bolsillo, el plan de internet... antes yo no usaba plan y tenía solo bolsa [de minutos]. Tuve que arreglar el computador para poder trabajar, aunque no salió de mi bolsillo, la luz sale de mi bolsillo (ámbito reparación, TS 1).

Cabe relevar que, en algunas ocasiones, las organizaciones en donde trabajan las/los profesionales, han apoyado, por ejemplo, con recursos materiales. No obstante, no en todos los casos, estos apoyos se advierten como suficientes.

El primer mes comenzamos a notar el gasto de internet, el gasto de computador, que los computadores no servían y, de a poco, lo que comenzamos a hacer fue exigir a la fundación de la cual somos parte, lo mínimo... nos empezaron a dar un bono. Se demoró pero llegó (ámbito reparación, TS 3).

Nosotros nos habilitamos con los mismos computadores de la oficina, cada uno se llevó su computador a su casa... hubo la libertad de que cada funcionario pudiera solicitar una silla, un computador, una impresora [...] siempre está la disposición a que todo lo necesario, digamos, se equiepe en las casas (ámbito reparación, TS 2).

Una segunda área han sido costos en la salud mental, dado los niveles de estrés que supone intervenir en niñez desde el espacio del hogar. Los siguientes relatos muestran estos elementos:

La salud mental se posterga, muchas veces no alcanzan las lucas... tengo otra compañera con depresión, crisis de pánico en la casa y también está la complejidad de cómo se paga el psiquiatra. La salud mental es fundamental... trabajamos con un nivel de estrés y con una carga emocional que ya era importante antes y, ahora, en este contexto, es mil veces más importante y creo que nos deben otorgar las condiciones mínimas para poder trabajar (ámbito reparación TS 1).

Finalmente, se advierte un tercer ámbito de costos, referido a orden familiar. Una persona señala:

Los [profesionales] que tienen hijos también [asumen el costo de no poder estar con sus hijos, pese a estar en la casa]... en ese caso soy un poco más afortunada [dado que no tengo hijos], porque los niños requieren y tienen otras necesidades y creo que es súper complejo para un niño ver a su papá o a su mamá en la casa pero que en realidad no está (ámbito promoción, TS 1).

### **3. RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL**

#### **3. 1. Reflexiones sobre la disciplina y la práctica**

La actuación disciplinar de trabajo social en infancia en Chile se ha visto fuertemente tensionada. En este contexto, algunas/algunos profesionales, han sentido que la intervención en contexto de pandemia (virtual), no en todos los casos, logra alcanzar una calidad similar a la realizada antes de la crisis sanitaria. Sin ser privativo, ello es especialmente sentido, por ejemplo, en el ámbito de protección en el cual se trabaja, entre otros, con sujetas/sujetos en residencias. Una persona comenta:

En este tiempo, [hubo] equipos estresados porque no veían a sus usuarios y porque sentían que no podían atender con la calidad con que los atendían previamente, y me pidieron empezar a atender todos los días y con protocolo y ha habido muy buena respuesta (ámbito protección, TS 2).

En este sentido, la actuación disciplinar ha encontrado también posibilidades de poder intervenir a través de la virtualidad, por ejemplo, por medio de la realización de talleres con alta

participación a través de plataformas online. Particularmente relevante ha sido en los casos en que, antes de la pandemia, costaba involucrar, por ejemplo, a comunidades escolares y que, producto del alto desgaste ocasionado por la situación sanitaria, ha permitido que estas tengan una mayor motivación a participar, por ejemplo, en actividades de autocuidado. Un/una profesional señala:

Los equipos de gestión de las escuelas han visto cómo ha estado afectada la salud mental y el bienestar psicosocial en los docentes y de ellos mismos como equipos directivos y eso ha permitido que el equipo de intervención se haya podido insertar de una mejor manera en cuanto a los temas de autocuidado, los acompañamientos porque se valora la importancia que tiene en este caso la salud mental, quizás era algo que antes no pasaba o se veía muy lejano (ámbito promoción, TS 1).

### **3. 2. Los cambios que se han consolidado**

A su vez se advierte, desde los relatos de trabajadoras/trabajadores sociales en infancia, que la pandemia ha generado oportunidades de intervención que se proyectan en línea hacia una consolidación en tanto estrategias. Este es el caso del uso de la virtualidad, por ejemplo, para la generación y difusión de materiales, pero también para propiciar la participación en talleres. Una persona menciona:

Lo que llegó para quedarse es toda la línea de trabajo socioeducativo a través de redes sociales y folletería, como el tema del video, del tríptico... lo vamos a seguir haciendo porque es súper beneficioso, es súper interactivo y responde a una demanda que es inmediata, permite la conexión a través de redes y desarrollar el objetivo... y lo otro que también es importante y hay que hacer un estudio ahí, es sobre los talleres, en ese punto ha sido mucho más masivo el taller y a nivel de terapia grupal a nivel virtual, ha sido mejor, mayor adherencia, mayor participación vía remota, entonces yo creo que ese es un punto que nos gustaría, como equipo, poder seguir instalándolo, y poder seguir evaluando y haciéndolo, porque me imagino que tú sabes que los talleres no funcionan porque nadie llega, pero virtual es mucho más masivo y participativo... incluso la gente demanda como: “ya pues, tía, el taller” y los niños, así como: “quiero otro taller”... ese es un punto que yo encuentro, es punto positivo para lo virtual (ámbito reparación, TS 3).

### **3. 3. Competencias profesionales**

En relación con competencias profesionales, la intervención disciplinar en pandemia, ha supuesto que trabajadoras/trabajadores sociales fortalezcan, por un lado, la *adaptabilidad al cambio* y, por otro, el *desarrollo de habilidades tecnológicas*. Se muestra ello en las siguientes citas:

Entonces tienes que cambiar el *switch* y decir: “no, probablemente no estoy trabajando este objetivo, pero estoy trabajando este otro que sí va en pos de la protección, de la restitución de derechos” ... pero eso tienes que sentarte a analizarlo (ámbito protección, TS 1).

[Se debe aprender a] generar estrategias de poder enviar material gráfico, de poder también ayudarlos a ellos [a sujetas/sujetos de intervención] a involucrarse más en la tecnología (ámbito reparación, TS 2).

### **3. 4. Aportaciones y consejos para futuras profesionales**

Se advierte como recomendación, el hecho de que quienes diseñan intervenciones, conozcan las complejidades del trabajo en pandemia y de llevar adelante actuaciones en modalidades, en algunos casos, híbridas. Un/una interventor/interventora señala:

Las personas que van a diseñar intervenciones sociales... que estén o estuvieran involucrados en aquello que están diseñando, porque si no, solo se queda en el papel (ámbito promoción, TS 1)

Asimismo, el que las intervenciones deben ser evaluadas en marcos de flexibilidad, dando reconocimiento a las complejidades y emergencias que se enfrentan durante la actuación profesional:

En cuanto al “cumpliste o no cumpliste”, la intervención no puede ser evaluada así, no puede ser vista así porque nosotros trabajamos con personas, con individuos y con individuos tú tienes micrologros siempre... siempre vas a tener micrologros... sobre todo con los niños (ámbito protección, TS 1).

Igualmente, emerge como recomendación la necesidad de dar espacio importante al cuidado de los equipos que intervienen en la primera línea.

Para los interventores, eso es fundamental, que tengamos espacios de autocuidado, de poder mirar que tener jaqueca todos los días no está bien, y que está muy normalizado (ámbito reparación, TS 1).

### **3. 5. Trabajo social ahora**

La idea de un *trabajo social ahora*, basado en las narrativas de las/los profesionales entrevistadas/entrevistados, reviste a una idea que se encuentra, por mucho, lejos de ser estática en un sentido temporal. El trabajo social en Chile, como en su historia (Vidal, 2015), ha debido lidiar con situaciones complejas (Andrade-Guzmán, 2021; Andrade-Guzmán, 2021a, 2021b), lo cual no es excepción en el marco de la crisis sanitaria por covid-19. En este sentido, la necesidad, por un lado, de flexibilidad en la búsqueda de apuestas de intervención y, por otro, de contar con condiciones dignas de operación, siguen siendo imperativos en el contexto actual. Algunas/ algunos trabajadoras/trabajadores sociales señalan:

Nosotros hemos tenido que reinventarnos, adaptarnos pero de manera muy autónoma... el Estado solamente nos da las directrices, las exigencias; sin embargo, son pocas las instan-

cias para poder problematizar y avanzar a intervenciones de mayor calidad (ámbito reparación, TS 2).

Creo que nos deben otorgar las condiciones mínimas para poder trabajar: internet, teléfono laboral, tener un buen computador, siento que eso es lo básico y siento que se deben tener mayores conversaciones con los equipos (ámbito reparación, TS 1).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La actuación disciplinar de trabajadoras/trabajadores sociales en el campo de la niñez en Chile se ha visto fuertemente afectada por la crisis sanitaria mundial. Pese a ello, aspectos de la intervención de Trabajo Social como, por ejemplo, la necesidad de poder adaptarse a los diversos contextos, así como el poder contar con condiciones adecuadas de operación, permanecerían constantes.

En este contexto, de acuerdo con las entrevistas realizadas, las/los trabajadoras/trabajadores sociales chilenos que intervienen en infancia, están, primero, desplegando importantes esfuerzos por llevar adelante procesos de intervención que apunten a, en algunos casos, la restitución de derechos gravemente vulnerados. En este escenario, buscan que la intervención que se desarrolla en pandemia, logre acercarse a umbrales de calidad como los advertidos previo a la presencia de covid-19.

Vinculado con lo anterior, han debido implementar diversos cambios para poder seguir interviniendo. Ello, no obstante, en muchos casos, a expensas de esfuerzos personales, incluso en la forma de costos económicos. Al respecto, particularmente sensible es el hecho de que la pandemia por covid-19 ha obligado, en ocasiones, a que quienes intervienen en niñez, al hacerlo desde su hogar, deban dejar de atender a las necesidades de sus propias/propios hijas/hijos que también están en el hogar, al estar llevando adelante procesos de intervención con otras/otros niñas/niños/adolescentes. En este escenario, avanzar de forma decidida a que, primero, las jornadas de trabajo se reduzcan, de manera de que trabajadoras/trabajadores sociales puedan contar con espacios de respiro. Segundo, a que las organizaciones aporten con todos los recursos necesarios para que puedan llevar adelante su labor. Tercero, a reforzar de forma drástica las condiciones para el acompañamiento en salud mental de profesionales, incluidos aspectos de licencias (descansos médicos), así como de psicoterapia y medicamentos, en los casos en que se requiera, se vuelve un imperativo ético. En este sentido, esto implica que el Estado dote de todos los recursos económicos necesarios para la intervención en niñez, tal y como ha sido su compromiso al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989). De otro modo, se enfrenta un alto riesgo de que la calidad de la intervención dependa en gran parte de los esfuerzos personales y económicos de las/los profesionales interviniendo, en muchos casos, en situaciones de alta complejidad lo cual es intolerable (Andrade-Guzmán, 2021a), desde un marco de garantías de los derechos de niños/niñas/adolescentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade-Guzmán, C. (2021a). Colaboración en trabajo social e intervenciones en niñez en Chile: tensiones y propuestas en materia de intradisciplina en el trabajo con niños, niñas y adolescentes. En Sandra Iturrieta Olivares (ed.). *Vivir en tiempos convulsionados. Reflexiones sociocríticas para propuestas de intervención social*. Pp. 124-152. Santiago de Chile: Ariadna Ediciones.

Andrade-Guzmán, C. (2021b). Trabajo Social Intradisciplinar en Chile. Evaluaciones realizadas por interventoras (es) en relación con aspectos de colaboración. *Cuadernos de Trabajo Social*, 16(1), 62-85. Recuperado de: <https://bit.ly/3RluVog>

Andrade-Guzmán, C. (2021). Colaboración intradisciplinar en Trabajo Social: explorando el peso explicativo de aspectos institucionales, organizacionales y personales en la colaboración entre profesionales y técnicos en Chile. *Revista Perspectivas: Notas Sobre Intervención y Acción Social*, 199-223. Doi: <https://doi.org/10.29344/07171714.37.2574>.

Consejo Nacional de la Infancia - Ministerio Secretaría General de la Presidencia (2015). Política nacional de niñez y adolescencia 2015-2025. Sistema integral de garantías de derechos de la niñez y adolescencia.

Ministerio de Desarrollo Social (2015). ¿Qué es Chile Crece Contigo? Recuperado de: <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2021). Ley 21.302, que creó el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y modifica normas legales que indica. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154203>

Convención sobre los derechos del Niño (1989). Recuperado de: <https://www.unicef.es/publicacion/convencion-sobre-los-derechos-del-nino-o>.

Rodríguez, J.; Andrade-Guzmán, C., González, A., Mansilla, C. y Zúñiga, I. (2021). *Manual Metodológico. Estimación de la Inversión Pública del Gobierno Central, Gobiernos Regionales y Municipalidades, en Niños, Niñas y Adolescentes*. Recuperado de: <https://bit.ly/3LZtUBe>

Vidal, P. (2015). La educación del trabajo social en Chile: hacia un siglo de historia. *Quadern Del Casal*, 3, 177-192.

# CAPÍTULO 10

Experiencia de trabajo social con familias y comunidades desde la vinculación con el medio de Santiago de Chile durante el período de pandemia por Covid-19

*Julia Cerda Carvajal*<sup>66</sup>

## RESUMEN

Este artículo presenta la experiencia vivida desde el Centro Familia y Comunidad (Cefacom) de la Universidad Tecnológica Metropolitana del Estado de Chile, en trabajo con familias en las comunidades desde 2019, año del denominado estallido social en Chile, y el periodo 2020-2021, tiempo de pandemia por covid-19. Se presenta la universidad y la función de vinculación con el medio, la labor desarrollada por el Centro de Familia y Comunidad (Cefacom), las temáticas abordadas junto a las familias, a partir de servicios de atención especializada.

**PALABRAS CLAVES:** familias, vinculación con el medio, trabajo psicosocial

## 1. LA VINCULACIÓN CON EL MEDIO EN LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA METROPOLITANA DEL ESTADO DE CHILE

La Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM) se fundó, mediante la Ley 19.239 publicada en el Diario Oficial el 30 de agosto de 1993, como una institución de educación superior del Estado, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Su objetivo primordial es la creación, cultivo y transmisión de conocimientos por medio de la investigación básica y aplicada, la docencia, la extensión y la formación académica, científica, profesional y técnica orientada preferentemente al quehacer tecnológico. La universidad es una institución de educación superior del Estado de Chile, acreditada por cuatro años en las áreas de Gestión Institucional, Docencia de Pregrado y Vinculación con el Medio.

La UTEM es integrante del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (Cruch) y del

---

<sup>66</sup> Trabajadora social, graduada en la Universidad de Chile. Estudios doctorales en la Universidad de Granada. Magíster en Ciencias Sociales, postitulada en Estudios Interdisciplinarios de la Familia (Pontificia Universidad Católica de Chile). Académica del Departamento y Escuela de Trabajo Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana del Estado de Chile (UTEM). Directora del Centro de Familia y Comunidad UTEM, Chile. Correo electrónico: jcerda@utem.cl.



Consortio de Universidades del Estado de Chile (Cuech), prestigiosas entidades que agrupan a las casas de educación superior públicas y tradicionales de Chile. Además, es miembro activo de la Unión de Universidades de América Latina y el Caribe (Udual), organismo internacional que busca promover el mejoramiento de sus instituciones asociadas a través del fomento de las relaciones entre universidades de América Latina y de estas con instituciones y organismos culturales internacionales.

La UTEM ofrece un total de 28 carreras de pregrado con ingreso mediante prueba de selección universitaria (actual Prueba de Acceso a la Educación Superior, PAES) en las áreas del conocimiento de Administración y Economía, Diseño y Arquitectura, Construcción, Ciencias e Ingeniería.

Cuenta con tres campus en la región Metropolitana, que suman más de 72 mil metros cuadrados de construcción entre aulas, laboratorios, bibliotecas, casinos y salones para eventos (SIES, 2018). Su matrícula total es de más de 8 mil quinientos estudiantes. Cabe destacar que más 5 mil de ellos estudian con el beneficio de la gratuidad, beneficio que exime a los estudiantes del pago de la matrícula y del arancel por la duración formal de sus carreras, permite financiar la matrícula y el arancel durante el tiempo que dure la carrera al 60% de estudiantes con menores ingresos de la población. El beneficio se otorgará a los y las estudiantes que cumplan con los requisitos y que se matriculen en una de las instituciones adscritas al proceso de gratuidad (Sistema de Información para la Gestión - UTEM 2019).

Su misión es formar personas con altas capacidades académicas y profesionales en el ámbito preferentemente tecnológico, apoyada en la generación, transferencia, aplicación y difusión del conocimiento en las áreas del saber que le son propias, para contribuir al desarrollo sustentable del país y de la sociedad de la que forma parte (Plan de Desarrollo Estratégico UTEM 2016-2020).

Desde su visión, la Universidad Tecnológica Metropolitana será reconocida por la formación de sus egresados, la calidad de su educación continua, por la construcción de capacidades y fortalecimiento de la investigación y creación, innovación y transferencia en algunas áreas del saber, por la equidad social en su acceso, su tolerancia y pluralismo, por su cuerpo académico de excelencia y por una gestión institucional que asegura su sustentabilidad y la implementación de un sistema integral de calidad en todo su quehacer institucional (Plan de Desarrollo Estratégico 2016-2020).

Desde los valores, la Universidad Tecnológica Metropolitana se define como una institución: laica, humanista, pluralista, democrática, tecnológica y comprometida con el desarrollo del país, entendiendo estas características como íntimamente ligadas con la realización de los individuos integrados a un conglomerado con un futuro común (Informe de Autoevaluación Institucional 2016).

La sustentabilidad, la tecnología y la responsabilidad social son los sellos importantes en la formación de sus estudiantes, la UTEM, de acuerdo con su misión y visión, busca que sus egresados y egresadas se formen comprometidos con el desarrollo tecnológico al servicio de un Chile sustentable en lo económico, lo medioambiental y lo social. Bajo los principios de inclusión y equidad, la UTEM ha favorecido desde su fundación el ingreso a sus aulas de las y los jóvenes más vulnerables de la población, constituyéndose en uno de los sellos de la universidad hasta hoy.

La universidad promueve el desarrollo tecnológico tanto en la formación de sus estudiantes como en su labor de vinculación con el medio e investigación, al articularlas con las áreas pertinentes a las tecnologías que Chile necesita.

El modelo educativo de la UTEM asume metodologías de formación centradas en el estudiante, que fomentan su autonomía y su propia responsabilidad en la adquisición de conocimientos, destrezas y actitudes. Los docentes y el ambiente formativo de la institución son responsables de otorgar las herramientas efectivas y de guiar al estudiante para que logre los aprendizajes, dentro de esta filosofía de autonomía y responsabilidad. Por consiguiente, las metodologías de trabajo docente ponen énfasis en la interacción directa profesor-alumno y en la colaboración de los docentes entre sí para asegurar un espacio de aprendizaje consistente y eficaz (Modelo Educativo UTEM, 2012, p. 11).

La estructura universitaria contempla la rectoría y sus unidades, 4 vicerrectorías y 5 facultades. Una de estas vicerrectorías es la de Transferencia Tecnológica y Extensión, encargada del diseño y la administración de los Mecanismos de Gestión y Financiamiento (MGF) de las iniciativas de Vinculación con el Medio de las Unidades Académicas, además de ser el organismo responsable de definir los objetivos y orientaciones institucionales para el área de Vinculación con el Medio, el monitoreo de la gestión y los procesos de gestión de la calidad y mejora continua.

La Universidad Tecnológica Metropolitana reconoce explícitamente, en su Estatuto Orgánico y en su estructura orgánica, que la Vinculación con el Medio es un eje transversal de su quehacer y que es un vehículo facilitador del mejoramiento de su labor académica y de su posicionamiento.

La misión institucional declara que, por medio de su quehacer, debe contribuir al desarrollo sustentable del país y de la sociedad de la que forma parte. El cumplimiento de tales definiciones se expresa en la aplicación de la Política de Vinculación con el Medio y de los objetivos estratégicos y metas establecidos en el Plan de Desarrollo Estratégico 2016-2020. La universidad reconoce y establece vínculos formales con actores relevantes del medio en: investigación aplicada, transferencia tecnológica, cultura de innovación y emprendimiento, retroalimentación a la docencia de pregrado, titulados/as y su medio laboral, extensión académica y artístico cultural, y educación continua.

La vinculación con el medio es una función esencial de las instituciones de educación superior de Chile, expresión sustantiva de responsabilidad social, integrada transversalmente al conjunto de las funciones institucionales. La universidad ha desarrollado un modelo de vinculación con el medio desde varias áreas de gestión y lineamientos estratégicos, aplicado para el conjunto de las acciones de esta naturaleza desarrolladas por la UTEM.

Existe una serie de instancias de Vinculación con el Medio en la universidad, la primera a través de la Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión, que coordina, contribuye, estimula y apoya las actividades que consideren una articulación bidireccional con el medio externo, definida en el Plan de Desarrollo Estratégico. Existen otra serie de instancias un Comité de Vinculación con el Medio, comisiones de Tecnología, Sustentabilidad y Responsabilidad Social, un Consejo Asesor Social - Empresarial.

A nivel de las facultades a través de un Centro de Transferencia Tecnológica y Vinculación, el que desarrolla la planificación, gestión y operación de las actividades de vinculación con el medio, siguiendo las orientaciones definidas en el Plan de Desarrollo Estratégico.

De cada uno de estos centros dependen los programas son acciones disciplinarias, multi-disciplinarias o interdisciplinarias, de mediano plazo, dentro de un área específica del conocimiento. Están dirigidos por un coordinador y la continuidad de estos se evalúa anualmente. Estos programas desarrollan proyectos, que son un conjunto de actividades relacionadas, con duración delimitada y con presupuesto incremental asociado.

La Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social cuenta con varios programas, entre estos un Centro de Cartografía táctil relacionado con la cartografía como disciplina, de un Centro de Desarrollo Social y nuestro Centro de la Familia y la Comunidad, estos dos últimos relacionados con la disciplina de trabajo social.

## **2. CENTRO DE FAMILIA Y COMUNIDAD CEFACOM - UTEM**

El Centro de Familia y Comunidad (Cefacom) es un centro de Vinculación con el Medio de la Universidad Tecnológica Metropolitana de Estado de Chile. Creado en 2006 por profesores, estudiantes y titulados de la carrera de Trabajo Social de la Escuela Dr. Alejandro del Río, primera escuela histórica de Trabajo Social de Latinoamérica.

Es una unidad de Atención Psicosocial a Individuos y Sistemas Familiares, de Investigación, de Apoyo a la Formación de Pre y Pos Grado, y desarrolla Programas de Educación Continua. Depende de la Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social. Sus principales valores dicen relación con la tolerancia, la pluralidad, la interculturalidad, equidad de género y la confidencialidad.

Cefacom se plantea el objetivo rector de colaborar en el desarrollo de acciones que permitan el pleno desarrollo bio-psico-social del Ser Humano en su diversidad y singularidad, fortaleciendo el desarrollo de sus familias, comunidades y organizaciones, promoviendo el desarrollo de su salud, crecimiento de capacidades (personales, familiares, profesionales) y su bienestar subjetivo y colectivo.

Cefacom busca ser un aporte al desarrollo humano y social a nivel local y regional. Como centro de vinculación con el medio, mantiene un flujo profesional de atenciones psicosociales a estudiantes de colegios municipales de Santiago, a estudiantes y familias de la UTEM, así como a otros usuarios que son derivados de organizaciones en convenio.

Cefacom desarrolla variadas asesorías especializadas a organizaciones a través de relaciones bidireccionales de vinculación y colaboración. Trabaja generando procesos de innovación en la metodologías y modelos a través de experiencias de investigación, desarrollo e innovación.

Sus objetivos específicos se relacionan con: fortalecer los procesos de atención psicosocial especializada entregada a usuarias (os) derivadas por organizaciones públicas y privadas en vinculación colaborativa. Desarrollar un programa de asesorías especializadas a organizaciones en vinculación colaborativa desde una perspectiva de investigación, desarrollo e innovación. Explorar capacidades de Cefacom para el desarrollo de actividades de investigación, desarrollo e innovación en las áreas de servicios telemáticos psicosociales en tiempos de pandemia y programas de autocuidado y prevención del desgaste por empatía con equipos profesionales psicosociales que atienden niñez y adolescencia. Desarrollar actividades de transferencia de conocimiento en materia de salud mental en comunidades escolares, autocuidado y salud mental

en instituciones de atención psicosocial, así como en teleconsultas y procesos telemáticos de atención psicosocial.

A cada uno de estos objetivos se asocia una serie de actividades, tales como el fortalecimiento del equipo de trabajo y de redes de colaboración; fortalecimiento de los procesos de atención psicosocial entregadas por servicios de atención especializada; programa de asesorías especializadas; incorporación de teleconsultas y desarrollo de servicios telemáticos en los procesos formativos de estudiantes de Trabajo Social que desarrollan prácticas de familia en innovación para aprender en tiempos de pandemia. Además de talleres y seminarios en transferencia de conocimiento.

Los servicios y asesorías especializadas son solicitados por terceros en función del conocimiento generado y de las capacidades técnicas del equipo a cargo, usualmente para la resolución de un problema concreto o como un mecanismo de reducción de alguna brecha en particular, pero que a la vez presenta un cierto nivel de complejidad que debe ser resuelto a través de investigación, desarrollo e innovación. Se formaliza a través de un contrato específico de trabajo, suscrito entre los interesados (que, en el caso local, sería la universidad y la entidad solicitante).

Los servicios especializados están referidos a procesos de atención psicosocial entregados por el centro, preferentemente realizado desde el modelo sistémico relacional, el cual se caracteriza por su énfasis en la totalidad, en el estudio del individuo con problemas en relación directa con su contexto. La finalidad es liberar a la familia y/o individuo de los problemas que los afectan y comprender el carácter circular y secuencial de los mismos, buscando un cambio en la comprensión del problema, un ensanchamiento de su visión acerca de los mismos.

Los motivos de consulta más frecuentes responden a cuadros de ansiedad, angustia, síntomas depresivos, conductas disruptivas, bajo control de impulsos, estrés, estilos relacionales/vinculaciones familiares complejas, agresivas y violentas, estilos de crianza, crisis familiares, duelos, dificultades de desarrollo de habilidades marentales y parentales, entre otros. También se realiza atención especializada de parejas.

Las consejerías se realizan en los temas de fortalecimiento marental y parental, corresponsabilidad parental, género y violencia hacia la mujer, desarrollo socioemocional.

En el área de asesorías especializadas se trabaja con capacitaciones y/o talleres en materia de salud y educación en habilidades para la vida, habilidades parentales y marentales, enfrentamiento de crisis familiares, violencia y equidad de género, estrategia y herramientas socioemocionales en el ámbito escolar, prevención del suicidio juvenil, mejoramiento de la autoestima, convivencia escolar, *bullying/ciberbullying*, violencia en el pololeo.

Otras asesorías se realizan en apoyos a equipos y duplas de trabajo en áreas de atención de salud mental en áreas de familia y educación en situaciones de desgaste por empatía y en teleasistencia.

El trabajo es desarrollado por un equipo de académico/as y profesionales de Trabajo Social y Psicología, con formación especializada en familia, intervención social y salud mental. Por ser un centro universitario se trabaja junto a estudiantes en prácticas profesionales de la carrera de trabajo social de UTEM y de psicología de otras universidades. También en el equipo se integran estudiantes de la carrera de diseño de la universidad, que participan interdisciplinariamente y apoyan en difusión, comunicación y elaboración de material socioeducativo.

La población atendida en servicios especializados por Cefacom incluye estudiantes y familias, funcionario/as y familias de la universidad, los que son derivados por las direcciones de carrera, profesores o por demanda espontánea, se denominan a estos, consultantes de la comunidad interna. Desde la comunidad externa son atendidas familias derivadas por: oficinas locales de protección de derechos de infancia y adolescencia, tribunales de familias, centros de medidas cautelares, colegios y liceos, centros de salud, organismos no gubernamentales, fundaciones, organizaciones sociales, entre otras.

### **3. TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA**

Cefacom identifica el entorno en condición de crisis social, económica y sanitaria en la que se encuentran las personas, estudiantes, familias, comunidades, que están afectados por las condiciones generales de la pandemia. Se suma a esto que desde octubre de 2019 Chile vivió un fenómeno histórico denominado el estallido social, asociado con percepción de injusticia y desigualdad, situación que reuniría al menos cuatro tipos de crisis, una de participación política, otra de representación, de confianza y de probidad, que combinadas producen la irritación de las, los y les chilenos. Las demandas sociales se manifestaron y abarcaron temas relativos al acceso a la salud, a la reducción de las disparidades de género, el monto insuficiente de los ingresos y el fin del sistema privado de pensiones, entre otros.

Seguido a este estallido, se enfrenta a nivel mundial la pandemia por covid-19. Así Chile enfrentó, en 2020, una de las peores crisis económicas de su historia y la caída del producto debido a la crisis social que se inició en el último trimestre de 2019, lo que continuó con el debilitamiento de la actividad económica en los primeros meses de 2020. El cierre de fronteras, prolongadas cuarentenas y la suspensión de ciertas actividades económicas para controlar el avance de la enfermedad covid-19, entre otros factores, se han traducido en la caída de la demanda interna, un menor nivel de producción y el aumento del desempleo en el país (Cepal, 2020).

Desde los primeros meses del año 2020, el equipo profesional del centro inició una reflexión respecto de cómo enfrentar el trabajo de atención a las familias, las organizaciones y las comunidades con las cuales estaba desarrollando la labor, dadas las largas cuarentenas y períodos de aislamiento social, queda claro que el trabajo debe cambiar a modalidad en línea o virtual.

Para poder entregar la atención a las familias y las personas, el equipo profesional del centro, compuesto por trabajadores/as sociales y psicólogos/as, se capacitó en atención telemática, tomando como marco la experiencia que se venía desarrollando desde 2018 en el país en materia de salud familiar en esta modalidad.

El cambio en esta modalidad de atención a las familias y las personas implicó que los/las profesionales debieron construir una estructura diferente para identificar los recursos propios y flexibilizar y generar nuevos protocolos de atención. Revisar y renovar las fichas de derivación utilizadas, establecer las menores barreras para atención de la demanda que se incrementó y las solicitudes de los colegios, las oficinas municipales de infancia, las oficinas de protección de derecho, provenientes de la comuna de Santiago y otras de la región Metropolitana de Chile.

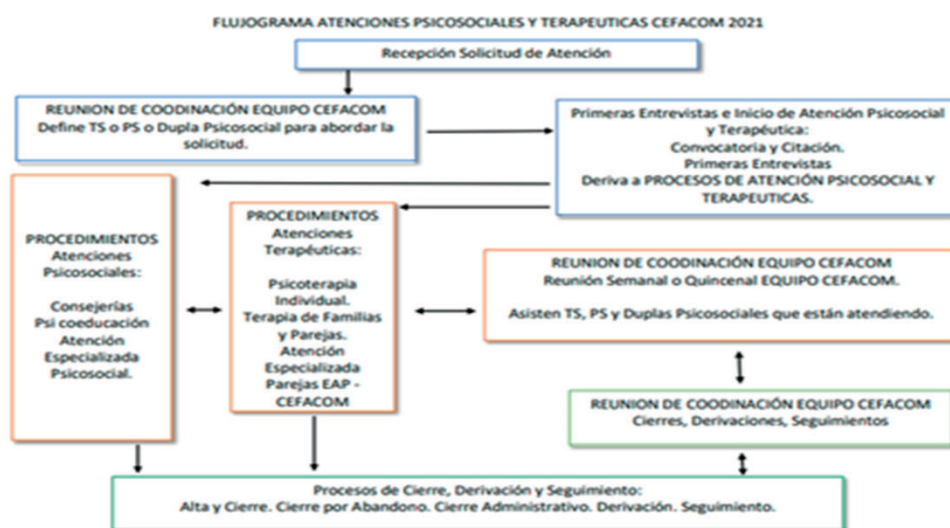
Hasta octubre de 2019 el flujo de atención de las personas y familias implicaba acoger la derivación o la demanda espontánea y agendar una primera entrevista en la oficina del centro,

realizar las entrevistas diagnósticas y programar las sesiones para trabajo de intervención, lo cual fluctuaba dependiendo de cada caso.

A partir de fines del año 2019 y durante 2020 y 2021, el trabajo se telematizó y se debió trabajar con una nueva coordinación asumida por una trabajadora social que colabora en recibir las solicitudes y distribuir los casos a las duplas de trabajo conformadas por profesionales y estudiantes avanzados en práctica.

El flujo de atención se estructura como se muestra en el siguiente gráfico:

**Gráfico 1. Flujograma de atenciones psicosociales y terapéuticas de Cefacom 2021**



Fuente: Cefacom 2021.

Una descripción resumida de las fases de intervención psicosocial refiere a:

### **Fase 1. Ingreso, acogida, motivo consulta, evaluación**

Cefacom cita a /as consultantes que solicitan atención psicológica o psicosocial, ya sean derivados/as o en demanda espontánea. Se recogen datos básicos, motivo de derivación, si es derivado, y quejas del consultante, sea derivado o espontáneo. La primera sesión es altamente significativa para conectarse con el otro, para crear vínculo, ya que al consultante le están pasando cosas, viene con ciertas expectativas. Por esta razón, no es muy importante que la primera sesión tenga tanto un carácter de levantamiento de la información, sino de conectarse con el otro, establecer un punto de encuentro, crear vínculo.

El tema es información versus relación (el genograma en las primeras sesiones más bien tiene la función de proceso de construcción de las relaciones más que una recogida de información). El motivo de consulta va emergiendo de la deconstrucción de la queja del consultante,

relato que trae, y de su motivación que tiene que ver con el *por qué ahora ha decidido consultar*.

Esta fase puede abarcar varias sesiones, dependiendo de diferentes variables (características del/los consultante/s, complejidad del problema, etc.). Se exploran características del contexto que se van manifestando como relevantes en relación con el problema presentado y su evolución en el tiempo. Se indaga acerca de las interacciones familiares y acerca del/los significado/s que el/los consultante/s relacionan con el problema presentado y sus efectos sobre las relaciones familiares y/u otros sistemas de referencia. A través de esta exploración el terapeuta y el/la trabajador/a social logra hacerse una idea tanto del grado de dificultad del/los problema/s como de los recursos y potencialidades del/los consultantes. Es de mencionar que, en esta fase, en ocasiones, ya se va introduciendo elementos de intervención. En lo posible, se intenta trabajar en dupla psicosocial (psicóloga y trabajadora social o estudiante en práctica profesional de Trabajo Social) o en dupla de psicólogas.

Las sesiones durante todo el proceso tienen una duración de aproximada de una hora en la atención individual y en caso de atención familiar oscila entre 1 hora y media hasta 2 horas. 2. Si las problemáticas del/los consultantes no corresponden a las prestaciones que otorga Cefacom, será(n) derivado(s) a las instancias correspondientes.

## **Fase 2. Devolución**

En esta fase, tras la etapa de exploración anterior, el terapeuta hace la devolución de cómo él considera la situación y, con el/los consultantes llegan a una definición compartida de los objetivos que esperan alcanzar. Los objetivos del/los consultantes/s normalmente evolucionan a medida que avanza el proceso terapéutico. En esta fase se aplica el cuestionario Evaluación de Proceso Atención Terapéutica para medir satisfacción de la atención global hasta el momento; según características del caso, se puede aplicar a partir de la cuarta sesión.

## **Fase 3. Intervención**

El terapeuta y el/los consultantes exploran, profundizan y relacionan los temas que han emergido de mayor importancia.

## **Fase 4. Cierre y alta**

Se cierra el proceso terapéutico o atención psicosocial si el/los consultantes/s consideran que pueden enfrentar satisfactoriamente el/los problemas tratados. Se deja abierta, en todo caso, la posibilidad de abrir más adelante un nuevo proceso si ellos consideran que sería beneficioso tratar otros temas no resueltos. Se aplica un cuestionario de resultados para evaluar el éxito de la intervención y cuáles factores influyeron en ello.

## **Fase 5. Seguimiento**

Se realiza a los 4 meses de la última sesión para evaluar estado del consultante. Se cita por:  
a) llamadas telefónicas/celulares b) correo electrónico c) visitas domiciliarias.

En estos procesos de intervención las principales acciones profesionales realizadas consideraron:

- Apoyo familiar.
- Fortalecimiento de recursos personales.
- Potenciamiento de rasgos personales y resignificación del ciclo vital.
- Mejoramiento de pautas negligentes de cuidados de progenitores.
- Fortalecimiento habilidades parentales, marentales, coparentalidad.
- Promoción de desarrollo y crianza nutricia, bien tratante, crianza respetuosa con principal énfasis en abordaje en situación emocional y vincular de niños y niñas.
- Reforzamiento de competencias protectoras (padres-madres).
- Acompañamiento al grupo familiar en contexto sociosanitario.
- Revinculación afectiva familiar.
- Revinculación parento-filial.
- Resguardo de contexto familiar.
- Terapias individuales para adolescentes y adultos.

Durante el trabajo desarrollado por el centro durante estos dos últimos años, también se reflexionó sobre las características de las formas o modelos de intervención. Desde la propuesta de un modelo relacional y ecosistémico se venía avanzando hacia propuestas constructoras, las que adquieren preeminencia a partir de estas nuevas modalidades de atención, en que las fuerzas de las familias se encuentran lesionadas por la pandemia, en tanto enfrentan una situación de crisis que además de ser sanitaria, es social y económica. De allí que se encuentra un especial sentido en considerar:

[...] un conjunto de modelos de intervención social que contribuyan –junto con la persona– a la búsqueda de soluciones a aquellas realidades que le generan el conflicto, a partir de la construcción de las alternativas que se deriven de su propio mundo, socialmente construido e íntimamente conectado con sus diferentes niveles sistémicos (individuo, familia y sociedad) (Gergen, 2006).

Otro aspecto implicado fueron las propias competencias profesionales del equipo, que además de los componentes de perfil disciplinar, conocimientos teóricos, competencias sociales, emocionales, se debieron fortalecer las competencias relativas al manejo de las tecnologías de información y comunicación.

Estas competencias debieron ser reforzadas con autoformación y trabajo compartido, tomando como referencia las experiencias de teleasistencia, entendiendo que es un sistema de comunicación que permite prestar atención a personas en situaciones de crisis y emergencias, que se ha realizado como un servicio preventivo y en servicios a los domicilios de las personas.

Uno de los componentes importantes de la teleasistencia es el objetivo que persigue, mejorar la calidad de vida de los usuarios facilitando el contacto con su entorno social y familiar y asegurando la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas para proporcionar seguridad. La teleasistencia se relaciona con el monitoreo de personas frágiles que ne-



cesitan de apoyo cotidiano y con la activación de alarmas que se encuentran en los domicilios de las personas y conectadas a sus teléfonos móviles. Los servicios a las personas pueden ser a domicilio o desde la unidad de prestación.

La teleasistencia que el centro de familia entrega tiene similares objetivos y el medio se concreta en facilitar contactos desde el equipo profesional a través de comunicaciones multimedias desde el computador o teléfonos móviles con los y las consultantes. El equipo establece comunicación para iniciar el trabajo de atención por situaciones antes descritas. La teleasistencia en general se entregó a través de los teléfonos móviles de las personas o de plataformas digitales o virtuales.

A partir de la experiencia conjunta con las familias, la revisión y cambio de los protocolos y la investigación de manuales y material bibliográfico, acerca de telemedicina y teleasistencia, se creó una Guía de Teleconsulta en tiempos de Pandemia por covid-19, que muestra las definiciones operativas de los tres grandes componentes del Programa Nacional de Telesalud chileno, destacando lo que se plantea en torno al quehacer de nuestras profesiones en cada uno de ellos, conceptos de teleeducación, telemedicina, teleasistencia, factores de teleasistencia, elementos a considerar para realizar la práctica de la intervención telepsicosocial, confidencialidad, protección de datos, herramientas de evaluación, entre otros temas.

En este nuevo escenario mundial, Cefacom ha asumido el desafío de aportar en esta línea actual de desarrollo profesional, o que implicó, en primera instancia un proceso de aprendizaje y formación, para resolver con ello, las debilidades que esta nueva forma de trabajo nos ha presentado, como el no estar en encuentro cara a cara con las personas consultantes. A partir de reflexiones y desarrollo de experiencias, logramos ofrecer a nuestra comunidad profesional y disciplinaria, así como a todas aquellas disciplinas que trabajan en dispositivos psicosociales de atención, una Guía de Teleconsulta en Tiempos de Covid-19, esperando que, como recurso de apoyo profesional, facilite el aprendizaje y desarrollo en otras organizaciones de las redes con que Cefacom trabaja.

### Imagen 1. Portada de Guía de Teleconsulta Cefacom 2021



Fuente: Cefacom, 2021.

Cuando nos focalizamos en las áreas y procesos en los que actúan Trabajadoras(es) Sociales, así como psicólogas(os), es importante desde nuestra perspectiva, fortalecer el desarrollo de este tipo de atenciones profesionales telemáticas, las que sin duda son un espacio nuevo para trabajar en pos de mejorar y acercar nuestros servicios y atenciones profesionales a quienes lo requieren y solicitan, sin perder de vista, que estos medios y formas de relación entre los seres humanos se ha instalado en el cotidiano de nuestra vida profesional.

La visión de la vinculación con el medio de la universidad apoya el fortalecimiento de redes de colaboración para que se realice un trabajo con entidades interesadas en desarrollar y formalizar el desarrollo tecnológico y/o la innovación, que en áreas de lo social alude a un trabajo en pro del mejoramiento del desarrollo social y humano, entendido tal como Sen (2000) define el desarrollo, el cual es “[...]un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutan los individuos”, donde “la libertad real [...] está representada por la capacidad de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos” (Sen, 1992, p. 81).

Así, el Cefacom debió trazar rápidamente líneas de acción en temáticas que emergieron con fuerza y que activaron fuertemente las redes territoriales, tales como Red de Infancia y Adolescencia de Santiago, Red de Género de Santiago, Red Colaborativa de Apoyo a Niñez temprana, en las que activamente participa el centro y las principales temáticas fueron:

- Entrega de formación en materia de habilidades parentales y desarrollo emocional a equipos y duplas especializadas en atención psicosocial a población escolar básica.

- Prevención de violencia contra las mujeres en trabajo en red territorial y profesional en asociatividad con centros de salud, centro de la mujer, Programa de atención a víctimas, Organismos no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.
- Prevención, atención y protección en materia de infancia y juventud en comuna de Salud. Clínica de casos.
- Socioeducación a través de material gráfico en redes sociales para prevención en materia de habilidades parentales, resiliencia familiar y comunitaria. Pandemia y crisis.
- Prevención en Niñez temprana y maternidad en trabajo colaborativo en red, atención en crisis, alimentos, asesorías, acompañamiento, atención psicosocial.
- Formación en educación continua a 150 profesionales en materia de infancia, familia, juventud, derechos, garantías, mediación familiar y salud.
- Supervisión por parte del equipo del Centro, a estudiantes en práctica de las carreras de Trabajo Social, Diseño en Comunicación Social, Ingeniería en Informática, Ingeniería Industrial de la UTEM y de Psicología, quienes participan en atención individual, familiar, talleres entregados a comunidades, participación en actividades de las redes, locales, territoriales. Además, se integran en investigaciones y sistematizaciones de la práctica.

Se espera que esta reseña o sistematización de acciones en estado de emergencia y pandemia pueda aportar a una reflexión acerca de las nuevas formas de vinculación que además de poner a prueba a equipos profesionales y las familias con las que se trabaja, logra que se vislumbren distintas formas y canales de trabajo que si bien ofrecen dificultades para quienes están en la interacción y generan perplejidades, se pueden lograr reflexiones para entender cómo se enfrentan cambios sociales para continuar conformando el vínculo profesional desde el trabajo social que está habitualmente tensionado, pero que en vistas a dar atención seria a las personas y familias supera las propias limitaciones de su propio devenir.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bruno, F.; Acevedo, J., Castro, L. y Garza, R. (2018). El construccionismo social desde el trabajo social: modelando la intervención social construccionista. *Margen 91*. México: Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Trabajo Social, Cuerpo Académico de Estudios sobre Grupos Vulnerables.

Centro Familia y Comunidad (Cefacom) (2021). *Guía de Teleconsulta en tiempos de pandemia covid-19*. Santiago de Chile: Editorial UTEM (Universidad Tecnológica Metropolitana del Estado de Chile).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2020). Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://bit.ly/3BWrtL6>

Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) (2020). Violencia contra la niñez y adolescencia en Chile. Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas. Recuperado de:

<https://uni.cf/3yoWjRs>

Gergen, K. (2006). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. España: Paidós Ibérica.

Martínez Dimas, A. (2021). TELEASISTENCIA: ¿Qué es? ¿En qué consiste? ¿Cómo contratarlo? España: Fundación Alzheimer. Recuperado de: <https://bit.ly/2UjuNYF>

Millán-Franco, M. (2020). Trabajo social y covid-19. Un análisis de las consecuencias sociales y sus implicaciones para la intervención social con colectivos vulnerables. Congreso internacional virtual sobre covid-19. Consecuencias psicológicas, sociales, políticas y económicas. Recuperado de: <https://bit.ly/3rhfhQ1>

Ministerio de Salud de Chile (2001). Programa de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile. Recuperado de: <https://bit.ly/3ClyZRC>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile (2017). Encuesta Longitudinal de Infancia. Recuperado de: <https://bit.ly/3SFMGQ7>

Morales Quiroga, M. (2020). Estallido social en Chile 2019: participación, representación, confianza institucional y escándalos públicos. *Análisis Político*, 33(98), 3-25. Recuperado de: <https://doi.org/10.15446/anpol.v33n98.89407>.

Sen Amartya (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, 55, 14-20. México: Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales Distrito Federal.

Universidad Tecnológica Metropolitana (2016). Plan de Desarrollo Estratégico 2016-2020. Santiago de Chile. Recuperado de: [https://dgai.utem.cl/documento\\_dgai/pde-2016-2020/](https://dgai.utem.cl/documento_dgai/pde-2016-2020/).

Universidad Tecnológica Metropolitana (2016). Informe de Autoevaluación Institucional. Recuperado de: <https://bit.ly/3fhVo8H>

Universidad Tecnológica Metropolitana (2012). Modelo Educativo. Recuperado de: <https://www.utem.cl/universidad/calidad/modelo-educativo-utem/>.



# CAPÍTULO 11

## Trabajo social e infancia en riesgo

*Julio Cirbian*<sup>67</sup>

*Anna Arumi*<sup>68</sup>

*Esther Delgado*<sup>69</sup>

### RESUMEN

El trabajo social siempre ha tenido una estrecha vinculación con la infancia vulnerable o en riesgo de exclusión social, trabajando para su promoción, promoviendo un entorno protector, formando parte de un sistema que sea protector. En este capítulo nos situamos desde el sistema de protección de la infancia en Cataluña y en cómo nos hemos adaptado a esta práctica en tiempos de pandemia con la llegada del covid-19, así como los retos que se nos plantean.

**PALABRAS CLAVE:** infancia, protección, derechos de la infancia, pandemia, retos

---

<sup>67</sup> Trabajador social y educador social. Máster en Intervenciones Sociales y Educativas (Universidad de Barcelona). Técnico en infancia en riesgo desde 2005, con experiencia en recursos residenciales de protección, educación en el medio abierto, Servicios Sociales Básicos y Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA) de la comarca de Osona. Coordinador de proyectos preventivos en Infancia en Riesgo y técnico del EAIA. Docente en el posgrado y máster en Prevención y Tratamiento de la violencia familiar (IL3-UB). Interés por los procesos de trabajo en red y la corresponsabilidad en materia de infancia, así como la promoción de los Derechos de la Infancia y las 4 "P": prevención, protección, promoción y participación. Correo electrónico: julio.eaia@cssosona.cat.

<sup>68</sup> Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Tarragona (Rovira i Virgili, 1996). Técnica en el Equipo de Infancia y Adolescencia (EAIA) de Osona (Barcelona), en el equipo de estudios. Experiencia en los servicios sociales básicos de diferentes ayuntamientos, en residencia y centro de día de personas mayores y en el estudio sobre la situación y el plan de mejora y viabilidad de los centros de día de Cataluña. Orientadora laboral en el Servicio de Orientación Ocupacional (SOC) de Cataluña. Correo electrónico: annats.eaia@cssosona.cat.

<sup>69</sup> Trabajadora social. Posgrado de Experto Universitario en mediación familiar. Posgrado en intervención estratégica en resolución de conflictos con infancia y adolescencia. A finales de los años ochenta y noventa trabajó para el Ayuntamiento de Barcelona en los Servicios Sociales de barrios marginales con graves problemas estructurales, barraquismo y drogas. En 2004, empezó a trabajar en los Equipos de Infancia y Adolescencia, primero en el EAIA (Equipo de Atención a la infancia y adolescencia) y posteriormente en el SIFE (Servicio de integración en Familia Extensa) donde continúa trabajando actualmente. Correo electrónico: esther.sife@cssosona.cat.

## 1. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

La Convención del Derecho de los Niños (1989) y los posteriores informes emitidos por las Naciones Unidas (2006) reclamaban medidas para evitar la exclusión y la invisibilidad de la infancia en el mundo, siendo sin duda uno de los colectivos con más riesgo de toda la población. Se considera que un niño o una niña se encuentra en situación de exclusión social cuando corre el riesgo de no beneficiarse de un entorno que lo proteja contra la violencia, los maltratos y la explotación, o cuando no tenga las posibilidades de acceder a servicios y bienes esenciales y esto sea una amenaza para su capacidad de plena participación en la sociedad.

Este capítulo de infancia en riesgo y trabajo social lo abordaremos desde el Seaia (Servicio Especializado de Atención a la Infancia y a la Adolescencia) de la comarca de Osona<sup>70</sup>, que integra el EAIA (Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia) y el SIFE (Servicio de integración en Familia Extensa).

La normativa vigente en materia de infancia en Cataluña es nuestro marco de referencia; establece el circuito de intervención y define la estructura de los servicios, que se clasifican en dos grandes bloques:

- Servicios de atención primaria (Servicios Sociales Básicos), ámbito de actuación municipal: es la primera puerta de acceso de la ciudadanía a la atención pública y su principal objetivo es la acción preventiva
- Servicios especializados, ámbito de actuación autonómico: el objetivo primordial de la atención especializada es la acción restitutiva y protectora.

El Seaia forma parte del sistema de protección a la Infancia y Adolescencia en Cataluña, competente en materia de infancia, con legislación y estructura propia. Atendemos los casos de personas menores de edad en situación de alto riesgo social o desamparo. Estas situaciones pueden ser detectadas por los Servicios Sociales Básicos de los municipios, por las instancias judiciales o policiales o por la propia Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (Dgaia) de la Generalitat de Catalunya<sup>71</sup>.

Generalmente la primera línea de detección de estas situaciones de alto riesgo o desamparo se da en los recursos que atienden a los niños de forma directa, como son los recursos educativos, sanitarios, policiales y sociales. Por eso tienen tanta importancia el trabajo en red, la responsabilidad en materia de situaciones de malos tratos a la infancia, así como la comunicación y activación de los recursos que pueden dar una respuesta protectora por parte del sistema. Una sospecha, notificación o detección de maltrato infantil puede requerir la declaración de una

---

70 El Estado español se organiza territorialmente en municipios, comarcas, provincias y comunidades autónomas. Los Seaia están repartidos por toda la geografía catalana, tanto en grandes ciudades (más de 50.000 habitantes) como en las comarcas y supracomarcas. Las comarcas son divisiones territoriales que conforman un conjunto de pueblos (delimitados por afinidades geográficas, físicas y humanas), con capacidad de organización propia y con cierto grado de autonomía.

La comarca de Osona está situada al norte de la provincia de Barcelona, la componen 50 municipios, mayoritariamente de ámbito rural, que suman en total poco más de 150.000 habitantes.

71 La Dgaia (Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia) es un organismo que depende directamente del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya.

situación de riesgo. El objetivo es garantizar la protección del menor en todo momento.

Desde los Servicios Sociales básicos se valora si el caso ha de ser atendido desde el circuito ordinario o desde el específico por situaciones de urgencia.

En el caso de seguir el *circuito ordinario*, los servicios sociales básicos hacen una primera evaluación del caso y, si se considera necesaria la intervención especializada, se deriva el caso al Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA) del territorio correspondiente. El EAIA hace una intervención con el menor, la familia y el núcleo de convivencia para valorar la situación sociofamiliar, teniendo como prioridad dotar a la familia del apoyo y recursos necesarios para promover el buen trato. Si después de la valoración se determina que el menor no puede ser atendido en su núcleo familiar, se propone una medida protectora a la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (Dgaia).

El *circuito específico para situaciones de urgencia* se utiliza cuando hay situaciones insostenibles, de riesgo grave o muy grave, que pueden requerir la separación urgente e inmediata del entorno familiar, porque se encuentra en peligro la vida o la integridad física o psíquica del menor. En estos casos hay una evaluación de la situación por parte del EAIA para determinar si hace falta un internamiento urgente en un centro de acogida o en una familia de acogida de urgencia o si se puede reconducir el caso hacia un procedimiento ordinario.

Los centros de acogida son servicios paralelos a los Seaia. En situaciones de urgencia realizan la atención inmediata y transitoria de los menores que tienen que ser separados de su núcleo familiar. Paralelamente es el mismo centro el que hace el estudio y diagnóstico de la situación de estos niños y sus familias, y la propuesta de medidas de protección adecuadas.

En los casos en que el maltrato o los abusos se detectan en un centro hospitalario, los profesionales tienen que comunicarlo a la Unidad de Detección y Prevención del Maltrato Infantil (Udepmi), con denuncia policial o de instancias judiciales. En estos casos se activan los Equipos de Valoración de Maltratos Infantiles (Evami), se dispone la retención hospitalaria del niño, se asumen las funciones tutelares y se ingresa el niño o niña en un centro de acogida mientras se diagnostica la situación de los posibles maltratos.

Desde el Seaia, los técnicos sociales (trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, educadores sociales) nos situamos en una posición de control y soporte, promoviendo que la familia como sistema tenga la oportunidad y el apoyo para que esta situación pueda cambiar. A partir de aquí tendremos que hacer un buen diagnóstico y pronóstico de futuro. Como equipo, intentamos calibrar muy bien cuándo se habla con los profesionales sobre las motivaciones del maltrato; es decir: es muy diferente que sea por una cuestión cultural, de desbordamiento, o que sea porque hay otros factores añadidos, como situación de consumo de tóxicos de los progenitores, salud mental no diagnosticada o no compensada o no muy trazada, etc.

Tendremos que calibrar muy bien qué está pasando para dar un tipo de respuesta u otro. Esta intervención tiene que ser muy meditada, y a la vez de visibilizarlo hacerlo lo mejor posible para no poner a los niños en más riesgo que en la situación inicial a causa de nuestra intervención.

Pongamos, como ejemplo, una situación en una escuela o un instituto donde se detecta que puede haber una situación de maltrato. Hemos de tener en cuenta que todas las escuelas tienen un equipo de servicios sociales, con un educador y trabajador social de referencia. La escuela hace coordinaciones periódicas con estos equipos donde se describen aquellas situaciones que pueden preocupar a la escuela y donde Servicios Sociales recoge la información y valora las ac-



tuaciones que se realizará. En este caso, ante lo que había detectado la escuela; una situación de castigo físico como pauta educativa, Servicios Sociales se coordinó con el EAIA y se pactó una intervención conjunta de los dos equipos. El objetivo era intervenir en la situación de una forma muy normalizada, ofreciendo a la familia una alternativa educativa que no tuviera que ver con el castigo físico y ofreciendo un apoyo continuado en este sentido para poder revertir la situación. En este caso la intervención del EAIA fue de apoyo y asesoramiento a los Servicios Sociales, no de intervención directa.

El reto más importante que tenemos el sistema de servicios sociales y los servicios de infancia es el promover una mejora en la situación inicial de los niños a los que atendemos, cuestionando el sistema familiar actual para que se modifiquen aquellas decisiones y situaciones que ponen en riesgo a los niños. Cabe mencionar que, estadísticamente, la mayor parte de situaciones que atendemos desde el sistema de protección tiene relación con situaciones por negligencia y abandono, seguido de maltrato emocional y/o psicológico, y en tercer lugar el maltrato físico.

Todos los recursos y todos los servicios que intervienen en infancia –servicios sociales, educación, servicios sanitarios– tienen derecho a recibir un asesoramiento con el EAIA. Los servicios sociales que atienden a la familia desde la prevención requieren de un trabajo conjunto y continuado con el servicio especializado en materia de infancia en riesgo. Metodológicamente, el EAIA tiene reuniones agendadas con los servicios sociales, siendo este un espacio continuado de toma de decisiones conjuntas.

También se realizan jornadas de trabajo para analizar casos investigados por la red de servicios de la comarca (centros hospitalarios y de atención primaria, centros escolares, servicios sociales básicos, servicios de intervención socioeducativa, etc.). De esta manera, y siguiendo como modelo el análisis de casos clínicos del ámbito sanitario, podemos obtener aprendizajes a partir de un caso práctico y real, multiatendido y evaluando el caso a todos los niveles: a nivel de protocolos, activación de recursos, trabajo en red, son espacios de reflexión y de análisis que nos permiten salir del espacio de intervención directa, conectar con toda la red y a la vez profundizar con diferentes temáticas y casuísticas reales. Cabe mencionar también las coordinaciones y reuniones de red con el objetivo de tratar un mismo caso desde los diferentes profesionales y servicios que intervienen en él. Esta mirada conjunta es muy importante, porque permite tener una visión integral de la situación del niño o la niña.

En ocasiones, a pesar de la intervención de los Servicios Sociales la situación de riesgo no mejora, se va agravando. Un ejemplo: a nivel escolar se detectó la situación de tres hermanos de origen africano que estaban recibiendo maltratos físicos; se intervino a través de la escuela, en un trabajo coordinado de Servicios Sociales y el EAIA con la familia y los niños. El objetivo era mejorar el trato intrafamiliar y la situación de los tres niños. La situación empeoró, los hermanos iban cada vez más amenazados a la escuela, la situación de maltrato se continuaba dando pero era un tema tabú fuera del entorno familiar. El EAIA tuvo que proponer una medida de protección: suspensión de las funciones tutelares a los padres, asumiendo la tutela la Dgaia y un delegando la guarda de los niños a un centro residencial, donde se les acogió, se les protegió y se les dio apoyo terapéutico para superar las situaciones vividas. Paralelamente, a la intervención con los niños se hizo un plan de mejora con los padres con resultados negativos. Los padres, a día de hoy, siguen sin ser reconocedores de las situaciones de maltrato a pesar de las evidencias, y esto

nos aboca a un pronóstico negativo en relación con las opciones de recuperabilidad y retorno de los niños con sus padres.

Cuando el EAIA, ante la evolución negativa de unos padres, tiene que proponer la suspensión de sus funciones tutelares, siempre priorizará, si hay la posibilidad, una propuesta de acogimiento familiar; es decir, delegar la guarda a unos familiares, antes que una propuesta de ingreso en un centro residencial. Si hay esa posibilidad, el EAIA solicitará la colaboración del SIFE (Servicio de Integración en Familia Extensa) para que valoren si los familiares que lo solicitan reúnen las condiciones mínimas para acoger a los niños. Si la valoración del SIFE es positiva se formalizará un acogimiento en familia extensa. La familia acogedora tendrá el seguimiento y el apoyo de este servicio el tiempo que dure el acogimiento.

En caso de que la evolución de los padres siga siendo negativa la medida de protección, tanto sea ingreso en centro como acogimiento familiar, se puede alargar hasta la mayoría de edad.

El Seaia d'Osona está en funcionamiento desde 2000. En él trabajamos un total de 11 profesionales en las disciplinas de psicología, pedagogía, educación social y trabajo social. Sin duda formamos un equipo compactado, porque además de compartir despachos compartimos espacios de valoración, reflexión y decisión. Con el tiempo hemos trabajado profundamente los procesos internos para optimizar y sistematizar el trabajo en el caso. Hoy en día estamos divididos en subequipos, encargados de diferentes fases del proceso de intervención con los niños/as y sus familias:

- Asesoramiento y entrada.
- Estudio.
- Tratamiento.

La intervención educativa de las educadoras sociales con los niños y sus familias se realiza en cualquier fase del proceso del EAIA o del SIFE (intervención con las familias extensas).

El objetivo de la intervención de los equipos de los EAIA es, una vez hecha la valoración de las situaciones de las familias que han sido derivadas desde SSB, hacer la valoración y propuesta tratamiento y acompañamiento de los casos para ir revirtiendo esta situación. El objetivo final en los casos en que se ha ejecutado una medida de protección es que el niño pueda volver con su familia. Por lo tanto, poder ir revirtiendo y desandando el camino.

En este proceso es fundamental la comunicación con los usuarios y con las familias, cómo la establecemos y cómo la definimos para no generar una distancia que sea insalvable. Nosotros hacemos supervisiones a nivel de equipo. Nuestro supervisor acuñó una frase/sentencia muy interesante: "Con las entrevistas tenemos que generar un *nosotros*". Esto es un reto, sobre todo cuando hablamos de que estamos valorando si hay indicadores de desamparo, si los padres podrán continuar haciéndose cargo de sus hijos, si estos niños tendrán que ser separados de sus padres usando medidas de protección. En este tipo de escenario, cómo consensuamos con el usuario unos objetivos de mejora donde él/ella perciba que son objetivos compartidos, cómo generamos un *nosotros* a través del cual el usuario entienda que lo acompañaremos durante todo el proceso hacia el logro de esos objetivos.

## 2. CÓMO DESARROLLAR EL TRABAJO SOCIAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La pandemia sin duda nos ha puesto a prueba a todos, nos ha cambiado (quién sabe si para siempre) las reglas del juego y nos ha afectado profundamente tanto a nivel personal como profesional. Las primeras semanas (marzo de 2020) requirieron de nosotros un gran esfuerzo de adaptación a una situación inesperada y chocante, pues estábamos inmersos en una pandemia global que nos condicionaba enormemente, tanto a las familias como por los profesionales que acompañan a estas familias. Las funciones valorativas y de exploración y estudio propios del EAIA quedaron en un segundo plano, paralizados casi en su totalidad, y los recursos de los equipos de infancia se concentraron en el soporte, acompañamiento y contención a las familias que atendíamos.

Las relaciones y convivencias intrafamiliares se han puesto al límite, especialmente de aquellas familias en contexto y antecedentes de violencia. Durante el tiempo que estuvimos en confinamiento domiciliario estricto los servicios de infancia, servicios sociales básicos, servicios de salud, servicios de educación, de justicia, en general de atención a las familias, articularon recursos de acompañamiento, mayoritariamente a distancia. Nosotros pusimos en marcha diferentes líneas de apoyo a las familias, y los demás servicios con los que trabajamos en red igualmente ingeniaron alternativas. Cada uno desde su ámbito pudimos ofrecer apoyo, tanto con acompañamiento educativo como con acompañamiento psicológico; abarcando a familias y también a los menores. Asimismo, se idearon líneas de soporte psicológico para profesionales que dependían básicamente del servicio de salud.

Durante este tiempo de covid-19, también hemos acompañado muy estrechamente a las familias. Este acompañamiento a distancia, a través de llamadas y videollamadas o a través de redes sociales, se ha hecho también en las intervenciones de urgencia, saltándonos la distancia de confinamiento como recurso indispensable cuando ha sido estrictamente necesario. En los casos ya conocidos por el EAIA, en los que hacemos seguimiento o tratamiento –cuando ya existe y está ejecutada una propuesta para los menores– la relación con las familias se hizo más estrecha y en muchos casos el contacto telefónico ayudó a seguir teniendo contacto con la realidad de los usuarios. En cuanto a los casos nuevos, casi todos ellos derivados desde servicios sociales, en los que no conocíamos a las familias o en los que hacía poco tiempo que habíamos empezado a trabajar con ellos y estaban en fase de estudio; el contacto telefónico y las videollamadas también ayudaron a poder valorar la realidad que vivían y tomar decisiones en cuanto a la medida de protección más adecuada para cada uno de los menores.

Con el covid-19 se afectó toda la intervención que podríamos hacer de una forma más fácil, más fluida, cercana, quizás a domicilio, en la escuela, de una forma ordinaria, directa, con contacto con la familia. Afectó en el trabajo de los educadores, a domicilio, las entrevistas tanto de estudios para hacer la valoración de las situaciones de las familias que han sido derivadas desde SSB como todo el trabajo desde tratamiento donde se hace un seguimiento a las familias y menores y un tratamiento siempre que el núcleo familiar lo permite.

La pandemia nos supuso adaptar toda la intervención y coordinación al teletrabajo estricto, el contacto con las familias principalmente por vía telemática y telefónica, y una manera de trabajar más individual, donde cada cual hace su intervención de forma muy parcelada, de forma

muy directa con el usuario y solo compartiendo aquello que es vital, porque se necesita algún punto de apoyo o activar alguno otro profesional. Sin duda un precio muy alto y una pérdida del sentido de equipo tan necesario. Cuando parcelamos es cuando perdemos posibilidades de dar respuesta de forma más rica, meditada y compartida, como equipo y no de forma individual.

Incluso la Dgaia se vio obligada a suspender las visitas de los niños que están en medidas de protección con sus familias. Ha quedado todo cortado y paralizado. Las familias no podían visitar sus niños y niñas que residían en un centro de protección. En un principio no existían directrices claras para poder permitir el contacto entre progenitores e hijos, pero desde el EAIA y desde los centros de protección se permitieron llamadas, videollamadas familiares e incluso en casos de niños acogidos en familias se realizaban videos o de hacían fotos para poderlas mandar de padres a hijos y viceversa. En este confinamiento hemos tenido que improvisar mucho, ir al día a día. Nos llegaban directrices desde la Dgaia de ejecución por el día siguiente, condicionadas por directrices sanitarias que eran de aplicación a toda la población sin excepciones: confinamientos totales de la población sin acudir al lugar de trabajo o de estudio, centros de visitas de familiares cerrados, ningún contacto con personas de fuera del entorno de convivencia. Fue muy complicado, porque no nos llegaba con un poco de antelación, no podíamos preparar lo bien e incluso era difícil que nos dejaran colaborar y participar en la toma de decisiones en todo ello.

Los servicios sociales básicos han estado muy activos durante todo este tiempo de covid-19 y todo el estado de alarma. Una de las medidas que permitió ver a estos niños fue el repartir desde los servicios sociales básicos las tarjetas monedero, que han servido como herramienta para cubrir necesidades básicas en las familias (dinero que se ingresaba en unas tarjetas y las familias podían ir a comprar adonde quisieran): este contacto con los usuarios les permitía mantener el vínculo, continuar haciendo este acompañamiento e incluso para poder continuar detectando situaciones de vulnerabilidad.

Otra dificultad que surgió fue la barrera de la comunicación: cómo nos comunicamos y cómo perdemos informaciones vitales. Por ejemplo, el tema de la *cámara on* o *cámara off* durante una reunión o una entrevista por videoconferencia, donde se pierde toda la comunicación no verbal. Nosotros tenemos muy presente, cuando hacemos una valoración o una intervención, tener esta comunicación y de recibir este retorno. A veces recibir una mirada, un asentimiento la cabeza, una sonrisa, esto a nosotros nos aporta mucho y a nuestras familias, con las que intervenimos, también. El trabajo exclusivamente en virtual, entonces, condiciona. Con la mascarilla facial, mamparas vinílicas, distancia física que nos impone la nueva realidad, perdemos una gran parte de aquella comunicación y capacidad de vinculación con el otro.

Lo mismo sucede en la comunicación profesional, entre recursos de la red de apoyo, como las escuelas, por ejemplo, compensado en parte por un esfuerzo titánico para detectar aquello que cuesta mucho de detectar cuando los recursos con una función más cercana e inmediata están paralizados. Desde las escuelas nos llegaron casos donde la tutora, a través de videoconferencias y a través de los contactos, detectó situaciones de malos tratos y demandas de ayuda por parte de niños.

Para intentar dar respuesta a estos *nuevos y viejos* retos –y más, seguramente–, los y las trabajadoras sociales no estamos solos. Se están desplegando por todo el territorio catalán las Mesas de Infancia, Adolescencia y Familias. En la comarca de Osona disponemos de la TIAF Oso-

na (Taula d'Infància, Adolescència i Famílies) que integra de forma transversal la participació de los cuerpos policiales, salud, servicios sociales, infancia, servicios educativos, de justicia, del tercer sector y también la universidad. Aplica la perspectiva de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niño, que podemos resumir con las 5 P: Participación, Prevención, Promoción, Protección y Provisión de Servicios (Unicef, 2006).

Desde este espacio los compañeros de salud, específicamente desde pediatría, plantearon seriamente la necesidad de visibilizar las nuevas prioridades; cómo se tenían que reajustar estas miradas y de qué manera se debía enfocar esta priorización de intervenciones de cara a los próximos meses y los próximos años. Todo esto con una situación económica que marcará y condicionará mucho a las familias con una precariedad a nivel de acceso de recursos que deben ser de acceso universal.

Si conseguimos aprender y a hacer del teletrabajo y del uso de las nuevas tecnologías una normalidad, una herramienta que nos aproxime y conecte con el hospital, con los Mossos d'Esquadra (Policía Autónoma de Cataluña), con servicios sociales, con la red de atención a la infancia y nos ayude a minimizar el coste a nivel de tiempo y lo facilitaremos que todos aquellos objetivos que nos planteamos a nivel transversal trabajar serán más exitosos, porque serán compartidos y así evitaremos la parcialización de la intervención, pues tenemos que poder tener una mirada global de la situación que está viviendo aquella persona, aquel niño o aquella familia.

Los profesionales de los distintos servicios básicos o específicos que trabajamos con las familias: trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, pedagogos; nos hemos reinventado, hemos utilizados nuevas herramientas de trabajo y hemos reforzado el trabajo en red para poder cubrir de una forma más amplia a las familias usuarias de nuestros servicios.

### **3. LOS NUEVOS (O NO TANTO) RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL**

Comparto totalmente las palabras de Carme Panchón Iglesias, en su artículo llamado La infancia i la seva protecció, publicado en 2006, donde afirma que debemos plantearnos qué calidad de vida tienen los niños como criterio fundamental, desde una perspectiva global e integradora de la infancia como grupo social.

Debemos ser más ágiles en detectar nuevas tendencias, reconocer las nuevas necesidades y buscar y generar recursos de forma eficaz. Debemos desplegar programas preventivos en todo el territorio, evitando la centralización y optando por la dimensión comunitaria del trabajo (no prevenir en materia de infancia es llegar tarde; y no lo digo yo, lo dice Save The Children España).

Debemos combatir las situaciones sociales que pueden provocar un desarrollo inadecuado para las niñas y los niños, movilizándolo a todos los agentes sociales que intervienen, trabajan y conviven con los niños.

Debemos conseguir que la infancia sea un eje transversal en los diferentes departamentos, porque de esa manera se podrá hacer un análisis integral de su situación. Debemos diseñar y coordinar programas que eviten las respuestas fragmentadas y la duplicidad de intervenciones tanto de profesionales como de recursos. Debemos potenciar el conocimiento y el intercambio de iniciativas sociales dirigidas a la implementación de buenas prácticas en materia de infancia.

Todo esto son los retos del trabajo social en infancia en riesgo, no de forma exclusiva, pero sí de forma integral, consciente y vehemente. Solo así estaremos avanzando y haciendo de nuestra praxis profesional algo significativo.

## CONCLUSIONES

A pesar del notable adelanto en el reconocimiento de los derechos de la infancia en los últimos años, se debe seguir trabajando para hacer visible a la infancia y sus necesidades, integrar a los niños como ciudadanos de pleno derecho, no como meros sujetos de protección. La situación actual de la infancia, caracterizada por dificultades sociofamiliares, merece una especial atención en un contexto de pandemia sanitaria y social que ha invisibilizado a los niños enormemente (todavía más que de costumbre).

Este tiempo de confinamiento ha servido para ponernos un espejo muy grande delante. Hemos parado las máquinas y todos nos hemos encerrado y hemos trabajado con el exterior de otra manera. Se nos ha ofrecido uno espacio de reflexión que podemos aprovechar, podemos mirarnos en el espejo y ver lo que hay y lo que queremos que haya o podemos cerrar los ojos. La decisión es nuestra.

Es cierto que por un lado hay muchas situaciones que no pudimos detectar y tenemos que prever que poco a poco, pasado el confinamiento, saldrán y aflorarán muchas necesidades, y que debemos estar preparados para dar acompañamiento en todo esto. Es lo que se ha denominado *infradiagnóstico*, que ha afectado enormemente en ámbitos como el de salud, pero sin duda también en el social.

La atención a niños en situación de riesgo social requiere ir más allá de alarmas sociales, de momentos puntuales y coyunturales. Tiene que posibilitar el cumplimiento real e íntegro de los derechos recogidos en nuestro marco legal y no desarrollados plenamente hoy.

Desde el trabajo social y el trabajo con infancia y familias debemos ser autoexigentes con nuestra especialidad. Además de tener los conocimientos técnicos y específicos necesarios para atender nuestro trabajo con las garantías que se merecen las familias a las que atendemos, debemos poder disponer de una actitud determinada. Un trabajador social debe ser muy proactivo, batallador y generador del cambio con actitud positiva. Nuestra actitud hacia las familias, en el trabajo en un equipo multiprofesional, y en el trabajo en red, debe ser nuestra tarjeta de presentación. Tenemos que creer en nuestro trabajo, tenemos que ser capaces también de respirar de nuestro trabajo; es decir, de desconectarnos, de oxigenarnos, de alimentarnos de otras cosas, debemos ser perseverantes, implicados, coherentes y consecuentes.

También debemos ofrecer oportunidades a las familias con las que trabajamos a ser tratadas con respeto, escucha activa, en su espacio de confort, y, por tanto, que pueden expresar de una manera más tranquila, más libre y menos condicionada que si vienen en el despacho del EAIA de Osona, por ejemplo, donde saben a qué vienen y donde todo esto los sitúa y condiciona muchísimo.

Debemos facilitar la participación a las familias y en especial a los niños y adolescentes. Debemos dar alternativas; eso quiere decir creer en ellos y potenciar sus capacidades y quiere decir, también, abrir muy bien los ojos, porque estemos a tiempo de promover los cambios y no que los cambios ya nos obliguen a nosotros a hacer propuestas de protección.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comunidad Autónoma de Cataluña (28 de junio de 2010). Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. *DOGC*, (5641), el 2 de junio de 2010 y *BOE*, (156), el 28 de junio de 2010. Recuperado de: <https://bit.ly/3UPutS8>.

Panchón Iglesias, C.; Costa Cámara, S. y Gil Pasamontes, E. (2006). La infància i la seva protecció. *Temps d'Educació*, (31), 29-42.

Unicef (2006). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.

# CAPÍTULO 12

## Experiencia de trabajo social en un centro de acogida de adolescentes en situación de pandemia en Cataluña

Lluís Cortés<sup>72</sup>

### RESUMEN

Los centros de acogida, como servicio del sistema de protección a la infancia y la adolescencia de Cataluña y por su condición de servicio esencial, tuvieron que afrontar el reto de dar respuesta a las difíciles circunstancias generales y específicas derivadas del confinamiento domiciliario, de alrededor de tres meses, tras la declaración del estado de alarma debido a la crisis sanitaria que desató el covid-19. En este texto se expone, en primer lugar y de forma introductoria, aspectos relacionados con la descripción de este servicio como tipología de centro de protección dependiente del organismo administrativo competente en materia de protección a la infancia y adolescencia; mientras que, en segundo lugar, se centra en la experiencia de un centro de acogida y del trabajo social durante este periodo de confinamiento domiciliario, concluyendo con unas reflexiones relativas a la intervención del trabajador social en un centro de acogida.

**PALABRAS CLAVE:** centro de acogida, protección a la infancia y adolescencia, pandemia y confinamiento, adaptación y cambios

### 1. LOS CENTROS DE ACOGIDA EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE CATALUNYA

Un centro de acogida<sup>73</sup>, como uno de los tipos de centro de protección a la infancia y adolescencia, es un servicio residencial especializado para la acogida de menores que requieren una protección inmediata ante una situación de riesgo de desamparo y en un recurso de estancia limitada mientras se realiza un diagnóstico de la situación.

<sup>72</sup> Trabajador social. Posgrado en Intervención familiar sistémica (Centro de Terapia Familiar y de Pareja - KINE). Trabajador social del equipo técnico del centro de acogida CODA 2 de la Fundación Idea y trabajador social de un centro de servicios sociales del Ayuntamiento de Barcelona. Correo electrónico: lluiscortes2000@gmail.com.

<sup>73</sup> Centro de acogida. Recuperado de: <https://bit.ly/3fi9rLs>.



El ingreso en un centro de acogida se produce generalmente a través de una medida cautelar protectora (desamparo preventivo), tras acordarse por resolución del órgano competente de la administración en materia de protección de los niños y los adolescentes, la Dgaia<sup>74</sup> (Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia), después de haber tenido conocimiento de una situación de peligro que exige una intervención urgente y que hace necesaria la separación del núcleo familiar.

Los centros de acogida, a veces, se convierten en la puerta de entrada al sistema de protección, atendiendo situaciones de desprotección infantil que generalmente no han sido conocidas previamente por parte de los equipos técnicos de atención a la infancia y adolescencia (EAIA - Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia)<sup>75</sup>, que están distribuidos por todo el territorio de Catalunya, o en todo caso, han realizado un estudio prioritario o actuación urgente que requiere esta medida de protección con un estudio ordinario del caso en profundidad que se encomienda al equipo técnico del centro de acogida.

De este modo, los centros de acogida realizan tanto una función de acogida en cuanto al ejercicio de la guarda y educación como una función diagnóstica, llevando a cabo un estudio diagnóstico de la situación personal, familiar y social del niño o adolescente, con la finalidad de elevar la propuesta más adecuada a la Dgaia en un plazo máximo de seis meses del periodo de estudio.

En caso de valorar desfavorablemente la propuesta de reintegración del niño/a o adolescente a la potestad parental de sus progenitores, tutores o guardadores, cabe declarar o ratificar la situación de desamparo y proponer la medida de protección más adecuada, siempre teniendo en cuenta el interés del niño o el adolescente (acogimiento familiar simple o permanente en familia extensa o ajena, acogimiento en institución/ en un centro público o concertado, acogimiento familiar en unidad convivencial de acción educativa, acogimiento preadoptivo, etc.). Las medidas de acogimiento familiar, siempre que sea posible, tienen preferencia respecto de las que conllevan el internamiento del menor o la menor en un centro (los menores con medida de acogimiento en institución son ingresados en los centros residenciales de acción educativa<sup>76</sup> u otros centro especializados). La propuesta técnica y el tipo de medida de protección debe ser validada técnica y jurídicamente por la Dgaia con la consiguiente resolución administrativa, y que, en caso de disconformidad la familia y el adolescente puede interponer demanda judicial de oposición a las medidas de protección en la jurisdicción civil.

Cabe precisar que, aunque generalmente se acuerda el desamparo preventivo para el ingreso en un centro de acogida, en ocasiones se adopta otra medida de protección cautelar (atención inmediata) ante una situación indeterminada de desprotección que requiere asignar un recurso de centro de acogida, sin asumirse la tutela administrativa del menor y teniendo que realizarse un estudio urgente para determinar si se declara el desamparo preventivo o se deja sin efecto la atención inmediata. Por otro lado, en ocasiones puntuales también se produce el ingreso en un centro de acogida por orden judicial a través de una resolución de la Dgaia, en la

---

<sup>74</sup> Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia. Recuperado de: <https://bit.ly/3BW-bXPm>.

<sup>75</sup> Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia. Recuperado de: <https://bit.ly/3BXwgvw>.

<sup>76</sup> CRAE (Centro Residencial de Acción Educativa). Recuperado de: <https://bit.ly/3rjXQhT>.

que se asume la guarda judicial y encomendándose también el estudio diagnóstico ordinario al equipo técnico del centro.

Para la prestación del servicio de un centro de acogida se distribuye la intervención profesional en un equipo directivo, técnico y educativo. El equipo técnico es de carácter interdisciplinar, formado por profesionales del trabajo social, la psicología, la pedagogía y la medicina/enfermería, encargados de hacer el estudio diagnóstico, mientras que el equipo educativo está formado por educadores/as sociales que realizan la atención asistencial directa y la educación integral del niño/a o adolescente, estableciéndose un/a educador/a tutor del equipo educativo como figura referencial del menor a lo largo de su estancia en el centro de acogida, e integrándose como miembro del equipo técnico en el estudio del caso. El equipo directivo tiene la responsabilidad de la acción de la línea pedagógica, terapéutica y formativa, gestión de recursos humanos y de la infraestructura, representación y liderazgo.

Por otro lado, cabe decir que los centros de acogida se pueden clasificar en función de las franjas de edad de los menores que se atienden y por norma general son: Centros de acogimiento de adolescentes de 12 a 18 años. Atendiendo a las características de este período evolutivo y de estos centros, no suelen ser mixtos; Centros de acogida de niños pequeños de 0 a 12 años. Los centros de acogida tienen la posibilidad de flexibilizar las franjas de edad en los casos de grupos de hermanos (los centros residenciales de acción educativa pueden ser centros mixtos verticales). Los niños/as de 0 a 6 años han de ser acogidos de manera preferente en familias acogedoras de urgencia y diagnóstico mientras se realiza su estudio, antes que ingresados en un centro de acogida.

## 2. EL CENTRO DE ACOGIDA CODA 2

El centro de acogida CODA 2 es una institución concertada cuya titularidad corresponde a una entidad privada, que lo gestiona mediante un contrato con la Dgaia, que atiende a niñas adolescentes de 12 a 18 años procedentes de la provincia de Barcelona (excepto Barcelona ciudad).

La entidad social privada que gestiona el centro de acogida Coda 2 es la Fundación Idea<sup>77</sup>, que actúa en el ámbito de la infancia, adolescencia y familias. Aparte de este servicio residencial, gestiona otros dos centros de acogida (de niñas/os y adolescentes chicos), un centro residencial de acción educativa y otro centro de acogida para chicas adolescentes como centro de referencia por la acogida de las adolescentes migrantes no acompañadas víctimas de las diferentes formas de tráfico de seres humanos que sean detectadas en territorio catalán, aunque también atiende otras situaciones de desamparo.

Los recursos humanos del centro de acogida CODA 2 para llevar a cabo su actividad diaria/habitual está compuesta por varios profesionales con una estructura organizativa encabezada por el equipo directivo, con un director y subdirectora. En el ámbito educativo consta de un equipo formado por educadores/se sociales y una coordinadora educativa. El ámbito del equipo técnico está configurado por un trabajador social, dos psicólogas y una pedagoga. Otros servicios del centro como personal propio se encuentra la gobernanta, la administrativa y en-

fermera y como personal externo, el conserje/vigilante de seguridad privada, operarias de limpieza, operarios de mantenimiento y cocinero. El centro de acogida también dispone del perfil profesional de la terapeuta familiar (a pesar de que recientemente ha sido incorporado este profesional en el Programa marco de centros de acogida de la Dgaia, todavía no se trata de un personal obligatorio de contratación). Más allá de la participación de la terapeuta familiar en el proceso de intervención diagnóstica del equipo técnico, es una herramienta de intervención muy útil en los casos con un pronóstico favorable dado que permite llevar a cabo desde las fases iniciales del periodo de estudio aquellas intervenciones familiares desde una perspectiva terapéutica para modificar aquellos aspectos disfuncionales o problemáticos de la familia con sus hijas adolescentes, posibilitando la introducción de cambios o mejoras en el ámbito de la dinámica y funcionamiento familiar.

Los recursos económicos y materiales del centro de acogida CODA 2, como centro colaborador de la Dgaia, son procedentes casi en su totalidad de la financiación pública de la Administración por la prestación del servicio. Estos ingresos dependen directamente de la ocupación diaria del centro en relación con las adolescentes atendidas. El desglose de las partidas de los gastos del centro de acogida es aproximadamente de un 75% de gastos de personal y de un 25% otros gastos. En otros gastos se hace referencia al alquiler del inmueble del centro, las partidas de imputación directa a las adolescentes (alimentación, ropa, gastos escolares y médicas, actividades lúdicas y culturales, etc.), vehículo de transporte y empresas externas de servicios (servicios de limpieza, servicio de cocina y *catering*, servicio de seguridad privada, servicios de mantenimiento varios, servicios de prevención y riesgos laborales, mutua de trabajo, consultoría y apoyo informático). En los gastos de personal también se incluye la dirección de la Fundación, su área técnica, área de gestión administrativa y de recursos humanos.

### **3. EL TRABAJO SOCIAL EN UN CENTRO DE ACOGIDA**

El trabajo social en un centro de acogida es una de las disciplinas profesionales integradas en este equipo técnico interdisciplinar del centro, aportando la información del ámbito social de la adolescente y de su familia.

El objetivo principal del trabajo social en un centro de acogida es valorar, con el resto de los miembros del equipo técnico, la situación de desprotección que ha motivado el ingreso del menor en el centro de acogida a través de la detección, análisis e intervención sobre los factores de riesgo, indicadores de riesgo y de maltrato, como también los factores de protección y otros aspectos que permitan valorar el pronóstico de recuperabilidad. El trabajador social es el encargado de hacer el estudio de su entorno social y familiar, mediante las técnicas propias del trabajo social, aportando en el estudio global la información social del menor y su familia. Otros objetivos generales del trabajo social en un centro de acogida son: detectar las necesidades de mejora de la situación familiar y personal del adolescente y elaborar un plan de trabajo con las acciones y/o cambios a realizar; ayudar al niño y el adolescente y a su familia a mejorar las relaciones familiares; llevar a cabo una intervención para eliminar o disminuir, si cabe, la situación de desprotección, promoviendo las posibilidades de la reintegración familiar o la recuperación y mejora de las relaciones familiares.

### **3. 1. Funciones del Trabajo Social**

La función general del trabajador social es la elaboración del diagnóstico social. El equipo técnico de un centro de acogida tiene la función de recoger toda la información, examinar, explorar y valorar las circunstancias, situación y necesidades del adolescente para emitir un informe diagnóstico interdisciplinar que posibilite la elaboración de la propuesta de medida más adecuada.

Los profesionales del trabajo social, psicología y pedagogía del equipo técnico del centro se distribuyen la asignación del caso de cada una de las adolescentes del centro, como profesional de referencia (referente técnico) en las intervenciones de diagnóstico, seguimiento y coordinación durante el proceso de estudio, como el principal interlocutor para la familia y otros profesionales intervinientes de la red de servicios (Dgaia y otros servicios que puedan intervenir, como los servicios sociales básicos, centro de salud mental infanto-juvenil o de adultos, centros escolares, EAIA, etcétera). La exploración diagnóstica unidisciplinar de cada profesional y la observación del educador tutor se tienen que globalizar e integrar en el trabajo interdisciplinar.

Las funciones del trabajador social, y de los otros profesionales del equipo técnico, son definidas en detalle en el proyecto educativo del centro y están reguladas en el reglamento de régimen interno. Estas funciones se distribuyen según se realiza con las propias niñas/adolescentes, con sus familias, con el equipo técnico y con el entorno.

#### **3. 1. 1. Funciones del trabajo social en relación con el niño y el adolescente**

Las principales tareas que se realizan con las menores acogidas son: explorar la situación social y familiar a través de la entrevista con las familias; recoger información sobre el niño o adolescente procedente de los servicios sociales básicos, EAIA u otros servicios que hayan podido intervenir; informar y proponer prestaciones sociales y económicas para el niño o adolescente.

#### **3. 1. 2. Funciones del trabajo social en relación con la familia**

Estas son: explorar la situación familiar, antecedentes y motivo de ingreso, tanto de la familia nuclear como la extensa y a otros adultos de referencia; recoger los datos personales y familiares y elaborar el genograma trigeracional con el tipo de relaciones familiares; valorar la situación de la familia en el ámbito socioeconómico, vivienda, laboral, salud y judicial y elaborar un diagnóstico social y familiar; conocer la especificidad de cada familia y sus rasgos culturales e identificar los valores educativos del entorno social del niño o adolescente y su influencia (etnia, raza, cultura, religión, etc.); valorar la capacidad de la familia de vincularse en su entorno; identificar los factores de riesgo y protección del ámbito social; hacer propuestas específicas encaminadas a mejorar la situación familiar durante el proceso de diagnóstico; elaborar el plan de mejora (con objetivos, compromisos y tareas que la familia y el adolescente han de llevar a cabo).

### **3. 1. 3. Funciones en relación con el equipo técnico interdisciplinar**

Aportar a la exploración interdisciplinaria la información relativa al ámbito social; proponer pautas de intervención sociofamiliar, mediante una visión global de la situación del menor y su familia; participar en la elaboración de una visión global de la situación del niño o adolescente y de su familia; elaborar conjuntamente con el equipo técnico las hipótesis de trabajo y las estrategias de intervención; participar en la exploración de la familia extensa como posible familia acogedora; valorar, conjuntamente con el resto del equipo, las capacidades parentales de la familia y su recuperabilidad; participar activamente en la valoración interdisciplinar, a partir de la interrelación de los datos y conclusiones de los diagnósticos específicos, de acuerdo con la hipótesis y plan de intervención previamente elaborado; llevar a cabo los acuerdos y los criterios consensuados en la reunión del equipo interdisciplinar en relación con el proceso de diagnóstico; participar activamente, con los otros miembros del equipo, en la definición de las estrategias de intervención para recuperar las funciones parentales; participar en la formulación de la propuesta de medida de protección y del plan de mejora en coordinación con el resto del equipo técnico; participar en la elaboración y firma de la síntesis evaluativa y otros informes, aportando la valoración desde la disciplina de trabajo social; asumir la referencia del caso de acuerdo con el resto del equipo; asistir a actas judiciales como perito o testigo, cuando sea requerido.

### **3. 1. 4. Funciones en relación con el entorno**

Conocer la red de recursos sociales; coordinarse con otros profesionales del ámbito social que hayan intervenido, intervienen y/o que harán el seguimiento del caso (servicios básicos, equipos de atención a la infancia y la adolescencia, servicios penitenciarios, etc.); trabajar en red con otros profesionales del territorio para garantizar una intervención global; hacer derivación del caso y/o demanda de intervención a servicios sociales básicos y especializados (discapacidades, drogodependencias, etc.) u otras instituciones sociales; atender las demandas de los estamentos judiciales, diplomáticos y otros en relación con la información social.

### **3. 2. Las metodologías utilizadas en la intervención**

Para llevar a cabo este trabajo interdisciplinario el equipo técnico utiliza una metodología desplegada en fases y estructurada en diferentes reuniones de casos según la fase, en el marco de un cronograma del proceso diagnóstico, a lo largo de 24 semanas.

La fase 1 (ingreso y acogida) tiene una duración de 4 a 6 semanas y se caracteriza por la realización de una observación y recopilación de información mediante la exploración del menor y la familia, la búsqueda de información a través de la coordinación con la red de servicios o recursos que hayan intervenido previamente. Se plantea una hipótesis del caso con una aproximación diagnóstica, acordándose las acciones que se desarrollará para la verificación de las hipótesis. Objetivos de la fase: recogida de información de los antecedentes del caso y una primera información general del caso, acoger y situar a la adolescente y familiar en cuanto al centro de acogida y sus funciones, realizar una primera detección de los indicadores y factores de riesgo y protección, realizar hipótesis preliminares, establecer líneas de intervención uni-

profesionales e interdisciplinarios. En esta fase se realizan la reunión de ingreso y la reunión de evaluación inicial.

La fase 2 (evaluación diagnóstica y plan de intervención del equipo técnico) tiene una duración de 8 a 12 semanas y se caracteriza por la profundización del trabajo disciplinar de cada uno de los profesionales del equipo técnico desde una perspectiva interdisciplinar, dirigida a la validación de las hipótesis planteadas y la emisión de un diagnóstico acerca de la existencia de la situación de desamparo, con la consecuente planificación de las actuaciones en función de la valoración. Se destaca el trabajo de fomento de la participación y acompañamiento del adolescente en la definición de su proceso diagnóstico. Objetivos de la fase: valorar el pronóstico de recuperabilidad de las funciones parentales, verificar las hipótesis planteadas, elaborar y poner en práctica el plan de trabajo de la familia y adolescente, evaluar los cambios producidos en la familia y adolescente. En esta fase se realiza la reunión de evaluación diagnóstica y plan de intervención y la reunión de seguimiento del plan de intervención.

La fase 3 (evaluación global del caso y propuestas) se caracteriza por la evaluación final sobre la base de los resultados del plan de intervención del equipo técnico y la formulación de la propuesta técnica. Los objetivos de la fase: elaborar el diagnóstico interdisciplinario y formular la propuesta técnica más adecuada. En esta fase se realiza la reunión de evaluación global del caso.

La fase 4 (pospropuesta, desinternamiento y baja del centro de acogida) contempla las actuaciones que hacen falta continuar realizando o dar continuidad mientras se hace efectiva la medida de protección, como acogimiento en centro, y requiere la espera de la asignación del recurso. Objetivos de la fase: dar continuidad al plan de trabajo o plan de mejora, acompañar y hacer efectivo el cambio del adolescente al nuevo centro residencial, realizando las coordinaciones y derivaciones oportunas. En esta fase se realiza la reunión de inicio de la medida y la reunión de seguimiento pospropuesta.

### **3.3. El trabajo en red**

El ingreso en centro de acogida supone una separación del entorno sociofamiliar de origen y requiere una coordinación inmediata con los agentes y servicios que han estado en contacto con la familia y, muy especialmente, los que han atendido o en los cuales ha asistido el niño o el adolescente. A la vez, esta coordinación se tiene que mantener activa y constante con los recursos externos que atiendan o a los cuales asista el menor durante la estancia en el centro, para informarlos de sus necesidades y características personales, y de compartir y recoger información sobre su evolución. Aparte de la coordinación externa con otros profesionales de la red de origen o incluso de la red futura que atenderá al menor cuando sea baja del centro de acogida, la coordinación interna entre los diversos profesionales del centro sobre la intervención, seguimiento y evolución del caso toma especial importancia.

El encargo de hacer un estudio diagnóstico pone en valor la coordinación entre el equipo técnico del centro de acogida y el EAIA, tanto por la posible información existente previa al ingreso (en el supuesto de haber intervenido), como sobre todo en cuanto a la posterior derivación del caso una vez realizada la propuesta. Por otro lado, el equipo técnico del centro y la dirección del centro mantienen comunicación para informar acerca de los resultados del pro-

ceso de intervención diagnóstica y previsión de propuestas con los profesionales de referencia de la Dgaia.

#### **4. EL CENTRO DE ACOGIDA CODA 2, EL TRABAJO SOCIAL Y EL CONFINAMIENTO EN SITUACIÓN DE PANDEMIA**

El Real Decreto del 14 de marzo de 2020, por el cual se declaró el Estado de alarma en el territorio español, constituyó una situación de confinamiento domiciliario e impedía, a la práctica, la salida de los domicilios y de los establecimientos residenciales de los niños y los adolescentes durante la mayor parte del tiempo.

Al amparo de este Real Decreto del Gobierno español, la Dgaia publicó al día siguiente una instrucción<sup>78</sup> con medidas e indicaciones generales destinadas a todos los centros residenciales para la infancia y la adolescencia, con el objetivo de evitar la propagación y proteger a los menores tutelados que vivían en centros residenciales y sus trabajadores. De las medidas adoptadas con una especial afectación para los niños/as y adolescentes, fueron la suspensión de las visitas en el centro y de los permisos de salida con los familiares.

Los/las trabajadores/es sociales y el resto de la totalidad de los profesionales del centro de acogida, como servicio de carácter esencial en la atención residencial que acoge a niños y adolescentes, de la misma forma que otros trabajadores esenciales de otros servicios y sectores, no tuvieron afectación en las limitaciones de libertad de circulación de personas debido al estado de alarma.

La principal prioridad del centro de acogida, tras la declaración de la crisis sanitaria, era garantizar la atención y cuidado de las personas acogidas, en un contexto inicial de elevada incertidumbre por las posibles apariciones de dificultades relativas a la salud de los profesionales del equipo educativo que tuvieran una afectación en el normal desarrollo para la prestación del servicio en la atención directa de los menores acogidos. En este sentido, pocos días después de la declaración de la situación de la pandemia, la Administración pública dictó una resolución por la cual se concretaban unas medidas excepcionales organizativas y de recursos humanos en el ámbito del Sistema Catalán de Servicios Sociales a causa de la crisis sanitaria, que mencionaba que resultaba imprescindible la adopción de nuevas medidas dirigidas a garantizar la posibilidad de utilización de todos los recursos humanos disponibles para la atención social y sanitaria de las personas grandes, las personas con discapacidad y otras personas usuarias de centros residenciales y sociales.

En este contexto, la presencialidad de los profesionales de los equipos técnicos en el centro de acogida también fue necesaria, más allá de sus funciones relativas a su cargo, habiéndose de requerir en alguna ocasión puntual en algunos de los centros de acogida de la Fundación Idea, la atención directa de un trabajador social u otro miembro del equipo técnico. Cabe resaltar que los recursos humanos para la atención directa de todos los tipos de centro de protección a la infancia y adolescencia se encontraron en una situación de dificultad dado que, en la primera

---

<sup>78</sup> Instrucción 4/2020, de 15 de marzo de 2020, por la cual se dictaron las medidas que se adoptaron en los centros de carácter residencial de todas las tipologías dependientes de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia, en relación con el CV-19. Recuperado de: <https://bit.ly/3ULRlls>.

quincena de abril de 2020, los educadores sociales colegiados se encontraron en pleno empleo a causa de las bajas laborales de este perfil profesional en este primer periodo de la pandemia. A principios de mayo, con la evolución de la situación de excepcionalidad de la crisis sanitaria, teniendo presente el carácter de servicio esencial y después de haberse aplicado medidas excepcionales de teletrabajo parcial en los equipos técnicos, se volvió a la plena presencialidad en el centro de acogida, tal y como estaba estipulado antes de la pandemia.

Cabe mencionar que, justo antes de la entrada en vigor del estado de alarma y en previsión de la duración indeterminada de las medidas acordadas en relación con la evolución incierta de la situación de pandemia, el centro de acogida CODA 2 acordó con la Dgaia dar algunos permisos familiares con pernocta de larga duración a las adolescentes que se encontraban en una fase finalista de su periodo de estudio e intervención con una propuesta encaminada a la reintegración familiar. Los profesionales del centro realizaron llamadas de seguimiento a las adolescentes y sus familias en este proceso de acoplamiento familiar, hasta que se hizo efectiva la propuesta en la que se dejaba sin efecto la medida de protección de ingreso en el centro de acogida. A pesar de que se trató de casos puntuales, la medida evitó el perjuicio que hubiera ocasionado una interrupción de larga duración de los procesos de reintegración familiar, y a la vez, posibilitó como medida de prevención la habilitación de un espacio totalmente separado dentro del centro de acogida, en el supuesto de que alguna adolescente hubiera requerido ser aislada debido al covid-19.

Los cambios producidos en el centro de acogida CODA 2 durante el confinamiento domiciliario, hasta el comienzo del periodo de desconfinamiento por fases, se pueden agrupar en los siguientes tipos:

### **Los cambios en relación con la estructura, organización y dinámica del centro de acogida**

Más allá de las medidas de prevención sanitarias aplicadas, se introdujeron algunas medidas de adaptación y flexibilización de funcionamiento en el ámbito de la vida diaria y la convivencia, teniendo en cuenta también algunas medidas de seguridad y protección que dispone esta tipología de centro (ante el cierre de ventanas/ventanales del centro de acogida y al uso restringido del teléfono móvil dentro del mismo, se hizo uso de los balcones/terrazas, como se autorizó el uso del móvil o se incrementó el uso de llamadas del centro). Incremento de los espacios asamblearios con las adolescentes y círculos de diálogo.

### **Los cambios en relación con las adolescentes y sus familias como consecuencia de la suspensión de las visitas en el centro (o en el espacio de visitas per a niños/as y adolescentes de la Dgaia) y los permisos de salida con los familiares**

Esta suspensión del derecho del régimen de visitas de los menores tutelados con sus familiares se produjo hasta el restablecimiento de las visitas acordadas por la Dgaia durante las fases de desconfinamiento (finales de mayo y principios de junio de 2020). Esta suspensión del derecho de visitas fue parcialmente compensada en el centro de acogida con el incremento de otros canales de comunicación entre las adolescentes y sus familias (uso de las videollamadas y mayor número de llamadas telefónicas).



### **Los cambios en relación con otros profesionales o personal del centro de acogida: como consecuencia de la suspensión de las actividades de profesionales que provinieran del exterior**

Las prácticas universitarias de estudiantes del grado de trabajo social y educación social se suspendieron, así como las actividades de voluntariado o las actividades desarrolladas por el personal no habitual del centro.

### **Los cambios en relación con la intervención del trabajo social y del resto de los técnicos del centro de acogida**

Como consecuencia de la suspensión de las entrevistas de forma presencial con las familias hasta las fases de desconfinamiento, se produjo una afectación parcial del proceso de estudio diagnóstico. A pesar de que se realizaron llamadas diagnósticas o de seguimiento, esta afectación parcial supuso la pérdida de las técnicas de intervención del trabajo social como la entrevista presencial y la visita domiciliaria. La intervención de los profesionales de forma conjunta con las adolescentes y sus familiares (entrevistas de los técnicos o sesiones de la terapeuta familiar) también se vio interrumpida, con la consecuente afectación en los procesos de mejora en el ámbito familiar. En algunos aspectos por trabajar en la intervención familiar es imprescindible la presencialidad, dado que permite a la vez incrementar el contexto de vinculación y/o colaboración con el profesional, sin perder, por ejemplo, la importancia de la comunicación no verbal. Por otro lado, durante este primer periodo de la pandemia se limitó el número de personas asistentes en la reunión de casos del equipo técnico, que significó una disminución del trabajo interdisciplinar. La suspensión de las visitas y los permisos de salida de las adolescentes con sus familias supuso también la pérdida temporal del valor diagnóstico que ofrece la observación de las relaciones familiares y/o su evolución.

Las consecuencias de la situación pandemia y el confinamiento domiciliario en el bienestar psicológico y físico de las personas son suficientes conocidas, a pesar de que con el estallido de la crisis sanitaria era una incertidumbre qué grado de problemática y afectación supondría en las adolescentes acogidas en el centro.

De este modo, las adolescentes ingresadas en un centro de acogida en situación de pandemia tuvieron que afrontarse a unas condiciones de especial complejidad, con la necesidad de adaptación a una problemática con tres vertientes:

En primer lugar, la adaptación a las consecuencias del confinamiento domiciliario, teniendo en cuenta que la adolescencia y la juventud en general fue uno de los colectivos más afectados a nivel emocional en este contexto del covid-19.

En segundo lugar, como agravante a la problemática específica de las adolescentes ingresadas en un centro de acogida, la adaptación a la nueva realidad que supone el recién ingreso en un servicio residencial, en cuanto a su funcionamiento, dinámica y convivencia con otras adolescentes.

En tercer lugar, la adaptación a la situación derivada a la separación familiar de la adolescente y del problema grave que motivado su separación e ingreso a un centro de acogida, en un contexto de dificultad añadida por las limitaciones y restricciones derivadas del confinamiento

y la suspensión de las visitas/permisos de salida con los familiares y la imposibilidad de iniciar/mantener una intervención familiar para abordar la situación familiar.

A medida que transcurrieron las semanas del confinamiento domiciliario, el impacto a nivel emocional fue más difícil de gestionar por algunas de las adolescentes, con la aparición (en mayor o menor grado) de niveles de ansiedad, irritabilidad o tristeza, que fue prevenido y compensado por la tarea de los profesionales del centro en la atención directa que tuvieron que ser especialmente creativos y proactivos para apoyar y acompañar a las adolescentes en esta crisis sanitaria, a pesar de que para ellas fue sobre todo también una crisis familiar y personal en sus vidas. Los profesionales del centro de acogida llevaron a cabo y ofrecieron a las adolescentes todo tipo de estrategias y alternativas para aligerar esta carga emocional que a pesar de la situación de dificultad fueron capaces, en general, de gestionar con suficiencia el periodo de confinamiento de la pandemia, salvo algunos casos puntuales, de adolescentes con problemas de conducta o problemas de salud emocional/mental previos, que resultó en una afectación superior, con la aparición de síntomas más intensos.

Atendiendo a la naturaleza del servicio, en el centro de acogida no se produjeron nuevas demandas durante la situación de pandemia. No obstante, hay que mencionar que, en comparación con años anteriores, se produjo una disminución de un 15% aproximadamente de las adolescentes atendidas durante el año 2020 en nuestro centro de acogida, dado que durante el confinamiento domiciliario se redujeron significativamente los nuevos ingresos y se suspendieron los traslados a los centros residenciales de las adolescentes que se había acordado la medida de protección de acogimiento simple en institución.

## 5. RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL

El trabajador social de un centro de acogida debe tener una formación complementaria específica en el campo de la protección a la infancia y adolescencia y la intervención familiar, basada en los siguientes contenidos teórico-prácticos necesarios:

- El marco institucional, legal y administrativo de atención a la infancia y la adolescencia.
- Los maltratos en la infancia; los tipos de maltrato, la detección y valoración de los maltratos, los indicadores y sus consecuencias.
- Los protocolos marco de actuaciones en casos de abusos sexuales y otros maltratos graves a menores.
- Conocimientos de la intervención sociofamiliar: los modelos de familia: estructuras, patrones relacionales, dinámicas de funcionamiento, competencias parentales, relaciones conyugales.
- La intervención familiar y técnicas y metodología de la intervención sociofamiliar.
- La mediación familiar y la resolución de conflictos.
- Las pérdidas y los cambios en el ciclo vital dentro de la familia.
- El proceso de desarrollo del niño y el adolescente.
- Las necesidades básicas infantiles y factores de protección y desprotección.
- La comunicación verbal y no verbal: la escucha activa, la empatía, la asertividad, la en-

trevista motivacional, el refuerzo positivo, etc.

- Técnicas para la contención emocional.
- La diversidad cultural: creencias y valores, la influencia de los entornos socioculturales del niño y joven.
- Conocimiento básico sobre discapacidades, enfermedades mentales, toxicomanías, trastornos de conducta y trastornos de la alimentación.
- La elaboración de informes técnicos.

## **CONCLUSIONES Y REFLEXIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN UN CENTRO DE ACOGIDA**

La intervención del trabajador social en un centro de acogida tiene que priorizar, más allá de la función diagnóstica durante la vigencia de la medida protectora cautelar de ingreso a un centro, la implementación de forma paralela en el tiempo de procesos de recuperabilidad y cambio para la mejora de la circunstancias que han ocasionado la separación familiar y, en algunos casos, si es posible, el retorno con su familia en concordancia con el derecho fundamental de la reintegración familiar, como uno de los principios de las acciones orientadas en la intervención.

El trabajador social debe tener especialmente en cuenta para el desarrollo adecuado de la intervención profesional los sentimientos, expectativas, temores y ansiedades que acostumbran a embargar a las personas usuarias cuando establecen una relación profesional, especialmente en los periodos iniciales de la intervención. Tal y como mencionaba Isca Salzberger-Wittenberg, la persona atendida en la relación asistencial espera que le respeten, le valoren y le traten bien, que le libren del dolor, que le ayuden a soportar su carga, que le permitan descargar aquello que lo enoja o molesta; pero también puede tener temor a ser inculpado respecto de lo que le ocurre, ser castigado por ello, que le hagan daño o incrementen el que ya experimenta, que le abandonen en su situación carencial o de necesidad. En este aspecto, el trabajador social de un centro de acogida, tanto por las características de su ámbito de actuación como por la tipología del recurso y la población atendida, también debe tener especial atención a estos sentimientos, expectativas y ansiedades de las familias. Los temores a la culpabilización, la crítica, el juicio y el cuestionamiento a su condición de padres y rol parental por parte del profesional acostumbra a estar presente en mayor o menor grado en las familias. La actitud mostrada del trabajador social para procurar reducir estos temores y afrontar la situación que ha ocasionado el ingreso a un centro de acogida desde una perspectiva constructiva es determinante, entre otros factores, para establecer una adecuada relación profesional, posibilitando a su vez que durante el proceso de intervención puedan asumir alguna responsabilidad parental y se puedan introducir cambios.

De este modo, la construcción de un vínculo profesional es el objetivo inicial por lograr y paso previo en cualquier relación asistencial. En el ámbito de la protección a la infancia como contexto de intervención profesional en el que las familias acostumbran a tener una participación forzosa, el vínculo profesional que pueda crearse es fundamental puede favorecer la motivación al cambio y la conciencia de problema, ayudando a establecer un contexto de trabajo y colaboración de las familias con los profesionales y evitando la resistencia de las familias.

Se entiende el concepto de *resistencia*, habitualmente, por la tendencia del individuo o familia a evitar el cambio, con rechazo a las intervenciones del profesional. Desde una perspectiva sistémica, tal y como menciona Luis Santiago Almazán, la resistencia asociada al trabajo con familias adquiere una dimensión diferente, entendida como las conductas conjuntas de la familia y del profesional que impiden o dificultan conseguir el objetivo propuesto. La conducta resistente está relacionada, no tanto con la oposición al cambio de la familia, sino con la dificultad del profesional para encontrar la intervención adecuada. De este modo, la resistencia no pertenece únicamente a la familia sino a la relación asistencial entre el individuo/familia y el profesional. Desde este punto de vista, la responsabilidad del profesional también se encuentra interpelada en cuanto a lograr las intervenciones adecuadas para introducir cambios en la familia, teniendo que buscar ese ajuste y encaje en su relación e intervención profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Wittenberg, I. S. (1973). *La relación asistencial: aportes del psicoanálisis kleiniano*. Madrid, España: Amorrortu.

Dgaia (2022). Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Catalunya. Recuperado de: <https://bit.ly/3BWbXPm>.

PARTE

**4.**

**LAS PRÁCTICAS  
PROFESIONALES EN  
ESPAÑA Y CHILE  
EN EL ÁMBITO  
COMUNITARIO,  
DE LOS DERECHOS  
HUMANOS Y  
DE LA VIVIENDA**

# CAPÍTULO 13

## Dos experiencias de trabajo comunitario en momento de crisis. La importancia de la adaptación

*Aïda Ballester Lledó<sup>79</sup>*  
*Elies Martínez Codina<sup>80</sup>*

### RESUMEN

En este capítulo, compartimos reflexiones y experiencias acerca de cómo la acción comunitaria responde frente a situaciones de crisis. Tomamos como referencia dos experiencias de trabajo comunitario de Nou Barris (Barcelona) durante la primera oleada de la pandemia del covid-19. En esta línea, plantaremos algunas preguntas, con el objetivo de reflexionar sobre el papel del trabajo social comunitario en situaciones de crisis, sobre cómo las desigualdades estructurales agravan los impactos de la crisis y sobre cómo podemos posicionarnos como profesionales para tener en cuenta y reconocer la importancia de las iniciativas vecinales en la respuesta ante situaciones de urgencia.

**PALABRAS CLAVE:** trabajo comunitario, apoyo mutuo, emergencia social, adaptabilidad

### 1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

En este capítulo nos centraremos en dos experiencias que, a pesar de ser diferentes, tienen muchos aspectos en común. De entrada, comparten el contexto territorial e histórico. Esto hace que estén muy alineadas y relacionadas entre sí en cuanto a objetivos, posicionamientos,

---

79 Grado en Trabajo Social (UB). Máster en Intervenciones Sociales y Educativas (UB). Doctora por la Universidad de Barcelona en la línea de Trabajo Social, Servicios Sociales y Política Social. Profesora asociada de la UFR-Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona. Miembro del grupo de investigación Grup d'Innovació i Recerca en Treball Social (Grits, UB). Técnica comunitaria en el Pla Comunitari de Roquetes, metodología de trabajo que aúna servicios, entidades, equipamientos y vecinas para el abordaje de las desigualdades en el barrio de Roquetes. Correo electrónico: aidaballester@ub.edu.

80 Trabajador Social. Grado en Trabajo Social por la Universidad de Valencia (UV) y Máster en Intervención Psicosocial por la Universidad de Barcelona (UB). Trayectoria profesional centrada en el ámbito comunitario: técnico de proyectos en la Asociación Apropa't, técnico sociocultural en el Ateneu Popular 9 Barris y realizando talleres con jóvenes en el marco de diferentes proyectos de ocio socioeducativo, entre los que destaca Juliols de Franja Jove 9B. Correo electrónico: emartinez.ts@gmail.com.

metodologías e incluso comparten espacios y acciones. Nos referimos específicamente al Plan Comunitario de Roquetes y al Ateneu Popular 9 Barris, que explicaremos brevemente a continuación para situar a los lectores.

Nos situamos en el barrio de Les Roquetes, uno de los 13 barrios que conforman el Distrito de Nou Barris de la ciudad de Barcelona. Tal y como se recoge en el último diagnóstico de salud del barrio (Agència Salut Pública de Barcelona, 2019), según el padrón de 2017, el barrio tiene 167.035 habitantes, representando el 11,2% de la población de Barcelona. La distribución de población según edad y sexo es menos envejecida que el conjunto del Distrito y de la ciudad, pero el porcentaje de personas nacidas fuera del Estado español sí que es mayor. La proximidad a la montaña de Collserola define una orografía del barrio muy propia, con pendientes que dificultan la movilidad de muchas vecinas, pero a la vez la cercanía al espacio natural es un aspecto valorado muy positivamente. Además, cabe destacar que es un barrio con tradición luchadora, un barrio autoconstruido y con un gran componente reivindicativo.

El Plan Comunitario de Roquetes<sup>81</sup> (en adelante PCR) es un proyecto gestionado por la Plataforma de Entidades de Roquetes. Esta es una asociación de segundo grado que aglutina a diferentes entidades del barrio. En concreto, el PCR es un plan de mejora integral del barrio de Roquetes fundamentado en la participación del vecindario, entidades locales y el trabajo en red con los servicios y administraciones públicas. Está organizado por mesas temáticas en las que diferentes agentes se encuentran para buscar la mejora del territorio desde la acción comunitaria. Las distintas personas y profesionales que forman parte del PCR colaboran para realizar un diagnóstico compartido del barrio, compartir recursos existentes o articular nuevas respuestas a necesidades no cubiertas.

A su vez, el Ateneu Popular 9 Barris<sup>82</sup> (en adelante AP9B) es un centro sociocultural que nació en 1977 a partir de la ocupación vecinal de una planta asfáltica que se construyó entre los barrios de Roquetes y Trinitat Nova. Funciona según el modelo de gestión comunitaria, mediante el cual una entidad vecinal (Bidó de Nou Barris) gestiona de forma directa un equipamiento público. Este modelo se fundamenta en la horizontalidad y la participación en la toma de decisiones; la transparencia en la gestión de los recursos; el arraigo en el territorio y el trabajo en red; la accesibilidad y la inclusión; y la autonomía como garante de la libertad en la toma de decisiones. En definitiva, el AP9B apuesta por ser un proyecto que contribuya a la transformación social desde la perspectiva de los derechos, a través de tres vías: la formación artística con el circo social como rasgo identitario, la programación y difusión cultural y el apoyo a la creación en circo.

## 2. ¿QUÉ HACE EL/LA TRABAJADORA SOCIAL EN LA ENTIDAD?

Tanto el PCR como el AP9B son proyectos de base vecinal que surgen con un marcado compromiso hacia la transformación social desde la perspectiva de los derechos y la mejora de las condiciones de vida del barrio, a través del abordaje de las desigualdades.

Por otra parte, no existe en ninguna de las dos experiencias la figura de trabajadora social

---

81 Para más información sobre el Plan Comunitario: <http://pcroquetes.blogspot.com/p/documentacio-del-pla.html>.

82 Para más información sobre el Ateneu Popular 9 Barris: <https://ateneu9b.net/qui-som>.

propiamente dicha, sino que por un lado en el PCR hay tres personas contratadas como *técnicas comunitarias*, quienes tienen diferentes trayectorias formativas (sociología, comunicación social, psicología, trabajo social, etc.); y, en el caso del AP9B, hay un equipo multidisciplinar con diferentes perfiles profesionales especializados. En este capítulo nos centraremos en la figura del *técnico sociocultural* dado que este rol ha sido ocupado por personas provenientes de la educación social y del trabajo social.

En ambas experiencias la formación académica no es el único criterio que determina la contratación de las personas trabajadoras. Otros aspectos, como la trayectoria y la experiencia tanto profesional como en el ámbito del activismo, son muy determinantes. En el ámbito comunitario es frecuente y necesaria la interacción entre profesionales de diferentes disciplinas profesionales con un rasgo compartido —el trabajo comunitario—, por lo que veremos a lo largo de estas páginas cómo determinados roles y funciones son muy similares y, en ocasiones, compartidos.

## 2. 1. Estructura organizativa

Para poder explicar cuáles son nuestras funciones es necesario explicar primero cómo nos organizamos. En este sentido, tanto el PCR como el AP9B se estructuran a partir de áreas o ámbitos temáticos.

El PCR, por ejemplo, se divide en mesas comunitarias. Las mesas están formadas por representantes de servicios, equipamientos, entidades y vecinas interpeladas por la temática, y se reúnen con el fin de abordar necesidades compartidas, consensuar y priorizar los objetivos de trabajo, hacer el seguimiento y evaluación de los proyectos, traspasos de información, coordinación de actividades, etc. La mesa tiene la responsabilidad de cuidar el proceso y tener una visión general sobre la temática. Para operativizar las acciones se crean grupos motores, donde se diseña y planifica el proyecto y se hace un seguimiento más detallado. Es muy importante que el trabajo en los grupos motores se traslade al espacio de visión general con frecuencia; es decir, a las mesas. En el PCR existen 5 mesas comunitarias: *socioeducativa, de inserción laboral, salud, convivencia y apoyo mutuo*; y otros espacios transversales, como *comunicación, género y feminismos* o *acogida*. Explicaremos la experiencia de una mesa para entender mejor su funcionamiento.

En la mesa de salud participan diferentes agentes, algunos interpelados por su trabajo de atención directa, como los servicios sanitarios, la agencia de salud pública, servicios sociales; o servicios de atención especializada, como salud mental o los centros educativos. Respecto de las entidades, participa la asociación de vecinas, la cual lleva a cabo todo un trabajo de reivindicación de la salud pública; y otras como la asociación *Titellaire*, que trabaja temas sociales a través de la actividad cultural. La mesa de salud tiene como referencia que el 90% de los condicionantes para la salud son sociales, por esta razón los proyectos desarrollados tienen intrínseco un trabajo físico, emocional y social. Como ejemplo expondremos uno de sus proyectos: *Caminaires*. Este surgió de la detección de un aumento de personas mayores con rutinas sedentarias, patologías cardíacas, diabetes y situaciones de soledad. Desde la mesa se consideró oportuno crear un *grupo motor* para dar respuesta. En el grupo motor se definió la propuesta de ofrecer un grupo para andar y relacionarse, así como un protocolo de coordinación entre el centro de atención primaria (el cual detectaba a las potenciales participantes) con la entidad y



el/la monitor/a que llevaba a cabo la actividad.

El AP9B, por su parte, se divide en tres áreas de actividad: *Soporte a la Creación; Programación Cultural y Formación y Circo Social*. Estas funcionan a partir de comisiones que se reúnen mensualmente y, como en el ejemplo anterior, son espacios de decisión participados (ya sea por formadoras y artistas de circo, o bien por jóvenes y familias de la escuela de circo). A su vez, de cada comisión se desprenden varios proyectos, que cuentan con sus respectivos espacios de seguimiento (claustro o grupo motor, según la actividad), que tienen las mismas funciones de planificación, coordinación, seguimiento, evaluación y rendimiento de cuentas que en el PCR. Por otra parte, existen otros espacios de participación que van más allá de la pura actividad, como la Asamblea General del Ateneu, o los grupos de trabajo (GT) que se estructuran por temáticas que impregnan todo el proyecto en su globalidad. Así, entendemos el Ateneu como un agente comunitario más, dentro del entramado del territorio, mientras que el Plan Comunitario de Roquetes cumple la función de aglutinador de todo ese tejido.

## **2. 2. Funciones del/la trabajadora social**

Si nos centramos en las funciones propiamente dichas, dada la naturaleza participativa de nuestros proyectos, la dinamización es una tarea central. Nos encargamos de promover la participación y complementariedad de las aportaciones de los diferentes agentes y colectivos implicados. En el caso del PCR nos referimos a la red comunitaria, mientras que, si ponemos el foco en el AP9B, se centra en la comunidad de personas vinculadas con este espacio, como formadoras y artistas de circo, jóvenes, familias, etc.

Otra función relacionada con la dinamización de la participación consiste en acompañar en la definición de los objetivos, los proyectos y las acciones a corto, medio y largo plazo. En este sentido, es importante que el o la profesional incorpore una visión estratégica y sistémica, teniendo así una visión general de todos los proyectos según el ámbito de actuación. Cuidar los espacios de trabajo colectivo donde se deciden las acciones, dinamizar espacios de evaluación, acompañar en los debates y gestionar conflictos, es muy importante en el trabajo comunitario. Por un lado, para generar identidad, pertenencia e implicación, y por otro, para favorecer la coordinación de proyectos y establecer alianzas entre servicios, entidades y colectivos.

Por su parte, estos espacios comunitarios (en los que conviven profesionales multidisciplinares y vecinas) son imprescindibles para la detección de necesidades, la priorización y el diseño de las respuestas que se quieran implementar. En este sentido, el AP9B participa activamente de estas mesas de trabajo. En tanto que agente sociocultural del territorio no es neutro, sino que asume un papel activo en el abordaje de las desigualdades. Esto significa participar en las diagnósticos, diseños, implementaciones y evaluaciones compartidas de los proyectos que se derivan de estas mesas de trabajo.

Otro tema ineludible es la sostenibilidad. Trabajamos en muchas ocasiones con recursos públicos, por lo que es importante que la gestión de estos sea minuciosa y transparente. Por otro lado, estos recursos son escasos, por lo que aparte de la gestión también nos encargamos de la búsqueda de fuentes de financiación alternativas, para poder llevar a cabo de forma sostenible los diferentes proyectos.

Por último, no queremos cerrar este apartado sin resaltar la importancia del contacto y el

vínculo que establecemos como personas, de conocernos y de establecer y mantener lazos de convivencia y soporte mutuos. Trabajamos en espacios de vida comunitaria y esta se ejerce a través del roce que conlleva compartir la cotidianidad.

### **2. 3. Población destinataria, metodología y recursos**

La población destinataria son todas las personas que viven y conviven en los barrios colindantes. El Plan Comunitario se centra más en el barrio de Roquetes y el Ateneu, pues, por su ubicación, infraestructura y tipo de actividad tiene un alcance más amplio que va más allá del territorio más cercano (Roquetes, Trinitat Nova, Verdum, Prosperitat y Canyelles), para extenderse, en ocasiones, a todo el Distrito de Nou Barris o a nivel de ciudad de Barcelona.

Otro aspecto para tener en cuenta cuando hablamos sobre la población con la que trabajamos, es la voluntad de ser inclusivas y accesibles, de no segregar. En este sentido, gran parte de las acciones que se llevan a cabo, tanto desde el PCR como desde el AP9B, están abiertas a todo el mundo y son gratuitas o aplican una política de precios simbólicos o populares. Sin embargo, hay ocasiones en las que dentro de los proyectos de acción comunitaria se intenta llegar a población de un perfil o con una necesidad concreta, como, por ejemplo, adolescentes y jóvenes de 12 a 18 años para ofrecer espacios de ocio saludable, personas mayores de 65 años en situación de soledad no deseada o personas sin ocupación de larga duración y poca red social.

La metodología que se utiliza en el Plan Comunitario es la IAP (Investigación Acción Participativa), que se caracteriza por poner el foco en la promoción e implicación de las participantes y favorecer el intercambio entre las diferentes fases de un proyecto, la diagnosis, la planificación, la acción y la evaluación. Teniendo en cuenta que una de las características principales de la IAP es que la población y diferentes agentes que se relacionan en un territorio determinado interactúan y se convierten en las protagonistas del cambio y mejora de la situación que viven, ya sea a través de espacios puntuales generados *ad hoc* (jornadas, debates, festividades, etc.) o en las mesas temáticas que se celebran periódicamente (salud, socioeducativa, franja joven, convivencia y un largo etcétera).

En cuanto a los recursos, y sobre todo en proyectos de intervención, las fuentes de ingresos son principalmente las diferentes administraciones (tanto departamentales, como el Instituto Municipal de Servicios Sociales o la Agencia de Salud Pública de Barcelona, como locales, como el Ayuntamiento de Barcelona o autonómicas como la Generalitat de Cataluña), a través de subvenciones, contratos o convenios. Por un lado, tanto el PCR como el Ateneu tienen una principal fuente de ingresos por la que se sustenta la estructura del proyecto; es decir, el material de oficina y el personal técnico. Para el desarrollo de las diferentes acciones o proyectos a menudo se solicitan subvenciones específicas para contratar a las profesionales que lo desarrollarán y, en su caso, comprar el material específico necesario.

Por ejemplo, es paradigmático el caso de El Gran Circo. Este proyecto está financiado a través de una subvención directa nominativa que la Agencia de la Salud Pública de Barcelona otorga a Bidó de Nou Barris (entidad gestora del Ateneu) para el desarrollo de este proyecto. Este convenio de colaboración se va revisando y ajustando cada año para que el proyecto sea sostenible en el tiempo y se pueda actualizar a lo largo de las diferentes ediciones

### 3. TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA

Para abordar este apartado necesitamos situar al lector aportando algo de contexto sobre cuál fue el impacto de la crisis sanitaria derivada de la pandemia de covid en los barrios de la periferia de Barcelona y concretamente en el barrio de Roquetes.

#### 3. 1. Características sociodemográficas y su relación y mayor exposición al covid-19

Es evidente que el covid-19 supone un gran impacto para el conjunto de la sociedad en general, pero hay algunas líneas rojas que necesitamos remarcar para no invisibilizar las desigualdades. Existe un gran sesgo entre las zonas más acomodadas de la ciudad y las más empobrecidas. Así, si prestamos atención a los datos de la Agencia de la Salud Pública de Barcelona (2020), podemos observar que durante la primera oleada de la pandemia la incidencia acumulada de covid-19 en Roquetes fue de 1.152 casos por 100.000 habitantes durante el periodo; cuando en Barcelona era de 720 por cada 100.000 habitantes, y otros barrios de la ciudad, más acomodados, como Pedralbes, era de 486. No hablamos, por tanto, únicamente de colectivos de riesgo sanitario, sino de población en general dividida en territorios con más o menos recursos.

Es un hecho que la situación económica y social de Nou Barris es desfavorable respecto del resto de la ciudad y esto impacta directamente en la salud de sus vecinos y vecinas. Asimismo, la situación de crisis sanitaria generada a raíz del covid-19 impacta en mayor medida en las personas de estos barrios, que ya se encuentran más vulnerabilizadas por los efectos de las desigualdades estructurales. Podemos señalar ejemplos concretos acerca de cómo vivir en viviendas no aptas para el confinamiento o el hecho de que muchas personas de estos barrios realizan tareas consideradas esenciales (auxiliares, gericultoras, cuidadoras, trabajadoras de supermercados, transportistas, mensajería, etc.), quienes siguieron trabajando de forma presencial, a menudo realizando jornadas más largas, con la sobreexposición que ello conlleva. Además, se trata de sectores más feminizados, lo que explica la mayor incidencia del virus en mujeres, a pesar de haber más defunciones de hombres.

En este sentido, uno de los indicadores que se ha utilizado para ilustrar esta situación a lo largo de los últimos años, es la tasa de esperanza de vida, siendo las de los distritos de Ciutat Vella y Nou Barris las que presentan el índice más bajo (81 y 84 años respectivamente), en contraposición con Sarrià-Sant Gervasi y Les Corts, con el índice más alto de la ciudad (85 años), según datos del Anuario Estadístico de la Ciudad de Barcelona de 2019 (Ayuntamiento de Barcelona, s. f.). Esta diferencia no parece significativa, pero si tomamos en consideración los datos del informe La salud en los distritos, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (2013), las principales causas de muerte en hombres de entre 45-74 años en el distrito de Nou Barris fueron patologías consideradas factores de riesgo frente al covid-19, como el cáncer de pulmón y la enfermedad isquémica del corazón (a menudo asociadas con estilos de vida precarios). Datos de otro informe (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2016), destacan que los hombres con mala salud percibida a partir de los 65 años son un 60,5% en Nou Barris, frente al 30,5% en Barcelona. Por tanto, no podemos hablar solo de años de esperanza de vida, sino de la calidad de la misma y es aquí donde radica una gran desigualdad.

Además, en el contexto actual, el aislamiento social de las personas mayores provocado por

el virus es un problema añadido al que hay que prestar mucha atención, ya que comporta la desvinculación de la persona respecto de la comunidad cercana y dificulta el acceso a las redes de apoyo mutuo que suponen la última opción para cubrir las necesidades básicas allí donde los servicios asistenciales no llegan.

### **3. 2. Adaptación del trabajo a la situación pandémica**

Ante la situación de confinamiento adaptamos el trabajo, y el principal cambio es que trabajamos desde casa.

En el caso del Plan Comunitario, el trabajo se enfocó principalmente en dos direcciones. En primer lugar, mantener y adaptar los proyectos que estaban en activo antes de que llegara el covid. Estos nos permitieron estar en contacto con las personas ya vinculadas con la red comunitaria y así detectar situaciones de dificultad para poder acompañarlas a los recursos existentes. Y, por otro lado, nació un proyecto nuevo, que se explicará más adelante, la Red de Apoyo de Roquetes.

La experiencia del Ateneu Popular 9 Barris fue más compleja debido a su infraestructura, volumen de proyectos y personas trabajadoras implicadas. Por esta razón, durante las primeras semanas de la declaración de estado de alarma, pusimos el foco en las consecuencias inmediatas de la pandemia. Analizar cuáles son los impactos e intervenir sobre ellos. En este sentido, en un primer momento decidimos hacer frente a la vulnerabilidad derivada de la precarización laboral (suspensión de proyectos, anulación de espectáculos, etc.). Con el objetivo de garantizar que todas las trabajadoras (más de 50 en diferentes regímenes y categorías laborales) pudieran cubrir las necesidades básicas buscando estrategias para mantener los salarios (ya sea a través de los ERTE<sup>83</sup>, manteniendo líneas de actividad en funcionamiento o mediante una combinación de ambas opciones).

El siguiente paso fue la priorización de las diferentes líneas de acción. En función de esta, decidimos mantener algunas actividades en marcha, buscando la manera de adaptarlas a la nueva situación (por ejemplo, el *Gran Circ*, del que hablaremos más adelante), otras se mantuvieron parcialmente (como la *Escuela de Circo* del Ateneu) y otras se suspendieron hasta reanudar la presencialidad.

A continuación, explicaremos dos proyectos para visualizar el trabajo de adaptación realizado durante la primera ola de la pandemia. El primero es la Red de Apoyo, un proyecto que se creó desde cero durante el confinamiento; y el segundo, el Gran Circ, es un proyecto que ya estaba en funcionamiento y para el que buscamos estrategias para mantener su continuidad.

#### **XARXA SUPORT MUTU DE ROQUETES (RED APOYO MUTUO DE ROQUETES)**

A raíz del confinamiento de marzo de 2020 nacieron en Barcelona, y otras ciudades de Cataluña, iniciativas de apoyo vecinal llamadas *Xarxes de Suport Mutu* (Rossel, 2020; Yustres, 2021) redes de solidaridad donde vecinas apoyan a personas que en ese momento estaban en situa-

---

83 Expediente de regulación temporal de empleo. Previsto en el artículo 47 del Estatuto de los Trabajadores, permite a las empresas suspender, durante un tiempo limitado, los contratos de todos los empleados o de una parte, por causas económicas, técnicas, organizativas o de producción o derivadas de fuerza mayor.

ción de mayor vulnerabilidad.

En el caso de Roquetes, se inició gracias a un grupo de vecinas de la Asociación de Vecinos y Vecinas de Roquetes (AVVR). Ellas imprimieron unas hojas para repartir en comercios y farmacias de modo que cada comunidad pudiera poner en la zona común de su edificio. En esa hoja se podía anotar si se necesitaba apoyo o si la gente quería y podía ayudar, con el fin de que cada comunidad cuidara de sus vecinas. Viendo que la situación de confinamiento duraría más de lo previsto y que tenían dificultad para saber que ocurría en cada comunidad, la AVVR pidió apoyo a las técnicas del Plan Comunitario para articular una red de apoyo y velar por dar respuesta a diferentes situaciones que se estaban detectando en el barrio, como personas mayores que no podían salir a comprar, tirar la basura, familias con pocos recursos tecnológicos o internet, y situaciones de ERTE que impactaban directamente en la economía familiar y por tanto otros ámbitos como la alimentación o la vivienda, etc.

Ante esto se hizo un llamado a todas las personas, vecinas y profesionales que participaban del Plan Comunitario, con el objetivo de crear una red que se coordinara y diera respuesta a nuevas necesidades o necesidades agravadas. Esta red se convirtió en un proyecto imprescindible para la comunidad de Roquetes en un momento en el que los equipamientos y servicios estaban cerrados y la situación socioeconómica y de salud se había agravado considerablemente. Los objetivos de la red fueron promover el apoyo mutuo, compartir información y recursos y atender a las necesidades emergentes.

A nivel organizativo se realizaron las siguientes comisiones: salud, alimentación, laboral, inmigración, mascarillas, voluntariado, vivienda y género, cada una con una o varias personas referentes. Para captar voluntarios y voluntarias y llegar a personas con alguna necesidad se hizo un formulario (Google *forms*), se utilizó el teléfono móvil de un equipamiento para hacer un grupo de Whatsapp, se elaboraron carteles informativos para colgar en puntos estratégicos del barrio y se diseñó una guía de recursos con los teléfonos de atención básica.

Las peticiones de los colectivos más afectados llegaban de forma escalonada. El primer colectivo afectado fueron las personas mayores. Esto se debía principalmente a los mensajes sanitarios que se daban al inicio de la pandemia, donde las personas mayores eran el colectivo más vulnerable al covid-19. Esto causó miedo, desconfianza y aumento de la prudencia, pero sin una información clara de cómo actuar. Las personas mayores necesitaban ir a por medicamentos, a comprar o tirar la basura, y muchas no tenían su red de apoyo familiar cerca. Por esta razón, las primeras acciones de voluntariado fueron encaminadas a poder hacer las tareas que requerían movimiento y exposición pública.

La siguiente ola de peticiones provenía de un perfil más familiar, personas con hijos e hijas a las cuales no dejaban salir de casa, aburridas y encerradas, que carecían de medios tecnológicos e internet para hacer los deberes o conectarse con compañeras del colegio, y posiblemente falta de recursos de entretenimiento. Por último, empezaron a llegar demandas de mayor complejidad, personas que tenían un empleo estable pero que habían sido despedidas o en proceso de ERTE. Otras dependían de la economía sumergida, con poca capacidad de ahorro y, por tanto, sus ingresos se redujeron drásticamente, lo que afectó a otros ámbitos de la vida, principalmente a la capacidad de comprar alimentos y al pago del alquiler o hipoteca.

Tal y como se ha señalado en el apartado de contexto general, el covid-19 ha afectado de forma más dura a los barrios con menor renta por cápita y densamente más poblados de Cataluña.

Queremos aquí poner en énfasis la siguiente cuestión porque creemos que, como trabajadoras sociales, es necesario tener una visión holística y crítica de las desigualdades sociales, la interseccionalidad entre los ejes de exclusión. ¿Y qué significa eso? que las personas y familias más afectadas han sido por múltiples condicionantes y, por tanto, con situaciones más precarizadas. Además, la tardanza en recibir las prestaciones económicas de emergencia del gobierno de España, impacta directamente en la compra de alimentos, y el pago de suministros del hogar o el propio alquiler o hipoteca, lo que ha expuesto a las familias a un posible desahucio. Este hecho visibiliza como una desestabilización afecta más a aquellas personas que ya conviven con la precariedad.

Ante todas las consecuencias laborales, sociales, económicas, habitacionales, etc., derivadas de la pandemia por covid-19, una vez levantado el confinamiento domiciliario, la *Xarxa de Suport de Roquetes* detectó que la necesidad prioritaria era la dificultad para cubrir la alimentación básica de los vecinos/as. Por eso, un grupo de voluntarias decidió emprender recogidas de alimentos y repartirlos a estas familias junto con la aportación de diferentes entidades del barrio. La gente llega a la red por la demanda de alimentos, pero esta iniciativa no quiere ser un Banco de Alimentos, sino un espacio de intercambio y apoyo mutuo, donde se ofrece información y se acompaña a los servicios y recursos públicos existentes para que la situación cambie positivamente y tengan una respuesta estructural y estable.

## EL GRAN CIRC

El Gran Circo (Ateneu Popular 9 Barris, 2020) es un espacio que abre las puertas a personas mayores de 60 años y que invita a probar y experimentar para desmontar estereotipos asociados con el envejecimiento. La experiencia comenzó en 2018 y se construye con la participación de los Planes Comunitarios de Verdún y Roquetes, el Casal de Personas Mayores de Roquetes, el Instituto-Escuela Trinitat Nova (ieTN), la Agencia de la Salud Pública de Barcelona y el Ateneu Popular 9 Barris.

En el momento en que se constituyó este grupo motor, se tomó como una oportunidad para repensar la concepción de envejecimiento, poniendo al ser humano en el centro y tomando como punto de partida sus capacidades y el potencial de las redes de relación informales.

Así, los objetivos que se marcan están relacionados con:

- La mejora del esquema corporal y psicomotriz para mejorar la calidad de vida a través del envejecimiento activo.
- Incidir sobre situaciones de aislamiento y soledad sobrevenida, a través del establecimiento de redes de apoyo informales.
- Acercar a las participantes a los recursos y equipamientos del barrio, generando participación activa y de continuidad.
- Despertar intereses artísticos y culturales a través de la experiencia vivencial.

La propuesta se fue *cocinando a fuego lento*, tomando el concepto de salud en un sentido holístico que atiende a diferentes dimensiones del bienestar, como son la física, la emocional y la relacional-comunitaria. Como vehículo para ello se eligió el circo, por el amplio abanico de

posibilidades que nos brindan las técnicas circenses, que permiten que todo el mundo se encuentre cómodo en función de sus capacidades. Pero también por el potencial creativo que ese arte escénico podía aportar a la experiencia. Además, se apostó por ponerlo en marcha como un espacio intergeneracional, donde el alumnado de 12-13 años del Instituto-Escuela Trinitat Nova comparte espacios de práctica de las técnicas de circo. Así, a través de un proceso de creación de un espectáculo conjunto, adolescentes y mayores se encuentran en un espacio intergeneracional para experimentar, aprender y compartir. Este proceso termina con la exhibición del espectáculo durante la Fiesta Mayor del barrio de Trinitat Nova. De este modo, queremos promover el empoderamiento y reforzar el autoconcepto y la consolidación identitaria, gracias a la superación de barreras físicas y mentales y la ruptura de prejuicios y estereotipos vinculados con el envejecimiento.

Según las valoraciones de las propias participantes, el rasgo distintivo de este espacio de circo es que pone de relieve la importancia de la cooperación y la ayuda mutua. Además, también señalan la riqueza de iniciativas, espacios y actividades que existen en el barrio, poniéndolas en valor por ser cercanas y accesibles.

Tomando en consideración la situación de pandemia, tuvimos que reflexionar y adaptarnos para poder continuar con nuestra labor con seguridad y prestando atención a que nadie quedara excluido/a. En este sentido, el *Gran Circ* no se detuvo durante el confinamiento, si no que los talleres de circo se siguieron llevando a cabo de forma virtual<sup>84</sup>. Apostamos por seguir fortaleciendo nuestras redes de apoyo y por seguir dando espacio al movimiento, a la creatividad y al autocuidado, pero desde casa. Para hacerlo, cada semana nos llamábamos por teléfono con cada participante para ver cómo estábamos o simplemente para charlar un rato. Aparte de esto, también semanalmente pusimos en marcha los talleres virtuales, que consistían en pequeñas píldoras con ejercicios y recomendaciones para practicar circo en casa. Cada semana compartimos una de estas píldoras y terminamos con un pequeño espectáculo en video que fuimos creando con mucho cariño a lo largo de las 12 semanas que duró el curso y que compartimos de forma interna con todas las participantes.

#### **4. REFLEXIONES, RETOS Y DILEMAS DEL TRABAJO SOCIAL**

A continuación, exponemos algunos dilemas y reflexiones que hemos tenido en nuestra labor de adaptación a la situación actual de convivencia con el covid-19. Hay que decir que muchos de estos comentarios son fruto de compartir con compañeras de diferentes proyectos y disciplinas que trabajan también en el ámbito comunitario. De esta forma, aprovechamos este espacio para agradecer su acompañamiento y aportaciones en este viaje.

En primer lugar, queremos hablar del lugar que ocupó y tiene intención de ocupar la virtualidad. Lo que en un momento fue un facilitador para estar en contacto, o mejor dicho conectadas, en un momento de confinamiento domiciliario obligatorio, ha pasado a ser una herramienta más en nuestro día a día. En el proceso de vuelta a nuestros puestos de trabajo fue imprescindible revisar los aparatos electrónicos, invertir en micrófonos ambientales y realizar formaciones

---

84 Dejamos los enlaces a los videos elaborados para las clases virtuales del *Gran Circ* en el apartado de referencias bibliográficas.

en herramientas TIC a las participantes de los proyectos. Pero, ¿hemos pensado en qué consecuencias están teniendo las pantallas en nuestro día a día? Por un lado, encontramos que gran parte de nuestro trabajo comunitario es el vínculo, las relaciones, mirarse, tocarse, hablarse, discutir, sentirse. En definitiva, compartir el espacio. Y claro que debemos hacerlo con cuidado, velando por garantizar espacios seguros, tanto física como emocionalmente. Por lo que estar en casa, aislarse, sentirse sola, está teniendo un alto impacto sobre la salud emocional y mental de las personas. Y por otro, nos preocupa que detrás del discurso *la virtualidad como facilitadora para conectarse a más reuniones con menos tiempo* esconda una exigencia productivista propia del sistema capitalista. Las conversaciones espontáneas presenciales se ven cortadas por una mala conexión, turnos de palabra o chats en abierto. Además, la virtualidad no permite disfrutar de las tertulias previas y posteriores. Son momentos informales de encuentro, de intercambio, de cuidados que se pierden. De nuevo lo productivo pasa por delante de lo reproductivo, que queda invisibilizado y relegado a un segundo plano.

Otro aspecto para tener en cuenta es cómo preparamos y somos capaces de adaptar la red comunitaria ante situaciones de excepcionalidad o crisis sobrevenida. El covid-19 llegó en un momento de pleno romanticismo en cuanto a la participación, la lucha colectiva y el espíritu comunitario. Es importante cultivar estos sentimientos para tener unos buenos cimientos frente a las sacudidas. En estos momentos nos toca reparar de nuevo los daños causados por el covid y adaptar nuestro día a día a lo que se está mal nombrando *nueva normalidad*.

Nuestro posicionamiento ante todo es que no queremos respuestas puntuales y coyunturales sino estructurales. Está demostrado que las crisis afectan de forma más dura a las personas y familias que viven en condiciones de precariedad y están expuestas a más factores de desigualdad. Lo vivido no son nuevas necesidades, sino desigualdades estructurales agravadas por la pandemia. No podemos esperar a que pase una desgracia para poner una tiritita. Necesitamos voluntad política que legisle sobre la base de políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades estructurales y evitar la cronificación. Desde el trabajo social debemos empujar para que esto se produzca, visibilizando las injusticias, teniendo una mirada crítica y transformadora y vigilando para no acomodarnos, porque podemos acabar siendo agentes de orden social que contribuyan a perpetuar dichas desigualdades.

Tenemos que trabajar para promover la identidad colectiva y comunitaria por encima del individualismo. Está claro que no deben desaparecer las prestaciones unipersonales o familiares, pero el contexto en el que se perciben, se explican y se materializan es importante. A partir de la experiencia de las redes de apoyo han llegado muchas personas que no estaban vinculadas con la red comunitaria. Han llegado, además, por una necesidad personal y vivida de forma individual. Pero la realidad es que las necesidades manifestadas eran y son consecuencia de una problemática contextual concreta y que afecta a muchas personas. La visión colectiva para buscar respuestas y soluciones reduce el sentimiento de vergüenza, frustración y culpa, además, las personas que acaban implicándose en la solución se sienten útiles, y parte de un grupo que, con similitudes y diferencias, se apoyan, se reconocen y se identifican no solo en la necesidad sino en la oportunidad de cambio y mejora. Una de nuestras funciones es fomentar esta visión y cuidar el proyecto colectivo, a la vez que velar por que estas personas que han llegado por una situación de necesidad se queden y se sientan parte de la red comunitaria más allá del momento que estamos viviendo.



Cabe señalar que cada Red de Apoyo ha tenido su nacimiento y desarrollo. Algunas, como el caso de Roquetes, al inicio tuvieron mucha presencia de personas técnicas o profesionales, puesto que estaban ya implicadas en el Plan Comunitario y fue un facilitador a la hora de organizarse y coordinar los recursos. A día de hoy se mantiene un soporte técnico en cuanto a acompañamiento, pero el día a día se gestiona por vecinas del barrio. No queremos manifestar un posicionamiento hacia qué tipo de redes son mejores o peores, puesto que en el contexto que nos ocupaba y con los medios que se tenían, cada red hizo su recorrido. Pero sí que nos interesa lanzar aquí lo que sería un debate bastante interesante sobre los peligros y las oportunidades de la tecnificación, tanto desde un punto de vista práctico como de posicionamiento político vinculado con la promoción de la participación vecinal y la acción comunitaria. Podríamos hablar de poderes, saberes y conocimientos universitarios y populares. ¿Dotar de estructura técnica va en detrimento de la responsabilidad e implicación activista? ¿Son contradictorios o pueden convivir? ¿Somos conscientes los y las profesionales del poder que tenemos?

Somos las primeras que, ante esta situación de emergencia social hemos interpelado a las administraciones y órganos políticos para que tomaran medidas para paliar necesidades surgidas y agravadas. Sobre todo, aquellas sobrevenidas por inestabilidad y precariedad económica, puesto que las administraciones tienen el mandato y los medios para ello, tal y como se vivió con medidas como la prestación económica de urgencia social (Ayuntamiento de Barcelona, 2020) para personas y familias en el contexto de covid-19 en Barcelona o el Fondo de Recuperación Europeo para el covid-19. Por otro lado, es importante ser conscientes de que las trabajadoras sociales no tenemos el monopolio de garantizar el bienestar social. Debemos tener en cuenta y reconocer la importancia de las iniciativas vecinales que a menudo tienen una respuesta más inmediata ante situaciones de urgencia. La complementariedad y coordinación entre servicios, entidades, equipamientos y comunidad hace que se articulen respuestas integrales, no parciales y duplicadas. Esto es *hacer comunidad*.

Esta situación es nueva para todas y, tal y como hemos dicho, nos encaramos con muchas incógnitas como: ¿qué podemos aportar?, ¿dónde debemos situar las prioridades?, ¿cómo integramos la vía telemática en los cuidados? Esperamos poder responder a través de la práctica y con el apoyo de la red comunitaria, que ha estado a la altura desde el inicio de esta crisis. De hecho, nunca ha dejado de estarlo. Relaciones de vecindad y soporte mutuo son y serán ingredientes esenciales de la receta para afrontar los retos actuales y los que vendrán. Así, queremos seguir tejiendo vínculos y trabajaremos para recuperar los espacios presenciales, para seguir haciendo piña y cuidándonos unas a otras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agència Salut Pública de Barcelona (2013). Informe salut als districtes. Nou Barris [archivo PDF]. Recuperado de: <https://www.aspb.cat/documents/lectura-facil-nou-barris-2013/>.

Agència Salut Pública de Barcelona (2016). La salut als districtes 2015: Nou Barris [archivo PDF]. Recuperado de: <https://www.aspb.cat/documents/salut-als-districtes-2015-nou-barris/>.

Agència Salut Pública de Barcelona (2019). Diagnòstic de salut. Les Roquetes [archivo PDF]. Recuperado de: <https://bit.ly/3fxYiXi>.

Agència Salut Pública (2020). Cómo afecta el covid-19 a la población de Barcelona. Recuperado de: <https://webs.aspb.cat/covid19aldiabcn/>.

Ajuntament de Barcelona (2020). Prestació econòmica d'urgència social per a persones i famílies en el context de la COVID-19. Recuperado de: <https://bit.ly/3rhCEJe>.

Ajuntament de Barcelona (s. f.). Anuarios Estadísticos de la Ciudad de Barcelona. 1996-2020. Recuperado de: <https://bit.ly/3SEk2ig>.

Ateneu Popular 9 Barris (2020). Gent Gran, Circ i Confinament. Recuperado de: <https://bit.ly/3Eo7FZJ>.

Ateneu Popular 9 Barris (mayo de 2020). Videos confinament el Gran Circ. Recuperado de: <https://bit.ly/3Cehxgf>.

Fondo de Recuperación Europeo para la COVID-19 (s. f.). Recuperado de: <https://bit.ly/3rzR9IN>.

Mapa de Xarxes de Suport Veïnal (s. f.). Recuperado de: <https://bit.ly/3CjIVdO>.

Mouzo, J. (2020). L'afectació de coronavirus a Catalunya, poble a poble. Recuperado de: <https://bit.ly/3Ch4BqS>.

Rossel, M. (2020). Les Xarxes de Suport Mutu, la solidaritat veïnal davant del coronavirus. Recuperado de: <https://bit.ly/3BVGpca>.

Yustres, V. (2021). Xarxes de Suport Mutu: l'altra primera línia als barris. Recuperado de: <https://bit.ly/3UNxKkQ>.



## CAPÍTULO 14

Implicancia del proceso constituyente en Chile para el trabajo social:  
Experiencia en municipios del sector sur de la Región Metropolitana de  
Santiago de Chile.

*Lorena Campos Vadell*<sup>85</sup>

*Héctor Reyes Chacana*<sup>86</sup>

### RESUMEN

En el contexto de la discusión sobre la nueva constitución que está viviendo Chile a partir del estallido social del año 2019, distintos movimientos ciudadanos y sociales plantean la necesidad de iniciar procesos participativos de discusión y diálogo que aporten al proceso constituyente. En ese marco, la Escuela de Trabajo Social de la UTEM se vincula con diversas municipalidades de la zona sur de Santiago, agrupadas en la Asociación de Municipios Ciudad Sur, definiendo una agenda de trabajo. El siguiente texto describe y reflexiona respecto del proceso llevado a cabo entre los años 2019 y 2021, con la ejecución de la Escuela Constituyente para la formación de dirigentes sociales y las asambleas constituyentes territoriales, a través del caso de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

**PALABRAS CLAVE:** participación, constitución, ciudadanía, comunidad.

### 1. CONSIDERACIONES INICIALES

Durante octubre de 2019, se generó el estallido social, un movimiento ciudadano en Chile que, a lo largo del país, manifestó de manera espontánea su malestar frente a situaciones de abuso y desigualdad social, heredados de un modelo de desarrollo altamente individualista y generador de riquezas para algunos y de precariedades para parte importante de la población, cruzado por un marco de deslegitimación de las instituciones democráticas, incapaces de resol-

---

85 Trabajadora social de la Universidad Católica de Chile. Magíster en Ciencias Políticas, UTEM. Directora del Departamento Trabajo Social de la UTEM y directora del Centro de Desarrollo Social de la Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social, UTEM. Correo electrónico: lorena.campos@utem.cl.

86 Trabajador Social, UTEM. Máster en Antropología de Orientación Pública de la Universidad Autónoma de Madrid. Magíster en Gerencia y Políticas Públicas, Usach. Correo electrónico: hreyes@utem.cl.

ver las demandas de sus ciudadanos/as. Como señala el sociólogo Manuel Garretón, lo que se buscaría es “un nuevo orden social que respete la dignidad, que suprima los abusos, que avance cada vez más en la igualdad” (Mlynarz y De la Fuente, 2020). Este proceso desencadenó una revuelta social de consecuencias impensadas, si bien cuando en los años previos se detonaron movilizaciones sociales masivas (estudiantiles en 2006 y 2011 y feminista en 2018), ninguna alcanzó la magnitud, duración y resultados que caracterizaron al movimiento social reciente, una vez retornada la democracia.

Este hecho tuvo repercusiones sociales y políticas importantes, lo que obligó al Gobierno de Sebastián Piñera y a las diversas fuerzas políticas, con representación parlamentaria, a buscar un acuerdo institucional para terminar con las manifestaciones, arribando a lo que se conoce como el Acuerdo por la Paz, en noviembre de 2019, que tuvo como parte central el inicio de un proceso constitucional.

Cabe señalar que la actual Constitución Política de la República se encuentra vigente desde 1980 y fue elaborada en pleno régimen militar, por un grupo designado de personas por parte de la dictadura encabezada por Augusto Pinochet, que fue aprobada en un plebiscito que no contó con ninguna garantía democrática.

Dicha Constitución se encuentra altamente cuestionada en su origen, debido al marco político en la que se genera, y porque contiene los fundamentos del modelo económico y social neoliberal imperante en el país, que ha llevado a la sociedad chilena a vivir en los extremos del desarrollo, con altos índices de crecimiento económico que redundan en concentración de recursos en algunos y, por otro lado, sectores mayoritarios de la población en situaciones de pobreza, vulnerabilidad y dependientes del sistema financiero, así como la privatización de la seguridad social, la salud y la educación, asentando un modelo esencialmente excluyente.

La propuesta de un proceso constituyente, establecido en el acuerdo por la paz del año 2019 y ratificado en un plebiscito, definió la creación de una nueva constitución, elaborada por un órgano denominado la Convención Constitucional, conformada por representantes elegidos democráticamente a través de la participación de toda la población con derecho a voto, con una composición paritaria y con representación de los pueblos originarios. Este proceso marcó un despertar ciudadano, ya que impulsó una demanda ciudadana por discutir y plantear temas diversos que aquejan a la sociedad chilena, tanto desde una mirada nacional como de miradas locales y territoriales.

Lo anterior instó a instituciones y organismos, representativas de diversos sectores de la sociedad chilena, a impulsar acciones orientadas a facilitar este proceso constituyente inédito en nuestro país, generando acciones para consolidar la participación de la ciudadanía.

En esa línea podemos destacar la consulta ciudadana realizada durante diciembre de 2019, por la Asociación Chilena de Municipalidades (organismo que reúne a la mayoría de las municipalidades de Chile), respecto de cuáles eran aquellos temas más relevantes que debiera incorporar una nueva Constitución, así como también iniciativas de discusión realizadas por diversas universidades del Estado, u organizaciones representativas de la sociedad civil, siendo espacios temáticos o territoriales de discusión. De hecho, muchas de estas iniciativas han sido recogidas por el proceso constituyente, quedando reflejadas en una plataforma de participación ciudadana.

No ajenos a este proceso de participación, la carrera de Trabajo Social de la Universidad

Tecnológica Metropolitana, la cual es una universidad pública asentada en la región Metropolitana, en la ciudad de Santiago (capital del país), se coordinó con otras carreras y universidades públicas, con el fin de poder articular, desde la demanda ciudadana, para ser parte de este proceso constituyente, gestando una intervención orientada en la línea de vinculación con el medio para favorecer la participación ciudadana y fortalecer los conocimientos de dirigentes sociales en torno a aquellas temáticas de mayor interés y preocupación ciudadana, y que serían parte de la discusión constitucional. En esa línea se organiza una propuesta de intervención con municipios, comunidades, territorios y organizaciones sociales a partir de finales de 2019, la cual damos a conocer a través de este texto.

## 2. EL ESTALLIDO SOCIAL

En Chile se conoce como estallido social al fenómeno de una serie de masivas manifestaciones y disturbios originados en Santiago y propagados a todas las regiones de Chile, con mayor impacto en las principales ciudades del país, desarrollados principalmente entre octubre de 2019 y marzo de 2020.

El factor detonante de estos sucesos fue el alza en la tarifa del sistema de transporte público de Santiago, que entró en vigor el domingo 6 de octubre de 2019. Tras el aumento de las tarifas, miles de estudiantes secundarios se organizaron para realizar actos de evasión masiva en el Metro de Santiago.

Como consecuencia de ello, la noche del viernes 18 de octubre comenzaron a aparecer varios focos de protestas, saqueos y disturbios violentos a lo largo del país, por lo cual, durante la madrugada del día sábado 19 de octubre, el presidente de la república decretó estado de emergencia. La situación se extendió, y para el día 23 del mismo mes el estado de emergencia había sido declarado en quince de las dieciséis capitales regionales.

Aunque la causa inmediata puede atribuirse al alza tarifaria del transporte público, las concentraciones populares pronto expusieron sus causas mediatas: el alto costo de la vida (hasta 2019 Santiago era la segunda ciudad más onerosa de Latinoamérica), bajas pensiones, precios elevados de fármacos y tratamientos de salud, y un rechazo generalizado a toda la clase política y al descrédito institucional acumulado durante los últimos años, incluyendo a la propia Constitución del país (Biblioteca del Congreso Nacional, 2021).

Con posterioridad, en un acuerdo transversal entre el Gobierno y el Congreso, y firmado por la mayoría de los partidos políticos con representación parlamentaria, se acordó la convocatoria a un plebiscito nacional en octubre de 2020, para definir si se redactaría una nueva Constitución Política y qué mecanismo sería utilizado.

### **3. ALIANZA ESTRATÉGICA UNIVERSIDADES ESTATALES CIUDAD SUR: PROGRAMA COMUNIDAD ACTIVA PARA UNA NUEVA CONSTITUCIÓN**

Con posterioridad al estallido social, desde la Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión (VTTE) de la Universidad Tecnológica Metropolitana se tomó contacto con la Vicerrectoría de Vinculación con el Medio (VIME) de la Universidad de Santiago de Chile y el Centro de Estudios Constitucionales (Cecoch) de la Universidad de Talca. Se establece una alianza de tres universidades estatales, preocupadas por la situación del país y buscando la manera de incidir, desde la academia hacia los territorios, para abrir espacios de participación ciudadana y potenciar la discusión sobre un nuevo proceso constitucional para Chile. Este proceso de vinculación y coordinación es liderado por docentes de la Escuela de Trabajo Social, en coordinación con la carrera de Administración Pública de la UTEM.

La base territorial está dada a través del acuerdo con la asociación Ciudad Sur, la cual es una asociación de municipios del sector sur de la región Metropolitana, que agrupa a siete municipios y que tiene dentro de sus objetivos estratégicos el potenciar la asociatividad y colaboración entre los gobiernos locales, con el fin de enfrentar las problemáticas comunes presentes en sus territorios.

Hay que destacar que la región Metropolitana del país es la más importante en términos de población, concentrando casi el 50% de la población total del país, albergando a la capital política y también económica, y con una población diversa y de altos índices de desigualdad entre comunas. Al respecto las comunas en las cuales se desarrolló la intervención se caracterizan por contener territorios altamente vulnerables, índices de pobreza iguales o superiores al promedio nacional, brechas en materia de viviendas, áreas verdes y con altos niveles de violencia ciudadana, entre otras problemáticas que afectan a sus más de 600 mil habitantes.

### **4. MARCO METODOLÓGICO**

A partir de esta movilización social ciudadana, que desencadenó un proceso constituyente, la UTEM, y en particular la Escuela de Trabajo Social, decidió ser un actor articulador, potenciador y canalizador del interés ciudadano, creando y desarrollando la intervención: Comunidad Activa para una nueva Constitución.

El presente trabajo fue desarrollado a partir de la sistematización de las experiencias llevadas a cabo por la Escuela de Trabajo Social en el marco de este proyecto de extensión universitaria de vinculación con el medio.

Este texto se enmarca en lo que entendemos corresponde a una sistematización, por cuanto este método permite “producir conocimiento a partir de la recuperación e interpretación crítica de experiencias, transformar y compartir para que otros puedan aprender de ellas” (Cifuentes Patiño, 2019).

En consecuencia, el proceso sistematizador posibilita producir conocimientos y aprendizajes significativos, apropiarse críticamente de las experiencias vividas (saberes y sentires), comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con perspectiva transformadora (Jara,

2010). Y nos permite dar cuenta de una interacción social compleja (Aguayo, 2018), captando sus significados a través de la reflexión crítica del mismo.

En esa línea, el proceso constituyente en Chile es un proceso inédito que requiere ser sistematizado, por cuanto entendemos que es un imperativo para las/os profesionales de la acción social comprometidos con el cambio social, sistematizar experiencias que nos permitan reflexionar sobre la práctica, para aprender de ella, conceptualizarla, comprenderla y potenciarla. Puede aportar al desempeño profesional transformador de condiciones de inequidad, injusticia, discriminación, pobreza, que abordamos en nuestros contextos cotidianos y laborales.

El objetivo de esta sistematización es caracterizar y analizar aprendizajes de la experiencia del programa Comunidad Activa para una Nueva Constitución. Este programa se diseñó inicialmente como Escuela de Formación de Líderes Sociales, apuntando a potenciar las capacidades de análisis, reflexión y propuestas de la dirigencia social asentada en los territorios respecto de los temas de: constitución, salud, educación y seguridad social.

Cada universidad definió, a partir de sus equipos académicos, el desarrollo de módulos temáticos. Es así como la Escuela de Trabajo Social, a partir de la cátedra de Seguridad Social y contando con la participación de sus académicos, elaboró el módulo de Seguridad Social, que recoge la historia de la seguridad social y las principales inquietudes respecto del sistema de administradoras de fondos de pensiones imperante en nuestro país.

Posteriormente, y producto de la pandemia por covid-19, que azotó al mundo, esta escuela, inicialmente presencial, tuvo que ser organizada y desarrollada en formato virtual, a través de las plataformas digitales que disponen las universidades. Se desarrollaron dos versiones totalmente on line, manteniendo el esquema de módulos temáticos.

Por último, y como tercer momento de la intervención y luego de la instalación de la Convención Constitucional, se desarrolló el programa Municipio Constituyente, que consistió básicamente en el desarrollo de asambleas territoriales en la comuna de Pedro Aguirre Cerda, donde, a través de una metodología participativa propuesta por la universidad y mediante grupos de discusión, se analizaron las expectativas e ideas de vecinas y vecinos de la comuna respecto de la nueva constitución. Las asambleas fueron sistematizadas y subidas a la plataforma ciudadana que dispuso la Convención Constitucional.

## **5. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: COMUNIDAD ACTIVA PARA UNA NUEVA CONSTITUCIÓN**

### **Primera Escuela Constituyente**

La Escuela Constituyente se desarrolló, en un primer momento, entre diciembre de 2019 y febrero de 2020 en 4 municipios que conforman Ciudad Sur, donde se capacitó a más de mil líderes territoriales en torno al proceso constituyente, a través de jornadas presenciales. Esta iniciativa buscó que las y los asistentes pudiesen, con los conocimientos adquiridos en cuatro módulos temáticos, replicar esta instancia formativa con otras personas, y de esta manera, contribuir a propiciar el aprendizaje colectivo. Se buscaba profundizar en los ámbitos de: constitución, salud y seguridad social. Cabe señalar, además, que nos encontrábamos en momentos



previos al plebiscito que aprobó la reforma constitucional.

El módulo con que se iniciaba el encuentro correspondía a una exposición sobre los desafíos del proceso constituyente en curso, permitiendo conocer lo que implicaba elaborar una nueva carta magna (constitución), los plazos y resultados esperados y también, recoger las expectativas de participación respecto de dicho proceso.

## **Segunda Escuela Constituyente**

Como producto del trabajo y los vínculos ya generados y con posterioridad al plebiscito se decidió, entre el consorcio de universidades públicas y Ciudad Sur, continuar con el proceso de formación en torno al proceso constituyente, a pesar de la situación de pandemia presente en el país y el mundo desde marzo de 2020, articulando una escuela de carácter virtual, teniendo como foco de formación preferente a los habitantes y dirigentes sociales de las comunas del sector sur de la ciudad de Santiago.

Una de las particularidades de esta iniciativa es su trabajo colaborativo con otras entidades estatales en la construcción de los módulos propuestos para realizar la escuela constituyente, tanto en aspectos técnicos como prácticos, que permitieron enriquecer la participación informada en el contexto del proceso constituyente y en todas las instancias de discusión cívica que se desarrollarían en los territorios.

Los módulos fueron liderados por académicas y académicos de los mencionados planteles estatales, quienes reflexionaron y analizaron junto a las y los participantes acerca de conceptos y puntos fundamentales relacionados con el proceso constituyente, buscando comprender cómo la constitución se vincula con diferentes áreas y ámbitos del devenir social. Los módulos que se dictaron fueron los siguientes:

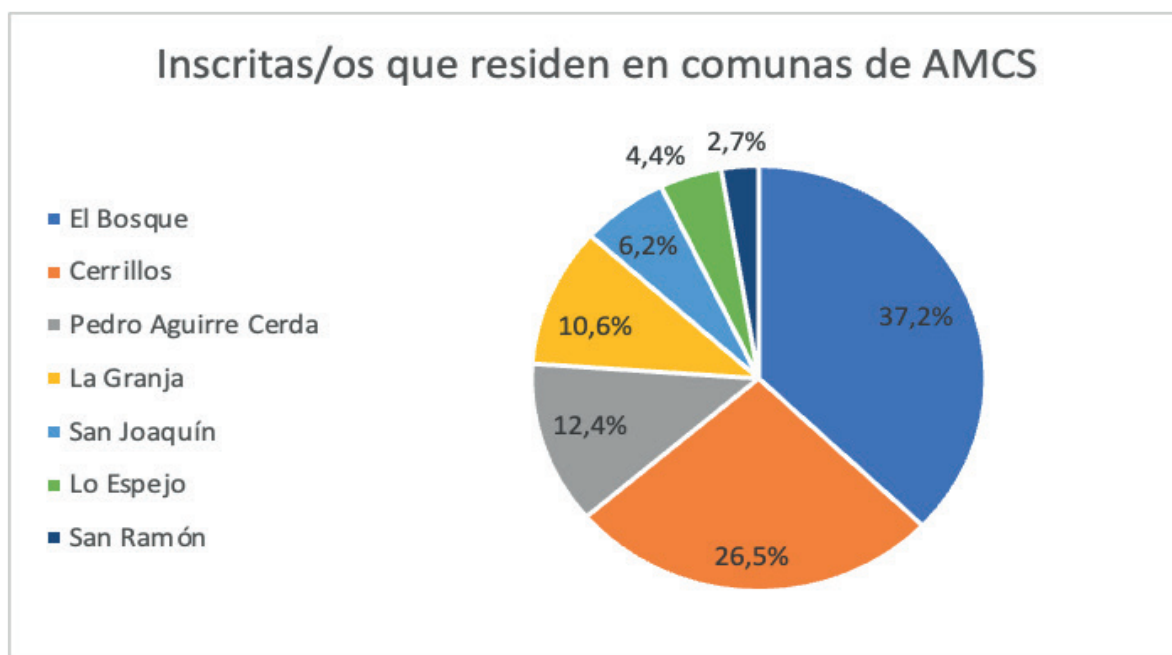
- Constitución y proceso constituyente. Dictado por el Centro de Estudios Constitucionales de Chile de la Universidad de Talca.
- Salud. Dictado por la Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Medicina
- Seguridad Social. Dictado por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM).
- Educación. Dictado por el Departamento de Educación de Municipios Ciudad Sur.

De esta forma, la primera versión de la Escuela Constituyente virtual se llevó a cabo entre el 15 de julio y el 11 de agosto de 2020. La convocatoria estuvo a cargo de la Asociación Ciudad Sur y se materializó por medio de una ficha de inscripción creada por el equipo interinstitucional en un formulario Google. Esta ficha, además, consultó por temas de interés para ampliar temáticas de la Escuela. Se estableció un límite para los cupos de 290 personas, dado que la licencia de Zoom permitía un total de 300. En esta primera versión se inscribieron 237 personas, de las cuales 134 se identificaron con el género femenino y 101 personas se identificaron con el género masculino. Cabe destacar que el rango promedio de edad de los asistentes fue de 40 años, teniendo presencia de personas desde los 18 años hasta los 81 años. Este dato, relevante, por cierto, demostraría el interés intergeneracional que el proceso constituyente logra en la sociedad chilena.

Por otro lado, se evidencia que las regiones de procedencia de las y los inscritos en la primera versión de la Escuela Constituyente es variada, cuestión fomentada por el carácter virtual de la Escuela Constituyente, siendo predominante, en todo caso, la participación de representantes de la región Metropolitana con un 88%, seguido de participantes de la región del Maule, con un 5%.

Al focalizar en las comunas de la región Metropolitana, se observa que se inscribieron personas provenientes de 37 comunas; de éstas, un 55,1% son de las comunas que pertenecen a la Asociación de Municipios Ciudad Sur, representando 131 personas inscritas.

**Gráfico 1. Porcentaje de inscritas/os de comunas de la Asociación de Municipios Ciudad Sur, n=131**



Fuente: información recogida del Informe Escuela Constituyente.

Como parte de la evaluación de la primera versión de la Escuela Virtual, se consultó a los asistentes, a través de una encuesta en línea, qué otros temas consideraban que eran importantes de analizar en relación con los desafíos de una nueva constitución para Chile. De las respuestas dadas por las participantes se decidió incorporar, en la segunda versión digital, la temática del medio ambiente.

En la primera versión se inscribieron 516 personas, de las cuales 301 se identificaron con el género femenino y 197 con el género masculino. Siguiendo con la caracterización sociodemográfica de las y los inscritos, puede identificarse la edad mínima de las y los inscritos (15 años), la edad máxima (80 años) y la edad promedio, que corresponde a los 35 años.

En su segunda glosa virtual, el desarrollo de la Escuela Constituyente consideró una versión

más acotada en el tiempo, con una sesión por módulo intensivamente durante una semana, y abierta a todo público. De esta forma, se desarrolló entre el 28 de septiembre y el 2 de octubre.

Sin embargo, y a diferencia de la primera versión, es interesante observar la diversidad de regiones de procedencia de las y los inscritos para el segundo encuentro, dado el carácter abierto y no focalizado en el territorio que comprende los municipios de Ciudad Sur, la cual era la característica principal de la primera versión de la Escuela Constituyente. Las regiones con mayor cantidad de personas inscritas fueron la de Valparaíso y la del Libertador General Bernardo O'Higgins, ambas con un 19% de las personas que habitan en una región distinta a la Metropolitana; en tercer lugar, la región del Maule muestra un porcentaje de inscripción del 17%; Antofagasta y Ñuble evidencian un 6%; Arica y Parinacota, Atacama, Coquimbo y La Araucanía, con un 5% cada región, y las regiones del Biobío, de Los Lagos, de Aysén y de Magallanes tienen, respectivamente, un 4% de las y los inscritos en la segunda versión. No se registran inscritos/os de las regiones de Tarapacá y de Los Ríos. Es decir, esta escuela virtual logró traspasar su carácter metropolitano, logrando presencia en casi todas las regiones del país.

Al observar la región de procedencia de las y los inscritos, un 83% proviene de la región Metropolitana, porcentaje similar a la primera versión de la Escuela.

### **c) Experiencia Municipio Constituyente en la comuna de Pedro Aguirre Cerda**

Como resultado del trabajo colaborativo desarrollado con las municipalidades que conforman Ciudad Sur, se articuló el programa Municipio Constituyente (MC), el cual fue trabajado en conjunto por la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM) y la Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda.

Cabe señalar que la comuna de Pedro Aguirre Cerda se encuentra ubicada en la zona sur de la ciudad de Santiago, posee una población de 101.147 mil habitantes, en la que el 51% corresponde a mujeres y el 49% a hombres; y se encuentra, además, dentro de las comunas con mayores niveles de pobreza en el país, con un 27% de pobreza multidimensional y un 6% según ingresos (Censo, 2017).

En esta comuna se desarrollaron, en el marco del programa Municipio Constituyente, cuatro asambleas territoriales, además de un hito de lanzamiento de la actividad, que convocó a dirigentes sociales de la comuna como actores movilizados de la participación de las vecinas y vecinos.

Entre octubre y diciembre de 2021 se organizaron eventos por macrozonas territoriales en las que participaron más de 100 vecinos/as, quienes, bajo una metodología de trabajo en grupos, con presentaciones de resultados en formato papelógrafo, sintetizaron sus ideas respecto de las expectativas en torno a la discusión de la nueva Constitución y los temas relevantes que esta nueva carta fundamental debe garantizar, desde una mirada local.

Este proceso fue acompañado por diez estudiantes de Trabajo Social y otros 10 de Administración Pública de la Universidad Tecnológica Metropolitana, quienes actuaron como facilitadores y sistematizadores del proceso de discusión grupal, registrando la información entregada por los vecinos/as, tanto en fichas de síntesis de la discusión grupal como en los papelógrafos. Cabe señalar que también colaboró un equipo de gestores comunitarios municipales, quienes previamente fueron capacitados en metodología de trabajo grupal, así como en temáticas ejes

de la discusión constituyente, por cuanto actuaron en el trabajo con la comunidad como moderadores de la discusión, orientando dicho debate en torno a preguntas aglutinadoras que facilitarían la sistematización.

Es relevante indicar que en el momento en el que se escribe este artículo ese proceso aún se encuentra en curso, quedando por avanzar en lo referido a la sistematización de la discusión grupal, presentación de resultados a los asistentes a los talleres para su sanción, y elaboración de documento final que será entregado a la convención constitucional, en el marco de la participación ciudadana establecida por dicha instancia. Otro elemento importante para destacar es que este proceso se realizó completamente en carácter presencial, retomando dicha práctica después de casi dos años de restricciones para actividades presenciales masivas producto de la pandemia generada por el covid-19.

Los resultados preliminares de estas asambleas refuerzan la necesidad de contar con una nueva constitución que resguarde derechos fundamentales: salud, educación, medioambiente, sistemas de pensiones dignas, igualdad y participación abierta y sin discriminación. Se relevan temas como: migración, pueblos originarios y disidencias. Desde lo local, solicitan una relación horizontal, cercana y directa con sus autoridades locales y en especial con su alcalde.

## 6. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS

En Chile, existe consenso en que ninguna de las instituciones pudo prever el estallido social. Las universidades no fueron la excepción. En este contexto cabe destacar la temprana alianza, en diciembre de 2019, entre las universidades públicas y Ciudad Sur, asumiendo la vocación pública de responsabilidad social y la necesidad de vincularnos con los territorios.

Para el trabajo social en Chile y en Latinoamérica, la disciplina ha estado presente y ligada con los movimientos sociales de los países. Es así como en los años sesenta estuvo ligada a la reforma agraria y en los setenta a lo que significó el quiebre de la democracia y la dictadura militar.

El trabajo comunitario ligado a asambleas comunitarias con vecinos de base y dirigentes sociales fue una estrategia utilizada en los años 80 para democratizar a la ciudadanía, recomponer el tejido social y recuperar la democracia.

Sin embargo en los noventa, y como consecuencia entre otras del modelo neoliberal, ha disminuido la participación social, un ejemplo de ello es la baja sistemática de participación en los procesos de elecciones en los últimos años.

Es por eso que, antes del plebiscito por una nueva constitución, no fue de extrañar que se articularan asambleas masivas de formación y de debate ciudadano, que lograron aterrizar las demandas de la ciudadanía en un marco de participación comunitaria.

En ese sentido, se debe valorar también que los temas con los cuales se articuló esta experiencia surgen a partir de una consulta ciudadana realizada por la Asociación Chilena de Municipalidades (ACHM), organismo que reúne a la totalidad de los gobiernos locales del país (354 municipalidades). Esto se constituye en un elemento dinamizador del proceso preconstituyente, mostrando las autoridades comunales interés ciudadano por participar y debatir respecto de temas largamente presentes en las demandas ciudadanas recogidas sistemáticamente por diversos estudios de opinión pública.

La sucesión del programa comunidad activa para una nueva constitución, fue siguiendo el devenir de los procesos electorales y no estuvo exenta de dificultades al tener que reaccionar y articular respuestas rápidas entre distintos actores.

La generación del programa Comunidad Activa para una Nueva Constitución, a través de la generación de dos Escuelas de Formación de Dirigentes Sociales, permitió sumar a los equipos docentes especializados en distintas temáticas y desarrollar los módulos temáticos.

Para la Escuela de Trabajo Social de la UTEM significó un desafío el desarrollo del módulo de seguridad social, a través de docentes de la cátedra, quienes aceptaron el desafío y pusieron en valor los conocimientos, pero además recogieron el debate público en torno a las pensiones y al cuestionamiento del sistema de administración de los fondos de pensión en Chile.

Del proceso llevado a cabo a través de las escuelas constituyentes se pueden extraer variadas reflexiones, respecto de lo que este tipo de iniciativas logra mostrarnos de la dinámica social cuando se expresan las demandas de la ciudadanía.

Un primer momento de reflexión para el trabajo social, está en mantener la vinculación y sensibilidad de los procesos sociales que están ocurriendo en Chile y reaccionar de manera oportuna, buscando alianzas y colocando a disposición de la ciudadanía todas las capacidades de gestión comunitaria.

Como trabajadores sociales, reconocemos el descontento mayoritario de la ciudadanía y la necesidad en un momento histórico, como lo es el cambio de una constitución, de aportar al debate, abrir el acceso a los conocimientos y brindarse al servicio de los vecinos y vecinas.

Por un lado, se pudo reconocer las tensiones que se dan en los análisis de cada sujeto respecto de los temas de interés colectivo versus aquellos de un interés que podríamos denominar más particular o individual, tensionando las conversaciones. Si bien la Escuela tuvo un desarrollo orientado a aquellas temáticas de interés mayoritario, claramente en su devenir generó discusiones respecto de diversas problemáticas planteadas desde cada sujeto/a.

En paralelo, se generó otra dimensión de análisis respecto de la temporalidad en el abordaje de las problemáticas que emergieron en la discusión, confrontando el mediano con el largo plazo. Esto situándose en un escenario que traspasaba el proceso constituyente y que asigna responsabilidad al gobierno que deba implementar la nueva Constitución que surja de este proceso constituyente.

El proceso llevado a cabo a través de las escuelas constituyentes se vio afectado por la situación de pandemia, forzando a la organización a tomar acciones que permitieran continuar con la instancia, para lo cual se definió continuar bajo la modalidad virtual. En ese sentido cabe destacar el pronto accionar de los equipos docentes y profesionales involucrados en el desarrollo de las Escuelas, diseñando y ejecutando un modelo de escuela totalmente virtual, alcanzando un desarrollo óptimo, el cual fue valorado por los participantes en las escuelas a través de las encuestas de satisfacción aplicadas en la finalización de los cursos.

Por otro lado, pero en la misma línea, es necesario resaltar que a pesar del cambio radical en la forma de generar procesos de participación y formación para los actores sociales a los cuales se dirigía la iniciativa, estos respondieron positivamente, asistiendo y participando activamente en las escuelas virtuales. Como trabajo social hemos ido incorporando plataformas tecnológicas, como son las plataformas de Zoom, las encuestas digitales y el desarrollo de módulos virtuales como parte de las nuevas estrategias de vinculación con la ciudadanía que permite

traspasar la barrera territorial y poder llegar a todo el territorio nacional.

Prueba del éxito de la experiencia virtual fue el incremento en la participación que se logró entre la primera y la segunda versión de la Escuela Virtual. Asimismo, otro de los aspectos favorables en este proceso de adaptación metodológica provocada por la pandemia, fue que permitió ampliar el foco territorial de participación inicialmente establecido, facilitando el acceso a la formación constituyente de múltiples actores sociales de diversas realidades territoriales, saliendo del ámbito de las comunas que conforman la organización de municipalidades Ciudad Sur.

La Escuela Virtual contribuyó a un debate más diverso y conectado con las distintas realidades locales, pero desde el cual también se pudo observar cómo las problemáticas más agudas y sentidas por la población, se manifiestan en cada lugar y territorio. Lo anterior, nos permite indicar que la necesidad de participar por parte de las comunidades no reconoce barreras ni obstáculos, cuando detrás existe un interés real por generar espacios que permitan que la ciudadanía se exprese.

Sin embargo, reconociendo las ventajas que la modalidad virtual entregó al proceso formativo gatillado por la Escuela constituyente, en términos de que facilitó la asistencia de personas de distintos territorios, consideramos que el formato metodológico no permite generar mayor profundidad y análisis crítico de las temáticas, producto de las particularidades que conlleva el desarrollo de este tipo de metodologías, y de aspectos prácticos como podrían ser los tiempos de conexión que se recomienda para las personas.

El último proceso llevado a cabo en Pedro Aguirre Cerda permite recuperar el sentido de las asambleas territoriales, aumentar la participación y sin duda profundizar en el análisis.

Al comparar ese proceso con lo desarrollado de forma presencial en esta última experiencia, observamos que el diálogo y la discusión fueron más extensos, alcanzando mayor interacción entre los asistentes en las asambleas territoriales.

Se destaca, en el aporte para el trabajo social, el trabajo interdisciplinario desarrollado en la universidad con la Escuela de Administración Pública y, a su vez, con las otras escuelas, facultades y centros de investigación.

Para los estudiantes de trabajo social que participaron fue una experiencia enriquecedora, que les permitió poner en valor sus competencias y sobre todo participar de un momento histórico, al poder quedar incorporada en la plataforma de la convención los aportes de los vecinos y vecinas de Pedro Aguirre Cerda.

También hemos aprendido de los vecinos y vecinas que participaron quienes demandan de la academia mayor cercanía y participación. Creemos que esta última demanda ciudadana es legítima y deberá ser recogida por las universidades como un desafío

## **7. APORTES Y DESAFÍOS PARA EL TRABAJO SOCIAL**

Desde el proceso de reconceptualización llevado a cabo por el trabajo social latinoamericano, y en particular por el trabajo social chileno, en el contexto de los cambios políticos y sociales en la lucha contra el capitalismo en plena Guerra Fría, que el trabajo social no experimentaba mayor demanda y necesidad como disciplina de mirar sus marcos conceptuales y metodoló-

gicos, con el fin de lograr una intervención transformadora y eficaz en términos de superar las desigualdades sociales estructuralmente incubadas en nuestra sociedad.

En ese marco, el estallido social de 2019, y la movilización ciudadana generada previamente, han gatillado en el trabajo social una urgente necesidad de buscar nuevas respuestas, que partan de un cuestionamiento profundo a las políticas y estrategias delineadas desde el Estado para enfrentar la cuestión social.

Ya lo planteamos a propósito del rol del TS en la reconfiguración de un modelo de seguridad social en el país, y que se discutió en el marco del módulo desarrollado en la Escuela Constituyente. De esa experiencia resuena y toma fuerza y prestancia la necesidad de que nuestra profesión se articule en torno a lo que podríamos definir como un rol de un trabajo social politizado, rol desde el cual ya no solo bastará con criticar cómo opera el sistema previsional y de seguridad social actual, sino que además deberemos impulsar procesos de educación popular (en el sentido de Paulo Freire) que permitan remirar y resignificar la idea de la solidaridad en un contexto social complejo, donde la idea del bienestar individual por sobre o en contraposición al bienestar colectivo, es fuerte en la sociedad chilena.

Es decir, contribuir a través de nuestras herramientas a debatir y combatir con las miradas y fuerzas que hoy pretenden inmovilizar los cambios en materia de seguridad social, generando procesos de sensibilización social. Esto se transforma en un desafío fundamental para propiciar un cambio en las estructuras culturales que sustentan el modelo neoliberal chileno, ya que ataca a la matriz *individualista* de la cual se nutren las relaciones sociales y que se condensan tan fuertemente en la seguridad social que predomina en el país. Estos discursos que avalan la lógica neoliberal deben ser confrontados con una comunidad activa, participativa y solidaria, la que debe ser restituida y fortalecida a través de nuestro rol profesional.

De igual manera, se destaca que una de las docentes parte del equipo de trabajo social fuera electa y nombrada parte de la Comisión Asesora de Participación en la Convención Constitucional.

## CONCLUSIONES

Dentro del aporte para el trabajo social, la interdisciplinariedad y el trabajo en red con otras universidades y vinculado con organismos territoriales, permitió alcanzar el objetivo de instalar contenidos del proceso constituyente y profundizar la discusión, favoreciendo espacios de formación ciudadana y promoción social, atendiendo las diversas asimetrías de información que se presentan en la sociedad chilena.

Así, al facilitar contenidos técnicos complejos a través de un lenguaje que reconoce al público con el que interactúa, se logra ampliar los marcos de análisis y reorganizar la discusión permitiendo que afloren propuestas y sentidos desde los actores locales. Esto sin duda alimenta también la necesidad de rearticular la epistemología y metodología que requiere nuestra profesión, en orden a la necesaria actualización en torno a las demandas, problemáticas, necesidades y esencialmente, respuestas que debemos facilitar y coconstruir con las comunidades. Así este proceso nos permitió ir más allá de los límites formales de los contenidos definidos en cada módulo de la Escuela Constituyente.

Por otro lado, cabe señalar que el proceso constituyente está en pleno desarrollo en Chile, por lo que ampliar la participación informada y pluralista es siempre una apuesta por mayor democracia.

En este sentido el desafío para las universidades es mayor. Así, uno de los aspectos que desde el propio organismo encargado de redactar la nueva Constitución, la Convención Constituyente, y también desde la opinión pública han destacado, es la necesidad de mejorar los procesos de información a la ciudadanía, comunicando adecuada y oportunamente los debates y avances programáticos que se han ido estableciendo con el fin de lograr mayor conexión de la ciudadanía con la propuesta de nueva Constitución, favoreciendo su aprobación en el plebiscito que aprobará o rechazará el documento que emane del trabajo de la Convención. En esa línea, el rol de la academia, en particular, de aquellas vinculadas profundamente con lo público es vital, por lo que el acompañamiento al debate constituyente y su retroalimentación con la ciudadanía es una tarea prioritaria.

La ciudadanía está inquieta y tiene altas expectativas del proceso constituyente y de las definiciones que esta vaya plasmando en la nueva constitución. En este sentido, las Escuelas Constituyentes fueron un aporte para la discusión informada, contribuyendo a la construcción de propuestas y visiones comunes, vinculadas con las realidades territoriales. Sin embargo, dado que estamos en plena generación del marco que nos regirá por las próximas décadas, se requerirá de un mayor esfuerzo desde el trabajo social y de las universidades para contribuir a consolidar este nuevo contrato social para Chile, que de mayor bienestar, seguridad e igualdad para todas y todos los habitantes del país.

Nuestro país está sumido en un gran debate público que está cuestionando las bases de cada una de las instituciones, la estructura del Estado, la profundización de la democracia, la participación ciudadana, los derechos fundamentales, el medioambiente, los migrantes, pueblos originarios, entre muchos otros.

Se espera que esta nueva constitución se apruebe el año 2022 y con ello se sucedan cambios en todos los cuerpos legales que tendrá una profunda repercusión en toda la vida pública. Como academia y Escuela de Trabajo Social, estaremos atentos a ellos y disponibles para apoyar y participar de este cambio social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguayo, C. (2018). Fundamentos Teóricos para la Sistematización en Trabajo Social. *Perspectivas*, (2), 55. Recuperado de: <https://doi.org/10.29344/07171714.2.1109>.

Biblioteca del Congreso Nacional (2021). *Proceso Constituyente*. Proceso constituyente. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/procesoconstituyente>.

Cifuentes Patiño, M. R. (2019). Sistematización de experiencias para construir saberes y conocimientos desde las prácticas: sustentos, orientaciones, desafíos. *Prospectiva*, 371-379. Recuperado de: <https://doi.org/10.25100/prts.voi28.8079>.



Fontella, A. y Fonseca, E. (2010). Sistematización y Evaluación. Dispositivos pedagógicos de la Educación Popular. *Tendencias y Retos*, (15), 109-120.

Jara, O. (2010). *Trayectos y búsquedas de la sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos en América Latina 1959-2010*. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja CEP.  
Mlynarz, D. y De la Fuente, G. (2020). *El pueblo en movimiento Del Malestar al estallido*. Santiago de Chile: Catalonia.

Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM) (2020). Cuenta Anual Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión. Recuperado de: <https://bit.ly/3xYh8go>

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2017). Censo 2017. Recuperado de: <https://bit.ly/3E39ook>

## CAPÍTULO 15

### Trabajo social y derechos humanos: sistematización y reflexión crítica del quehacer profesional situado desde el Instituto Nacional de Derechos Humanos en Chile

*Daniela Aceituno Silva*<sup>87</sup>

#### RESUMEN

Este apartado contiene una breve síntesis de la experiencia de trabajo realizada desde el Instituto Nacional de Derechos Humanos. En un inicio se ofrece una contextualización institucional y normativa que explica la presencia de la organización en el país. Luego se ofrecen algunas referencias respecto de las principales líneas y labores ejercidas desde el trabajo social, para finalmente profundizar en los aportes que este realiza. Como se podrá deducir, el trabajo social en tanto disciplina y profesión no es la única que colabora con las labores propias del mandato institucional. Al interactuar con otras, se difumina y confunde, para luego volver a emerger. Es por ello que hacia el final y luego de una descripción general del papel profesional, se establecen algunos retos con miras a una mayor toma de consciencia y visibilización del aporte particular de la profesión ante aquellos hechos que implican violencia institucional. Realizar este ejercicio resulta indispensable no solo desde la pertinencia instrumental de la labor ejercida al alero de la institución que la cobija, sino también, y sobre todo, como una oportunidad que permite situarla desde su compromiso ético, vocacional e histórico con la defensa y la promoción de la dignidad humana.

**PALABRAS CLAVE:** derechos humanos, trabajo social, protección, promoción y violencia institucional.

---

<sup>87</sup> Trabajadora social (UTEM). Diplomada en Educación (UTEM) y en Derecho Internacional de los Derechos Humanos (U. de Chile). Magíster en Ciencia Política (Universidad de Chile). Doctora © en Ciencias Sociales (Universidad Nacional de La Plata) en la línea de investigación vinculada con el derecho a la reparación para las víctimas de violencia institucional. Actualmente es docente de las escuelas de Trabajo Social de las Universidades Tecnológica Metropolitana (UTEM) y Católica Silva Henríquez (UCSH). También se desempeña en la Oficina Regional Metropolitana del Instituto Nacional de Derechos Humanos, en Chile. Investiga y tiene trabajos realizados en el ámbito de las memorias, la justicia social y los derechos humanos. Correo electrónico: dd.aceituno@gmail.com.

## 1. CONTEXTO Y ESCENARIOS EN LOS QUE SE INSCRIBE EL QUEHACER PROFESIONAL

El Instituto Nacional de Derechos Humanos (en adelante INDH) se creó el 10 de diciembre de 2019, mediante la Ley 20.405<sup>88</sup>. Su origen surge en el contexto de dos procesos: uno regional y otro nacional. En el primer caso se trata de la generación de la institucionalidad en materia de derechos humanos en toda América, a través de las denominadas *defensorías del pueblo* u *ombudsman* (como en Guatemala, El Salvador, Costa Rica, Colombia, Argentina, Perú, Panamá, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Nicaragua y Paraguay); *comisiones de derechos humanos* (como ocurre en Canadá, Honduras y México) e *institutos nacionales de derechos humanos* (como se denominan en Uruguay y Chile). La creación de las Defensorías del Pueblo surge en 1983, y se guían, tanto en su estructura como contenido, por el modelo entre español y portugués del Instituto Latinoamericano del Ombudsman. En el caso de las instituciones nacionales de derechos humanos y aunque los atributos recién mencionados son extensibles a las defensorías, los Principios de París, definen las características centrales de estas, y guardan relación con la *autonomía*, principalmente en su composición y presupuesto; *independencia* respecto de los poderes estatales; *pluralismo* en cuanto a la diversidad de voces que se debieran expresar en sus consejos directivos y su *permanencia* a lo largo del tiempo, trascendiendo, por lo tanto, a los gobiernos de turno<sup>89</sup>.

El surgimiento del INDH en Chile responde a la recomendación que hizo el Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (conocido como Informe Rettig), que reconoció la necesidad de impulsar una cultura de derechos humanos como garantía de no repetición de las violaciones sistemáticas, masivas e institucionalizadas cometidas durante la dictadura cívica militar entre 1973 y 1990.

Asimismo, años más tarde, la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (2005), más conocida como comisión Valech, en su Capítulo IX –Propuestas de Reparación– señala, en el apartado de Medidas Institucionales, la recomendación de crear un Instituto Nacional de Derechos Humanos<sup>90</sup>.

Asumiendo los desafíos que le impuso al país el impacto de 17 años de dictadura y la entrada en vigencia de la democracia, el INDH se define (según la citada ley) como una corporación autónoma de derecho público destinada a promover y proteger los derechos de todos y todas quienes habitan en territorio nacional conforme a las normas locales y del derecho internacional de los derechos humanos. A partir de este marco, y de acuerdo con lo señalado en su artículo

---

88 Recuperado de: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/75>.

89 Los Principios de París fueron elaborados en el primer Taller Internacional de Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, celebrada en París desde el 7 al 9 de octubre de 1991 y establece condiciones de funcionamiento, deberes y modos de operación de las INDH. Posteriormente, los Principios de París fueron adoptados por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y luego reafirmados, en 1993, por la Asamblea General.

90 “El informe [en su primera y segunda parte] contiene detalle del contexto en que se desarrolla la prisión política y tortura en Chile, así como sus métodos utilizados y consecuencias en las propias víctimas y sus familias a través de definiciones y testimonios; perfil de las mismas y una propuesta de actos reparatorios. Al final del texto se lista una serie de lugares utilizados como centros de detención y tortura”. Los informes también contienen las nóminas de personas calificadas como víctimas. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/455> (Informe Valech I) y en <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/600> (Informe Valech II).

n° 3, el INDH realiza acciones de defensa en el ámbito de su competencia, pudiendo interponer recursos judiciales frente a hechos que impliquen el actuar de agentes estatales que revistan carácter de crímenes de genocidio, de esa humanidad o de guerra, tortura, desaparición forzada de personas, tráfico ilícito de migrantes o trata de personas.

También cuenta con un mandato de promoción que le permite realizar acciones de difusión y de educación en derechos humanos en los ámbitos formales, no formales e informales; llevar a cabo acciones de asistencia técnica, observaciones en aquellos espacios o recintos donde haya personas que se encuentren bajo la custodia estatal o bien en manos de privados que administran fondos públicos y que por lo tanto tienen incidencia en el reconocimiento y ejercicio de los derechos de estas poblaciones, que por lo general, se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad y que el derecho internacional de los derechos humanos define como grupos de especial protección.

Además, el INDH elabora informes producto de estas observaciones, tanto generales (por ejemplo, mediante el informe anual de derechos humanos) como específicos (plasmados en reportes relativos a la función policial o a las condiciones carcelarias de las personas privadas de libertad, entre otros), mediante los cuales levanta diagnósticos, identifica brechas de derechos humanos y establece recomendaciones para los poderes del Estado, con miras a la adopción de medidas. Desde esta perspectiva, el INDH, observa el actuar del Estado en diversos ámbitos y en relación al conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, y protege a la sociedad civil, favoreciendo una alianza de colaboración que permita fortalecer sus habilidades y competencias para la exigibilidad de los derechos en el país.

Dentro de sus funciones establecidas por ley, el INDH custodia la documentación generada tras los informes de las comisiones Valech I y II, y de los archivos de Colonia Dignidad, los cuales se encuentran físicamente, en su mayoría, en las dependencias del Museo de la Memoria y los Derechos Humanos<sup>91</sup>.

El trabajo que realiza el INDH se sostiene por su consejo directivo, compuesto por 11 integrantes nominados por las facultades de Derecho (1), la Presidencia de la República (2), el Senado (2), la Cámara de Diputados (2), y las organizaciones de la sociedad civil<sup>92</sup> inscritas en un registro especial para ello (4)<sup>93</sup>. Resulta especialmente fundamental, en la materialización del mandato del INDH, el aporte profesional, disciplinar, técnico y humano que realizan sus equipos de trabajo desplegados a través de sus cinco unidades centrales (Educación, Promoción y Participación; Protección de Derechos, Legislación y Justicia; Comunicación; Administración y Finanzas y Estudios y Memoria) y las 16 sedes regionales, desplegadas a lo largo y ancho del país<sup>94</sup>.

91 Ver: <https://web.museodelamemoria.cl/>.

92 Ver: <https://www.indh.cl/sociedad-civil/registro-de-organizaciones/>.

93 Ver: <https://www.indh.cl/como-integrar-el-registro/>.

94 Ver: <https://www.indh.cl/regiones/informacion-sedes-regionales/>.

## 2. METODOLOGÍAS DE TRABAJO

Las metodologías de trabajo son diversas y de manera más o menos permanente se van ajustando para ir respondiendo con pertinencia y sentido hacia la labor realizada. Dependiendo de la línea a la que se esté tributando (por ejemplo, sean acciones de protección, promoción, observación, generación de informes o pronunciamientos, entre otros), se cuenta con protocolos y pautas para cada caso elaboradas por los equipos de trabajo, que son en su gran mayoría revisadas y aprobadas por el Consejo del INDH. Por otro lado, y como en todo servicio público en Chile, si bien el nivel central aporta lineamientos generales, también es cierto que las oficinas regionales, y a partir de las propias especificidades de sus territorios y conocimientos especializados en materia de promoción y protección de derechos humanos, generan propuestas específicas que de algún modo se van adecuando y/o van respondiendo a lo que se requiere en cada territorio.

Para llevar a cabo su trabajo, con todas las potencialidades y complejidades que ello implica –sobre todo considerando el actual escenario que vive el país, tras un estallido, revuelta o crisis social, dos años de pandemia, procesos electorales y asunción del Gobierno del presidente Gabriel Boric–, para el INDH resulta fundamental buscar alianzas con actores/actrices clave, tanto estatales como organizaciones de la sociedad civil y el mundo privado. En el primer caso, y atendido el legítimo interés del Estado en proteger y promover los derechos humanos en Chile, para el instituto es importante colaborar con la incorporación del enfoque de derechos humanos en el quehacer público. En ese sentido las labores de asistencia técnica mediante el trabajo en red y participación y generación de mesas temáticas por ejemplo o las labores de promoción y educación son fundamentales de manera que los planes, programas, directrices, presupuestos y quehacer realizado por los/as empleados públicos/as se condiga con lo señalado por los estándares internacionales de derechos humanos en lo que refiere a las obligaciones de respeto, realización, garantía, protección y promoción de los derechos humanos.

En el caso de las instituciones privadas, como por ejemplo las empresas, el INDH ha realizado esfuerzos con el objetivo de colaborar en la incorporación de criterios que permitan a estas tomar conciencia y acciones propositivas en cuanto al impacto que puede tener su actividad económica en el ejercicio y reconocimiento de derechos de diversas poblaciones y espacios geográficos<sup>95</sup>.

En relación con las organizaciones de la sociedad civil, resulta clave el vínculo con ellas, pues cuentan con una trayectoria relevante en materia de protección y promoción de los derechos humanos superior a la del propio Instituto –que tiene 11 años de existencia a la fecha– y, por lo tanto, un conocimiento acabado de aquellos nudos críticos en los que se requiere el aporte del INDH desde la particularidad de su rol. Asimismo, las organizaciones comunican al Instituto aquellas denuncias que reciben de manera directa y en tiempo real, recurriendo a este para que cumpla con su respectivo mandato, sobre todo si consideramos aquellos espacios críticos en

---

95 En esta línea, y de entre otras medidas, el INDH ha elaborado una cartilla informativa (recuperado de: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/541>), ha colaborado en la elaboración del Plan de Acción Nacional de Derechos Humanos y Empresas (recuperado de: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1106>) y de una guía de derechos humanos y empresas (recuperado de: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1177>) y en la construcción de cuadernillos de temas emergentes relacionados con estos tópicos (recuperado de: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/314>).

los que solo este puede ingresar; como, por ejemplo, centros penitenciarios, establecimientos de larga estadía para personas mayores, instituciones psiquiátricas o de salud mental, unidades y vehículos policiales, residencias dependientes del Servicio Nacional de Menores (Sename, ahora reformulado con el nombre de Servicio Mejor Niñez<sup>96</sup>), entre otros. Las organizaciones de la sociedad civil, como fue ya anunciado, pueden además integrar un registro que les permite escoger a cuatro de los/as once representantes que integran el consejo directivo del INDH, lo cual puede ser relevante en términos de incidir desde ese espacio de decisión en lo que refiere a aquellas temáticas de derechos humanos que se requiere relevar desde el quehacer institucional.

### **3. TRABAJO SOCIAL EN DERECHOS HUMANOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA**

La Sede Regional Metropolitana del INDH, espacio al cual me vinculo como profesional, se compone de una jefatura (abogada) un equipo de abogados/as estables y otro grupo de abogados/as colaboradores que a su vez conforman entre sí subequipos, quienes se hacen cargo de determinados números de casos que han pasado un primer filtro o análisis de admisibilidad y en los que se estima el INDH puede emprender acciones legales en función de su mandato. El equipo se compone, además, de dos apoyos administrativos, dos trabajadores sociales y una abogada a cargo de la atención al público. Somos algo así como la primera línea de atención, quienes recogemos toda la información que sea posible y en un tiempo acotado referente a las denuncias recibidas. Esta labor implica búsqueda de antecedentes en fuentes secundarias y primarias, lo que significa muchas veces trabajar de terreno. Nos corresponde ser la cara visible de la institución, escuchar, ofrecer espacios de diálogo, entrevistar, documentar los casos y visualizar si estos son objeto de acciones legales y/o administrativas por parte del INDH, derivando cuando corresponda a los equipos de abogados/as y llevando a cabo las gestiones que sean pertinentes. Además de nosotros/as, y en el contexto del trabajo desarrollado en la referida oficina regional, hay un equipo temporal de psicólogos/as y trabajadores/as sociales que específicamente colaboran con la política de acompañamiento y acreditación de víctimas de violaciones a los derechos humanos ocurridas en la reciente revuelta popular, del 18 de octubre de 2019, y que significó una de las más graves crisis políticas por las cuales atravesó el país desde el retorno de la democracia.

Las nuevas generaciones lograron de algún modo aproximarse a la naturaleza e impacto de las violaciones ocurridas por parte de agentes estatales y, si bien el escenario fue diferente respecto de lo que implicó el régimen dictatorial y las manifestaciones de violencia institucional estaban más o menos presentes desde antes de la rebelión popular, fuimos testigos de aquellas historias lejanas contadas en libros o en las biografías de algún/a conocido/a. Por su parte, para las víctimas del ayer, el estallido social significó recordar antiguos dolores y traumas (Morales, A.; Morales, J. y Tabilo, T., 2021). Asistimos entonces a un proceso histórico en curso, que nos recuerda el horror del pasado, que nos vincula con el presente, demostrándonos la trans-

---

96 Recuperado de: <http://mejorninez.cl/>.

versalidad del movimiento social y la profundidad de sus demandas abrazadas por una nueva Constitución, pero que también nos remite a la fragilidad de nuestra democracia, pues se suponía que ese *nunca más* era una consigna más menos asentada en la cultura país en virtud de los esfuerzos institucionales del Estado. Resulta interesante entonces recoger la pregunta que se hiciera el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH, 2007): “¿están las democracias exentas de tortura?”.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que realizó su visita *in loco* a Chile entre el 25 y el 31 de enero de 2019 (y que tuve la oportunidad de acompañar en su recorrido por diversos territorios), indicó en su reporte que, según información del Ministerio de Salud, los servicios de urgencias médicas del país atendieron a 13.046 personas heridas en relación con las protestas, sucedidas entre el 18 de octubre y el 18 de diciembre. Por su lado el INDH, con fecha de corte al 18 de febrero de 2020, reportaba que, en el contexto de la realización de su labor de observación, “[...] observadores/as del INDH verificaron una cantidad de 10.365 personas visitadas en comisarías, desagregadas en 7.490 hombres, 1.603 mujeres y 1.249 niños, niñas y adolescentes detenidos tras participar de manifestaciones”. Por otra parte, en el contexto de las verificaciones realizadas en centros de salud y unidades médicas, siendo el total de ellas 67 desde el 19 de octubre, se contabilizó “[...] un total de 3.765 personas heridas en estas visitas, de las cuales en 427 casos se constatan heridas oculares, 34 de ellos con diagnóstico de pérdida o estallido ocular”. Del grupo acompañado por el INDH, fueron 1.312 las acciones judiciales interpuestas, cifra que posteriormente aumentó. Cabe destacar que estas cifras, por lo demás, no necesariamente constituyen el panorama real, pues la recepción de denuncias no ha cesado. En su momento no todas las víctimas denunciaron ante el INDH, sino que acudieron a otras organizaciones de derechos humanos, habiendo quienes incluso desistieron en el proceso o quienes no quisieron denunciar por diversas razones legítimas, por ejemplo, temor, desconfianza en la institucionalidad pública, rechazo y evasión a la situación vivida o bien porque su estado salud físico y/o psíquico se lo impedían, lo que luego afectó la adherencia a los largos y engorrosos procesos legales. Desde esta perspectiva, se debe tener en consideración como antecedente lo que plantea el Manual de Investigación y Documentación Efectiva sobre Tortura, Castigos y Tratamientos Crueles, Inhumanos o Degradantes, más conocido como el Protocolo de Estambul (2004), en relación con que las víctimas de tortura se encuentran en una “situación de desvalimiento y angustia extremos que puede producir un deterioro de las funciones cognitivas, emocionales y conductuales”.

Complementario con las cifras, un panorama más cualitativo que nos introduce en la profundidad de los relatos y testimonios, es aquel ofrecido por el Mapa de Violaciones a los Derechos Humanos<sup>97</sup>, que consiste en la georreferenciación de los hechos ocurridos entre octubre de 2019 y marzo 2020, a partir de los relatos de las víctimas que están consignados en las querellas presentadas por el INDH.

Si volvemos a mirar la estadística actualizada y aportada por este repositorio, encontramos que, de las 2.349 querellas por hechos de violencia interpuestas por el instituto, 837 se concentran en la región Metropolitana, 818 implican situaciones de violencia física, 88 corresponden a violencia sexual y 72 por violencia psicológica. Los grupos mayormente afectados son las mu-

---

97 Recuperado de: <https://mapaviolacionesddhh.indh.cl/>.

jeros (455), niños, niñas y adolescentes (391) y otros/as (27) que presentan alguna condición médica de especial preocupación. En relación con los funcionarios estatales implicados, Carabineros de Chile es mencionado en el 93% de las denuncias, lo que ciertamente tendría que significar una reforma a dicha institucionalidad en relación con la preparación de sus funcionarios, revisión de protocolos y mejoras de los planes que ofrecen las escuelas matrices, entre otros. Desde esta perspectiva, cinco son las recomendaciones que la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos formuló dirigidas a Carabineros, las cuales se encuentran disponibles en el informe generado sobre la misión a Chile implementada entre el 30 de octubre y el 22 de noviembre de 2019<sup>98</sup>.

Trasladándonos al escenario pandémico y estableciendo un continuo entre lo que fue el estallido social y sus efectos, los canales de atención se han remitido a vías telemáticas de manera exclusiva, como por ejemplo el teléfono institucional, WhatsApp, Meet, correo electrónico y plataforma de atención ciudadana. En casos específicos, y cuando ello ha sido necesario, se ha acordado con alguna persona que así lo ha requerido, atención presencial.

Con todo, las múltiples posibilidades de contacto virtual con la ciudadanía y las organizaciones e instituciones públicas en este contexto de crisis social y sanitaria en Chile, no se agotan allí, pues el INDH a través de su oficina regional, ha continuado realizando un despliegue territorial para llevar a cabo su mandato. Esto ha implicado asumir el riesgo sociosanitario que podría significar para la salud física y mental, tanto propia como de la familia, el trabajo realizado, pese a que siempre, se procuran adoptar todos los resguardos necesarios.

Por otro lado, contar con canales preestablecidos y que acogen la libre demanda de las personas que acuden al INDH, ha resultado beneficioso pues permite responder de manera más eficiente y eficaz. Desde la presencialidad total, sucedía que una gran cantidad de personas acudía a la oficina y se empleaba una mayor cantidad de tiempo en las entrevistas presenciales, retrasando así, en ocasiones, las agendas de los/as profesionales y provocando esperas en los/as consultantes.

En cuanto a las problemáticas que nos presentan las personas, estas no han variado del todo si comparamos tiempos previos a la pandemia. En general, quienes acuden al INDH, al menos en la región Metropolitana, lo hacen un tanto decepcionados/as al haber golpeado varias otras puertas antes y, por lo tanto, con altas expectativas respecto de lo que el instituto pueda hacer. También ocurre que las personas, a veces, en una suerte de banalización de los derechos humanos (involuntaria, por cierto) o de falta de información, formación y educación en estos temas, creen que todo tipo de afectación puede constituir una violación a los derechos humanos y, por lo tanto, susceptibles de ser abordada por la institucionalidad, confundiendo roles respecto de los de otras organizaciones e incluso molestándose si no escuchan la respuesta que desean oír o que andan buscando. En ese marco, el papel de informar, acompañar, guiar, educar, en relación con la serie de tópicos que surgen implica desplegar un buen manejo técnico de los temas y de habilidades relacionales.

A partir de lo anterior, la intervención no se ha visto reestructurada desde su contenido y posibilidades de acción sino más bien, desde las modalidades y contextos en los que esta se ha producido, intentando salvaguardar en todo momento la continuidad del buen servicio y que

---

98 Recuperado de: [https://www.ohchr.org/Documents/Countries/CL/Report\\_Chile\\_2019\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Countries/CL/Report_Chile_2019_SP.pdf).



las condiciones de distanciamiento social no impliquen barreras discriminatorias para el acceso a los servicios que brinda el instituto mediante su oficina regional.

Para las condiciones laborales en escenarios de teletrabajo, la tarea se ha visto complejizada en el sentido de que la institucionalidad se ha trasladado a un espacio más íntimo y privado, como el familiar, lo que ha significado poner en juego la flexibilidad, la creatividad y el establecimiento de límites propios. Por otra parte, y asumiendo que la pandemia fue un fenómeno que no previmos en relación con su magnitud, gravedad y extensión en el tiempo, el primer año tuvimos el desafío de armonizar las condiciones laborales con la disponibilidad de equipamiento cómodo y adecuado para realizar las intervenciones. Por otra parte, para quienes asumimos labores de cuidado, de crianza y de acompañamiento educativo, sumado a la incertidumbre que significaba todo el escenario nacional y mundial, supuso un enfrentamiento a una gran cantidad de factores estresores y también a la necesidad de visibilizar nuestro trabajo, otorgarle un nuevo sentido y valor y demostrar que efectivamente lo estábamos haciendo, de la mejor manera posible, con los recursos con los cuales contábamos, pese a las complejidades experimentadas.

#### **4. RETOS DESDE EL TRABAJO SOCIAL PARA LA LABOR DE PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS**

A partir de la experiencia laboral en la Sede Regional Metropolitana del INDH, como trabajadora social podría señalar que el rol o papel profesional, en relación con las funciones realizadas, no son exclusivas de nuestra disciplina. Hay varias otras profesiones de las ciencias sociales que han colaborado con la bajada operativa del mandato institucional. En este sentido, no hay un aporte específico del trabajo social en la labor de protección y promoción de los derechos humanos. Por lo tanto, aquí surge –en mi opinión– un primer reto para la profesión y que guarda relación con un ejercicio de mayor visibilización de la identidad disciplinar, en términos de visualizar el aporte específico de esta en un contexto altamente complejo, que requiere respuestas interdisciplinarias. En esto, hay una memoria gremial y profesional que es posible reconocer, que se sitúa desde el trabajo social que dio respuesta a las graves violaciones del pasado reciente al alero de instituciones como el Comité Nacional de Ayuda a los Refugiados, el Comité Pro Paz, la Vicaría de la Solidaridad y la Fundación de Ayuda Social de Iglesias Cristianas (Fasic), entre otras.

El hecho de que el trabajo social colabore con la protección y promoción de los derechos humanos, estando otras disciplinas en juego, ofrece oportunidades holísticas de comprender las circunstancias sociales que se acompañan, pero también puede dificultar la especificidad de la acción profesional, en el sentido de que la puede desdibujar a ratos. Por otro lado, no todas las profesiones cuentan con una formación o trayectoria que les permita desplegar labores de asistencia, trabajo en red, levantamiento de condiciones, incidencia, generación y seguimiento de propuestas en el mediano y largo plazo, en derechos humanos (además). En este sentido, y en relación con su apuesta profesional, el trabajo social aporta al cumplimiento del mandato institucional, dado su carácter múltiple y versátil.

Asumiendo entonces este panorama, el rol del trabajo social en el instituto es coadyuvante respecto del papel que puedan ejercer las profesiones jurídicas, colaborando así dentro del

proceso de evaluación y admisibilidad de los casos, ante lo cual requiere visibilizar su aporte particular en la búsqueda de la justicia, verdad y garantías de no repetición.

Un segundo reto tiene que ver con el aprendizaje continuo y la especialización. Este es un ámbito de trabajo que demanda saberes y habilidades específicas que, desde lo humano y lo técnico, requieren un nivel de profundidad para un abordaje pertinente y por sobre todo ético y de calidad. Desde esta perspectiva resulta clave que la institucionalidad fortalezca su plan de capacitación anual, y que, de manera participativa, recoja las necesidades y experiencias en derechos humanos de los diversos equipos y profesiones, que por cierto no se agotan con el trabajo en derechos humanos en el propio INDH.

El tercer reto que identifico tiene que ver con tomar consciencia de que trabajar en derechos humanos implica un costo a todo nivel. No es cuestión sencilla. Desde esa perspectiva, el auto y mutuo cuidado, dado el contexto de trabajo al que nos enfrentamos, resulta indispensable si pensamos que el foco de la labor implica acompañamiento de personas y grupos que se encuentran traumatizados y que en muchos casos responden a historias de vidas vinculadas con una serie de abusos y vejaciones. Los espacios que frecuentamos, como, por ejemplo, una cárcel, un hospital psiquiátrico, un vehículo o una unidad policial, una manifestación social desde el rol de veedor/a, la capacidad de respuesta rápida y adecuada a las emergencias que vamos recibiendo, y que en su gran mayoría de las veces constituyen situaciones graves que tienen un impacto en nuestra salud e integridad, son cuestiones de las que tenemos que tomar conciencia quienes trabajamos en estos temas. Por lo tanto, todas aquellas estrategias que podamos emplear en resguardarnos, tanto de manera individual como colectiva, son beneficiosas. Asimismo, las acciones de protección que en esta línea pueda fortalecer el INDH, con miras a reforzar los estándares de seguridad de sus funcionarios/as, también resultan clave. En este sentido, el Estado de Chile está desafiado a fortalecer su legislación de manera que esta otorgue mayor protección a las y los defensores de derechos humanos, les reconozca un estatus diferenciado (incluidos/as a quienes provienen desde organizaciones de la sociedad civil), y actúe de manera diligente en eventuales delitos que se hayan cometido en contra de estos/as, y que impliquen algún tipo de violencia, amenaza y hostigamiento por cualquier vía.

Un cuarto reto tiene que ver con los repertorios de intervención desplegados desde lo disciplinar, que en algunas ocasiones pueden tensionarse con aquellos que ofrece la institucionalidad o bien verse subsumidos. El trabajo social en derechos humanos debe ser capaz de explicar y visibilizar con mayor fuerza la serie de epistemes, paradigmas, herramientas y técnicas que, puestas al servicio de la institucionalidad, que se ven implicados en la acción profesional. También surge la posibilidad abierta de estar constantemente proponiendo modos diversos de aproximación a las realidades y estrategias distintas para lograr levantar, denunciar o visibilizar problemáticas de derechos humanos y de alguna manera, proponer al Estado modos de abordarla. Desde una perspectiva dialógica, también es necesario revisar de qué maneras las realidades con las que trabajamos, nos interpelan, permean e invitan a adecuar o transformar nuestros propios repertorios, herramientas y nuestro lugar e implicancia profesional.

Un quinto reto tiene que ver con la hegemonía de ciertos poderes disciplinares y profesionales que emergen en el trabajo en derechos humanos, y en relación con la predominancia del derecho. En términos globales, los planes de trabajo, las jefaturas y coordinaciones internas, incluido el consejo y aunque no solo en el INDH, está compuesto principalmente por aboga-

dos/as. Y aunque ciertamente es una profesión necesaria, su aporte no debiera ser exclusivo o preponderante, en relación con otras disciplinas, en lo que refiere al trabajo de promoción y protección de los derechos humanos. Desde mi punto de vista esto se explica por la noción de justicia de corte principalmente utilitarista y punitiva con la que se trabaja en materia de derechos humanos, que en el país y en muchos otros lugares de la región. Efectivamente, cuando ocurre una violación a los derechos humanos, socialmente se espera que esta se investigue y se sancione a quienes resulten responsables. No se está pensando en ese escenario, *a priori*, en otras maneras de resolver ese *conflicto*, en cómo prevenir o en cómo otorgar otras salidas que aborden otras justicias, por ejemplo, aquellas basadas en las esferas del reconocimiento que proponen Nancy Fraser o Axel Honneth y que impliquen una posibilidad de actoría social de los sectores oprimidos o bien, de cuestionar o problematizar la posición de poder de quienes dominan y/o de quienes se ven subyugados, en este caso al poder político y estatal.

## CONCLUSIONES

Desde una perspectiva macro, es innegable, reconocer que Chile tiene un reto mayor y que condiciona el despliegue profesional de todas las vocaciones que están en juego. Ello guarda relación con la existencia de una política pública integral de atención y reparación especializada en relación con las violaciones de derechos humanos del presente, que recoja la experiencia del pasado, con las respectivas adecuaciones normativas, institucionales, profesionales y presupuestarias y que considere los principios de derechos humanos y obligaciones estatales, incorporando la voz de los/as sobrevivientes y sus familias, de los equipos técnicos y diversas disciplinas de aquellas instituciones que han abordado estas temáticas, tanto en el pasado como en el presente, además de los aportes comparados de las políticas públicas de la región, quienes han compartido un contexto político, social e institucional más o menos similar.

En este sentido, y desde la implicancia profesional, una política pública en este ámbito, debiera, a mi juicio, desarrollar, a lo menos, cuatro pilares interrelacionados desde la perspectiva de los derechos humanos y la violencia institucional, a saber:

- I. Verdad: como el derecho a comprender, recordar y no olvidar lo sucedido ayer y hoy, en la línea de lo que ha planteado la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos en 2003.
- II. Justicia: que implica fortalecer las capacidades y competencias técnicas, institucionales y éticas de las instituciones claves en los distintos procesos, favorecer el acceso al sistema y el acompañamiento efectivo para la adherencia de las víctimas, además del establecimiento de una comisión de verdad permanente para la calificación de estas (tanto de aquellas afectadas en dictadura como en democracia).
- III. Reparación: que contemple asumir por parte del Estado las consecuencias a multinivel que deja la experiencia de violencia institucional en las personas mediante acciones de validación y restitución física, psicológica, política, material, simbólica y de los proyectos vitales; teniendo en cuenta los efectos diferenciados en grupos de especial protección, según estableció la CIDH en 2020.

- IV. Garantías de no repetición y prevención de futuras violaciones: mediante la incorporación efectiva de la educación en derechos humanos como una materia obligatoria en los planes curriculares de la enseñanza básica, media y educación superior, incluidas las escuelas matrices de las fuerzas de orden y seguridad pública, además del fortalecimiento y sostenibilidad a los sitios de memoria surgidos posdemocracia y tras el estallido social de 2019, quienes cumplen una labor relevante de divulgación y promoción de la memoria histórica.

Importante será en este escenario, y en diálogo con otras perspectivas, incorporar las particularidades a las que debiera responder la acción estatal desde los efectos que tiene la violencia institucional para grupos de especial protección, aunque no de manera exclusiva. Desde el punto de vista del Estado, ello significa poner a los derechos humanos en el centro del quehacer público y responder a sus obligaciones internacionales. Desde la perspectiva de las víctimas, sus familias y organizaciones, ello constituye un derecho en sí mismo y la posibilidad cierta de ampliar sus horizontes de ejercicio y exigibilidad. Y desde las ciencias sociales, el mundo académico y los expertos/as, constituye una apuesta que quiere visibilizar y plasmar su acervo vocacional, ético y profesional en este ámbito.

Desde la particularidad de la intervención del trabajo social, sabemos que este se encuentra permeado por los contextos en los que se realiza una determinada labor, en las capacidades con las que se cuenta para asumirlas en ciertos momentos y también por los marcos institucionales que brindan más o menos posibilidades de actuación. En ese sentido, las orientaciones emanadas desde los cuerpos identitarios, como la Declaración de Principios Éticos del Trabajo Social y el Código de Ética local, además de toda la impronta histórica que vincula nuestra profesión con la justicia social y los derechos humanos desde el pasado reciente, desafían permanentemente las respuestas que se están/estamos dando. Algunas veces se produce un tránsito entre el cual hemos de reaccionar desde los marcos legales o programáticos que constituyen los límites de la intervención, y en ocasiones también asistimos a una necesidad de ampliar esos repertorios, desde nuestras posibilidades, trayectorias y creatividades, para dar una respuesta más cabal y completa, que haga más sentido, ante la complejidad que presenta el campo de trabajo que vinculan las violaciones a los derechos humanos en tanto violencia institucional. Surge entonces la siguiente deliberación: cómo ser responsables con las instituciones que representamos, no generar expectativas que se salgan de aquello que efectivamente podemos brindar, pero estando conscientes de que en algunas ocasiones podemos estar reproduciendo y profundizando el *status quo* de aquellas problemáticas que se nos presentan y desde lo disciplinar no aportando necesariamente a mejoras tan sustantivas. Emerge de alguna manera, en todo esto, una mirada que guarda relación con la trascendencia del compromiso político en materia de derechos humanos, que, aunque esté situada en una institucionalidad en particular, no se debiera supeditar exclusivamente a ella y que nos invita tanto de manera individual como colectiva y gremial, a reflexionar constantemente sobre la calidad de nuestro trabajo y lo aportativo que resulta, sin autocontemplaciones, reforzando las buenas prácticas y transformando todo aquello que se vea interpelado por las realidades y personas que acompañamos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (1991). Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. Chile. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/170>.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2007). Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio. Aportes psicosociales. San José: Costa Rica.

Instituto Nacional de Derechos Humanos (2010). Ley 20.405. Recuperado de: <https://bit.ly/3Sq3uuA>

Morales P.; Francisco Javier M. y Tania T. (2021). *¿Qué hacía yo el 18 de octubre de 2019?* Santiago de Chile: RIL editores.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2004). Manual de Investigación y Documentación Efectiva sobre Tortura, Castigos y Tratamientos Crueles, Inhumanos o Degradantes. Más conocido como el Protocolo de Estambul. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/documents/publications/training8rev1sp.pdf>.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2019). Informe sobre la Misión a Chile. Del 30 de octubre al 22 de noviembre de 2019. Chile. Recuperado de: [https://www.ohchr.org/Documents/Countries/CL/Report\\_Chile\\_2019\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Countries/CL/Report_Chile_2019_SP.pdf).

## CAPITULO 16

Fondo solidario de vivienda en Santiago de Chile: Promoviendo situadamente la participación y la reflexión ética en el contexto de pandemia

Juan Carlos Ruiz Flores<sup>99</sup>

Natalia Molina Muñoz<sup>100</sup>

Mónica Aravena Santolaya<sup>101</sup>

María Jesús Barroso Moya<sup>102</sup>

### RESUMEN

En el contexto de la emergencia sociosanitaria por covid-19, el objetivo del texto es reflexionar sobre la experiencia de adecuación en las prácticas de postulación, intervención y supervisión para el acceso a la vivienda, por parte del Ministerio de Vivienda y Urbanismo de Chile, durante 2020. La experiencia analizada permite reconocer grados de consolidación del área social en la oferta programática de la política habitacional, teniendo como antecedente el fortalecimiento de la intervención directa e indirecta en los proyectos habitacionales. A la vez, no dejamos de subrayar la reflexión ética como sustrato de los cambios implementados y las nuevas estrategias desarrolladas. Observamos la aparición de iniciativas que pretenden dar respuestas a las *nuevas* situaciones de emergencia social, económica y sanitaria, utilizando éticamente, de manera intensiva las nuevas tecnologías, a la vez que surgen *espacios de innovación social*, que son necesarios de tener en cuenta. La posibilidad de aplicar los saberes, sensibilidades y experiencias del trabajo social en el manejo de la incertidumbre, a partir de la inteligencia

---

99 Sociólogo (Pontificia Universidad Católica de Chile). Doctor en Sociología (Universidad de Essex). Profesor Asociado del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM). Correo electrónico: j.ruizf@utem.cl.

100 Trabajadora social (Pontificia Universidad Católica de Chile). Magíster en Desarrollo Sustentable de Ambientes y Territorios (Universidad Academia de Humanismo Cristiano). Encargada Sección Habilitación Social Serviu Metropolitano, Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Docente adjunta en la Universidad Católica Silva Henríquez. Correo electrónico: nataliaemm@gmail.com.

101 Trabajadora social (Pontificia Universidad Católica de Chile). Magíster en Asentamientos Humanos y Medio Ambiente, PUC (e). Encargada (S) Sección Habilitación Social Serviu Metropolitano, Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Correo electrónico: maravenasanto@gmail.com.

102 Asistente social (UTEM). Magíster en Gestión Pública (Universidad Complutense de Madrid). Encargada Subdepartamento de Subsidios para Proyectos de Construcción, Serviu Metropolitano, Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Correo electrónico: mjbarroso@yahoo.com.

pronóstica, contribuyen a robustecer las estrategias de innovación social que la práctica de la disciplina muestra.

**PALABRAS CLAVE:** políticas públicas, acceso a la vivienda, pandemia, innovación social.

## INTRODUCCIÓN

Este capítulo busca reflexionar sobre la experiencia de adecuación en las prácticas de postulación, intervención y supervisión para el acceso a la vivienda en el Programa Fondo Solidario de Elección de Vivienda, modalidad proyectos colectivos, en el contexto de la pandemia por covid-19, por parte de la Subdirección de Operaciones Habitacionales del Serviu (Servicio de Vivienda y Urbanización) Metropolitano, que pertenece al Minvu (Ministerio de Vivienda y Urbanismo), durante 2020<sup>103</sup>. La experiencia analizada se trata de retos profesionales que no son solo sociosanitarios o comunitarios, sino que también instalan desafíos éticos frente a las situaciones de riesgo, incertidumbre y crisis que imperan (Sepúlveda-Hernández, 2020). Las urgencias que caracterizan los tiempos de crisis, como el que estamos viviendo, empujan a los equipos profesionales a desplegar sus actividades con la mayor urgencia y celeridad posible; ejecutando programas o prestaciones centralizadas; con escasas o mínimas posibilidades de rediseño conforme a los contextos en los que interactúan; con exiguos recursos económicos y materiales al servicio de la intervención profesional (Iturrieta, 2021). Como plantean Turchetti y Sánchez (2020), como trabajadores sociales, la intervención en este contexto genera disyuntivas y preguntas por nuevas herramientas, formas de entender qué sucede y cómo podemos sobrellevarlo en forma colectiva, integrando las herramientas tradicionales del trabajo social. Entonces surgen las preguntas: ¿cómo intervenir ante esta situación de pandemia?, ¿qué estrategias de intervención implementaremos ante esta situación?, ¿podremos volver al formato anterior como Trabajadores Sociales? Para responder a ellas se presentan, en primer lugar, las prácticas profesionales del equipo y su reflexión en torno a ellas; posteriormente se describen las principales adecuaciones realizadas en el contexto de pandemia; en tercer lugar, se profundiza sobre los aportes de esta experiencia para la práctica del trabajo social; finalizando con las conclusiones finales de la presente reflexión.

## 1. PRÁCTICA PROFESIONAL

Inicialmente es importante destacar que la pandemia del covid-19 y sus consecuencias, tales como la fragilidad de las condiciones de vida y la profundización de los procesos de vulnerabilidad social, evidencia un contexto de mayor dificultad por parte de la ciudadanía para acceder y disfrutar de bienes y servicios públicos (Pastor-Seller, 2021), y las dificultades enfrentadas por los equipos de trabajo del Estado y de entidades colaboradoras. A continuación, se describe la práctica profesional de trabajadoras sociales en el campo de intervención del acceso a la vivien-

---

103 Una parte significativa de las reflexiones que acá se plantean se recogieron en el proceso de sistematización de las prácticas de intervención de la Sección de Rehabilitación Social, entre marzo de 2020 y mayo de 2021, e informadas en Molina y Aravena (2021).

da.

## **2. 1. Ámbito y contexto de la intervención que se desarrolla**

La vivienda ha sido reconocida como un derecho social y se ha descrito como un derecho compuesto (Espejo, 2010), debido a que los problemas habitacionales pueden poner en peligro las posibilidades de obtener o mantener un trabajo, afectar la salud física o mental de los individuos e incluso perjudicar el acceso a los servicios básicos, disminuyendo así la calidad de vida de las personas (López, 2019). En Chile, la entidad estatal que planifica a nivel nacional la política urbano-habitacional orientada a la integración social, y la calidad de vida urbana, es el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Minvu). La ejecución de las políticas de vivienda es de responsabilidad de los Servicios de Vivienda y Urbanización (Serviu) regionales. Chile tiene una trayectoria en política habitacional de más de cien años y en el pasado reciente se distinguen como hitos relevantes: la Nueva Política Habitacional de 2006, en la que para atender el déficit habitacional cuantitativo se instala el programa Fondo Solidario de Vivienda, que busca permitir el acceso a la vivienda de los grupos más pobres, libres de deuda futura, a diferencia de programas anteriores, por lo que el Estado asume prácticamente la totalidad del costo, solo exigiendo a los hogares un monto de ahorro mínimo de 10 Unidades de Fomento (UF), lo que equivale a €325 de diciembre de 2021 aproximadamente (López, 2019). En la siguiente década, el Minvu ha continuado su esfuerzo por la incorporación de programas de integración social y territorial en el acceso a la vivienda, orientación que se refleja, principalmente, en la entrada en vigencia del programa Fondo Solidario de Vivienda (FSEV) en 2011 (Godoy, 2021), y en la puesta en marcha del Programa de Integración Social, en 2016.

## **2. 2. Qué hace el trabajo social en el programa Fondo Solidario de Elección de Vivienda**

La implementación de las políticas públicas de vivienda ha sido un ámbito largamente desarrollado por el trabajo social en Chile (Hevia, 2013; Castañeda y Salamé, 2015). En particular las normas que regulan los servicios de asistencia técnica social (ATS), distinguen el rol del profesional social en los programas habitacionales. Molina y Aravena (2021) plantean que el D. S. 135, de 1978, menciona como profesionales que cumplen estas labores a asistentes sociales, antropólogos, sociólogos y otras profesiones del área social. A su vez, se entienden por profesionales del área social a quienes en su formación curricular tengan competencias en el área de diseño y gestión de proyectos sociales, trabajo comunitario y/o intervención social con grupos de personas. Por lo tanto, los programas habitacionales representan un campo de ejercicio profesional para el trabajo social y en específico en su dimensión comunitaria social (Molina y Aravena, 2021).

Es importante señalar que la política habitacional se encuentra tercerizada. Esto significa que los Serviu no ejecutan en forma directa las soluciones habitacionales. Por lo tanto, el Estado cumple un rol subsidiario, que financia y fiscaliza la ejecución de los proyectos habitacionales, por parte de Entidades Patrocinantes, tanto en el área constructiva como social (Molina y Aravena, 2021). En el FSEV, el subsidio entregado considera recursos para financiar servicios de asistencia técnica ejecutados por las Entidades Patrocinantes. Algunos de estos servicios son labores de carácter técnico, jurídico y social para apoyar a las familias en la obtención y/o apli-



cación del subsidio (Serviu, 2016).

El principal rol de la Subdirección de Operaciones Habitacionales del Serviu Metropolitano en la implementación del Fondo Solidario de Vivienda (FSEV), es coordinar el programa al interior del servicio en su etapa de postulación, así como monitorear los proyectos habitacionales en el ámbito de la participación social. Esta labor es desarrollada en particular por el Departamento de Asignación de Subsidios a través del Subdepartamento de Subsidios de Construcción y de la Sección de Habilitación Social, unidades cuyo quehacer será el centro de la reflexión de este capítulo. Es muy significativo explicitar que ambas unidades están integradas en su gran mayoría por trabajadoras sociales. Las funciones de la Subdirección de Operaciones Habitacionales se caracterizan por un fuerte componente normativo, ya que todo el proceso habitacional se apega a lo que la normativa explícitamente señala, tanto respecto de las condiciones de acceso a los subsidios como de los procedimientos de asistencia técnica. Entre las labores específicas de los equipos del Serviu mencionados se incluyen: recibir las postulaciones que preparan las Entidades Patrocinantes, coordinar la evaluación de las postulaciones por parte de los equipos especialistas en sus distintos ámbitos (técnico constructivo, legal, social, familiar), orientar a las entidades ejecutoras de los servicios de asistencia técnica en aspectos administrativos y de asistencia técnica del área social, y supervisar la intervención social ejecutada por las Entidades Patrocinantes. Esto último implica: a) monitorear, evaluar y calificar los servicios de asistencia técnica del área social; b) certificar la ejecución para el pago de los servicios; c) monitorear y participar en actividades estratégicas, tales como visitas a las obras, asignación de viviendas, nombramiento de comités de administración y otras que demanden su presencia para abordar algún conflicto (Molina y Aravena, 2021).

Un hallazgo en la reflexión sobre las prácticas, que no siempre está explícita, se refiere a la dimensión ética de lo que hace el trabajo social en el proceso de gestionar y acompañar la entrega de viviendas, es decir, “asumir el compromiso con la calidad y oportunidad de los servicios prestados a la población” (Código de Ética, 2014, art. 8). El trabajo social se impone como desafío ético aplicar la política de Estado en Vivienda, redefiniendo constantemente en qué consiste la calidad y oportunidad de esta acción para las familias que son partícipes de esta política, así como los mejores mecanismos para asegurar una participación efectiva de ellas en este proceso.

### **2.3. Objetivos**

Tal como plantea Soto (2020), el FSEV tiene por objetivo “promover el acceso a una solución habitacional a las familias que se encuentran en situación de vulnerabilidad y no poseen vivienda” (p. 57). En este contexto, el objetivo general de la intervención del trabajo social no está explícita o delimitada por la política, sino que se ha ido construyendo a lo largo de los años. En este sentido, nos parece relevante problematizar que los objetivos del trabajo social en la práctica se configuran en una doble dirección: por una parte, teniendo como foco a la ciudadanía y por otra a la propia institución. De este modo, se distingue como objetivo promover un proceso educativo que entregue herramientas de autonomía a las familias, que las preparen para habitar sus nuevas viviendas y a vivir en comunidad, garantizando, los procesos de participación adecuada de familias y comunidades en los proyectos habitacionales. Así también corresponde explicitar como objetivo facilitar los procesos internos de coordinación para prestar un servicio

integral y pertinente a las familias, evitando la fragmentación interna entre los componentes técnicos constructivos y sociales de los proyectos habitacionales.

## 2. 4. Funciones y prestaciones

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, es clave la función del trabajo social en la prestación de servicios de asistencia técnica a las familias que postulan al programa. Esta función se despliega, entre otros profesionales, por las trabajadoras sociales, quienes son parte de las Entidades Patrocinantes ya mencionadas. Entre las labores de asistencia técnica se encuentran (Soto, 2020):

- Plan de acompañamiento social (PAS): organizar la demanda y el diagnóstico de las familias postulantes, involucrar a las familias en el diseño del proyecto habitacional. Capacitar y asesorar a las familias sobre derechos, deberes y las redes comunitarias existentes en la localidad donde se emplaza el proyecto.
- Elaboración de proyectos técnicos: la contratación de la empresa constructora, que debe ser aprobada por la comunidad, debe evaluar técnica y financieramente el terreno, elaborar el proyecto de loteo, de arquitectura, proyectos de especialidades y permisos respectivos.
- Gestión Legal: se debe encargar de los títulos del terreno, escritura, tramitación e inscripción del terreno en el Conservador de Bienes Raíces.
- Gestión técnica y social de proyectos: en esta etapa debe supervisar las obras y el servicio posventa de la empresa constructora.

## 2. 5. Metodologías

Respecto de la focalización del programa, el D. S. 49 mejora la metodología de focalización previa, considerando no solo el Registro Social de Hogares<sup>104</sup> (RSH), sino también información relevante sobre la vivienda que habita actualmente el postulante (Minvu, 2011a). Su modo de postulación colectiva permite la integración de hasta un 30% de viviendas para el 90% más vulnerable, con un déficit de vivienda excepcional (López, 2019). Así también se establecen una serie de requisitos e impedimentos de acceso que en conjunto se orientan a la focalización del programa a familias de mayor vulnerabilidad social. En este ámbito, corresponde a las trabajadoras sociales de las Entidades Patrocinantes verificar que las familias postulantes cuentan con el RSH y que se encuentran en los rangos establecidos como requisito de acceso. Por su parte, Serviu Metropolitano realiza una revisión del cumplimiento de todos los requisitos de acceso al momento de la evaluación de las postulaciones, a través de un trabajo de tipo administrativo.

En cuanto al Plan de Acompañamiento Social, según instruye el artículo 50 del D. S. 49, las Entidades Patrocinantes deberán:

---

<sup>104</sup> El Registro Social de Hogares es un sistema de información cuyo fin es apoyar los procesos de selección de beneficiarios de un conjunto amplio de subsidios y programas sociales, por parte del Estado de Chile. El registro es construido con datos aportados por el hogar y bases administrativas que posee el Estado, proveniente de diversas instituciones. Recuperado de: <http://www.registrosocial.gob.cl/que-es#top>.

[...] contemplar el diseño e implementación de un Plan de Acompañamiento Social, considerando las características y requerimientos de las familias destinatarias. Este Plan tiene por objetivos acompañar a las familias en el desarrollo de una solución habitacional, promoviendo su involucramiento en el proyecto habitacional, apoyando la instalación en sus viviendas y favoreciendo su integración en el nuevo barrio (Minvu, 2017, p. 46).

En el desarrollo de los PAS, las labores que son ejecutadas principalmente por trabajadoras/es sociales, están orientadas a favorecer la participación de los grupos en los proyectos habitacionales, e incluyen actividades de organización de la demanda, diagnósticos sociales, difusión del programa, presentación y aprobación de proyecto técnico, seguimiento a las obras, capacitaciones para el uso, cuidado y mantención de las obras y apoyo en la formación de propietarios y/o copropietarios (Molina y Aravena, 2021).

Desde el punto de vista metodológico, la intervención social previo contexto covid-19 se desarrollaba mediante actividades grupales presenciales en sedes comunitarias (reuniones, charlas, talleres y asambleas). Asimismo, la supervisión social se realizaba en lo administrativo mediante revisión documental y en terreno participando en algunas de las actividades (Molina y Aravena, 2021).

También es parte de la metodología de trabajo del Subdirección de Operaciones Habitacionales la práctica de intervención indirecta. La gestión de equipos sociales y de información para el acceso, la postulación y la adjudicación de las viviendas a través del subsidio, desde una mirada disciplinar, es una metodología de trabajo e intervención que comúnmente no se menciona o se minusvalora. Esta metodología es lo que Iturrieta ha señalado como:

[...] aquella desarrollada en beneficio de las personas destinatarias del trabajo profesional, pero sin su presencia ni participación activa durante el desarrollo de actividades profesionales, tendientes a acercarles los recursos disponibles en sus entornos; durante la creación de nuevos recursos, y durante el diseño de acciones para aumentar el bienestar personal y social (Iturrieta, 2019, p. 25).

Esta metodología de gestión disciplinar se perfila en construir una mirada global de las realidades por intervenir; en su perfil práctico; en las habilidades de trato directo, y siempre desde la relación de ayuda basada en componentes éticos e ideológicos (Iturrieta, 2012). Es esta gestión, orientada a permitir el acceso a la vivienda, velando por el cumplimiento de las normativas, pero a la vez procurando la participación efectiva de las familias, la que caracteriza el hacer del Subdirección de Operaciones Habitacionales.

## **2. 6. Población asistida**

El FSEV está dirigido a sectores vulnerables y emergentes, lo que se traduce en los primeros quintiles de ingreso<sup>105</sup> según el instrumento de caracterización socioeconómica Casen, que

---

105 Corresponde a la vigésima parte o el 20% de los hogares del país, ordenados en forma ascendente de acuerdo con el ingreso autónomo per cápita del hogar, donde el primer quintil (I) representa el intervalo o 20% más pobre de los hogares del país y el quinto quintil (V), el intervalo o 20% más rico de estos hogares. Fuente: Bi-

utiliza el Estado de Chile (López, 2019). Entre los requisitos para su postulación se contempla para las familias el hecho de no ser dueñas de una vivienda previamente, vivir en situación de vulnerabilidad social y pertenecer al 40% de la población con menos recursos de acuerdo con el RSH. Este subsidio prioriza y entrega mayor puntaje a grupos familiares de padre o madre solteras/os, adultos mayores, personas con capacidad reducida, discapacidades, número de hijos y situación de vulnerabilidad de la vivienda actual. Si se cumplen con esos requisitos se podrá adquirir una vivienda, tipo casa o departamento, sin crédito hipotecario, cuyo valor no puede superar las 1.050 UF<sup>106</sup> (€34.100 de diciembre de 2021, aproximadamente), y es entregada sin deuda (Soto, 2020).

## 2. 7. Coordinaciones y trabajo en red

En los proyectos habitacionales participan distintos actores: familias organizadas, Entidades Patrocinantes, constructoras, municipios, Minvu y Serviu. Las familias y comunidades se reconocen como sujetos sociales que demandan al Estado una solución habitacional, consistente en obtener una vivienda o mejorar la vivienda social<sup>107</sup> o entorno habitado deteriorado; pertenecen al quintil más pobre de la población y se caracterizan, entre otros aspectos, por la alta presencia de mujeres beneficiarias y en roles de dirigencia social (Molina y Aravena, 2021). La dimensión territorial del programa, que se concreta en proyectos que se emplazan en comunas y barrios específicos, se presenta como un espacio de intervención profesional en el que se deben desplegar habilidades de trabajo en red.

Las intervenciones planificadas diseñadas a partir del enfoque de redes, conectan la vida privada del individuo con sus amigos, la familia, sus compañeros de trabajo, y con actores sociales pertenecientes a instituciones y organizaciones, configurando así un espacio amplio de circulación constructiva del apoyo social (Martínez, 2006, p. 634).

Entendiendo por red “un sistema de vínculos entre nodos orientados hacia el intercambio de apoyo social” (Martínez, 2006, p. 64). En la implementación de los proyectos habitacionales, en todas las etapas del proceso, se van realizando acciones tendientes al intercambio de apoyo social, resaltando la figura del municipio como actor relevante<sup>108</sup> y el trabajo social como actor profesional que va generando nexos entre actores.

---

bliblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado de: <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/31963/1/BCN>.

106 La Unidad de Fomento (UF) permite expresar los precios de compra y venta de viviendas. Aunque se utiliza normalmente para informar de precios, especialmente cuando se trata del valor de las viviendas. La UF no es dinero, sino que se trata de uno de los sistemas para expresar la reajustabilidad; es decir, el valor actualizado de una moneda, dependiendo de la inflación, que han sido autorizados por el Banco Central de Chile. Fuente: Comisión para el Mercado Financiero. Recuperado de: <https://www.cmfchile.cl/educa/621/w3-article-27474.html>.

107 Vivienda económica de carácter definitivo, cuyo valor no supera las 400 UF (OGUC, 2016).

108 Ayuntamiento.

### **3. TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA**

#### **3. 1. Cambios producidos**

Desde los inicios de la pandemia por covid-19 se han ido modificando de manera significativa los servicios, proyectos y prácticas sociales de intervención, ante las restricciones de movilidad y contacto social derivadas de la cuarentena obligatoria impuesta. Las instituciones han debido cambiar sus metodologías de acción, así como sus estrategias, procedimientos y protocolos (Pastor-Seller, 2021). Los cambios producidos en la Subdirección de Operaciones Habitacionales son significativos. Por un lado, la gestión administrativa y de recursos, que tenía un fuerte componente presencial y el uso de memos y comunicaciones en papel, fue *virtualizada*, realizándose toda la tramitación vía digital, y permitiendo el uso de documentos, solicitudes y postulaciones, no contemplados en la normativa con anterioridad. Por otro lado, los procesos de participación de familias y comunidades en los proyectos habitacionales se han visto transformados de forma significativa, ya que durante gran parte de 2020 los contactos con las familias y las Entidades Patrocinantes dejaron de ser presenciales y cara a cara, y se virtualizaron a través de videollamadas y llamados telefónicos. No obstante, esta fuerte introducción de la virtualidad, para llevar a cabo los servicios de asistencia técnica social, las y los trabajadores sociales “rescataron antiguas prácticas, como la visita domiciliaria” (Molina y Aravena, 2021), recurriendo a esta estrategia de intervención tradicional como intervención directa. Esta metodología supone la relación cara a cara, que se reconoce en este tipo de relación, la influencia y compromisos mutuos, siendo de responsabilidad profesional, la acción social y el uso de técnicas y estrategias para lograr la potenciación de los recursos que poseen las personas (Iturrieta, 2019). La visita domiciliaria supone profundizar y complejizar el conocimiento de las familias en su contexto natural mediante la observación directa. En ella, la vivienda no se considera solo como receptáculo pasivo de objetos materiales y cuerpos sociales arrojados al azar, sino que la expresión de micro culturas familiares y solo se comprende como tal en el encuentro socio-histórico entre sujetos, vínculos e intersubjetividades que la forman y la transforman (Reyes, 2019). En la visita queda en evidencia la relación existente entre el comportamiento del usuario y el espacio que lo rodea, individualizando los aspectos de congruencia e indagando las modalidades organizativas de la vida familiar.

#### **3. 2. Problemáticas de las personas y nuevas dificultades**

Los cambios producidos han ido planteando una serie de desafíos, así como han ido apareciendo nuevas dificultades.

Participación de las familias: la participación de las familias en el proceso de organización u obtención de su vivienda se vio dificultado por la virtualización de los contactos y las metodologías de trabajo. La participación de las familias en el proceso de postulación y obtención de la vivienda se ve obstaculizado, fundamentalmente porque las gestiones individuales y comunitarias en este contexto ya no se pueden basar en la confianza de la acción cara a cara. La virtualidad es un nuevo escenario en el cual tanto las trabajadoras sociales, como las Entidades Patrocinantes, los dirigentes sociales y las familias, tienen que aprender a desenvolverse. Si la

participación efectiva de las familias ya era un desafío significativo antes de la pandemia, las barreras mencionadas lo han incrementado.

Transformación de las metodologías de intervención: muy vinculado con lo anterior, se produjo una dificultad significativa en cumplir los procesos y productos explicitados en la normativa, en el contexto de cuarentena y virtualización de los contactos. Uno de los componentes de dicha dificultad fue la brecha digital de postulantes y beneficiarios, en el uso de tecnología, aparatos y plataformas de comunicación virtual. Como plantea Pastor-Seller (2021), la normalización de las TIC en todos los ámbitos la vida cotidiana contribuye a reducir las *distancias físicas*, a la vez que deja al margen a las personas, grupos y comunidades que no están integrados al uso de dichas herramientas, y se van quedando sin las oportunidades de desarrollo y capitalización local. Esto profundiza los procesos de exclusión social que afectan de manera diferenciada a personas, pero también a los colectivos y comunidades.

Equipos sociales de las Entidades Patrocinantes altamente exigidos: finalmente, al igual que en la mayoría de los ámbitos laborales del trabajo social, los equipos sociales, se encontraron muy exigidos por la modalidad de teletrabajo (Banks et al., 2020), ya que, junto con desarrollar sus actividades laborales cotidianas desde su hogar, debían hacerse cargo de labores de cuidado de los hijos, personas enfermas, y tareas domésticas. Esta situación ha sido observada en otros campos del trabajo social, con similares niveles de sobre exigencia (Valencia; Ruiz y Cerda, 2021). A su vez, es posible observar un alto nivel de exigencia y autoexigencia por parte de las trabajadoras sociales, en el cumplimiento de sus labores, incluso algunas veces restando tiempo al descanso, el autocuidado y la familia. Esta parece ser una característica históricamente construida en el ejercicio profesional de la disciplina (Iturrieta, 2019).

### 3.3. Nuevas demandas y reestructuración de la intervención

Las problemáticas planteadas dieron paso en 2020 a nuevas formas de intervención y nuevos lineamientos normativos por parte del Minvu. Este cambio fue significativo, ya que el contexto de la acción pública solo permite hacer lo que está permitido y normado por los protocolos de actuación explicitados. El cambio de dichas normativas es lento y complejo, y solo los ajustes procedimentales permitieron incorporar nuevas formas de trabajo e intervención. Esta capacidad de adaptación que fue asumida por los equipos ejecutores, tanto del Serviu como de la Entidades Patrocinantes, da cuenta de la denominada *inteligencia pronóstica*, la cual se desarrollará más adelante. Los protocolos y normativas se actualizaron según el contexto sociosanitario y las capacidades desarrolladas para el trabajo comunitario en condiciones de distanciamiento físico. Esto significó una flexibilidad metodológica evidente, incluyendo la aceptación de reuniones virtuales como forma válida de organización, y aceptación de consentimientos digitales no impresos, como registro aceptado. Esto a su vez implicó:

[...] la adaptación de instrumentos de registro. Los formatos tradicionales de postulación fueron flexibilizados, a su vez que el registro y validación de las actividades presenciales (una única actividad para lograr un propósito) fueron adaptados para la descripción y verificación de la diversidad de actividades realizadas para involucrar a las familias. A su vez, se distinguieron actividades posibles de realizar sólo con la participación de dirigentes, para

luego transmitir en forma diferida la información a la totalidad de las familias (envío de videos informativos, entre otros), y otras que por su impacto requieren la participación directa y vinculante de todas las familias (aprobación del proyecto en la etapa de postulación, y la asignación de las viviendas en la etapa de ejecución de las obras) (Molina y Aravena, 2021).

### **3. 4. Trabajo a distancia**

Lo que comúnmente se denomina teletrabajo, en el ámbito de las políticas públicas chilenas se conoce como trabajo a distancia, ya que no existe una regulación sobre teletrabajo. Como se ha descrito, las nuevas formas de trabajo e intervención para asegurar la gestión de los proyectos y la participación de las comunidades ha implicado la transformación de las reuniones y asambleas cara a cara, por comunicación directa vía telefónica y/o correo electrónico, así como el uso extensivo de reuniones virtuales. Durante gran parte de 2020 este trabajo fue realizado por las trabajadoras sociales desde sus hogares, y muchas veces desde sus propios equipos y teléfonos (Molina y Aravena, 2021).

## **4. RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL**

### **4. 1. Reflexiones sobre la disciplina y la práctica**

Los desafíos asociados a la pandemia por covid-19 en el acceso a la vivienda, y las transformaciones de las prácticas de gestión e intervención que responden a dichos desafíos, plantean varias reflexiones en un contexto en el que la virtualización del trabajo ha llegado para quedarse.

En primer lugar, nos parece relevante plantear que la intervención indirecta y las capacidades de gestión integral que propone el ejercicio disciplinar del trabajo social, son fundamentales para este contexto. Como ya se ha dicho, la mirada global de las realidades por intervenir, y su perfil práctico, permite abordar una gestión que no pierda de vista a las familias y su derecho a la vivienda. Además, alude a una noción amplia de recursos, que integra lo personal y simbólico, mucho más allá de lo meramente material (Iturrieta, 2019). En este plano, el uso de las nuevas tecnologías, tanto de comunicación como de almacenamiento de información, pueden servir a este propósito de buena forma, aunque a la vez implican riesgos como se explica más adelante.

En segundo lugar, y vinculado con lo anterior, la intervención social en el contexto de virtualización implica reconocer el desafío ético de elaborar informes y otros instrumentos, “apegados a la más estricta veracidad, producto de una investigación exhaustiva de la situación para la que se requirió, velando por la privacidad de la información recogida” (Código de Ética, 2014, art. 24). Lo que antes se certificaba en la relación cara a cara, ahora debe reconocer otros parámetros sin dejar de ser veraz. En el contexto de la sociedad reticular, esto implica nuevos modos de interacción cultural, política y social, y por formas de comunicación cada vez más diversas, donde se generan nuevos juegos relacionales, y las metodologías y los nuevos perfiles profesionales del trabajo social, deban considerar estos nacientes modos de existencia (Iturrieta, 2019). Son necesarias estas nuevas metodologías debido a que las subjetividades virtuales se construyen vinculadas con procesos de cambio en la definición de lo público y lo privado, cuyos

límites se desdibujan, articulándose con el desarrollo de identidades flexibles, en un mundo de incertidumbres (Beck; Giddens, y Lash, 2001).

En tercer lugar, hay un desafío evidente respecto de la participación social en los proyectos habitacionales en contexto covid-19, siguiendo el espectro de la participación pública (Arnstein, S., 1969). Se han debido utilizar metodologías y acciones presenciales y virtuales para asegurar una amplia participación en la toma de decisiones vinculantes. Concretar estas actividades dependió en parte de la capacidad de gestión de los profesionales sociales de las Entidades Patrocinantes y en forma significativa del nivel de organización, liderazgos y motivación de cada comunidad (Molina y Aravena, 2021).

En cuarto lugar, para favorecer una participación sustantiva en contexto covid-19, se buscó asegurar a lo menos un involucramiento profundo de las/os dirigentes, solicitando a las Entidades Patrocinantes que las actividades sean diseñadas, convocadas y aprobadas con ellas/os, por ejemplo, decidir contenidos de una capacitación o de un material audiovisual, o la forma en que se convocarán y realizarán las reuniones (virtual, presencial con aforos máximos). Asimismo, haber dado continuidad a los procesos participativos de toma de decisiones en los proyectos habitacionales se considera una ventaja por el sentido de pertenencia al proyecto y por la oportunidad de prevenir futuros conflictos (Molina y Aravena, 2021).

#### **4. 2. Los cambios que se han consolidado**

En relación con los cambios consolidados, lo primero es señalar que aún no es posible sostener que los cambios introducidos en la atención directa e indirecta están consolidados. Por el contrario, aún se está en una etapa de construcción inestable de las nuevas formas de vinculación entre la política pública, las Entidades Patrocinantes y las familias, para el acceso a la vivienda. Las trabajadoras sociales han implementado nuevas formas para comunicar e informar e incluso tomar decisiones con herramientas tecnológicas. Sin embargo, las formas definitivas en que estas acciones cristalicen dependerán de la gobernanza de la pandemia que realice el Estado chileno, así como también de las nuevas formas de vinculación que ya se han señalado.

#### **4. 3. Competencias profesionales, aportaciones y consejos para futuras profesionales**

En un primer nivel, los cambios introducidos por el contexto de pandemia han permitido reconocer el carácter tradicionalmente normativo de la supervisión social como mecanismo para velar por el correcto uso de los recursos públicos destinados a financiar los proyectos habitacionales. Asimismo, se instaló la necesidad de ampliar la visión de la supervisión social Puig (2011). De este modo, las recomendaciones metodológicas se entienden como parte de la supervisión social toda vez que surgen en un ejercicio de reflexión y mejora continua, a partir de preguntas y de ensayos de acción en el espacio del flujo de comunicaciones entre supervisores/as y ejecutoras/es. Estas orientaciones deben estar al servicio de la resolución de conflictos o dilemas propios de los procesos participativos de los proyectos habitacionales. Ejemplos de esto son los criterios para aprobar los proyectos en modalidad online, o cómo se decide la asignación de las viviendas, cómo se elige un comité de administración provisorio, entre otras (Molina y Aravena, 2021).



Además, la supervisión en contexto covid-19 debió abordar la promoción del autocuidado profesional, aspecto que no se había visibilizado antes de la pandemia (Molina y Aravena, 2021). Como ya se ha señalado, siempre se corre el peligro de la sobreexigencia profesional y personal en el cumplimiento de sus labores, incluso algunas veces restando tiempo al descanso, el autocuidado y la familia.

Desde el punto de vista de la innovación, tal como lo señalan Alonso y Echeverría (2016), los equipos sociales en coherencia con su orientación hacia el cambio, en el contexto de pandemia han debido buscar nuevas soluciones a los desafíos impuestos por el distanciamiento físico, incorporando herramientas tecnológicas para la comunicación y rescatando antiguas prácticas como la visita domiciliaria. El diseño e implementación de las orientaciones metodológicas covid-19, dan cuenta de una innovación social porque incluyen un conjunto de acciones, que van desde el rediseño de procesos hasta el desarrollo de nuevas capacidades en las personas (Rodríguez y Alvarado, 2008). Más que evidenciarse un reemplazo de las relaciones presenciales, se han reconocido las ventajas de la mixtura entre lo virtual y lo presencial y la importancia de aplicar criterios de pertinencia. Por ejemplo, las personas adultas mayores, o las familias en situación de campamento siguen siendo grupos con una importante brecha digital, en esos casos cada vez que los protocolos sanitarios lo han permitido, la técnica privilegiada para llegar a las familias ha sido la visita domiciliaria o el *puerta a puerta* con medidas sanitarias de protección (Molina y Aravena, 2021).

Por último, se deben mencionar como tensiones permanentes, la brecha digital que actúa como mecanismo de exclusión para ciertos grupos de la población, el riesgo de la sobrevaloración de la virtualidad por sobre la presencialidad y de las relaciones individuales por sobre las relaciones comunitarias en la gestión de los proyectos, debilitando el sentido de lo colectivo (Molina y Aravena, 2021).

#### **4. 4. Trabajo Social ahora**

La experiencia de intervención presentada permite reflexionar sobre la acción del trabajo social desde las políticas participativas de acceso a la vivienda, integrando las transformaciones que esta ha debido enfrentar en el contexto de covid-19 en el que nos encontramos.

Un primer elemento es resaltar el desarrollo de un modelo de supervisión social cooperativo entre el equipo de supervisión y las profesionales encargadas de las Entidades Patrocinantes. Este modelo cooperativo busca equilibrar los objetivos planteados en la reflexión y la mejora de la tarea, la orientación a la resolución de conflictos y la promoción del autocuidado (Puig, 2011), con el enfoque normativo propio de las políticas públicas, caracterizado por la verificación del cumplimiento de las labores. Un modelo cooperativo de supervisión también implica reconocer como espacio de retroalimentación y aprendizaje el intercambio de experiencias entre profesionales del área social de las distintas Entidades Patrocinantes, toda vez que estas instancias se reconocen como fuentes de aprendizajes y modelamiento de buenas prácticas. La experiencia ha permitido visibilizar los distintos componentes de una supervisión social colaborativa, e identificar como principal debilidad la cantidad de recurso humano dedicado a la supervisión, por cuanto la demanda de tareas supera la capacidad horaria. Corresponde precisar que el modelo de supervisión social se debe desarrollar en profundidad (Molina y Aravena, 2021).

Un segundo elemento por considerar es el rescate y valorización de metodologías tradicionales de intervención de la disciplina; en particular, de la visita domiciliaria. Esta herramienta se resitúa en contexto de pandemia para el acceso a la vivienda, en ámbitos donde antes solo se realizaban intervenciones grupales. Ante la imposibilidad de reunirse colectivamente, ha sido necesario llegar a las personas de forma directa, lo que rescata dimensiones del trabajo social (familia, casos, comunidad) que coexisten, ya que esta estrategia no solo para revisar el caso, sino que también para potenciar y complementar lo colectivo. A través de la visita domiciliaria se potencia la participación y se educa desde el trabajo social, asumiendo un rol pedagógico y redefiniendo la intervención, reconociendo los desafíos del contexto pandémico, en un trabajo disciplinar más acucioso orientado a no perder de vista a las familias.

En tercer lugar, el rediseño de los procesos de los equipos de intervención (Minvu y Entidades Patrocinantes) a partir de la pandemia, revaloriza la gestión social y los nuevos roles de coordinación, el uso de nuevas tecnologías, permitiendo desplegar un rol pedagógico y educativo de la disciplina. También esta dimensión libera de trabajo administrativo a los profesionales –para dedicarse a los encuentros de mejor calidad técnica con las familias– y grupos.

A su vez, en cuarto lugar, se hace necesario valorizar el rol de conducción y coordinación de los procesos administrativos; es decir, vinculando una doble dirección, hacia la ciudadanía y hacia procesos internos de la institución, con la gestión del proceso. La disciplina permite una mirada integrada y no fragmentada de la gestión, interna y externa, incluyendo los procesos complejos de planificación, y los intereses de las familias, dentro de la postulación administrativa. Este rol de conducción permite a los equipos estar al tanto de las nuevas directrices, entregar claridad de los procesos de postulación y asistencia técnica, así como la validación de los nuevos instrumentos. A su vez, se permite la mantención de procesos de virtualización que agilizan el proceso y que son útiles con independencia del contexto de pandemia, como, por ejemplo, la postulación virtual de proyectos.

En quinto lugar, en la implementación de los proyectos habitacionales, el trabajo en red con los municipios es visto como fundamental. A su vez, el trabajo social se consolida como actor profesional que va generando nexos entre estos actores, a través de la pedagogía, la comunicación y la capacidad de tender puentes en territorios que emergen como realidades complejas para ser transformadas.

A su vez, las urgencias profesionales pueden ir paulatinamente, transformándose en una suerte de *presentismo profesional*; es decir, el horizonte de la práctica profesional se arraiga en el quehacer cotidiano, y no permite construir miradas hacia el futuro. De allí la necesidad de poner en práctica la *inteligencia pronóstica*, que implica una nueva conciencia respecto de cómo gestionamos las incertidumbres y los riesgos, resultante de asumir un evento final, como si ya hubiera ocurrido. La inteligencia pronóstica se anticipa por medio del pensamiento, al momento posterior al suceso de un hecho indeseado, mirando hacia atrás en dirección de nuestro presente, viendo en tal hecho algo que podíamos haber elegido descartar en el momento en que aún era tiempo. El ejercicio de la inteligencia pronóstica adquiere una dimensión mayor que la mera catástrofe, ya que también puede augurar bonanzas y no solamente incertidumbres. Sostiene Iturrieta (2021) que el trabajo social cuenta con suficiente experiencia cognitiva, empírica y sensible como para ejercer su inteligencia pronóstica. Sin embargo, ello implica valorar todos estos tipos de saberes y conocimientos, erradicando la división teoría-práctica que solo provo-

ca deslegitimaciones desde una parte del trabajo social hacia la otra, contribuyendo a aumentar las posibilidades de incidencia pública del trabajo social

## CONCLUSIONES

Se inició esta reflexión preguntándose: ¿cómo intervenir ante esta situación de pandemia? La experiencia analizada desde el concepto de política pública permite reconocer grados de consolidación del área social en la oferta programática de la política habitacional, teniendo como antecedente el fortalecimiento de la intervención directa e indirecta en los proyectos habitacionales, al incorporar una gestión integral, y labores de asistencia técnica del área social orientadas a involucrar a las familias y comunidades en la solución habitacional. “La implementación de estas labores en contexto de pandemia, permitió dar cuenta de un área de política pública que no fue descartada por la emergencia sociosanitaria a pesar de las restricciones de distanciamiento físico” (Molina y Aravena, 2021).

Frente a la pregunta ¿qué estrategias de intervención se implementan?, no dejamos de subrayar la reflexión ética como sustrato de los cambios implementados y las nuevas estrategias desarrolladas. Observamos la aparición de iniciativas que pretenden dar respuestas a las *nuevas* situaciones de emergencia social, económica y sanitaria, utilizando éticamente, de manera intensiva las nuevas tecnologías. Nos encontramos en un contexto marcado por las consecuencias inacabadas de la pandemia donde los escenarios virtuales y las herramientas digitales cobran una inusitada relevancia. En este contexto caracterizado más por las incertidumbres que por los riesgos, están emergiendo *espacios de innovación social*, que son necesarios de tener en cuenta. Las nuevas tecnologías y acciones solo adquieren sentido en complemento híbrido con la presencialidad que se ha ido incorporando después de un momento inicial de aislamiento social casi completo.

También nos hicimos la pregunta: ¿podremos volver al formato anterior como trabajadores sociales? Las experiencias que *mutan*, como lo hacen las realidades supeditadas al virus, con el fin de poder ofrecer *soluciones* a situaciones de emergencia social y sanitaria, a la vez que a su cronicidad y extensión constante (Pastor-Seller, 2021). La posibilidad de aplicar los saberes, sensibilidades y experiencias del trabajo social en el manejo de la incertidumbre, a partir de la inteligencia pronóstica, contribuyen a robustecer las estrategias de innovación social que la práctica de la disciplina muestra.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso Puelles, A. y Echeverría Ezponda, J. (2016). ¿Qué es la innovación social? El cambio de paradigma y su relación con el Trabajo Social. *Cuadernos De Trabajo Social*, 29(2), 163-171.

Banks, S.; Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A. M., Strom, K., Truell, R., Úriz, M. J. y Weinberg, M. (2020). Practising ethically during covid-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, 63(5), 569-583.

Beck, U.; Giddens, A. y Lash, S. (2001). *Modernización reflexiva: Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid, España: Editorial Alianza.

Castañeda, P. y Salamé, A. M. (2015). A 90 años de la creación de la primera Escuela de Trabajo Social en Chile y Latinoamérica, por el Dr. Alejandro del Río. *Revista médica de Chile*, 143(3), 403-404.

Colegio de Asistentes Sociales de Chile (8 de marzo de 2014). Código de Ética. Estatutos y Reglamento del Colegio de Asistentes Sociales de Chile. Recuperado de: <https://bit.ly/3L-RntzU>

Godoy, A. (2020). Capital social y apropiación del espacio en la vivienda social: análisis del programa fondo solidario de elección vivienda. *Revista Intervención*, 10(2), 48-66.

Espejo, N. (2010). El derecho a una vivienda adecuada. *Revista CIS*, 8(13), 48-63.

Hevia, S. (2013). Política Social de Vivienda en Chile y Envejecimiento: Avances y Desafíos. *Revista Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, (7), 71-77.

Iturrieta, S. (2012). Desafíos del Trabajo Social en un campo laboral con límites profesionales difusos. *Revista Katálisis*, 15, 163-172.

Iturrieta, S. (2019). Cartas desde los rincones de Chile para quienes se están formando en trabajo social. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 5(2), 22-38.

López, V. (2019). Desigualdad programada. El impacto de los programas de vivienda social en base a subsidio en Chile. *Revista CIS*, 16(26), 55-75.

Martínez-Ravanel (2006). El enfoque comunitario. Estudio de sus modelos de base. Universidad de Chile. Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122235>.

*Diario Oficial* (10 de febrero de 2018). Decreto Supremo 27, de 2016. Ministerio de Vivienda y Urbanismo, que aprueba el Reglamento del Programa de Mejoramiento de Viviendas y Barrios.

Molina, N. y Aravena, M. (2021). Acompañamiento a equipos ejecutores y adecuaciones metodológicas para la continuidad de la gestión social de los proyectos habitacionales en contexto de pandemia, resguardando la participación de las familias y comunidades. *Cuaderno de Trabajo Social*, 17(2), 57-82.

Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Minvu) (marzo de 2016). Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones. Chile.

Pastor-Seller, E. (2021). Compromisos, dilemas y desafíos del Trabajo Social con dimensión colectiva en tiempos de pandemia. *Prospectiva*, (32), 1-14.

Puelles, A. y Echeverría Ezponda, J. (2016). ¿Qué es la innovación social? El cambio de paradigma y su relación con el Trabajo Social. *Cuadernos De Trabajo Social*, 29(2), 163-171. Doi: <https://doi.org/10.5209/CUTS.51752>.

Puig, C. (2011). La supervisión en los equipos de Servicios Sociales: una oportunidad para la reflexión, el pensamiento y el cuidado de los profesionales. *Cuadernos De Trabajo Social*, 24, 123-133.

Reyes, C. (2019). La Visita Domiciliaria en el devenir histórico del Trabajo Social. *Margen* 92, 1-10.

Rodríguez, A. y Alvarado, H. (2008). Claves de la innovación social en América Latina y el Caribe. Cepal.

Sepúlveda-Hernández, E. (2021). Sentipensar la pandemia covid-19 desde la sistematización de la experiencia en Trabajo Social: reflexiones del profesor Oscar Jara Holliday. *Prospectiva*, (31), 131-150.

Soto, N. (2020). Mujeres y acceso a la vivienda social en Chile: propuestas de habitar al sur de la provincia de Santiago mediante el subsidio Fondo Solidario de Elección de Vivienda. Tesis para optar al Título Profesional de Arquitecto. Universidad de Chile. Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180522>.

Turchetti, M. I. y Sánchez, D. (2020). La intervención como Trabajadores Sociales en contexto de Pandemia. *Margen*, 97, 1-6.



PARTE

**5.**

**LAS PRÁCTICAS  
PROFESIONALES EN  
ESPAÑA Y CHILE  
EN EL ÁMBITO  
EDUCATIVO**

# CAPÍTULO 17

## El trabajo social en educación: hacia una atención integral de las personas

Àurea Prats i Cinca<sup>109</sup>

### RESUMEN

La situación actual de crisis derivada de la pandemia por covid-19 ha evidenciado situaciones de alta vulnerabilidad social: precariedad habitacional, económica, laboral, maltrato y abusos sexuales a menores, situaciones de violencia doméstica y de género y deterioro de la salud mental. Ninguna de estas situaciones puede aislarse del entorno del alumno/a y del aprendizaje. Los centros educativos y los profesionales que acompañamos en la tarea docente no podemos desprendernos de estas realidades sociales que viven los/las alumnos/as.

Esta realidad social afecta directamente al acceso al aprendizaje, a la equidad educativa y los sitúa en una situación de desventaja educativa que dificulta su desarrollo y crecimiento saludable. Cabe sumar a la vulnerabilidad social el colapso de los servicios de atención a las personas. Es por ello que el trabajo social en educación está consolidando la dimensión global de la persona y su entorno para favorecer su atención integral en el centro escolar, acompañando, orientando y promoviendo una atención digna a las familias, especialmente a las familias más vulnerables.

**PALABRAS CLAVE:** educación, trabajo social, vulnerabilidad, atención integral

## 1. PRÁCTICA PROFESIONAL

### 1. 1. Ámbito y contexto del centro

El Equipo de Asesoramiento y Orientación psicopedagógica del Departament d'Educació, a partir de ahora EAP, es un órgano técnico de carácter interdisciplinar en el sistema educativo de la administración pública catalana y en el marco del conjunto de servicios educativos que dan

---

109 Trabajadora social. Diplomada en Trabajo Social. Trabajadora social en educación en el EAP (Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica) de Sant Vicenç dels Horts. Departament de Educació de la Generalitat de Catalunya. Perita social. Miembro del Equipo de Intervención en Emergencias y Catástrofes del Colegio de Trabajo Social de Catalunya. Miembro del comité científico en la organización del Congreso de Intervención de Emergencias de noviembre 2022, organizado por el Colegio de Trabajo Social de Catalunya. Correo electrónico: aprats25@gmail.com.



soporte y asesoramiento a centros educativos públicos y concertados de niveles educativos no universitarios, docentes, alumnos y familias<sup>110</sup>.

Los Servicios Educativos de una zona educativa específica los componen el Centro de Recursos Pedagógicos (CRP), el Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP), Asesores en Lengua, Interculturalidad y Cohesión social (ALIC) y tienen las siguientes funciones:

- a. Dar soporte a la actividad educativa por medio del asesoramiento psicopedagógico a los centros, a los profesores, a los alumnos y a sus familias.
- b. Orientar en el proceso de escolarización a las familias de los alumnos con necesidades educativas específicas, de los alumnos con trastorno de aprendizaje o comunicación relacionados con el aprendizaje escolar y a los alumnos con altas capacidades.
- c. Atender especialmente las situaciones en que la escolarización de alumnos *nouvinguts*<sup>111</sup> o en riesgo de exclusión social tiene implicaciones en el ámbito de la integración lingüística.
- d. Facilitar el acceso de los centros y de los docentes a los recursos educativos y facilitarles servicios didácticos de soporte a la docencia.
- e. Conducir y facilitar la formación permanente del profesorado y de los profesionales de atención educativa.
- f. Colaborar con los centros en la innovación educativa.
- g. Colaborar con los centros en actividades orientadas al conocimiento del patrimonio natural, del patrimonio social y de los lugares singulares de Catalunya.
- h. Dar soporte a los centros en la dinamización de sus proyectos de innovación educativa, en intercambio de experiencias y buenas prácticas educativas y especialmente en la formulación del proyecto educativo.
- i. Cumplir con las otras funciones de carácter especializado que se establecen por reglamento.

El EAP es un equipo multidisciplinar compuesto por psicopedagogos/as, trabajadores/as sociales y fisioterapeutas que da soporte y asesoramiento y orientación a los centros educativos, a los docentes, a los alumnos y sus familias, especialmente a los que presentan necesidades educativas de aprendizaje.

Las necesidades educativas especiales, de aquí en adelante, NEE, son aquellas que afectan o dificultan el acceso al aprendizaje. Definimos las NEE que vienen derivadas de: diversidad funcional (cognitiva, motriz, sensorial), trastorno del espectro autista, trastorno grave de conducta, trastorno mental o derivadas de otras enfermedades degenerativas o minoritarias raras. En las NEE existe un grupo de necesidades educativas derivadas del entorno familiar, social y/o cultural desfavorecido o vulnerable, que son las que los/las trabajadoras sociales detectamos y

---

110 *Decret 155/1994, de 28 de juny, pel qual es regulen els serveis educatius del Departament d'Ensenyament (DOGC núm.1918, de 8 de juliol de 1994), modificat pel Decret 180/2005, de 30 d'agost, DOGC núm 4460, d'1 de setembre de 2005.* Recuperado de: <https://bit.ly/3rhVUGM>

111 Se considera alumno *nouvingut* aquel que se ha incorporado por primera vez al sistema educativo de Cataluña en los últimos veinticuatro meses.

abordamos con los centros, con los/las docentes y con las familias del alumnado<sup>112</sup>.

## 1. 2. ¿Qué hace el trabajo social en el EAP?

El/la trabajadora social del EAP da soporte y acompañamiento a los centros educativos, familias y zona, en casos de alumnos con necesidades educativas derivadas del entorno familiar, social y/o cultural desfavorecido y vulnerable. La intervención se centra en detectar y abordar estas situaciones sociales y familiares vulnerables del entorno del alumno para favorecer su acceso al aprendizaje. Asesoramos y acompañamos a los centros, docentes y familias cuando esta situación de vulnerabilidad afecta directamente al rendimiento del alumno en el centro escolar. Hablamos de alumnos que no pueden seguir el ritmo de aprendizaje o presentan necesidades educativas debido a que su entorno les afecta negativamente en su evolución escolar.

El/la trabajador/a social interviene cuando un centro detecta que un alumno que presenta dificultades educativas y estas no son debidas por discapacidad o trastorno. Es en este momento cuando recogemos indicadores del ámbito educativo para poder explorar si la necesidad es debida a la situación familiar y social del entorno. El/la trabajadora social del EAP hace una valoración social a través de una o varias entrevistas con la familia y/o con tutores del centro educativo. Se establecen estrategias con el centro para contribuir a mejorar el entorno educativo, las habilidades del alumno y su acceso al currículum, a la vez que acompañamos a la familia para que favorezca estos cambios.

Intervenimos también cuando se detecta situación de absentismo, situaciones de maltrato y abusos sexuales a menores, situaciones de violencia doméstica y de género y otras situaciones o circunstancias de alta complejidad social. En casos de alta complejidad social trabajamos en red con el centro escolar, los servicios sociales, los servicios de protección y atención a la infancia y adolescencia, servicios sanitarios, servicios de salud mental, etc.

## 1. 3. Funciones del trabajo social en educación, población asistida, recursos y prestaciones

A continuación detallamos las funciones que un/a trabajador/a social de un EAP lleva a cabo:

- Información y asesoramiento a las familias; orientación sobre servicios y recursos para acompañar el proceso de escolarización.
- Seguimiento de los alumnos con necesidades educativas vinculadas con condiciones socioculturales desfavorecidas y vulnerables, de manera especial en los cambios de etapa y en el proceso de transición a la vida adulta (inserción social y laboral).
- Asesoramiento a los centros y a los docentes en la identificación de necesidades educativas de los alumnos vinculadas con el entorno social y familiar, y la colaboración con la zona educativa, trabajo de red, para mejorar las actuaciones educativas en el entorno escolar, familiar y social.

---

112 *Decret150/2017, de 17 d'octubre, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu, DOGC núm 7477 -10 d'octubre de 2017. Recuperado de: <https://dogc.gencat.cat/ca/document-del-dogc/?documentId=799722>.*

En cuanto a la población asistida, el EAP atiende a centros, alumnos y familias, de 3 a 16 años, en escolarización obligatoria; pero cada vez más alargamos el asesoramiento y orientación a la etapa educativa posobligatoria, sobre todo en la formación profesional adaptada, itinerarios profesionalizadores específicos y otros. Puesto que los alumnos con NEE siguen su trayectoria de formación en el sistema educativo catalán y mantienen las dificultades en la transición a la vida adulta, necesitando el asesoramiento, orientación y acompañamiento que ofrece el EAP.

Los recursos con los que cuenta un EAP, el cual forma parte del Servicio Educativo de zona son el soporte del Centro de Recursos Educativos (CRP), ALIC (asesores en lengua y cohesión social). En casos específicos contamos con los servicios educativos específicos: Centro de Recursos Educativos para alumnos con déficit auditivo (Creda); Centro de Recursos Educativos para alumnos con Déficit Visual (Credv); Centro de Recursos Educativos para alumnado con Trastorno de desarrollo y Dificultades en la regulación de la Conducta (Cretdic). Todos ellos son recursos humanos y organizativos que prestamos para la atención a centros, alumnos, familias y zona.

#### **1. 4. Prestaciones**

El EAP no gestiona ninguna prestación. Tenemos encomendada la tarea de colaborar y ayudar a las familias y a los centros educativos, en la tramitación de las ayudas para alumnos con necesidad específica de apoyo educativo<sup>113</sup>, que convoca anualmente el Ministerio de Educación y Formación Profesional. Son las únicas ayudas económicas convocadas para alumnos con necesidades educativas a nivel estatal y que lamentablemente no están financiadas por la comunidad autónoma de Cataluña<sup>114</sup>.

Estas ayudas aparte de los requisitos económicos exigen una certificación del EAP y un diagnóstico médico o certificado de discapacidad. Tras la situación de colapso de los servicios debido a la pandemia, se ha observado que la obtención del certificado ha significado un obstáculo pues la población, en general, no tiene un acceso fácil a través de internet, acumulándose largas listas de espera.

#### **1. 5. Coordinaciones y trabajo en red**

El EAP dedica parte del trabajo a la coordinación y relación con la red de la comunidad educativa y los servicios externos que atienden a la población educativa, sean servicios sociales, servicios de salud mental infantil y juvenil, servicios sanitarios, servicios de protección a la infancia y policía<sup>115</sup>.

113 Resolución del 28 de julio de 2021, de la Secretaría de Estado de Educación, por la que se convocan ayudas para alumnos con necesidad específica de apoyo educativa para el curso académico 2021-2022. *BOE*, (183), 2 de agosto de 2021. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-B-2021-34666](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-B-2021-34666).

114 Estatut d'Autonomia de Catalunya 2006, Título IV de las competencias, Capítulo II, artículo 131. 131.2.e) Corresponde a la Generalitat, competencia exclusiva el régimen de fomento del estudio, becas y de ayudas con fondos propios. 131.3.d) Corresponde a la Generalitat, competencia compartida el régimen de fomento del estudio, de becas y de ayudas estatales.

115 En la comunidad autónoma de Cataluña, la policía recibe el nombre de Mossos d'Esquadra.

## 2. TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA

Los cambios producidos tras la alarma y la expansión del coronavirus SARS-CoV-2, que causa la enfermedad covid-19, en Catalunya llevó al Govern de la Generalitat a decidir cerrar los centros educativos el 13 de marzo de 2020 y regular un confinamiento total de la población, previsiblemente durante 15 días. La realidad es que el confinamiento se alargó 3 meses y las escuelas e institutos no abrieron hasta septiembre de 2020. El trabajo social en el EAP, que trabaja para la comunidad educativa, se vio alterado de un día para otro.

La Generalitat de Catalunya ante la expansión de la pandemia decidió cerrar todos los centros educativos y confinar a toda la población. Posteriormente propusieron cómo gestionar una situación de emergencia para la comunidad educativa.

El primer choque generó un desconcierto para todos/as, para los docentes y las familias. El trabajo en el EAP durante las primeras semanas fue gestionar el desconcierto con acompañamiento telefónico y vía correo electrónico, desde casa con teletrabajo. Poniendo nuestros teléfonos personales a disposición de los centros.

Una vez cerradas las escuelas e institutos y viendo que la situación se alargaba, se creyó conveniente cubrir primero las necesidades básicas de los alumnos. Recordemos que una gran cantidad de alumnos/as tienen la necesidad de cubrir una comida equilibrada y variada al día y utilizan el servicio de comedor escolar. El centro educativo es el espacio de protección de los menores y desde donde se cubren muchas de las necesidades básicas, como la alimentación. Por tanto, el reto fue garantizar el servicio de comedor a los menores con necesidad de alimentación a través de las *tarjetas monedero*. Cabe decir que, aunque el sistema de activación y reparto de las tarjetas comedor tardó unas semanas, se pudo dar respuesta alimentaria a las familias y a los menores con situaciones muy vulnerables. El éxito fue debido a dos implicaciones imprescindibles: la de los centros educativos y a la labor esencial de los profesionales de los servicios sociales básicos de los ayuntamientos.

El siguiente escalón por remontar era el contenido educativo, de aprendizaje, de rutinas escolares, de mantener la conexión de los alumnos con el sistema educativo. En esta fase se trató de acercar la escuela a las familias, en forma de tareas, contactos por internet, contactos y seguimientos telefónicos. Para ello el Departament d'Educació, no sin dificultades, trató de facilitar ordenadores, conexiones a internet a los alumnos para que pudieran continuar conectados desde casa con la escuela. Destapando un gran déficit: las pocas o nulas habilidades digitales y de uso de la informática de las familias y también de los docentes. Todas hemos tenido que formarnos en marcha con ensayo-error a nivel telemático.

Desde el EAP, enfocamos la tarea para acompañar a los docentes a preparar material teniendo en cuenta aquellos alumnos con dificultades educativas especiales. En el trabajo social del EAP nos centramos en hacer acompañamiento psicosocial y orientación a las familias de los alumnos más vulnerables que nos derivaba la escuela. Centramos nuestra intervención, sobre todo, ayudando a las familias en la gestión telemática de la preinscripción y matrícula de sus hijos/as, puesto que una de nuestras funciones es colaborar en los cambios de etapa educativa, lo hicimos desde casa y por teléfono. Desde el trabajo social del EAP hemos priorizado la atención social y emocional de las familias desde la no presencialidad.

Las problemáticas de las personas que esta gran emergencia hace visible son situaciones de

precariedad económica y laboral (personas que pierden el trabajo o que no tienen contrato, sin poder pagar alquiler o la luz), precariedad habitacional (hacinamiento, compartir vivienda entre varias familias, vivir en habitaciones, sin balcones), dificultad en las habilidades digitales en el uso y acceso a las tecnologías, sin olvidar los efectos durante y pospandemia en la *salud mental* de los niños/as, adolescentes y familias, con un deterioro en las relaciones personales y familiares, incremento de las relaciones abusivas, procesos de duelo por enfermedad, por ingresos hospitalarios o muerte de miembros de la familia debido o como consecuencia del covid-19.

En los cursos escolares 2020-21 y 2021-22, hemos detectado que el confinamiento y la pandemia en general, ha afectado negativamente a las familias. Familias que hasta el momento creíamos suficientemente autónomas en gestión y habilidades parentales, en la manera de afrontar situaciones habituales y cotidianas, a situaciones sobrevenidas y que no eran usuarias de servicios públicos de atención a las personas. La situación de la pandemia ha colocado a las familias en una situación de vulnerabilidad que requieren de un soporte intensivo y de apoyo social a mediano y largo plazo para poder soportar y superar estos efectos negativos de la pandemia.

Si nos centramos en las dificultades, entendiendo que la trabajadora social centra su intervención en la persona, acompañando y promoviendo su autonomía y sus habilidades, para generar cambios, se origina durante el confinamiento, donde el centro no puede detectar qué necesidades tienen los alumnos y sus familias. El principal reto fue poder detectar estas necesidades a través del contacto telefónico y establecer una buena y ágil coordinación con los servicios sociales municipales que atendían a la población.

Cabe añadir que las familias tienen dificultades de acceso y uso de las tecnologías digitales para poder acompañar el aprendizaje online de sus hijos. El contacto y apoyo social se gestionó con los medios de los que disponíamos: teléfono, whatsapp y ordenador. Adaptándonos como profesionales al uso de la tecnología digital y en el arte del teletrabajo. La frase que los trabajadores/as sociales más hemos usado es: ¿cómo estás?, ¿qué necesitas?

Los/las profesionales del EAP estamos detectando nuevas necesidades de la población atendida, estas van en aumento, y en la zona donde trabajamos responden a la fragilidad en la salud mental de los niños/as y adolescentes y también a la de sus familias, a la vez que detectamos la necesidad de trabajar en red con los diferentes agentes sociales, educativos, sanitarios.

El confinamiento, la precariedad habitacional, económica y laboral son factores estresantes para las familias que no dejan tiempo a cuidar la salud mental de sus miembros. Estamos viviendo un momento explosivo y complejo en los centros escolares detectando situaciones de gran fragilidad emocional, conductas de riesgo para la salud, trastornos mentales, deterioro en las relaciones personales, que realmente nos alarman mucho. Desde el EAP y los centros, estamos trabajando para acompañar y asesorar en estas situaciones con alumnos que sufren de mala salud mental, fragilidad emocional y social, trabajando en red aquellos casos y situaciones más complejas de manera interdisciplinar. Para ello ha sido preciso reestructurar la intervención. Ante las situaciones complejas que la sociedad hoy nos plantea, la reestructuración de la intervención es necesaria en todos los ámbitos, también en el sistema educativo y social. La intervención social para y con las personas cobra una dimensión principal y debemos poner en el centro la atención al alumno y su familia.

Actualmente el trabajo social en educación tiene más en cuenta los aspectos de la dimensión

global de la persona y su entorno vulnerable, para favorecer una atención integral en los centros educativos:

- Orientando y acompañando a las familias en el acceso a los servicios básicos de los que disponen.
- Asesorando a los docentes en la comprensión de la diversidad del alumnado, las necesidades especiales y las dificultades del entorno derivadas de la pandemia, que generan grietas en la equidad educativa y en el acceso al aprendizaje.
- Colaborando y potenciando espacios de trabajo en red entre servicios.
- Detectando las injusticias sociales y promoviendo estrategias de accesibilidad para las personas más vulnerables ante el colapso de los sistemas públicos de atención a las personas.

En el trabajo social en educación, era imprescindible la presencialidad antes del covid-19, el teletrabajo no era una posibilidad pensada para los servicios educativos. La pandemia y el confinamiento han generado un cambio radical. Pasamos de un día a otro al teletrabajo, aprendiendo de la atención y la gestión no presencial, con reuniones virtuales y preparando material desde casa. Esto demandó compaginar el propio confinamiento personal y familiar con las directrices que venían marcadas y cambiantes desde el Departament d'Educació para atender a los centros educativos.

El EAP no ha recuperado la presencialidad total. Debido a la presencia del covid-19 en nuestro entorno, debemos adaptarnos a la no presencialidad, al trabajo en la distancia y al uso de las tecnologías de la comunicación para realizar nuestro trabajo diario.

### **3. RETOS POR EL TRABAJO SOCIAL**

Las reflexiones que se derivan sobre la disciplina y la práctica surgen de la necesidad de analizar el impacto inesperado producido por el virus SARS-CoV-2 y la enfermedad transmisible covid-19 que ha golpeado a la sociedad mundial en el campo social. Este impacto no solo abarca la salud, sino también la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación, la economía, el entorno social y el medio ambiente. Por tanto, debemos hablar de *sindemia* y los cambios producidos están y estarán presentes durante y después del covid, calando de manera transversal todos los segmentos y esferas personales, familiares, sociales, económicas y culturales en mayor o menor medida.

El trabajo social en situación de sindemia ha de forjar unas nuevas habilidades de comunicación, estrategias de gestión para la prevención, reestructuración de la intervención y sistemas de evaluación. Debemos adaptarnos continuamente a los retos y cambios que nos proponen la sociedad y las personas. El/la trabajador/a social debe ser un/a agente social flexible, adaptable a las emergencias y con reflexión ética de la profesión.

Los cambios que se han consolidado en el trabajo social son la flexibilidad y adaptabilidad del profesional a situaciones, emergencias no previstas, y que tienen consecuencias sociales para la población a corto, medio y largo plazo. En el ámbito social debemos prepararnos como

profesionales para adaptarnos a cambios bruscos e inesperados de la sociedad, del mundo.

Un cambio importante para el trabajo social es la intervención no presencial que abre una línea destacada en la intervención social. Las personas necesitan también el apoyo y acompañamiento en la distancia, con escucha activa y dignificando la situación de las personas vulnerables. Es una oportunidad y un reto para el trabajo social reflexionar e investigar sobre la intervención social desde la no presencialidad.

### **3. 1. Las competencias profesionales, aportaciones a la profesión en momentos de cambio**

Las competencias profesionales del trabajador/a social no pueden ser estáticas ni rígidas, en tiempo de sindemia, los/las profesionales debemos formarnos en técnicas y estrategias de flexibilidad y adaptación profesional.

El/la trabajador/a social debe extender su formación en competencias TIC –tecnologías de información y comunicación–, a la vez que desarrollar habilidades digitales.

Algunas aportaciones y consejos para futuros/as profesionales del trabajo social son que la disciplina profesional debe tomar un papel indispensable y transversal en los cambios sociales actuales y los retos que la sociedad nos plantea. La visión y el estudio desde la ética profesional es la herramienta clave para nuestra disciplina profesional. El crecimiento profesional de los/las trabajadores/as sociales, debe forjarse desde las estrategias y reflexiones de la ética profesional.

Es imprescindible, en el camino de la profesión, la supervisión en trabajo social. En las actuales sociedades, las personas somos cambiantes y debemos exigirnos como profesionales del trabajo social mejorar la atención a estas, produciendo cambios significativos y positivos en nuestra tarea. Debemos dotarnos del análisis y la reflexión que nos ofrece la supervisión en Trabajo Social.

El trabajo social debe tener en cuenta ahora el colapso del sistema debido al covid-19, el colapso de todos los servicios que atienden a la persona, a ello se suma la nula o escasa competencia digital de las personas que atendemos y también el escaso conocimiento de los y las profesionales en la competencia digital. Esta situación genera una discriminación de las personas atendidas en el acceso a los servicios, trámites o ayudas.

## **CONCLUSIONES**

La intervención en trabajo social en los centros educativos encierra grandes interrogantes ante la situación de sindemia actual. Cabe destacar aspectos más formativos, como las competencias digitales, a las cuales la población en general se ha visto obligada a mejorar. Además, el confinamiento forzado ha hecho saltar las alarmas de situaciones de vulnerabilidad social latentes que el trabajador/a social debe afrontar, aún evidenciando la falta de preparación en algunos aspectos, para ello la ética profesional resguardada en los valores y principios del código deontológico de la profesión son imprescindibles para una intervención que promueva el bienestar y el desarrollo humano. Por otro lado, añadiremos que abordar el trabajo social en educación desde una dimensión más global y holística de la persona, desde lo social, lo educativo y lo biológico nos acerca a modelos de intervención basados en la intervención integral y holística de la

persona teniendo en cuenta su entorno más inmediato que es la comunidad.

El trabajo social debe recuperar y acompañar a las personas en todas sus esferas personales, familiares, sociales. Las situaciones de exclusión social, de vulnerabilidad, de fragilidad de las estructuras sociales, necesitan del/la trabajador/a social y de los agentes sociales que sean promotores y generadores de redes que soporten y atiendan la complejidad actual del mundo. Todo ello nos lleva a valorar cada vez con más convencimiento que la profesión debe contar cada vez con más espacios dedicados a la supervisión y al autocuidado de los profesionales que atenderán a colectivos y personas con alto grado de fragilidad y vulnerabilidad social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Departament d'Ensenyament (2018). Formació per als equips d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP). Curs 2017-2018. Barcelona, España: Generalitat de Catalunya.

Departament d'Educació (2019). Directrius per a l'organització i la gestió dels serveis educatius 2019-2020. Barcelona, España: Generalitat de Catalunya. Recuperado de: <https://bit.ly/3Eo5NQH>

EAP (s. f.). Xarxa Telemàtica Educativa de Catalunya (XTEC). Recuperado de: <https://bit.ly/3SJ9LkQ>

Serveis educatius (2015). Departament d'Educació. Recuperado de: <https://bit.ly/3UZdNYu>





# CAPÍTULO 18

## Inclusión en educación superior en Chile: aportes del PACE UTEM al proceso formativo de estudiantes en práctica profesional de trabajo social

*Sandra Pamela Olave Machuca*<sup>116</sup>

*Patricia Alejandra Merino Flores*<sup>117</sup>

### RESUMEN

El presente artículo tiene como finalidad describir y analizar las adaptaciones metodológicas surgidas en la práctica profesional de estudiantes de Trabajo Social en PACE UTEM, en el contexto de pandemia por covid-19 y el teletrabajo. Se exponen las principales acciones desarrolladas por los estudiantes y equipos profesionales para hacer frente a las demandas impuestas por la crisis sanitaria. A través de la descripción de acciones, planes de contingencia, dificultades y problemáticas se analiza y reflexiona sobre los retos de la formación de futuros profesionales del trabajo social en un contexto complejo que permite desarrollar diversos aprendizajes y proyectar nuevos desafíos. El texto se estructura en la presentación del contexto de práctica profesional, cambios producidos en el trabajo social en pandemia, reflexiones sobre la disciplina y la práctica, retos y desafíos para Trabajo Social y conclusiones generales.

**PALABRAS CLAVE:** prácticas profesionales, intervención en Trabajo Social, estrategias metodológicas, inclusión educativa

### INTRODUCCIÓN

El proceso educativo es, sin duda, uno de aquellos procesos más importantes en la vida humana. Este permite relacionarnos con otros, desarrollar diversos aprendizajes teóricos y prácticos, pero, sobre todo, contribuye a nuestra formación integral.

---

<sup>116</sup> Trabajadora social y licenciada en Trabajo Social. Magíster en Psicología Comunitaria. Académica y supervisora de Práctica Profesional UTEM-Chile. Correo electrónico: pame.olave@gmail.com.

<sup>117</sup> Trabajadora social. Diplomada en Diversidad e Inclusión en Educación Superior, en la Universidad de Santiago de Chile. Diplomada en Convivencia Escolar y Competencias Socioemocionales, en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Coordinadora Subcomponente Preparación en la Enseñanza Media del Programa de Acceso a la Educación Superior, PACE, en la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM), Chile. Correo electrónico: pmerino@utem.cl.

Cada país concibe este proceso de manera diferente y con características particulares que delimitan las funciones y objetivos de las instituciones destinadas a ello. En el caso de Chile, el sistema educativo, sus políticas públicas y sus reformas han sido cuestionadas permanentemente a lo largo de su historia; y en las últimas décadas esto ha estado estrechamente vinculado con su perspectiva de mercado, muy relacionado con el rol del Estado y al sistema económico imperante en nuestra sociedad: el neoliberalismo. Esto último despoja de manera constante a la educación de su rol social.

Para dar respuesta a las necesidades expresadas por la sociedad, principalmente a través de movimientos sociales, el Estado ha promovido diferentes políticas públicas; el PACE es una de las más recientes. Este programa tiene como finalidad apoyar a los y las estudiantes en su proceso de transición de la etapa escolar secundaria a la etapa universitaria y/o al mundo laboral. Es por sus características y objetivos que año a año acoge a practicantes de Trabajo Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana.

Debido a la crisis sanitaria producida por la aparición del covid-19, el PACE debió seguir funcionando de manera remota y para ello fue imperativo repensar la intervención social por parte del equipo profesional, estudiantes beneficiarios y estudiantes en práctica profesional, para enfrentar las demandas surgidas en medio de la pandemia.

## **2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

El Programa de Acceso a la Educación Superior (PACE) es parte de las 100 primeras medidas del segundo Gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, anunciadas el 21 de mayo de 2014. Este programa, al igual que la gratuidad de la educación superior, surgió en respuesta de las demandas estudiantiles emanadas de las movilizaciones secundarias y universitarias de 2011, donde la educación gratuita, de calidad y sin lucro son protagonistas de las discusiones y críticas del sistema educativo del país.

El PACE constituye entonces, una iniciativa de inclusión en el contexto educativo, donde se busca acompañar el proceso de transición de estudiantes en el último periodo de la etapa escolar secundaria a la educación superior y/o al mundo laboral, a través del desarrollo de habilidades/competencias y de la construcción de proyectos de vida, considerando intereses, motivaciones e historias de vida.

En su fase piloto, el programa inició su trabajo con cinco instituciones de educación superior y 69 establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad (IVE); medida nacional que considera factores y dimensiones relevantes en la conceptualización ministerial de vulnerabilidad en diferentes comunas del país, abarcando de esta forma aproximadamente a 7.000 estudiantes pertenecientes al sistema escolar. Para el año 2021 el PACE acompaña a 580 establecimientos educacionales en todas las regiones del país y su red de instituciones de educación superior está conformada por 29 universidades adscritas. Actualmente el PACE es un programa perteneciente a Mineduc, específicamente a la Subsecretaría de Educación Superior, Secreduc, quien monitorea y define año a año los términos de referencia del programa para su ejecución en colaboración con las diferentes universidades.

El PACE de la Universidad Tecnológica Metropolitana, UTEM, se sitúa en la Vicerrectoría

Académica, específicamente en la Dirección de Desarrollo Estudiantil. En 2021, acompañó a 21 establecimientos educacionales pertenecientes a la región Metropolitana (19) y a la región de O'Higgins (2) y, además, acompañó a 139 estudiantes que ingresaron a la UTEM a través del Cupo PACE, 60 de primer año y 79 de segundo año.

El cupo PACE es un beneficio para el acceso a la educación superior en Chile, coordinado por el Ministerio de Educación e implementado por las IES que son parte del programa a nivel nacional. Este corresponde a un cupo adicional a la oferta académica regular de las instituciones y se asigna a partir del cumplimiento de requisitos por parte de los potenciales beneficiarios, requisitos vinculados principalmente con su rendimiento académico durante sus años de enseñanza media (últimos cuatro años de escolaridad en el sistema educativo chileno, equivalente al bachillerato o a la preparatoria en otros países del mundo).

El programa PACE UTEM fue iniciado en 2015 y se vincula con las comunidades educativas de 9 liceos de la región Metropolitana. La intervención se centra en la realización de actividades socioeducativas dentro de los establecimientos educacionales de manera coordinada con docentes y equipos directivos. Su estrategia de trabajo consta inicialmente de tres áreas de intervención: vinculación con el medio y extensión, trabajo con comunidades educativas y trabajo con estudiantes. La primera de ellas se centra en fortalecer el trabajo comunitario de los establecimientos educacionales y el vínculo de los liceos con la universidad y sus diferentes estamentos, todo esto, en beneficio directo de los y las estudiantes. El trabajo con comunidades educativas por su parte es un área enfocada a promover la reflexión y el perfeccionamiento de las prácticas docentes a partir de talleres y reuniones periódicas con profesores(as), jefes(as) de Unidades Técnico-Pedagógicas, equipos de orientación y equipos directivos.

Finalmente se encuentra el área de trabajo con estudiantes, que lleva cabo una labor directa con jóvenes de los niveles 3º y 4º de enseñanza media, a través de talleres socioeducativos que buscan promover el desarrollo de habilidades/competencias y acompañar sus procesos de exploración vocacional. Es en este último equipo donde el trabajo social se desempeña de manera regular y sistemática.

Este equipo ha estado históricamente conformado por diferentes profesiones (Teatro, Psicología, Pedagogía, Sociología, Trabajo Social) y se ha promovido permanentemente el trabajo interdisciplinario. De esta forma, el trabajo con grupos, la entrega de herramientas, la democratización de la información y la construcción colectiva del aprendizaje han estado directamente relacionados con la praxis del trabajo social en el centro de práctica y, por ende, con las comunidades educativas, que corresponden a los establecimientos designados por el Mineduc, para ser acompañados por los distintos programas PACE.

El objetivo general del programa es:

[...] asegurar la preparación de estudiantes de sectores vulnerables de tercero (3º) y cuarto (4º) año de educación media de los establecimientos designados para participar del Programa, el acceso y acompañamiento de los estudiantes PACE que resulten habilitados y que se matriculen en alguna de las instituciones de educación superior en convenio, con miras a lograr la titulación de estos (Mineduc, 2021).

En este sentido, es importante resaltar que los objetivos del programa están directamente

vinculados con los objetivos de la práctica profesional que realizan los estudiantes; es decir, se espera que en su incorporación estos logren colaborar estrechamente con el equipo en todo el desarrollo de la práctica para dar cumplimiento de los objetivos del PACE UTEM. Este centro acoge a estudiantes de cuarto año de la carrera de Trabajo Social que se encuentren cursando la asignatura de práctica profesional en un periodo anual, comprendido entre los meses de abril y diciembre. Durante esta etapa los estudiantes deben desarrollar su pasantía en la institución cumpliendo con los productos acordados. Se sugiere un trabajo de 24 horas a la semana, ya sea en línea, mixto o presencial, y de esta forma dar cumplimiento con las tareas y compromisos contraídos con el equipo encargado del programa.

Dentro de la formación académica y en concordancia con las definiciones de la Escuela de Trabajo Social de UTEM, la asignatura de práctica profesional tiene como objetivo general que los estudiantes sean capaces de “Aplicar conocimientos teóricos y metodológicos para intervenir la realidad social, de tal forma que incremente su acervo teórico-práctico y desarrolle competencias del saber, del hacer, del ser y convivir en la acción profesional” (UTEM, 2022). Durante este proceso se definen tres instancias formación de los estudiantes. Por una parte, está el proceso de enseñanza-aprendizaje, basado en el diálogo y reflexión acerca de la experiencia entre las y los participantes del taller y supervisor académico. En segundo lugar, el proceso de enseñanza-aprendizaje basado en el diálogo, la supervisión y orientación entre estudiantes y supervisor (a) institucional y finalmente, el proceso de enseñanza-aprendizaje basado en la disciplina de autoformación del o la estudiante, actitudes y valores subyacentes a la práctica.

En cuanto a las funciones del trabajo social dentro del programa PACE, se puede señalar las siguientes: planificar, ejecutar y evaluar acciones que favorezcan el desarrollo de habilidades socioemocionales de estudiantes de 3º y 4º medio, que promuevan, además, sus procesos de exploración vocacional; esto considerando la diversidad de realidades y contexto de los 21 establecimientos educacionales acompañados en la actualidad.

Cabe señalar que, desde 2018, la práctica profesional de Trabajo Social ha contemplado la incorporación del equipo encargado de acompañar a los y las estudiantes en sus primeros años de universidad que ingresaron con el cupo PACE a la UTEM. Sus principales funciones son la planificación, ejecución y evaluación de acciones psicoeducativas y de acciones que promuevan estrategias de aprendizaje.

Para llevar a cabo la intervención con estudiantes de enseñanza media, las principales metodologías utilizadas son el taller y la tutoría. Es que al considerar como objetivo principal el desarrollo socioemocional se sigue una metodología primordialmente práctica a través de dinámicas grupales, reflexión y talleres, privilegiando la participación de todos y todas quienes integren el grupo. Cuando se desarrolla una metodología de taller, se utilizan diversas técnicas para cada momento y según determinados objetivos (técnicas de presentación, técnicas de discusión grupal, técnicas plásticas y narrativas). En el caso de la tutoría, se entiende como una intervención compleja y diversa que se ha ido incorporando muy paulatinamente a las acciones del PACE UTEM. Esta estrategia tomó aún más importancia en el acompañamiento durante la emergencia sanitaria, ya que el trabajo individual con los y las estudiantes tuvo un mayor impacto en el vínculo con ellos y ellas.

Respecto del financiamiento del programa, este se encuentra asociado directamente con Mineduc. De esta forma año a año se renueva el convenio con la casa de estudios, lo que permite

continuar con las acciones de acompañamiento a los establecimientos educacionales y a los y las estudiantes que ingresan a la universidad por medio del cupo PACE.

Este convenio permite financiar el recurso humano y material. Actualmente cuenta con un equipo de 25 profesionales de diferentes profesiones (pedagogía, diseño, trabajo social, psicología, sociología, relaciones públicas, gestión cultural, teatro, ingeniería, entre otras). Permite, también, contar con insumos de oficina y materiales necesarios para la realización de las diferentes actividades (papelería, lápices, plumones, etc.) Además, se cuenta con recursos financieros necesarios para el transporte del equipo de trabajo y de los estudiantes en práctica de Trabajo Social para la ejecución de las diferentes acciones.

Podemos mencionar que el PACE UTEM realiza acciones en aula con estudiantes de enseñanza media acompañamiento su proceso de transición a la educación superior y/o al mundo laboral. En este sentido podríamos entender, como sus principales prestaciones, el trabajo mensual en aula con estudiantes en los horarios que se acuerden con los equipos directivos, la realización de talleres periódicos con docentes y el desarrollo de reuniones de reflexión acordadas previamente.

Por otro lado, se encuentra el acompañamiento a estudiantes de enseñanza superior, que reciben un acompañamiento integral por parte del equipo de profesionales, con tutorías personalizadas de seguimiento y monitoreo, talleres grupales de trabajo y tutorías académicas por parte de docentes de las asignaturas reconocidas como más complejas en las diferentes facultades y *tutorías pares*, que son realizadas por parte de estudiantes de años superiores de la misma carrera.

El PACE, al surgir dentro de una red de trabajo con otras instituciones de educación superior, entiende su trabajo como una permanente colaboración. En su trayectoria ha fortalecido su trabajo en red con las instituciones de educación superior PACE. Además, promueve el trabajo colaborativo entre los establecimientos educacionales acompañados, a través de encuentros periódicos y la comunicación constante con equipos de orientación y profesores(as) jefes para la posible derivación de casos en situaciones complejas como, por ejemplo, estudiantes beneficiarios que expresen su intención de desertar del sistema escolar.

Es importante resaltar también el trabajo en red que se ha desarrollado en la mesa para estudiantes extranjeros(as), conformada por el Servicio Jesuita a Migrantes y las instituciones adscritas al PACE. Esta colaboración ha permitido elevar problemáticas y necesidades emergentes desde las comunidades educativas en función de los y las estudiantes de diferentes nacionalidades.

### **3. CAMBIOS PRODUCIDOS: TRABAJO SOCIAL EN PANDEMIA**

Desde el inicio de su implementación, en 2015, las principales acciones del PACE UTEM se ejecutan de manera presencial, tanto en el espacio universitario como en los establecimientos educacionales acompañados. Al diseñar dichas acciones, se pone especial énfasis en desarrollar y potenciar el vínculo con los diferentes actores de la comunidad educativa, lo que posibilita la adaptación constante de la intervención a las diversas realidades y a sus necesidades particulares.

La presencialidad, por tanto, juega un rol realmente significativo en la implementación de las estrategias, ya sea a través de la realización de talleres en aula, empleando diferentes técnicas de participación y colaboración, como también a través de salidas pedagógicas llevadas a cabo en conjunto con diferentes instituciones privadas y públicas y a partir de talleres, encuentros y reuniones con docentes, equipos de orientación y/o equipos directivos.

Tras conocerse los principales efectos del covid-19 en el país, el 16 de marzo de 2020 el Ministerio de Educación (Mineduc) anunció la suspensión de las actividades presenciales en todos los liceos y escuelas del país. Esta suspensión era de carácter indefinido. Bajo ese contexto, el PACE llamó a continuar con el diseño y ejecución de las acciones de manera inmediata, por lo que las actividades como reuniones con actores de la comunidad y encuentros se trasladaron a los medios digitales rápidamente. En estos espacios de encuentro virtual, las comunidades educativas señalan que la información recibida no es clara y al pasar las semanas, paulatinamente comenzaron a llegar circulares con lineamientos desde Mineduc, lo que permitió continuar con el proceso formativo de los niños, niñas y adolescentes de manera remota.

Todo lo anterior dio paso a la construcción de un Plan de Contingencia PACE UTEM, que debió ser evaluado constantemente y que posibilitó el desarrollo de las estrategias virtualmente. Las actividades por realizar eran las siguientes:

- a. Talleres sincrónicos mensuales con estudiantes beneficiarios. Tutorías vocacionales con convocatoria e inscripción previa (a través del llenado de un Google Forms).
- b. Publicaciones de contenido en redes sociales y envío de un boletín quincenal para el desarrollo de habilidades/competencias transversales y de exploración vocacional.
- c. Apoyo virtual en proceso de postulación a la educación superior y a beneficios estudiantiles.
- d. Se desarrollaron talleres y encuentros periódicos virtuales con docentes, equipos de orientación y equipos directivos y reuniones de coordinación virtuales con equipos directivos.
- e. Se incorporaron actividades sincrónicas asociadas con Derechos Humanos y Memoria, Medio Ambiente y Sustentabilidad, Patrimonio y Género, y conversatorios a través de encuentros vocacionales virtuales.
- f. Se llevaron a cabo tutorías académicas y psicoeducativas virtuales con estudiantes de 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> año de enseñanza superior. Sumado a lo anterior se realizaron talleres virtuales de acompañamiento académico y psicoeducativo.

En lo que respecta al proceso de práctica profesional, los y las estudiantes de Trabajo Social desarrollaron las acciones de manera virtual al igual que el equipo PACE. Sus planes de intervención debían considerar estas condiciones para su planificación, ejecución y evaluación.

### **3. 1. Problemáticas de las personas**

Tal y como ocurrió en el resto del país, la virtualización de las acciones develó la gran y profunda brecha digital existente en Chile, que no solo está asociada a la alfabetización digital, sino a las dificultades de acceso concretos y palpables a los medios tecnológicos que para algunos y

algunas son básicos en sus vidas cotidianas.

A mediados del primer semestre de 2020, desde el PACE UTEM se inició un proceso de diagnóstico que ayudó al programa a identificar las principales dificultades para la ejecución de acciones con los establecimientos educativos. Para esto se solicitó a los equipos directivos, el envío de un catastro de acceso a los medios digitales de los y las estudiantes de 3º y 4º medio, lo que preliminarmente arrojó que alrededor de un 40% de estudiantes tenía dificultades concretas de acceso a un computador, a un celular y/o a internet.

Esta problemática fue visible rápidamente. Sin embargo, existían problemáticas emergentes, que se fueron presentando a lo largo 2020 y que tenían directa relación con la emergencia sanitaria y las cuarentenas. Entre ellas podemos mencionar las siguientes: deserción y desmotivación escolar, dificultades económicas dentro de los hogares, enfermedades de salud mental, entre muchas otras.

Es muy importante mencionar, en este punto, que las problemáticas sociales en las comunidades educativas acompañadas y entre los y las estudiantes beneficiarios/as de enseñanza superior, eran múltiples y diversas en lo cotidiano incluso antes de la pandemia. La crisis sanitaria llegó para agudizar todas estas problemáticas, e incluso produjo retrocesos en algunas materias, como ingreso a la educación superior, deserción escolar, violencia de género, movilidad social, entre otras.

La pandemia puso en jaque todas aquellas estructuras que parecen sólidas a simple vista y las develó. Es decir, el no tener un computador o un celular con acceso a internet en tiempos de pandemia, no significaba solo una anécdota en los años de educación, sino que podía significar la imposibilidad de continuar con el proceso formativo, excluyendo al o a la estudiante del colectivo y del aprendizaje conjunto. Lo que afectó, por si fuera poco, las relaciones interpersonales y, por ende, el desarrollo personal.

### **3. 2. Dificultades**

Como se menciona en el punto anterior, las principales dificultades para la intervención social eran el acceso de los y las estudiantes beneficiarios del programa a las acciones virtuales, lo que redujo la capacidad de abarcar a la población objetivo y, por lo tanto, del cumplimiento de objetivos.

Dentro del equipo de trabajo, la dificultad que más se resiente es la disposición de los estudiantes beneficiarios a realizar las actividades que se proponen. Como se ha mencionado, no solo nos encontramos frente a una enfermedad que afecta lo biológico, sino que también genera estragos en diferentes niveles dentro de un hogar.

Los y las estudiantes debían motivarse y ser motivados permanentemente para participar de actividades que, desde su perspectiva y en estas circunstancias, no eran indispensables y/o prioritarias, inclinándose más por la preparación de asignaturas como matemática, lenguaje, historia y/o ciencias, como eje fundamental a la hora de rendir la prueba de admisión universitaria y las calificaciones obtenidas en estas materias, considerando que también inciden en el proceso general de admisión a la educación superior. Sin embargo, el análisis vocacional posee una relevancia significativa para estudiantes en etapa escolar, ya que la transición al mundo laboral y/o a la educación superior requiere de diversas habilidades socioemocionales complejas



y profundas que deben ser trabajadas de manera constante y transversal.

Las acciones de acompañamiento a estudiantes beneficiarios son aún más complejas que de costumbre durante la pandemia, ya que las prioridades de los jóvenes y sus familias cambian a raíz de las modificaciones económicas dentro de los hogares. Se puede señalar, respecto de esto, que un número importante de estudiantes de enseñanza media deserta del sistema orillado por las necesidades urgentes dentro de sus casas, o bien decide no proseguir con sus estudios al terminar la época escolar, ingresando de lleno al mundo laboral.

Cabe mencionar que los bajos niveles de motivación entre estudiantes para participar de las actividades, trastoca también la motivación y las emociones del equipo de trabajo, que debe continuar con las actividades programadas y rearmar permanentemente sus estrategias, lo que agota y desgasta no solo a los profesionales, también a los equipos dentro de las comunidades educativas.

En el caso de los y las estudiantes en proceso de práctica profesional, significó una dificultad mayor establecer vínculos con los equipos con los cuales trabajaban, ya que desde y durante el año 2020, no lograron generar encuentros presenciales que posibilitaran una mejor interacción.

### **3.3. Nuevas demandas**

A raíz de las modificaciones, las necesidades y problemáticas ya señaladas, surgieron diferentes demandas emanadas directamente desde las comunidades educativas y de los y las estudiantes. Entre ellas:

- g. La realización de acciones asincrónicas que permitieran a estudiantes participar de las acciones más allá de las dificultades de acceso que pudieran tener.
- h. El uso constante de redes sociales como WhatsApp o Instagram a las que se puede acceder con un *smartphone*, con contenidos y actividades que promuevan la motivación y el interés en el programa y sus objetivos.
- i. Una mayor coordinación con profesores(as) jefe, actor fundamental en el vínculo con estudiantes, ya que monitorean y siguen los procesos formativos de los y las jóvenes. También una mayor coordinación con escuelas y facultades en el caso del acompañamiento a estudiantes de enseñanza superior.
- j. Flexibilización de los horarios, para aquellos y aquellas estudiantes que trabajaban y que además eran cuidadores de familiares, adultos mayores e hijos/as.
- k. Adaptación constante de las acciones para que estas pudieran ser desarrolladas de manera virtual y potencialmente de manera presencial, por los diferentes actores participantes.

### **3.4. Teletrabajo**

El teletrabajo dentro del PACE UTEM significó la adaptación constante de las acciones en este nuevo escenario de virtualidad y trabajo remoto. Representó la oportunidad de reforzar acciones en plataformas digitales, pero a su vez representó diferentes desafíos en la implementación y en el funcionamiento dentro del equipo de trabajo, en sus relaciones interpersonales y

en el vínculo con estudiantes beneficiarios y comunidades educativas.

Para sortear aquella nueva realidad, el equipo comenzó a reunirse de manera periódica a través de la plataforma digital Zoom y planificó e implementó acciones virtuales con los diferentes beneficiarios del programa. Los horarios de trabajo se mantuvieron, pero existió una mayor flexibilidad ante los posibles cambios, situaciones personales y modificaciones de la agenda.

Es importante señalar que el PACE UTEM posee un equipo con un componente fuertemente interdisciplinar, lo que permite la reflexión sobre la intervención de manera diversa, crítica y profunda permanentemente. Este elemento, favorece el trabajo grupal, empático, vinculante e inclusivo, que pese a las diferentes dificultades que trajo consigo la pandemia, sigue presente.

Se puede mencionar que el teletrabajo resulta ser un desafío mayúsculo para los equipos de trabajo, ya que no solo obliga a la virtualización de las acciones (algo muy poco explorado en el contexto educativo tradicional), sino que exige una mayor organización del tiempo, una mayor conciencia de lo laboral versus lo personal y mayores esfuerzos de comunicación y vinculación tanto dentro del equipo como con los actores con los cuales se trabaja.

#### **4. REFLEXIONES SOBRE LA DISCIPLINA Y LA PRÁCTICA. RETOS POR EL TRABAJO SOCIAL**

El trabajo social, como disciplina de las ciencias sociales, históricamente se ha visto tensionado por los diversos escenarios, contextos, actores y complejidades en los que interviene, lo que se ha visto agudizado por la actual pandemia. La práctica en trabajo social, como el espacio donde se articulan saberes teórico-metodológicos y ético-políticos, orientados a dar respuesta a las demandas y problemáticas específicas en un determinado contexto, se ha visto dificultado, especialmente por la no presencialidad en áreas y territorios donde tradicionalmente se llevan a cabo las distintas acciones profesionales. En este punto Carballeda (2002, p. 42), sostiene que “los nuevos escenarios de intervención en lo social se encuentran atravesados por una serie de rasgos que es necesario analizar. Se caracterizan por ubicarse en una dimensión espacio-temporal relacionado con la denominada ‘crisis de la modernidad’”, lo que implica una serie de fisuras y continuidades en conflicto. Por otra parte esta nueva situación, que estaría desarrollándose desde hace aproximadamente treinta años, requiere una nueva agenda para la intervención en lo social que abarca una serie de temas relevantes: la aparición de nuevos interrogantes, el surgimiento de nuevos aspectos institucionales, la emergencia de nuevas problemáticas sociales, y la consecuente aparición de nuevas formas de comprender y explicar lo social que se transforma en otras y diferentes perspectivas de las ciencias sociales. A su vez, todos estos cambios impactan en forma relevante en la intervención, ya que la demanda de nuevas modalidades, formas, instrumentos y métodos trae como consecuencia nuevos aspectos teóricos. La aparición de nuevas formas de análisis de la cuestión social abre panoramas hasta hace poco tiempo impensados e inexplorados.

En el área de la educación, y en particular en el PACE UTEM, los profesionales en formación han debido desplegar todas las habilidades y competencias para hacer frente al trabajo. El nuevo escenario ha significado rediseñar estrategias y metodologías, desde aplicar la tecnología digital y reordenar las planificaciones para responder a los objetivos del programa.

El acompañamiento virtual a las comunidades educativas y el fortalecimiento del trabajo comunitario se ha traducido en un gran desafío, que se ha ido sorteando con profesionalismo al poner en el centro a las personas con quienes se trabaja. En función de esto, no se pueden obviar las dificultades de los/as practicantes en el reordenamiento de sus tiempos, quienes en su mayoría debieron compatibilizar su labor académica con lo laboral, y otros deberes, producto de la pandemia, relacionados con el cuidado de hijos/as y familiares adultos/as mayores.

La vertiente política de la profesión nos permite articular y comprender nuestra capacidad teórica y metodológica al preguntarnos el cómo y el porqué de lo que hacemos y el impacto que provocan nuestras acciones. La dimensión ética, como soporte ineludible del trabajo social con sus valores y principios profesionales se orienta a enfrentar las desigualdades e injusticias presentes, provocadas por asimetrías estructurales e inequidades en la distribución de poder y agudizadas por la crisis sanitaria. En este sentido, los programas de inclusión educativa son un espacio que debe ocupar el trabajo social desde una perspectiva crítica, ética y política. En esto es indispensable entender la educación como derecho fundamental en un sistema que tiende a resistir esta premisa y más bien segrega, discrimina y excluye a niños, niñas y adolescentes por su etnia, género, nacionalidad y condición socioeconómica y que, por ende, no valora la diversidad y la otredad. En Chile, las políticas neoliberales se han orientado principalmente a mirar la educación como un bien de consumo, generando enormes brechas de desigualdad en el acceso a la educación. Esto último comprende un desafío enorme y profundo para los y las profesionales que son parte de las escuelas y de las instituciones de educación superior, del que el trabajo social debe ser partícipe, promoviendo herramientas y procesos colectivos e individuales que aporten directamente a la disminución progresiva de las brechas existentes, apuntando a una educación para todos y todas (Sánchez-Tiurel y Robles-Bello, 2013).

Este punto es relevante sobre todo por la población objetivo, a quienes se dirige la intervención profesional, jóvenes de un segmento social considerado como vulnerable a quienes se debe acompañar e incluir, fortaleciendo sus capacidades y habilidades para una mejor inserción a la formación educativa y en donde además es fundamental trabajar en el desarrollo de las propias habilidades. Tal como menciona Bisquerra (2009), el proceso formativo de estudiantes debe estar directamente vinculado con el perfeccionamiento de los profesionales que guían dichos procesos educativos.

Por lo anterior, se debe reflexionar desde la profesión para abrir nuevos enfoques y estrategias de intervención, pensando aún en contextos más complejos que los vividos durante estos dos últimos años. Desde el PACE UTEM, la acción profesional ha relevado y valorado la importancia del trabajo interdisciplinario y colaborativo en función del cumplimiento de los objetivos y en la formación académica integral de los/as futuros/as trabajadores sociales que pasan por el programa, por ello las labores asumidas por los distintos profesionales reconocen el valor de la tarea mancomunada. En este sentido, la interdisciplinariedad puede verse como una estrategia pedagógica que implica la interacción de varias disciplinas, entendida como el diálogo y la colaboración de estas para lograr la meta de un nuevo conocimiento (Van del Linde, 2007). Así las distintas disciplinas aportan desde sus especificidades y conocimientos teórico-metodológicos en la búsqueda de saberes que dialoguen desde una visión compartida en el abordaje de las problemáticas en las que interviene.

Otro elemento clave es el trabajo en red con las distintas instituciones, analizando mira-

das y estrategias compartidas para hacer frente a las nuevas demandas que implica la intervención-acción-reflexión frente a los problemas sociales.

El trabajo en red está presente cada vez con mayor frecuencia en el ámbito de la educación y en la relación que establecen las comunidades educativas con su entorno. Estas redes, con mayor o menor grado de formalidad, surgen como alternativa para la mejora, innovación, generación de actividades y proyectos compartidos (Ballester et al., 2014).

Para el PACE UTEM, el trabajo en red se expresa en una acción sistemática que favorece la colaboración y complementariedad, como una articulación comunitaria que potencia el trabajo colectivo en esta área.

Dentro de los aportes realizados por los profesionales en formación, está la comprensión de la importancia del rol educador del o la trabajador/a social, como dinamizadores/as y promotores/as a través de la educación (tanto formal como no formal) y la capacidad de articular procesos educativos. En este sentido, los estudiantes en práctica sugieren recibir una mejor preparación por parte de la academia en el área de educación y en el desarrollo de habilidades tecnológicas que se adecuen a los desafíos que impone la intervención en contextos de virtualidad. Esto último es de suma relevancia porque reta al trabajo social a rediseñar la formación, metodologías y el despliegue de habilidades y competencias que son necesarias e inexcusables en los complejos escenarios en los que actuamos. Entre estas se pueden mencionar las habilidades socioemocionales, empatía, creatividad, trabajo en equipo, relaciones interpersonales, resolución de conflictos, manejo grupal y liderazgo, entre otros.

Por último, una tarea a fortalecer por el PACE UTEM y que debiese ser fortalecida a partir del contexto sanitario, sería la de visibilizar y relevar su quehacer en las distintas redes y plataformas virtuales. Esto permitiría generar mayor acercamiento a la población que atiende, complementando los diferentes mecanismos de difusión.

## CONCLUSIONES

El trabajo social, en tanto disciplina, comprende como parte fundamental de su quehacer la valoración irrestricta del ser humano y, por tanto, el despliegue de su acervo profesional en función de los derechos humanos, la equidad y la justicia social. La pandemia ha dejado al descubierto la fragilidad y fragmentación de los vínculos sociales y ha acrecentado las condiciones de desigualdad y exclusión, especialmente en el ámbito educativo.

Lo anterior implica necesariamente un gran desafío para la profesión y para la formación de estudiantes en escenarios complejos. Impulsa además la construcción de nuevas estrategias, técnicas y metodologías alternativas, referidas a la utilización de redes sociales, creatividad en la utilización de plataformas virtuales, reconocer los cambios que se pueden producir y la flexibilidad frente a los objetivos propuestos inicialmente. La intervención social debe abrirse a los nuevos contextos y así hacer frente a los retos e incertidumbres que se presenten, en circunstancias de crisis, como ha sido la aparición del covid-19.

La práctica profesional en el PACE UTEM permite a estudiantes en formación conocer de cerca y participar en la intervención educativa, tanto en la escuela como en la universidad. Esto contribuye directamente en la formación del futuro profesional en temáticas como educación

y diversidad, especialmente en temas relacionados con la migración, ya que paulatinamente se han incorporado estudiantes extranjeros provenientes del cono sur.

Desde la perspectiva y reflexión de los estudiantes en práctica profesional PACE UTEM, es muy importante contar con una formación más profunda y compleja en educación y política pública asociada, que permita conocer los aspectos generales del sistema educativo nacional y que apoye su futura intervención en las escuelas, liceos e instituciones de educación superior.

Por otro lado, considerando las características actuales de la educación pública, es importante ahondar la formación futuros trabajadores sociales, como ya se ha mencionado, en materias de diversidad, ya que las problemáticas emergentes relacionadas a migración, género, diversidad sexual y situación de discapacidad se presentan mucho más rápido que nuestra capacidad de adaptación y de respuesta.

Durante los últimos cinco años el número de estudiantes extranjeros dentro de los establecimientos educacionales ha aumentado considerablemente, lo que ha exigido la capacitación urgente en temáticas de migración. Algo similar ocurre en temática de género, diversidad sexual y situación de discapacidad. Por ello se requiere como tarea ineludible fortalecer dichas temáticas en la actividad formativa de estudiantes en práctica profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballester et al. (2014). Comunidad, trabajo en red e intervención socioeducativa. Palma, España: Universitat de les Illes Balears editores. Recuperado de: <https://bit.ly/3E3xSqw>

Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Van der Linde Mejía, G. E. (2007). ¿Por qué es importante la interdisciplinariedad en la educación superior? *Cuaderno de Pedagogía Universitaria*, 4(8), 11-12. República Dominicana: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2013). Inclusión como clave de una educación para todos: Revisión teórica. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 24(2), 24-36. Asociación Española de Orientación y Psicopedagogía.

Universidad Tecnológica Metropolitana (2022). Escuela de Trabajo Social. Handbook Práctica Profesional. Recuperado de: <https://trabajosocial.utem.cl/practicas-laborales/>.

# CAPÍTULO 19

A modo de conclusión: expresiones transformadoras del trabajo social pospandemia. Análisis y perspectivas.

Lorena Valencia Gálvez<sup>118</sup>

Eveline Chagas Lemos<sup>119</sup>

María Antonia Buenaventura<sup>120</sup>

## INTRODUCCIÓN

El trabajo social como disciplina científica nació en el contexto de fuertes y acelerados cambios que propició la Revolución Industrial. La preocupación por el rápido crecimiento urbano, las difíciles condiciones de vida de buena parte de la población, la desorganización social, el control social, el bienestar, entre otras, hizo emerger la llamada *cuestión social*, que ha estado al centro del desarrollo científico de la profesión. Las pioneras inglesas, a través de la *Charity Organization Society (COS)* o *Toynbee Hall*, el movimiento de los *Settlements* (asentamiento) y la *Hull House*, que fundaron Jane Addams y Ellen Gats Star en Chicago, llevaban a cabo un proceso de ayuda organizada. La sistematización de la asistencia y ayuda social convirtió al trabajo social en disciplina científica, pero con una característica diferenciadora respecto de otras áreas

---

118 Trabajadora social y diplomada en Psicología Social. Magíster en Antropología Social de la Universidad de Chile. Doctora en Antropología Social por la University of Manchester, Reino Unido. Académica de la Universitat de Barcelona-UB, en la UFR-Escuela de Trabajo Social, bajo la modalidad María Zambrano Talento Internacional. Miembro del grupo de investigación Grup d'Innovació i Recerca en Treball Social (Grits-UB). Miembro del Núcleo de investigación sobre estudios de las profesiones de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Investigadora del Programa Institucional de Fomento a la I+D+i (PIDi), en la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM), Chile. Correo electrónico: l.valencia.galvez@ub.edu.

119 Trabajadora social y psicóloga. Posgrado en Educación Biocéntrica (Universidade Estadual do Ceará - UECE/Brasil). Máster en Intervención Psicosocial (UB). Doctora por la Universidad de Barcelona (UB), en el programa de doctorado Educación y Sociedad (Facultad de Educación), en la línea de investigación: Trabajo Social, Políticas Sociales y Servicios Sociales. Profesora Lectora de la UFR-Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona. Miembro del grupo de investigación Grup d'Innovació i Recerca en Treball Social (Grits-UB). Correo electrónico: echagas@ub.edu.

120 Trabajadora social y terapeuta Gestalt. Máster en Pedagogía Social Comunitaria: Liderazgo de la Transformación Socioeducativa (Universitat Ramon Llull). Máster en Intervenciones Sociales y Educativas (Universitat de Barcelona-UB). Doctora por la Universidad de Barcelona en el programa de doctorado Educación y Sociedad, de la Facultad de Educación, en la línea de investigación: Trabajo Social, Políticas Sociales y Servicios Sociales. Profesora colaboradora de la UFR-Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona (UB). Coordinadora del grupo de Innovación Docente de Trabajo Social Trans@net (UB). Miembro del Grupo de Innovación Docente ApS (UB) y del Grupo de Formación de formadores ApS (UB). Correo electrónico: mabuenaventura@ub.edu.

de conocimiento: su aplicación y retroalimentación constante entre teoría y práctica. Mary Richmond realizó el primer intento en este sentido. Sus ideas han alentado el futuro y desarrollo de la profesión porque han permitido entender la importancia que tiene en la intervención: a) lo relacional y la búsqueda de un proceso; b) la participación de las personas; c) el conocimiento y desarrollo de las potencialidades; d) la apuesta por la búsqueda de autonomía y autorrealización; e) la generación de una relación de ayuda que trascienda la dependencia para ubicarse en el campo de la autodeterminación. En definitiva, el trabajo social ha desarrollado todo un campo de conocimiento que se aleja de la idea cotidiana de asistencia; es decir, única y exclusivamente de la ayuda, del soporte o del auxilio. Lleva a cabo, al igual que otras profesiones de ayuda, un procedimiento científico, reflexiona sobre la práctica, retroalimenta la teoría y vuelve constantemente a la práctica en una perfecta simbiosis. Por lo tanto, la rica y compleja historia del trabajo social nos lleva directamente a la definición de consenso que se aprobó en Melbourne, Australia, en 2014: el trabajo social “promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas” (International Federation of Social Workers, 2014).

Dado el rol primordial de estas prácticas en el ejercicio del trabajo social, como profesión es considerado una *disciplina aplicada*, distinta de las disciplinas como la sociología o la psicología. Una diferencia esencial implicada en esta naturaleza *aplicada* es que el equipo académico requiere conducir investigaciones y producir nuevos conocimientos para la disciplina y la profesión, al mismo tiempo que su rol como educadores y formadores de las nuevas generaciones de trabajadores/as sociales que enfrentan los desafíos de los nuevos lugares de trabajo. Mientras que en disciplinas no-aplicadas, los docentes pueden requerir competencias metodológicas para la investigación, conocimiento disciplinario y habilidades pedagógicas para conducir investigación y enseñar adecuadamente. En el caso de trabajo social, los académicos necesitan además ser capaces de demostrar los valores, las cualidades personales y las capacidades técnicas propias de la disciplina. Entonces, idealmente, los y las académicos/as de esta área deberían tener experiencia en la práctica del trabajo social, experiencia o *expertise* pedagógica, y potencial demostrable para conducir investigación de alta calidad (normalmente evidenciada a través de PhD o grados de doctorado).

## 2. ENSEÑANZA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA

La profesión de trabajo social se enfrenta a las consecuencias catastróficas para millones de habitantes de una economía globalizada y liberal. Para enfrentar dichas consecuencias, se recurre a principios que guían sus acciones y que le dan legitimidad en la sociedad. Los principios que promueve son la justicia social y protección de los derechos humanos (IFWS, 2014) al mismo tiempo que convive con los efectos económicos, sociales, culturales, políticos y ambientales de una economía globalizada (Vidal, 2017).

En todo el mundo, el trabajo social ha sufrido en las últimas tres décadas transformaciones significativas. Estos cambios conciernen a toda la profesión: parámetros de formación de los y las trabajadores/as sociales son revisados, sus referencias (teoría, metodología e ideas políti-

cas) que sirven de guía a las experiencias prácticas de las y los trabajadores sociales, son una de las áreas de interferencia modificada, así como el universo de personas que utilizan sus servicios (Netto, 2017).

Adicionalmente, en los últimos dos años la pandemia de coronavirus ha aumentado significativamente la urgencia de atender las necesidades sociales de la población, y los y las trabajadores sociales han desempeñado un papel especialmente importante en este contexto de emergencia en todos los ámbitos, incluido el educativo (Cifuentes-Faura, 2020). La pandemia de coronavirus ha aumentado significativamente la urgencia de abordar los problemas sociales. Por lo tanto, el trabajo social aparece en espacios en los que se han vulnerado derechos. Esta profunda crisis, que comenzó como una crisis sanitaria pero que desde entonces ha evolucionado hacia una profunda crisis social, política y económica con implicaciones de gran alcance a medio y largo plazo. Muchos creen que esta crisis será crítica porque este virus ha hecho visibles las desigualdades sociales. Por supuesto, estas desigualdades ya existían, pero este virus ha hecho visible la crisis sanitaria y ha subrayado la importancia del estado de bienestar, de la preservación de la salud pública y de las políticas de protección social (Corburn et al., 2020).

Mientras que, en el escenario de capitalismo globalizado que enfrentamos, los intereses individuales, de acuerdo con la teoría neoliberal, se realizarían de mejor manera en el mundo del libre mercado. El mercado se convierte en la *guía para todos los problemas humanos*. Esta conducta no es vista como egoísta o avara o poco ética; más bien las personas que se cuidan a sí mismas, que toman completo control de sus proyectos personales, son vistos como moralmente fuertes y contribuyentes a un mejor vivir. Mientras que aquellos dependientes de programas de bienestar son vistos como moralmente problemáticos. Los valores en esta ideología neoliberal son eficiencia, responsabilidad, iniciativa, equilibrio.

Tal como señala Iokimidis, en este escenario de desmantelamiento del bienestar en Europa y la tercerización de los servicios en América Latina:

[...] la alienación, la intensificación del trabajo y la atomización que caracterizan la mercantilización agresiva se reflejan en el deterioro de la salud mental de las personas. En relación con las condiciones de trabajo de las/os trabajadoras sociales, esto se vuelve aún más evidente a medida que la liberalización de nuestras economías ha creado empleos inseguros, intensivos y mal pagados (Iokimidis, 2021, p. 7).

El neoliberalismo involucra una reestructuración y un disciplinamiento tanto del Estado como de los individuos para poder alcanzar sus metas. El Estado neoliberal, de acuerdo con Harvey (2007), es un aparato estatal cuya misión es facilitar las condiciones para la acumulación de las ganancias del capital en ambas partes, capital doméstico y extranjero. La medición esencial del éxito no es el bienestar de la población, sino el crecimiento económico. Por ello los estados se han alejado del estado de bienestar y redistribución del mercado, hacia entregar apoyo a los inversionistas de capital y también a la vigilancia de las normas de funcionamiento del neoliberalismo.

El trabajo social en tanto surge desde una premisa completamente distinta al neoliberalismo y como ya hemos señalado, se involucra con diferentes tipos de discursos: principalmente el de la justicia, los derechos humanos y el bienestar social. De hecho, la Federación Internacional de



Trabajadores Sociales (IFSW en inglés) nos entrega una definición de trabajo social que ubica la justicia social en su núcleo.

Las funciones de los trabajadores sociales durante la pandemia han sido diversas. Estas funciones se realizan desde una dimensión ética, es decir, “asumir el compromiso con la calidad y oportunidad de los servicios prestados a la población” (Código de Ética, art. 8). El trabajo social se impone como desafío ético desarrollar su quehacer profesional, redefiniendo constantemente en qué consiste la calidad y oportunidad de esta acción para las personas involucradas, así como los mejores mecanismos para asegurar una participación efectiva de ellas en este proceso. Debido a lo anterior, las funciones de los trabajadores sociales dan forma a los servicios sociales y a las respuestas sociales, proporcionan el apoyo y los recursos necesarios a las personas, orientan a las personas hacia la creación de una estrategia a largo plazo para sus vidas y acompañan a quienes sufren la pérdida de alguien importante para ellos (González y Arredondo, 2020).

Los estudios actuales realizados en diferentes comunidades han permitido identificar que ante la crisis de covid-19 –en opinión de los propios profesionales– se ha apostado por la acción social y por dar compañía y apoyo emocional a los colectivos más vulnerables, haciendo hincapié en la contención ante situaciones de riesgo y vulnerabilidad (Valencia-Gálvez, 2021).

## **ENSEÑANZA DEL TRABAJO SOCIAL Y DESAFÍOS EN LOS NUEVOS ESCENARIOS**

Irónicamente, ha habido una dramática expansión de programas de Trabajo Social en las últimas dos décadas en países a lo largo del mundo, debido en parte a la corporativización de la educación secundaria y el asociado imperativo del crecimiento infinito del mercado.

La enseñanza del trabajo social está, por lo tanto, en la intersección de las fuerzas de globalización y privatización y las tendencias actuales son adaptarse, resistir o alguna posición intermedia. La literatura informa que algunas escuelas de Trabajo Social se están alineando con disciplinas y departamentos como psicología o administración, enfatizando la experticia en evaluación, disciplinamiento y administración de los márgenes. Sin embargo, también hay ejemplos de escuelas de Trabajo Social a lo largo del mundo desafiando estas posiciones. Desde Brasil a China, desde Uganda a Canadá, los docentes de Trabajo Social describen el uso de currículo y pedagogías que están ancladas en la justicia social, el análisis crítico y el activismo social, orientado hacia el cambio en comunidades locales y globales.

## **¿CÓMO PUEDEN LA ENSEÑANZA Y LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL DESAFIAR EL CONTEXTO ACTUAL DE LA POSPANDEMIA?**

El trabajo social siempre ha estado alineado con causas sociales y políticas, pero a medida que el neoliberalismo se expande, el trabajo en sí mismo ha cambiado. Especialmente en el escenario de crisis social y sanitaria de la pospandemia mundial. Por lo tanto, nuestras estrategias

educativas necesitan cambiar. A continuación, algunas propuestas:

### **Conocer el capitalismo**

La importancia de conocer la literatura sobre economía, tanto para estudiantes como para docentes. Es vital desarrollar un comprensivo entendimiento de la economía y cómo ha cambiado el terreno de los servicios sociales, así como también nuestro trabajo y nuestra vida cotidiana. Los efectos del neoliberalismo se están moviendo rápidamente, de manera profunda y de largo alcance, moldeando cada contexto en donde los y las trabajadores sociales se involucran.

### **Recuperando lo social**

Los ideales neoliberales de individualismo y avaricia son muy generalizados. Pero no son todo lo que hay en el mundo. Muchas culturas originarias sostienen cosmovisiones colectivas y supuestos de conectividad. La idea del individuo autónomo o que existe fuera de lo social es una falacia. El esfuerzo por la educación basada en justicia social emerge y retorna hacia ideas de lo social y de la acción colectiva. Reflexividad es una cualidad clave para revelar la falsedad del individuo autónomo. Conocernos como seres sociales es conocer nuestra humanidad. La práctica de la reflexividad social en la sala de clases comienza con la consideración de *¿con quién estoy conectada/o?*, el objetivo es cambiar la conversación, invitar a las y los estudiantes a recuperar conceptos que han sido devaluados y desacreditados, desarrollar una contranarrativa de compasión, cooperación, responsabilidad compartida, colectivismo y altruismo.

El trabajo social como profesión ha abrazado la obsesión neoliberal con el individuo como la fuente de enfermedades sociales y el sitio de intervención en sus estándares profesionales y criterios de acreditación. Las políticas y procedimientos, exportados desde el Occidente hegemónico hacia escuelas de Trabajo Social de todo el mundo, han resultado en la desprofesionalización de la práctica a través de la reducción del trabajo social a un set de habilidades o competencias. Para reevaluar lo social se requiere que analicemos y desafemos el foco individualizado de los problemas sociales y la regulación de la conducta, y reapropiarnos de una identidad del trabajo social asociada a la liberación del individuo y el colectivo social de las fuerzas deshumanizadoras del neoliberalismo. Recuperar el *lenguaje social*. Esto no significa que tenemos que optar entre lo individual o lo social, sino que el activismo social incluye ambos.

### **Involucrarse con la historia**

Estudiantes que trabajan en la defensa de la justicia social necesitan conocer cómo los esfuerzos de cambio social y movimientos sociales han tenido éxito o fallado a lo largo de la historia. Para resistir el neoliberalismo es necesario conocer y situar el trabajo social en la historia de la justicia social y los movimientos sociales. En América Latina, tenemos muchos ejemplos: Bolivia y la defensa del agua; México y la lucha antiviolencia y los gobiernos; el *buenvivir* y autonomistas en Chiapas; el movimiento por la educación gratuita en 2011 y el llamado estallido social de 2019 en Chile; la emergencia del feminismo en América Latina, la conquista de derechos reproductivos y el derecho de las mujeres de decidir sobre su propio cuerpo, entre otros

tantos triunfos populares. En África, el *Apartheid*; los movimientos autonomistas de Cataluña en España y de Alemania, Italia y Francia en Europa. Conocer y estudiar los movimientos sociales permite a las y los docentes y estudiantes conocer la estrategias y tácticas del cambio social, los conflictos y las resistencias.

### **Construir alianzas para la resistencia**

Las escuelas de Trabajo Social son lugares para comenzar la construcción de *networks* y relaciones comunitarias, lo que provee a los estudiantes oportunidades para ponerse en contacto con gente muy diversa, construyendo apoyo colectivo en el proceso. Las escuelas también incluyen esfuerzos por contratar conocidos activistas dentro del cuerpo docente para sembrar el interés por el cambio a los estudiantes que ya están comprometidos con la justicia social. Podemos reclamar ambos, lo social y el trabajo dentro de la profesión, para no olvidar que somos trabajadores/as del mundo social. Alianzas entre las escuelas y las organizaciones profesionales y de la sociedad civil son un paso muy positivo. Adicionalmente alianzas con movimientos sociales de resistencia se pueden fortalecer. Aquellos que son demonizados en los medios de comunicación, como los ambientalistas, inmigrantes, refugiados, jóvenes, los pobres y los desempleados (*precariat*). Estas alianzas con movimientos sociales permiten que las y los estudiantes se conecten local y globalmente en las comunidades.

### **Crear habilidades**

Trabajo Social tiene una larga historia de desarrollo de habilidades, tales como escucha activa, relaciones interpersonales, trabajo en grupos y organización de la comunidad. Estas habilidades pueden ser reorientadas y extendidas para cuestionar el lenguaje neoliberal, programas y políticas que asisten a las víctimas del neoliberalismo. Las habilidades para enganchar en procesos democráticos son cruciales. Saber cómo disentir y cómo estar en desacuerdo sin tener que entrar en conflictos innecesarios, asegurándonos que todas las voces son escuchadas, instalando las herramientas de resolución de conflictos en pro de la justicia social. Aunque los modelos de desarrollo de la comunidad más efectivos históricamente han sido conducidos por la propia gente, basados en sus propios conocimientos y *expertise* acerca de los temas que los afectan.

## **3. NUEVA AGENDA PARA EL TRABAJO SOCIAL**

El trabajo social ha sido en sus orígenes una profesión que surge del mundo capitalista occidental en el sentido de que ha sido promovido desde los valores, teorías y métodos hegemónicos. Su historia está enraizada en Europa y Norteamérica, desde donde se diseminó hacia África, Asia y el mundo árabe, como parte de la de la misión colonizadora del proyecto de progreso y desarrollo occidental. Esta profesión ha sido históricamente nutrida desde las cosmovisiones occidentales dominantes y basándose en los métodos y acervo teórico provenientes de profesiones de alto estatus como la psicología, medicina, leyes y psiquiatría. El trabajo social se ha vinculado desde sus orígenes con el nicho de la administración colonial, que introdujo los

servicios sociales y de bienestar en la era de la posguerra.

Sin embargo, dada la enorme diversidad cultural de la mayoría de los países donde el trabajo social se practica, ha habido una creciente preocupación por los inmigrantes, refugiados, desplazados y gente que busca asilo. Esto hace que el conocimiento sobre diversidad cultural sea esencial en la profesión. Por lo tanto, la teorización en la que se basa el avance de la disciplina en algunos países va por el lado del fenómeno de la transnacionalización, migración y gente desplazada y sus implicaciones para la enseñanza del trabajo social.

El transnacionalismo desafía hoy al trabajo social, cuya aproximación asimilacionista ha quedado fuera de línea. Hoy existe una práctica transnacional que está diseñada para servir a la probación transnacional, que opera a través del cruce los límites y fronteras, ya sea físicas o a través de nuevas tecnologías, y aborda los problemas incorporando dos o más naciones-Estado. Así como también trabajando con colegas entre las fronteras.

#### 4. LOS RETOS Y DESAFÍO DEL TRABAJO SOCIAL

Tal como señalan Sandra Iturrieta y Valentina Serrano en este libro, la irrupción del covid-19 puso de manifiesto en nuestra profesión, las diferentes improntas profesionales derivadas del modo de organización del Estado y en la misma medida en nuestras cotidianidades. En donde se han instalado el uso de diferentes dispositivos tecnológicos en el centro del ejercicio profesional, tensionando no solo el desarrollo de las labores profesionales, sino además redibujando los ribetes de los problemas sociales, y los modos de enfrentarlos a través del diseño de políticas sociales territorial y culturalmente situadas.

Truell (2020), secretario general de la FITS (Federación Internacional de Trabajadores Sociales), realiza una reflexión sobre cómo se ha desarrollado esta actuación en diferentes países a lo largo de estos meses, destacando: actuaciones telefónicas y digitales; intervención en emergencias sociales; mediación con instituciones y entre familias; acompañamiento emocional; visita domiciliaria (Nomen, 2021); información y prevención; asistencia material a poblaciones en situación de vulnerabilidad; atención de servicios públicos; elaboración de propuestas y protocolos operativos para enfrentar la pandemia; incidencia pública y comunicación; educación y docencia (Celats, 2021).

De la lectura de los artículos surge claramente la necesidad de que trabajo social encuentre una nueva inscripción a sus prácticas profesionales y a su enseñanza tanto en Chile como en España, destacando que algunos de los *retos para el trabajo social* en los escenarios actuales de la pospandemia serían:

1. La interdisciplinariedad y el trabajo en red, favoreciendo espacios de formación ciudadana y promoción social.
2. La politización del rol del TS, rol desde el cual ya no solo bastará con criticar cómo opera el sistema previsional y de seguridad social actual, sino que además deberemos impulsar procesos de educación popular (en el sentido de Paulo Freire), que permitan mirar y resignificar la idea de la solidaridad en un contexto social complejo.
3. Mejorar los procesos de información a la ciudadanía, comunicando adecuada y oportu-

namente los debates y avances programáticos que se han ido estableciendo con el fin de lograr mayor conexión de la ciudadanía.

4. La construcción de propuestas y visiones comunes, vinculadas con las realidades territoriales.
5. La necesidad del aprendizaje continuo y la especialización.
6. La necesidad del auto y mutuo cuidado dado el contexto de trabajo al que nos enfrentamos, resulta indispensable si pensamos que el foco de la labor implica acompañamiento de personas y grupos que se encuentran traumatizados y que en muchos casos responden a una historia de vida vinculadas con una serie de abusos y vejaciones.
7. La posibilidad abierta de estar constantemente proponiendo modos diversos de aproximación a las realidades y estrategias distintas para lograr levantar, denunciar o visibilizar problemáticas de derechos humanos y de alguna manera, proponer al Estado modos de abordarla.
8. La necesidad de analizar el impacto inesperado producido por el virus SARS-CoV-2 y la enfermedad transmisible covid-19, que ha golpeado a la sociedad mundial en el campo social. Este impacto no solo abarca la salud, también implica a la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación, la economía, el entorno social y el medio ambiente. Por tanto debemos hablar de sindemia y los cambios producidos están y estarán presentes durante y después del covid-19, calando de manera transversal todos los segmentos y esferas personales, familiares, sociales, económicas y culturales en mayor o menor medida.
9. El trabajo social en situación de sindemia ha de forjar unas nuevas habilidades de comunicación, estrategias de gestión para la prevención, reestructuración de la intervención y sistemas de evaluación.
10. Un cambio importante para el trabajo social es la intervención no presencial que abre una línea destacada en la intervención social. Las personas necesitan también el apoyo y acompañamiento en la distancia, con escucha activa y dignificando la situación de las personas vulnerables.
11. Extender su formación en competencias TIC, tecnologías de información y comunicación, a la vez que desarrollar habilidades digitales.
12. El crecimiento profesional de los/las trabajadores/as sociales, debe forjarse desde las estrategias y reflexiones de la ética profesional.
13. Es importante disponer de espacios de apoyo (supervisión), tanto para el análisis, reflexión y abordaje de las situaciones que atendemos, como en el impacto emocional que tiene en nosotros.
14. Políticas públicas que garanticen los derechos de los niños, así como facilitar la conciliación familiar.
15. Las brechas digitales instan a la revalorización de técnicas tradicionales de educación popular para potenciar la comunicación efectiva, que es uno de los grandes desafíos del tiempo de pandemia para el trabajo social que se desarrolla en zonas rurales.
16. No se trata solo de adaptarse asépticamente a los cambios contextuales, sino que se requiere de habilidades de reflexividad que permitan el desarrollo de un juicio evaluativo dinámico de las situaciones y condiciones de vida de las personas, grupos y comunidades con las que se trabaja y de las determinaciones estructurales siempre presente en

las cotidianidades.

17. El trabajo en tiempos de pandemia requiere un nivel de reflexividad suficiente como para generar pensamientos o ideas contextualmente situadas que permitan innovar las técnicas y estrategias de trabajo profesional, para por ejemplo resituar el rol de las visitas domiciliarias en el ejercicio profesional, y crear nuevas formas de observación, de producción de conocimientos situados, y de reporte.
18. Abrirse para compartir subjetividades, conocimientos y modos de trabajar, con otras disciplinas del saber humano, como el arte, las ciencias de la vida, la arquitectura, las ingenierías, entre otras, lo que es una tarea urgente en el actual contexto de desarrollo de nuestras sociedades.
19. La habilidad de desarrollar un juicio evaluativo dinámico, basado en evidencia y conocimiento socialmente situados, permite ponderar el surgimiento de nuevos tipos de problemas sociales, o de nuevos ribetes de los ya existentes, tales como el analfabetismo digital; la falta de conectividad territorial, física y virtual, en las zonas rurales; la sobreexposición profesional en contextos de desastres y en particular en el trabajo en lo rural; todo lo que se incrementa dada la fragilidad de los vínculos entre las distintas instancias gubernamentales presentes en las zonas rurales, derivadas del centralismo y la consiguiente desconexión entre la planificación de las políticas sociales y el modo como se mandata su ejecución.
20. Revisar el concepto de vocación profesional, tensionándolo desde la idea de *llamado* hacia la connotación de vocación política donde los derechos sociales de las personas destinatarias del trabajo corran a la par con los derechos sociales de quienes ejercen sus profesiones.
21. Las futuras generaciones del trabajo social tienen, además, el reto de situar el rol de la inteligencia artificial en su ejercicio laboral, dado que la pandemia ha demostrado como hoy algunas las decisiones sobre asignaciones sociales están siendo tomadas por algoritmos diseñados para ello, donde el rol profesional es solo informativo y no deliberativo.
22. Desde el trabajo social debemos empujar para que se visibilicen las injusticias, teniendo una mirada crítica y transformadora y vigilando para no acomodarnos, porque podemos acabar siendo agentes de orden social que contribuyan a perpetuar dichas desigualdades.
23. Tenemos que trabajar para promover la identidad colectiva y comunitaria por encima del individualismo.
24. Es importante ser conscientes de que las trabajadoras sociales no tenemos el monopolio de garantizar el bienestar social. Debemos tener en cuenta y reconocer la importancia de las iniciativas vecinales que a menudo tienen una respuesta más inmediata ante situaciones de urgencia. La complementariedad y coordinación entre servicios, entidades, equipamientos y comunidad hace que se articulen respuestas integrales, no parciales y duplicadas. Esto es hacer comunidad.
25. Relaciones de vecindad y soporte mutuo, son y serán ingredientes esenciales de la receta para afrontar los retos actuales y los que vendrán. Así, queremos seguir tejiendo vínculos y trabajaremos para recuperar los espacios presenciales, para seguir haciendo piña y cuidándonos unas a otras.

26. Uno de los retos es no caer en digitalizarnos más que lo preciso y necesario, que luchemos por una atención presencial humanizando a las personas a las que atendemos.
27. La interdisciplinariedad puede verse como una estrategia pedagógica que implica la interacción de varias disciplinas, entendida como el diálogo y la colaboración de estas para lograr la meta de un nuevo conocimiento.
28. La comprensión de la importancia del rol educador del o la trabajador/a social, como dinamizadores/as y promotores/as a través de la educación (tanto formal como no formal) y la capacidad de articular procesos educativos.

## CONCLUSIONES

No podemos esperar a que el trabajo social cargue con el peso de resistir el orden neoliberal del mundo o las soluciones a la crisis social y sanitaria. Sin embargo, muchas veces estamos ausentes del frente de los movimientos sociales que impulsan los cambios. Los estándares profesionales, tales como los perfiles por competencia, se centran en preparar a los estudiantes para ser competitivos en el mercado laboral global y no tanto en alimentar los valores e ideales propios del trabajo social: promoción de la justicia social, respeto a los derechos humanos y transformación de las condiciones de desigualdad, entre otras. Ese énfasis en la formación valórica requiere más que nunca ser reforzado.

Con el objetivo de seguir generando espacios de diálogo sobre la disciplina, se realizó el primer seminario virtual entre España y Chile, titulado Diálogos del Trabajo Social. Intercambio de Experiencias Internacionales, el 29 de junio de 2022, con el objetivo de acercar y compartir las experiencias entre los profesionales del trabajo social de ambos países y reflexionar juntos en los desafíos que enfrentamos. Esta actividad contó con una mesa de diálogo denominada Retos formativos y en la intervención en el Trabajo Social, en la cual participaron los ponentes y coautores del libro, la doctora Sandra Iturrieta, Eduard Pellicer y Beatriz Ferrera. Las preguntas que guiaron esta reflexión internacional fueron: ¿qué retos afronta el trabajo social actual en los distintos ámbitos de intervención?, ¿hacia dónde se dirige la intervención en trabajo social?, ¿hacia un trabajo social más integral o especializado?, ¿es un trabajo social más interdisciplinario?

Beatriz Ferrera<sup>121</sup> señaló como ideas más relevantes que el momento actual es un momento de cambio y que debe transformarse en una oportunidad. Que es necesaria la incorporación de nuevas tecnologías en el quehacer diario. Recalcó la importancia de redefinir nuestra profesión para valorar el acompañamiento a las personas y no ser solo gestores de los servicios sociales. Junto con fomentar la participación ciudadana en los servicios. Realizar proyectos de trabajo social grupal y trabajo social comunitario. Intervención comunitaria participativa, trabajar en redes reales. Favorecer la independencia y la autodeterminación.

Por su parte, Sandra Iturrieta<sup>122</sup> destacó que el trabajo social actualmente tiende a la inter-

---

121 Trabajadora social y diplomada en Trabajo Social. Posgraduada en Dirección y Gestión de los Servicios Sociales. Practitioner, Máster i Trainer en Programación Neurolingüística. Trabajadora social con 17 años de experiencia en los programas de acogida, personas mayores y actualmente referente del programa de personas con discapacidad. Docente de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona.

122 Doctora en Ciencias Sociales, Universidad de Granda, España. Trabajadora social, académica de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Directora del Núcleo de Investigación

profesionalidad. El o la trabajadora social se convierte en líder en las estrategias de comunicación, basándose en las estrategias de la Educación Popular. En momentos de crisis se han convertido en una guía de otras profesiones, recuperando la creatividad del trabajo social a través de las manualidades y el arte. También destaca el proceso de *reterritorialización* (volver a leer e interpretar los territorios), lo cual supone un desafío en la reconstrucción de la confianza entre profesionales y la población. Surge la necesidad de reevaluar lo asistencial y valorar de nuevo la profesión y necesidad de definir quién determina la verdad: ¿los *software*?, ¿la tecnología? ¿Competimos con las máquinas? El ejercicio profesional está influenciado por las nuevas tecnologías y emergen nuevos desafíos éticos.

Finalmente, Eduard Pellicer<sup>123</sup> advierte que el trabajo social en salud se basa en un sistema biomédico: cuyo principal foco es el seguimiento tecnológico que optimiza el tiempo del profesional para evitar desplazamientos. Esta modalidad implica que se pierde el contacto, la proximidad y el vínculo con las familias y las personas. Durante la pandemia por covid-19, el Servicio de Atención Paliativa y Paciente Crónico Complejo del Hospital de Sant Joan de Déu no abandonó la atención presencial, se mantuvo el contacto y el vínculo con las personas. Sin embargo, actualmente nuevas situaciones que están aflorando situaciones emergentes: intentos de suicidio del 50%, atención domiciliaria por situaciones de crisis (violencia), sufrimiento de los adolescentes y otras vulneraciones. Concluye que los retos son que el trabajo social en el ámbito hospitalario dado que es muy especializado, requiere conocer los distintos contextos y territorios, y desde ese punto de vista el trabajo social puede aportar más a la comprensión de la realidad actuando desde la prevención. El Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios proporciona una mirada más amplia, aportando mayor reflexión, respecto de los problemas sociales situados. En ese sentido, el trabajo con las nuevas tecnologías telemáticas ayuda a la reducción de las dificultades que implican las distancias territoriales; o sea, la telemática nos da la opción del recurso telemático: coordinaciones en distintos territorios, red mucho más fuerte y acceso más rápido.

El presente libro, así como el seminario realizado, son pequeñas acciones que pretenden generar y fortalecer un proceso dialógico. Todas las personas que quieran participar son bienvenidas. Queremos enfatizar que podemos aprender, enseñar y recalcar lenguaje, valores, actitudes y habilidades que nos equipan para desafiar y conocer acerca de cómo el mundo funciona. Podemos pensar socialmente, resistir colectivamente y trabajar activamente para crear un alma colectiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Celats (2021). Coronavirus: ¿qué le toca hacer al trabajo social para enfrentar la pandemia del siglo XXI? Recuperado de: <https://bit.ly/3Ro6Qx9>

---

sobre las Profesiones en las Sociedades Contemporáneas, de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

123      Trabajador social en el Servicio de Atención Paliativa y Paciente Crónico Complejo del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona. Máster en Violencia Familiar IL3. Vicepresidente de la Asociación de Trabajo Social Sanitario Enfocatss. Docente en el posgrado de Pediatría Social IL3.



Cifuentes-Faura, J. (julio de 2020). The role of social work in the field of education during COVID-19. *International Social Work*, 63(6), 795-797. Doi: 10.1177/0020872820944994.

Corburn, J. et al. (abril de 2020). Slum Health: Arresting COVID-19 and improving Well-Being in Urban Informal Settlements. *Journal of Urban Health*, (97), 348-357.

De Martino, M. (2017). A propósito de trabajo social y neoliberalismo. *Servicios Sociales y Política Social*. Primer cuatrimestre (abril).

Harvey, D. y Varela Mateos, A. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Akal.

International Federation of Social Workers (2018). Global Social Work Statement of Ethical Principles. International Federation of Social Workers. *International Federation of Social Workers*, 1-12. Recuperado de: <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>.

Ioakimidis, V. (2021). Trabajo social en el contexto neoliberal global: solidaridad y resistencia desde una perspectiva radical. *Propuestas Críticas en Trabajo Social - Critical Proposals in Social Work*, 1(1), 28-42. DOI: 10.5354/2735-6620.2021.61229.

Vidal, P. (coordinadora) (2017). *Las caras del trabajo social en el mundo. Per(e)sistencias bajo el capitalismo tardío*. Santiago de Chile: RIL editores.

Nomen, L. (2021). La nueva normalidad y los futuros escenarios en Trabajo Social. *Itinerarios de Trabajo Social*, 1, 55-61. DOI: <https://doi.org/10.1344/its.voi1.32432>.

Netto, J. P. (2017). Crisis contemporánea del capital y servicio social. En Paula Vidal (coordinadora) (2017). *Las caras del trabajo social en el mundo. Pe(r)sistencias bajo el capitalismo tardío*. Santiago de Chile: RIL editores.

Piqueras, A.; Tijoux, M. E. y Elizalde, A. (2009). Capitalismo tardío y sujetos transformadores: Análisis y perspectivas. *Polis*, 8(24). DOI: <https://doi.org/10.4067/s0718-65682009000300001>.

Riesco, M. (2010). *Observaciones sobre la Crisis Mundial y sus Efectos en Chile*. Cenda.

Truell, R. (2020). Covid-19: La lucha, el éxito y la expansión del trabajo social. Suiza: Federación internacional de Trabajo Social (IFSW). Recuperado de: <https://bit.ly/3BX8yQ8>

Valencia-Gálvez, L.; Ruiz-Flores, J. C. y Cerda-Carvajal, J. (2021). Challenges and tensions of social work in higher education in Chile in the context of COVID-19. *Revista Serviço Social E Saúde*, 20, e021009. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v20i00.8668170>.

