

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCION



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud

Dirección de Trabajo Social

Informe final de diagnóstico
TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO EN EMERGENCIA
SANITARIA POR EL COVID-19

Proyecto de Extensión Universitaria

Trabajo Social: políticas sociales y actuación profesional ante la
crisis sanitaria por el
COVID-19

Julio, 2022

Proyecto de Extensión Universitaria
**Trabajo Social: políticas sociales y actuación profesional ante la
crisis sanitaria por el COVID-19**

Facultad de Ciencias Sociales – FACSO, UNA

Autora:

Prof. Mgter. Ma Limpia Díaz O.

Docentes Tutoras del Proyecto de Extensión:

Prof. Mgter. Ma. Limpia Díaz O.

Lic. Delia Cáceres

Dirección de Trabajo Social – MSPyBS

Lic. Mirtha Jacquet, Directora

Dirección de Trabajo Social

Lic. Lucina Vera, Jefa

Dpto. de Gestión de Desarrollo del Conocimiento en Trabajo Social

Entrevistas y desgrabación:

Egresada: Lic. María Elena Chamorro

Universitarias/os:

Yanina Ramos, Eric Vargas, Matilde Pintos, Fátima Ortiz, Jessica Martínez, Maribel Leguizamón, Karina Jara, Jessenia Guarie, Diana González, Yanira González, Alma García, Shirley Gamarra, María Guadalupe Galeano, Fátima Ferreira, Rossana Delagrancia, Fabiola Cantero, Alicia Benítez, Lucía Brítez, Daisy Amarilla, Dahiana Adorno.

Apoyo en el procesamiento:

Univ. María Leticia Maidana

San Lorenzo, FACSO/MSPyBS – Julio 2022

1. Contexto

El Trabajo Social en Paraguay tiene sus orígenes en 1939 vinculado al ámbito de la salud fundamentalmente, y que sigue siendo en la actualidad uno de los campos más importantes de intervención profesional, al menos en cuanto al número de profesionales que se encuentran trabajando en los hospitales públicos. Esta fuerte vinculación se halla en el planteamiento que realiza García (2019), respecto a su formación en esos años iniciales, en que apuntaba a un perfil profesional de doble función, como “visitadora sanitaria y social”.

Por otro lado, es característico de la profesión su reflexión continua respecto a lo social y su actuación profesional, lo que no es diferente en la actualidad en la que se atraviesa la pandemia por el COVID-19. Sin embargo, en el país se ha visto escasas expresiones del colectivo profesional, sea respecto a las medidas impuestas sobre la pandemia, las políticas sociales en general y de salud en particular y menos aún respecto a su hacer cotidiano, lo cual lleva a una pérdida de lo que de manera individual o como colectivo profesional vienen realizando en la intervención ante esto que significa una ruptura, porque irrumpe de pronto y modifica todo por completo, suceden hechos no esperados, no imaginados como posibilidad, y con consecuencias no previstas en la sociedad en general y para el colectivo profesional en particular.

Siendo la pandemia un acontecimiento que deja a todos/as ante lo incierto, con una clara expresión de la “cuestión social” que debe ser analizada, cuestionada y marcar nuevas miradas y posibilidades, tal como es probable que se esté realizando desde lo individual, lo colectivo o institucional, también fragmentado lo que imposibilita dar la fuerza necesaria para que sea visibilizado y tomado como posibilidad de respuesta en el ámbito de la salud, desde el colectivo profesional.

La pandemia por el Covid-19, agudiza las expresiones de la “cuestión social” de pobreza y desigualdad que hoy exige al colectivo profesional de Trabajo Social, colocar la mirada una vez más en la salud, pero esta entendida, tal como señala Carballeda:

...que, como toda enfermedad, el Covid-19 es una enfermedad social, es decir que no puede ser pensada sólo desde la medicina, la biología o los efectos psicológicos. De allí que lo social la atraviesa totalmente, dándole sentido, heterogeneidad y diferente impacto, tanto a nivel singular como territorial. Desde allí, tal vez, es posible pensar algunas estrategias de intervención que se singularizan dentro de nuestro campo. De esta manera, la salud se construye, es producto de un complejo juego de intervenciones que se conjugan a partir de la actuación colectiva frente a los problemas y a la solución de los mismos como horizonte (2020, p. 1).

Es por lo tanto, una oportunidad para que desde los saberes construidos en las intervenciones, la FACSOS puede dar el espacio de reflexión, de documentar formas de enfrentamiento del colectivo profesional en salud y de realizar propuestas de respuestas ante un problema que está siendo abordado por todos/as los profesionales que se encuentran actuando hoy en día.

2. Metodología

El objetivo general del presente diagnóstico ha sido el de rescatar la actuación e intervención profesional del/a Trabajador/a Social en el contexto del COVID-19 en los hospitales públicos. Los objetivos específicos han sido: a) Identificar a los sujetos a quienes atiende el servicio de TS b) Caracterizar las problemáticas atendidas en el contexto de la pandemia c) Describir el contexto socio-institucional en el que se desempeña el servicio de TS d) Exponer la actuación teórico-metodológico y técnico-operativo de los servicios de TS.

El objeto de estudio principal es *la actuación e intervención profesional del/a Trabajador/a Social en el contexto del COVID-19 en los hospitales públicos*, en una primera aproximación desde la perspectiva de sus propios protagonistas, las Trabajadoras Sociales que realizan atención directa.

Se trata de un estudio con un nivel descriptivo en el que se busca exponer información empírica de acuerdo a categorías establecidas previamente. En este caso se abordaron las categorías que se explicitan en la matriz metodológica que se presenta en el cuadro más abajo.

El contacto inicial con el colectivo profesional del ámbito de la salud se realizó a través de la Dirección de Trabajo Social del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Se remitió una nota a la mencionada dirección, quienes a su vez informaron a los directores/as de los diferentes hospitales, sobre el interés de relevar información en los diferentes Servicios de Trabajo Social.

Las entrevistas fueron agendadas con anticipación a través de las Trabajadoras Sociales, jefas de los distintos Servicios de Trabajo Social. Se realizaron entrevistas grupales a Trabajadoras Sociales de 7 hospitales públicos, que estuvo a cargo de estudiantes de Trabajo Social, integrantes del equipo de extensión universitaria:

1. Hospital Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”
2. Hospital General de Barrio Obrero
3. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)
4. Hospital Distrital de Ñeemby
5. Hospital Materno Infantil San Pablo
6. Hospital Regional de Concepción
7. Hospital General de San Lorenzo

Previamente se realizaron reuniones de planificación, discusión de la matriz con dimensiones y categorías y la preparación de la entrevista:

MATRIZ DE ANALISIS Y RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN		
Objetivo general: Rescatar la actuación e intervención profesional del/a Trabajador/a Social en el contexto del COVID-19 en los hospitales públicos.		
Dimensiones	Categorías	Subcategorías
Sujetos a quienes atiende el servicio de TS	Sujetos	Perfil
		Perfil en la pandemia
Problemáticas atendidas en el contexto de la pandemia	Problemática/Expresión de la Cuestión Social	Problemáticas que atendieron en pandemia
Contexto socio-institucional en el que se desempeña el servicio de TS	Contexto socio-institucional	Modificaciones institucionales en el contexto de la pandemia
Actuación teórico-metodológico y técnico-operativo de los servicios de TS	Teórico-Metodológica	Acciones y estrategias
	Técnico-operativo	

El equipo de estudiantes se encargó de realizar la desgrabación de las entrevistas y ordenar la información de acuerdo a las dimensiones y categorías.

3. Hallazgos principales en las categorías indagadas

3.1 Sujetos del servicio de TS

Los servicios de atención de salud abarcados para este diagnóstico, son de II, III y IV Nivel, es decir han sido hospitales generales (Hospital General de Barrio Obrero, Hospital General de Calle'i-San Lorenzo, Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú", Hospital General Regional de Concepción), hospitales distritales (Hospital Distrital de Ñeemby) y hospitales especializados como los materno infantiles (Hospital Materno Infantil San Pablo) y respiratorios (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente "Dr. Juan Max Boettner" – INERAM).

Esta diversidad de servicios de salud explorados da una caracterización cercana a la población sujeto de atención en los servicios y específicamente por las Trabajadoras Sociales. Los sujetos de atención en los servicios son quienes soliciten el servicio sin distinción, dependiendo de la especialidad del centro hospitalario –se diferencia por la dolencia o condición de las personas que concurren, como por ejemplo: mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas indígenas, que requieren consulta médica, cirugía, internaciones, tratamientos médicos, estudios laboratoriales y de imágenes, entre otros.

Al respecto señala una de las profesionales de Trabajo Social:

Todos los usuarios que necesitan de nuestra intervención, porque los trabajadores sociales estamos presentes en todas las instancias, lo que nos permiten ser un aporte fundamental en cualquier área o servicio donde nos desempeñamos (TS07, 2021).

Los hospitales maternos infantiles, aunque son exclusivos para mujeres gestantes, también recibe a pacientes con otras dolencias, sin embargo, el hospital pediátrico, tal como lo dice su nombre, es solo pediátrico, niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años, como paciente, pero en el caso de Trabajo Social se amplía la atención a la familia.

El origen de las personas es de los alrededores, generalmente de escasos recursos económicos, de las zonas periféricas cuando se trata de los que están en la capital y central. En hospitales especializados, como los materno-infantiles y el respiratorio, recibe a personas de cualquier lugar del país, sean éstos de escasos recursos económicos o no. La apreciación de una de las Trabajadoras Sociales es que "se trabaja con pacientes y familiares que estaban

totalmente vulnerables en todos los aspectos, sabrán que el impacto más grande fue en la parte económica, gente que estaba en un nivel medio bajo y aumento muchísimo la pobreza” (TS06).

Durante la pandemia por el COVID-19, se reorganizó la RISS convirtiéndose algunos de los hospitales regionales y distritales en exclusivos para la atención a enfermos/as de COVID-19, pasando otros a ser para atención polivalente.

Entre los hospitales entrevistados y que son exclusivos para atención a enfermos/as de COVID-19, está el Hospital General Regional de Concepción y el especializado para cuadros respiratorios, INERAM.

Durante la pandemia aquí [Hospital Regional de Concepción] se atendieron a familiares de pacientes internados por Covid. Antes de la pandemia fue un hospital polivalente como siempre fue, donde se atienden todo tipo de personas que llegan para consulta, cirugía, internaciones, tratamientos médicos y demás (TS05, 2021).

Aunque en la mayoría de los hospitales no se modificó la población atendida, se mencionó particularidades en la modalidad de la atención. El protocolo del Ministerio de Salud establecía la optimización de recursos para la atención a enfermos/as internados/a o que concurren en urgencias, es decir, las consultas ambulatorias fueron totalmente suspendidas en un primer momento, sin embargo, en el Hospital especializado de niños, niñas y adolescentes, continuó la atención ambulatoria a quienes estaban con tratamiento oncológico, siendo ésta una afección al que no se le puede otorgar tiempo de que avance. Por tanto, este tipo de enfermedades siguió recibiendo la atención requerida, aunque no estaba en la categoría de internados o urgencia.

Otra particularidad, fue la atención a través de los familiares de la persona internada o enferma y vía telefónica, aunque las Trabajadoras Sociales estén presentes en el mismo hospital. Ante la medida de no circular dentro de los hospitales, sólo estaban autorizados a ingresar junto a las personas internadas, los/as médicos/as y enfermeros/as, por tanto, los/as demás profesionales debían comunicarse con los familiares vía telefónica, sea para el estudio socio-económico, para la gestión de los medicamentos, estudios, etc.

La población en la pandemia fueron los familiares de los pacientes, que fueron atendidos de manera telemática telefónica, si bien nosotras cumplíamos horario dentro

de la institución, era más por los medios telemáticos, por vía celular, para poder realizar las gestiones a los familiares, para poder conseguir medicamento, eso es lo que realizamos. Porque se prohibió el ingreso de los familiares al lugar donde estaban los pacientes por COVID, solamente ingresaban los médicos y las licenciadas en enfermería para asistir a los pacientes, el resto hacíamos todo comunicación telemática (TS05, 2021).

Un cambio importante en la población atendida fue la mencionada por una de las Trabajadoras Sociales, sus propios compañeros/as que también fueron afectados/as por la enfermedad y debieron recurrir al servicio del hospital y al de Trabajo Social.

3.2 Problemáticas atendidas en el contexto de la pandemia, como expresiones de la cuestión social

Existe consenso entre analistas sociales que con la pandemia del COVID-19, por un lado, se evidenciaron las desigualdades y la pobreza, pero también, éstos se han agudizado. Esto pudo observarse cuando quienes podían acceder a un servicio de salud privado, debieron recurrir al servicio público, porque el costo ha superado desde el nulo o máximo capital acumulado por las familias, cuando las internaciones son prolongadas, las medicaciones e insumos son costosas o escasas y más de un miembro de las familias son contagiados, entre otras.

Una de las problemáticas que debieron enfrentar las Trabajadoras Sociales ha sido sin duda la falta de medicamentos en los centros asistenciales, principalmente aquellas destinadas a las personas que se encontraban internadas y con un alto costo para las familias. Se pudo relevar, que hubo diferentes niveles de necesidad en este sentido, aunque en un momento dado la escasez ha sido total, lo que dio lugar incluso a situaciones de violencia. En el hospital referente de COVID-19, el INERAM, no se dieron esas situaciones, debido a que contaron con el apoyo de las instituciones en cuanto a provisión de insumos a los/as internados/as, tanto desde lo público como desde lo privado. Esto a diferencia de un hospital como el de Concepción, que solo contaba con sus propios recursos y el de la DIBEN –que es público, pero por supuesto no satisfacía a toda la demanda. Es decir, en ciudades alejadas de la Capital, la situación se agudizaba al no tener cerca otras fundaciones o iglesias que prestan asistencia como las que se cuenta como auxilio en Asunción y el Departamento Central.

Al ser Trabajadoras Sociales de un hospital referente en el área respiratoria, como ha sido el INERAM, a diferencia de los demás centros asistenciales, las mismas se han sentido con mayor responsabilidad debido a que tenían que responder a personas de todo el país, en especial cuando había escasez o nula disponibilidad de medicamentos que tienen un alto costo o camas para internación o en terapia intensiva. Cuando se inicia el momento de desabastecimiento, eran consultadas a través de llamadas telefónicas, sin embargo, cuando todo se volvió insostenible, los demás centros asistenciales derivaban directamente a las personas enfermas, creyendo que ahí sí recibirían respuestas en cuanto a los insumos que estaban en falta -no solo en los hospitales, sino en el mercado interno mismo. Por ello, no podían responder porque en realidad tampoco contaban con los medicamentos e insumos internamente, lo que hacían era gestionarlos a través de otras instituciones.

Las problemáticas que acarrea la internación de una persona internada por COVID-19, era asistir a los familiares, las diversas necesidades que tenían muchas veces por las limitaciones de recursos, como la estadía mientras dura la internación del familiar enfermo y todo lo que conlleva esto, alimentación y servicios básicos. Además, debieron contenerlos emocionalmente ante tanta desesperación, al no estar disponible los medicamentos que los/as colocaba en una posición de riesgo de pérdida de la vida del familiar enfermo/a. Respecto a las problemáticas enfrentadas refieren:

La falta de insumos, móvil (ambulancia), estudios como tomografía y análisis específicos, la desesperación de los familiares que organizaban polladas y otros eventos para poder comprar los medicamentos y pagar los estudios (TS07, 2021).

Las Trabajadoras Sociales debían enfrentar -además, lo que conlleva para los familiares el fallecimiento de uno de sus miembros en el hospital, pues como es sabido, las personas son de muy escasos recursos y no existe un servicio público para cubrir el ataúd, el espacio de entierro y el transporte para el traslado, muchas veces a distancias considerables. En lo único con lo que se disponía para proveerles era con la bolsa mortuoria especial que era insumo del Ministerio de Salud, pero otros gastos no podían cubrir y debían gestionarlo con otras instituciones públicas o privadas, como las Gobernaciones y/o las iglesias.

Otras problemáticas que atender eran las personas adultas mayores que en riesgo de ser afectadas por la enfermedad, eran abandonadas por razones de costo de su internación o porque su familia también estaba pasando por muchas dificultades debido a la pandemia.

Además, debieron ser abordadas por las y los Trabajadores/as Sociales situaciones especiales, como el de las mujeres embarazadas y gestantes con COVID-19, el aumento de las mujeres embarazadas porque se dejó de lado atenciones como planificación familiar, niños/as recién nacidos/as infectados/as, entre otros.

...sin duda alguna jugamos un rol importante durante estas crisis sanitarias debido a que tenemos como misión brindar respuesta a todas las necesidades (TS07, 2021).

Con el avance de la pandemia, los Hospitales que tenían una especialidad debieron también asumir la atención a personas afectadas por el COVID-19 dejando de lado, los servicios que estaban prestando antes de la misma, tal como es el caso de los hospitales maternos infantiles. La cantidad de camas de terapia intensiva disminuyeron para las mujeres gestantes que lo requerían, es decir, se priorizaba a personas que estaban en peores condiciones, sea por COVID-19 o por otros cuadros clínicos. Al intentar homogeneizar la atención, se descuidaron particularidades que afectó tanto a la población del servicio materno-infantil, como a las personas enfermas de COVID-19, porque éstas últimas que se internaron en dicho centro asistencial, no pudieron acceder a la asistencia social pública destinada exclusivamente a la compra de medicamentos, debido a que el hospital no estaba en la nómina para la prestación de esta política pública, al ser un hospital materno infantil.

Existió una clasificación de hospitales COVID, a lo que se denominó hospitales COVID, los pacientes que estaban internados ahí iban a recibir esa ayuda de costo cero, medicamentos cero, y había un sistema de ayuda. Cuando nosotros queríamos trabajar ese sistema con nuestros pacientes, con los familiares de nuestros pacientes, no se nos permitió porque el hospital... no estaba nominado como un hospital COVID (TS03, 2021).

Nosotros teníamos 6 camas de terapia intensiva COVID, exclusivo COVID 6, después lo que teníamos en la urgencia eran como 19 pacientes internados por COVID, y a veces teníamos solamente 4 espacios para nuestras pacientes puérperas que tenían que entrar también a terapia, y ya era muy poco el espacio que teníamos porque todos usaba COVID.... Porque si fallecía uno de terapia, este que estaba en la urgencia, que estaba ahí recibiendo oxígeno en la urgencia, automáticamente se subía a la terapia (TS03).

No obstante debían dar respuestas ante la realidad de personas internadas por COVID-19, que no podían acceder a la asistencia estatal, por lo que debían gestionar la obtención de los

medicamentos, en ello radicaba la importancia de sus intervenciones, porque debían responder rápidamente gestionando con sus habituales donantes.

...sin embargo, nuestra realidad era que sí teníamos internados de COVID, sí fallecieron acá pacientes con COVID, pero no estaba nominado como un hospital COVID para la ayuda, entonces trabajamos con lo que podíamos. Sí conseguimos ayuda... conseguimos ayuda, pero nuestra intervención era primordial porque teníamos que hacer nuestros informes lo más rápido posible, teníamos que trabajar con las líneas de WhatsApp de Pastoral, de la DIBEN. Fue un trabajo arduo (TS03, 2021).

3.3 Contexto socio-institucional en el que se desempeña el servicio de TS

3.3.1 Modificaciones institucionales en el contexto de la pandemia

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social lideró las acciones tendientes a la prevención del contagio y expansión del virus del COVID-19 desde el mes de marzo de 2020. Por tanto, sus brazos ejecutores son los servicios asistenciales de todo el país en donde ejercen profesionales de Trabajo Social, que se entiende que necesariamente han sufrido modificaciones en el contexto de pandemia que se vivió en el mundo.

La más importante modificación es la ya mencionada redistribución de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), en el que el Instituto de Previsión Social (IPS) que tiene sus filiales en el país, se convirtió en un hospital más de la red pública, pasando a ser en algunas ciudades, las únicas para la atención polivalente.

En el ámbito de la salud no fue posible aplicar, lógicamente la cuarentena total, los/as Trabajadores/as Sociales de ésta área fueron nombrados trabajadores/as esenciales. No obstante, se ha realizado una clasificación por nivel de exposición entre el personal de salud, siendo los/as Trabajadores Sociales puestos en el área de consulta externa.

En este contexto rápidamente se resintieron los equipos profesionales de los hospitales, además de la alimentación para las personas internadas, los insumos, medicamentos, etc. Si bien en los inicios no hubo una masiva consulta o internación por COVID-19, las modificaciones que se dieron en la distribución de la atención en los servicios, concomitantemente trajeron cambios como por ejemplo en la atención de otras enfermedades que hasta ese momento no estaban siendo atendidos. En ese entonces se empezó a sentir la necesidad de más profesionales del área de Trabajo Social.

... tuvimos modificaciones al absorber situaciones de otras instituciones teniendo que atender a más cantidad de personas que aumentaban día tras días, toda la semana sin importar el horario o días de feriados, hubo mucha responsabilidad en el área de servicio social y siendo que solo somos cuatro trabajadoras sociales (TS04, 2021).

Las posibilidades de contagio impusieron modificaciones en la atención personalizada de Trabajadores/as Sociales que ante la imposibilidad de recibir al/a enfermo/a o familiar cara a cara, disminuyeron la cantidad de ingresos en las oficinas, e hicieron uso de los equipos de protección disponibles para ello.

La disminución del personal en general y de Trabajo Social específicamente, afectó la labor del servicio. Con las cuadrillas de trabajo, además de colegas que debieron confinarse por ser personas vulnerables a la enfermedad, afectó a las pocas que quedaron al frente para responder a la creciente demanda.

En el caso de las cuadrillas de trabajo social y en las oficinas en realidad se trabajó durante la pandemia, las demás colegas no estuvieron porque presentaban vulnerabilidad en su salud, y yo tuve que sobrellevar sola durante casi un año, toda esa parte difícil. Tratamos de cubrir siempre, capaz que el cien por ciento no cubrimos, pero si un noventa por ciento. Falta más personal de trabajo social para abarcar todo (TS06).

3.4 Actuación teórico-metodológico y técnico-operativo de los servicios de TS

3.4.1 Teórico-Metodológica - Acciones y estrategias

En el nivel institucional se siguió con los programas del MSPyBS en algunos hospitales, especialmente los maternos infantiles: recién nacidos, niños/as, adolescentes, salud materna, parto seguro, salud sexual y reproductiva, atención a víctimas de violencia, programa ampliado de higienización, programa de enfermedades no transmisibles, pero varios de ellos se resintieron por la falta de personal. Se redujeron las consultas ambulatorias, posteriormente pasaron a ser telemáticas, pero la atención continua fue a través de urgencias.

De la misma manera, las acciones y estrategias de intervención profesional siguieron siendo las mismas con la población que demanda el servicio de la institución y el servicio social en particular: como orientación, acompañamiento, apoyo, contención en el proceso de la hospitalización del paciente el acompañante o la persona responsable. Implica también

explicarles sobre la enfermedad, acompañarlos/as en el proceso de su tratamiento a fin de que sean participe en la recuperación de su salud y en mantener la salud, esto desde una perspectiva de derecho, es decir, anteponiendo el bienestar y el derecho del usuario/a.

Se mantiene también el trabajo con el equipo multidisciplinar, que consiste en la puesta en marcha del sistema de ingreso al hospital, que establece un procedimiento en el que el/a Trabajador/a Social, recibe al paciente que ingresa por consultorio externo, por urgencia o especialidades y se deriva según sea las necesidades: internación, consultorio ambulatorio general o a un especialista, a éste a través de una interconsulta con el otro. Es decir, se evalúa la situación del paciente, se toma la decisión en cuanto a lo que sea mejor para el paciente en cuanto al tratamiento para la recuperación de su salud.

Prácticas importantes que no se han considerado hasta ahora, es posible mostrar a través del presente relevamiento, como es la considerar la opinión de niños, niñas -por ejemplo, si es para tomar la muestra se les pregunta a que bracito quieres que te pinche hoy y otras acciones dirigidas a tener la participación de niños, niñas en su proceso de atención a su salud. Si bien, esta podría verse como una estrategia “insignificante” no es cosa menor, cuando se trata de un ámbito en el que de ninguna manera se ha considerado a los/as niños/as, siendo para las profesionales de Trabajo Social, una manera en generar participación en la recuperación de su salud y también que los padres y madres puedan comprender y entender eso. Si bien esto es una práctica de un hospital pediátrico que tiene la particularidad y es modelo de atención en cuanto a salud pública, para el sector, en los demás centros asistenciales también se atiende a niños, niñas y por lo tanto, es posible extender este tipo de prácticas.

a. Actividades y procedimientos en respuesta a la demanda de la población

El uso de la tecnología fue una innovación incorporada en el contexto de la pandemia por el COVID-19. Su introducción sin duda fue la herramienta que irrumpió en la intervención profesional, tanto en el contacto con las personas usuarias del servicio, como para las gestiones y articulaciones interinstitucionales en el marco de las respuestas a las diversas problemáticas que surgen en el entorno de las personas, que no solo tienen relación con la salud-enfermedad propiamente dicha.

Las articulaciones con otras instituciones, no solo se restringieron a las que usualmente se concurre para medicamentos o estudios laboratoriales y de imágenes, sino también entre los servicios, como, por ejemplo, hacia aquellos más complejos de acuerdo a las necesidades

que surge de las personas que concurren, cumpliendo de esa manera un rol importante de facilitar el acceso a la población a los servicios, sean públicos o privados.

...sin duda alguna jugamos un rol importante durante esta crisis sanitaria debido a que tenemos como misión brindar respuesta a todas las necesidades (TS07, 2021).

Además, se dio una ampliación del ámbito de intervención, sumarse como capacitadoras respecto a la transmisión de la información preventiva sobre el COVID-19 y las formas de protección, las visitas domiciliarias al personal de salud que se encontraban en aislamiento o con COVID-19 positivo, intervenciones a familiares de internados y con pacientes ambulatorios, usuarios/as o familiares que estaban en los albergues.

A pesar de que se habilitó un mecanismo digital para el acceso de los/as pacientes a la asistencia social de emergencia, que fueron las aplicaciones del Programa Pytyvo, el procedimiento en aquellos hospitales que por ser maternos infantiles no eran habilitados en el Programa debieron recurrir nuevamente a los informes que emana de las Trabajadoras Sociales y sus gestiones para que puedan acceder a medicamentos en otras instituciones.

Inicialmente el MSP dispuso que los hospitales COVID no iban a necesitar ninguna intervención de informe de Trabajo Social, que eso iba a ser directo con la ayuda de la app que salió para ese efecto, pero no fue una realidad nuestra. Nosotros no estábamos en esa lista de hospital COVID, entonces tuvimos que... gracias a Dios que tenemos buena comunicación con la gente de la Pastoral Social, ellos habilitaron una línea de WhatsApp de tal manera a que igualmente sea más fluida la ayuda, pero independientemente teníamos que al día siguiente enviar nuestros informes, informe social, fotocopia de cédula del paciente que iba a recibir esa ayuda y del familiar que iba a gestionar... (TS03, 2021)

La improvisación de la atención en la salud en plena pandemia se vuelve patente con estas contradicciones, que debió ser enfrentado por el colectivo profesional y concretamente de uno de los hospitales, que trajo contratiempos para las personas usuarias del servicio que se encontraban en situaciones críticas de riesgo de pérdida de la vida. Las Trabajadoras Sociales, hicieron el esfuerzo para que pacientes con COVID-19 puedan hacer uso de la asistencia de emergencia para cubrir el costo de su tratamiento, pero este fue infructuoso.

No se pudo luego, intentamos varias veces, teniendo en cuenta de que... si bien no fuimos admitidos como hospital COVID, era una realidad que el hospital San Pablo era un hospital COVID. Y muchos familiares intentaron ingresar y no hubo caso.

En las gestiones para la obtención de medicamentos, las instituciones como DIBEN, se resistieron a modificar sus procedimientos con la nueva realidad que se estaba viviendo, insistían en continuar con la misma práctica que se tenía con pacientes de otras afecciones, desconociendo que los/as enfermos/as de COVID-19 requerían respuestas mucho más rápidas. Luego de negociaciones, se acordó comunicarse por celular y remitir las órdenes médicas o solicitudes por ese mismo medio para iniciar los trámites para la provisión. En todos los casos se ha procurado disminuir en lo posible la burocracia en cuando a la asistencia social y así dar una respuesta efectiva, teniendo en cuenta la urgencia de atención que se requiere ante un cuadro de COVID-19. En ese transcurso se origina el Programa Pytyvô que facilitó más la atención a los usuarios del servicio social para los hospitales habilitados para la atención específica de enfermos/as de COVID-19.

El mismo procedimiento se dio en los demás centros asistenciales, para la gestión de insumos y medicamentos como las gobernaciones, municipios, fundaciones, iglesias, empresas, hasta incluso se llegó a solicitar aportes a amigos/as, personas conocidas, a fin de dar la respuesta a las necesidades y que Estado no estaba cubriendo. Es decir, el medio de comunicación más rápido y a modo de evitar el contacto entre las personas, era la vía del teléfono móvil. Este procedimiento se instaló, en definitiva.

En relación a los procedimientos, la solicitud a las instancias estatales y privadas tuvieron respuestas, pero nada fue suficiente en los momentos más acuciantes:

...siempre tuvimos buena predisposición en la voluntad, pero no siempre contamos con todos los recursos que se requieren para el tratamiento de los requirentes, de las personas que necesitan, no siempre logramos conseguir todo (TS05, 2021).

Tenemos buena receptividad de las personas voluntarias, pero también las instituciones no tienen el 100% de lo que las personas necesitan, entonces siempre hay una demanda que permanece. Por decirte, si hay una receta de 500 mil nosotros de Servicio Social la gestionamos y aproximadamente conseguimos una cobertura de casi 300.000 (TS05, 2021).

Es preocupante las referencias del colectivo profesional respecto a que las personas no completan su tratamiento por falta de recursos, debido a que dependen mayormente de los voluntarios donantes que tiene el departamento de servicio social para estudios, insumos, medicamentos, etc. Debido a la escasez de recursos y de servicios, la rápida acción de orientar donde obtener medicamentos y algunos insumos como, por ejemplo, las mascarillas con reservorio y otros de suma urgencia que, incluso no existía en nuestro país, se recibían de donaciones particulares y eran distribuidos por Servicio de Trabajo Social. No se trató sólo de “administrar” escasos recursos, sino inexistentes.

3.4.2 Técnico-operativo

a. Técnicas de intervención profesional

Aquí se especifica las técnicas que han utilizado en su actuación e intervención profesional en el contexto de la pandemia por el COVID-19.

En específico, las técnicas principales siguieron siendo la entrevista, la observación, las reuniones grupales, aunque la modalidad es la que sufrió modificaciones al incorporarse la tecnología, la comunicación digital a través de las videollamadas, la validación de la remisión de documentación vía correo electrónico o celulares.

Cuando se habilitaron la posibilidad de entrevistas o reuniones cara a cara, se disminuyó la cantidad de personas que pueden ingresar a la oficina, lugar de internación, de consulta, salas de reuniones, entre otros. El sistema de atención se modificó a modo de garantizar la seguridad a funcionarios/as, se agendaron las entrevistas, se priorizaron los casos, esas fueron las modificaciones que se ha ido implementado en el contexto de pandemia.

El trabajo en equipo y coordinado fue más oportuno que nunca, siendo las profesionales de Trabajo Social quienes llegaban hasta las familias, debido a que éstas no podían ingresar hasta el/a paciente internado/a. En un momento determinado, dado la escasez de un medicamento específico que era costoso, se les asignó la función de clasificar a los/as pacientes entre quienes realmente no iban a poder costear a fin de que sean quienes lo reciban en el hospital, que no estaba preparado para cubrir la totalidad de la demanda.

La emergencia sanitaria hizo que también se esté de manera permanente realizando contención a personas de todas las edades por medio de la escucha, diálogo y orientaciones, debido a que las personas recurrían al Servicio de Trabajo Social.

Se mantuvieron las visitas domiciliarias no solo a los familiares, sino también a otros/as funcionarios/as y/o colegas, tal como se había mencionado. Las herramientas de fichas sociales, también se mantuvo.

Cuando se levantó la cuarentena volvieron a realizar sus recorridos diarios, con el objetivo de verificar las internaciones existentes que les permita saber la cantidad de personas internadas, observar y relevar detalles que pueden ser llamativos y requieran de algún tipo de intervención para descartar cualquier situación que pueda constituirse en una dificultad más importante que puede afectar a los/as involucrados/as, como por ejemplo: niños o adolescentes que llegan con el vecino o con la abuela, no llegan con su padre y/o madre, adultos que viven en calle, adulta mayor, sin el acompañamiento de un familiar y que ingresa a urgencias, etc. Estas situaciones se relevan en la mañana temprano a fin de que en día se profundice en la indagación y se inicie la intervención en caso de que sea necesaria. Con los ingresos que se den posterior a la recorrida mañanera, existe una coordinación multidisciplinaria que hace que los médicos comuniquen al Servicio de Trabajo Social para la intervención correspondiente.

...el trabajador social acá es hacer la recorrida todos los días, de mañana y de tarde; entonces, hacemos toda la recorrida por el hospital; todo lo que es sala de internación, sala de partos, sala de pre-parto, recuperación, sala de alto riesgo, sala de preparación, esas son nuestras salas, después independientemente a eso tenemos otra vez terapia intensiva neonatal, terapia intermedia, cuidados mínimos neonatal y tenemos una terapia intensiva y la terapia intermedia de gineco. Todo eso nosotros recorremos para saber cuántos internados tenemos en el día. Y de acuerdo a eso las compañeras que hacen la parte de sala ya en las recorridas van observando ciertos detalles que nos llaman la atención, eso es muy importante en la observación. Capaz que pudiéramos equivocarnos, pero es importante tener en cuenta ciertas cosas, y trabajamos acá y bueno, decidimos hacer una intervención, por cualquier eventualidad. También hacemos recorridas en las urgencias, en la urgencia pediátrica, en la urgencia adulta... (TS03, 2021)

La lectura que se tiene desde algunos/as profesionales de TS es que la principal dificultad con la que se encuentran es el socio-económico por parte de las familias, ante las instituciones no cuentan con suficientes recursos, ante esto ven como una falta la inexistencia de fundaciones o empresas benefactoras. También fue una constante, que los/as propios

funcionarios/as colaboran para cubrir las necesidades de insumos, medicamentos, comestibles, ropas y/o recurrir a particulares para obtener donaciones. En ese sentido, se rescata la solidaridad de las comunidades y de la sociedad en general y especialmente cuando se trata de ciudades, alejadas de la zona central.

b. Dificultades enfrentadas y alternativas de respuesta

La dificultad más acuciante que debieron enfrentar en todo momento ha sido la falta de medicamentos en todo el país, llegando en un momento dado al desabastecimiento. Todas las estrategias fueron válidas en ese momento, entre lo que falta citar que se recurrió a algún paciente no le sobró medicamento, si lo podía vender a menor costo, porque también estaba con gastos, sea por el motivo que fuera. Este momento de desabastecimiento generó la indignación y manifestaciones sociales a lo que el Estado ha respondido con el Programa de Asistencia Social de Emergencia Pytyvó para cubrir el costo de medicamentos para terapia intensiva. Algunas Trabajadoras Sociales, que de alguna manera fueron incidiendo a la denuncia a través de la prensa lo que generó indignación y la movilización de los familiares, ante la imposibilidad de que desde el área de TS se pueda dar respuestas.

Otra dificultad señalada es el desconocimiento y la desinformación o incorrectas y al ser una característica particular de la población paraguaya es el descreimiento existente hacia sus instituciones y autoridades, por tanto, la prevención y protección para evitar contagio del COVID-19 ha sido un desafío. Se tuvo que contener a familiares por la rigurosidad en el acceso a un solo acompañante, que se realicen el hisopado, someterse al autoaislamiento, porque eran parte del procedimiento al ingreso del paciente: se le hace el hisopado, se le toma muestra al acompañante y se le aísla al paciente y acompañante hasta obtener el resultado. Cuando ingresa a terapia, se habilitó un área especial para acompañantes, en el que se establecieron dos sistemas de trabajo: 1) un área comunitaria donde están las madres que tienen a sus hijos/as en terapia. Esta cuando ingresa, mientras dure el resultado de su hisopado es aislada, en ese tiempo el Servicio de Trabajo Social se ocupó de proveerle los tres alimentos básicos, todo lo que requiera para la higiene personal. Se establecieron protocolos para la atención y eran habitaciones individuales en la cual estuvieron aisladas hasta obtener el resultado y si da positivo, se le envía a la casa o en algún lugar para que pueda cumplir la cuarentena, porque no se podía mantenerla en el lugar debido que no se contaba con espacio y si se presentaba síntomas requiere de una atención, que no podrá recibir al ser un hospital pediátrico. Se expone este procedimiento en particular a fin de

mostrar las complejidades que se debió enfrentar con la pandemia en los Servicios de Trabajo Social.

La colocación de carpas o habilitar espacios especiales para albergar a las personas acompañantes de pacientes internados fue una de las necesidades visibilizadas, al que el Estado no dio respuesta, a pesar del reclamo de las personas que estaban sufriendo condiciones inhumanas en el patio o veredas de los centros asistenciales, con el riesgo de contagio, a la intemperie, con lluvia, frío, sin un lugar para la higiene, para el descanso, sin alimentos, etc., pendientes del familiar internado y del llamado del personal de salud para recibir información o solicitudes de estudios, medicamentos, insumos, etc. Los albergues en los centros asistenciales no han sido una necesidad reclamada, ni demandada hasta que se restringe el ingreso de acompañantes con los/as cientos/as de pacientes que permanecían internadas por largos periodos de tiempo y con necesidades de que le sea proveída, todo, desde medicamentos hasta alimentos en muchos de los casos. Si bien el Estado, contribuyó a través de la Secretaría de Emergencia Nacional para habilitar carpas y los albergues, fueron las empresas privadas y la solidaridad de las personas en particular, quienes cumplieron un papel fundamental para disminuir las falencias y sufrimiento de las familias.

Fueron momentos de mucho dolor, impotencia y frustración. Pacientes que se encontraban solos gritaban, se encontraban sin familiares, más de un integrante de la familia que estaba internada y que fallecían, muchas personas indigentes que perdieron la vida a causa del COVID-19. Todo recayó en el Servicio de Trabajo Social, las dificultades para el tratamiento del cuerpo, las gestiones del sepelio, la búsqueda de familiares, entonces se recurría a los municipios, a la Dirección Nacional de Identificaciones para identificar a las personas y contar con su documento de identidad.

La falta de espacio físico adecuado para la intervención a fin de resguardar la confidencialidad, la incertidumbre y el miedo de cada día que generó el riesgo de contagio, pero estaban ahí para dar respuesta a las situaciones complejas que se presentaban.

Quienes ejercían la función de jefas de los servicios de Trabajo Social asumieron el liderazgo de la situación desde el inicio de la cuarentena por la pandemia, lo que también significó una carga emocional importante, al ser responsables de organizar a sus colegas, compañeras/os de trabajo y dar respuestas a los/as pacientes, participar en la decisión entre un paciente y otro ante la falta de oxígeno, ver a tanta gente muriendo a cada hora, cada día, a

compañeras/os de trabajo, amigos muy cercanos, familiares y se siente la impotencia porque no se sabe que hacer, ante un desabastecimiento total y que todo estaba rebasado.

Los jefes de servicios tuvimos que llevar adelante desde el comienzo de la pandemia y nos integrábamos conversábamos y así hacíamos catarsis porque sí que te trabaja en todos los aspectos la situación, había días en los que yo ya no quería irme por ejemplo en urgencias respiratoria para mi entrar ahí era de terror, ver a mis compañeros desesperados y también a los pacientes que se encontraban sin familiares, ver la situación de desesperación de los compañeros porque como sabrán, y como se vio en las noticias, había que elegir a los pacientes, todo eso fue real, si había un solo oxígeno y había tres o cuatro pacientes se tenía que elegir a uno eso fue real, eso sí se vivió y lo puedo decir yo porque entre y vi esa situación, o al estar hablando con alguien a la mañana te vas al medio día a ver y ya no estaba (TS06, 2021).

c. Articulaciones con otras instituciones públicas

En situaciones de crisis, como lo fue la pandemia se recurrió a todas las instancias posibles y no posibles de todo el país, al darse una movilidad importante de personas entre los diferentes centros asistenciales y en especial en las ciudades más importantes donde se encuentran centralizadas la atención a la salud.

En primer lugar, estuvo la articulación entre todas las instituciones que forman parte del Sistema de Salud Pública, incluido el IPS, pero para Trabajo Social significó una dificultad el hecho de que, en algunos hospitales, como fue en el caso del Hospital Ingavi de IPS - habilitado para pacientes con COVID-19, no contaban con un/a Trabajador/a Social pero ante situaciones complicadas se pudo coordinar con el plantel médico y/o de enfermería.

En otras situaciones, por ejemplo, de niñez, de algún riesgo social y/o vulneración de derecho, se trabajó con las instancias correspondientes y no se trata solamente del paciente, sino también muchas veces padres, madres, otros familiares que no quieren aceptar las medidas, los protocolos o que presenta algún tipo de problema, entonces se articula con instancias como la policía, los juzgados, la defensoría, la fiscalía, los Ministerios de la Niñez, de la Mujer, dependiendo de las circunstancias. Esto independiente al contexto, pero durante la pandemia se establecieron nuevos protocolos, procedimientos diferentes fueron surgiendo debido al distanciamiento social.

Los hospitales especializados, como el de niños, niñas y adolescentes “Acosta Ñú” que tiene pacientes de todo el país con enfermedades bastante complejas, desde trasplante, del corazón, de medulas, que son procesos en el cual se precisa la intervención del/a Trabajador/a Social en el cumplimiento de los determinantes sociales, ante la cuarentena debió recurrir a estrategias de articulación para el seguimiento y acompañamiento, con las municipalidades o el municipio del cual proviene, la gobernación a fin de que pueda proveer las condiciones para que el/a niño/a vuelva a su seno familiar en mejores condiciones para lo que será necesario acondicionar las viviendas, que tengan acceso a servicios básicos e higiénicos, como agua potable, sanitarios, etc. Existen también otras situaciones en que requieren de insumos y medicamentos que desde la distancia es difícil la provisión, por lo que se recurre también a esta estrategia, incluido a los hospitales y centros de salud locales y a la sociedad toda, para que, al niño, niña no le falte nada para el sostenimiento de su salud o su recuperación. En el caso en que la medicación deba ser proveído por el hospital Acosta Ñú, se acercaban los insumos o medicación a través del transporte de los hospitales o centros de salud, el ministerio de la niñez, juzgados, defensorías de la niñez, municipios, gobernaciones. Las funciones se duplicaron en la pandemia, porque se sumó toda esta gestión que deben realizar a fin de garantizar que el tratamiento del niño, niña no se suspenda, de lo contrario se podría estar teniendo alrededor de 150 niños, niñas y adolescentes de diferentes proyectos, de especialidades que podrían enfermarse y necesitar hospitalizarse y no había lugar.

4. CONCLUSIONES

En cuanto a los/as sujetos/as del servicio de TS:

Los servicios de atención de salud abarcados para este diagnóstico son de II, III y IV Nivel, es decir, ha sido diverso en términos de especialidad y complejidad. Por tanto, da una caracterización cercana a la población sujeto de atención en los servicios y específicamente por las Trabajadoras Sociales.

Los sujetos de atención en los servicios son quienes soliciten el servicio sin distinción, dependiendo de la especialidad del centro hospitalario: mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas indígenas, que requieren consulta médica, cirugía, internaciones, tratamientos médicos, estudios laboratoriales y de imágenes, entre otros. Las características sociodemográficas son en su mayoría escasos recursos económicos,

sin embargo, con la pandemia, se amplió hacia personas proveniente de estratos económicos diversos.

Aunque en la mayoría de los hospitales no se modificó la población atendida, se amplió la atención en el contexto de pandemia, con la atención a sus propios compañeros/as que también fueron afectados/as por la enfermedad y debieron recurrir al servicio del hospital y al de Trabajo Social.

Además, de modificaciones en la modalidad de la atención. Las consultas ambulatorias fueron totalmente suspendidas en un primer momento, pero retomados en casos específicos como el de oncología. La atención a través de los familiares de la persona internada o enferma y vía telefónica, aunque las Trabajadoras Sociales estén presentes en el mismo hospital.

En cuanto a las problemáticas atendidas:

El desafío más importante ha sido la falta de medicamentos en los centros asistenciales, principalmente aquellas destinadas a las personas que se encontraban internadas y con un alto costo para las familias. Esto llegó en un momento dado a la escasez y a la nula disponibilidad de medicamentos que tienen un alto costo o camas para internación o en terapia intensiva, esto ocasionó una crisis generalizada que llevó a una acción y movilización social importante.

Las problemáticas que acarrea la internación de una persona internada por COVID-19, era asistir a los familiares, las diversas necesidades que tenían muchas veces por las limitaciones de recursos, como la estadía mientras dura la internación del familiar enfermo y todo lo que conlleva esto, alimentación y servicios básicos.

La atención a las personas adultas mayores que en riesgo de ser afectadas por la enfermedad, que eran abandonadas por razones de costo de su internación o porque su familia también estaba pasando por muchas dificultades debido a la pandemia, además, situaciones especiales, como el de las mujeres embarazadas y gestantes con COVID-19, el aumento de las mujeres embarazadas porque se dejó de lado atenciones como planificación familiar, niños/as recién nacidos/as infectados/as, entre otros.

En cuanto al contexto institucional:

Los/as Trabajadores/as Sociales de esta área fueron nombrados trabajadores/as esenciales. No obstante, se ha realizado una clasificación por nivel de exposición entre el personal de salud, siendo los/as Trabajadores Sociales puestos en el área de consulta externa. En este contexto rápidamente se resintieron los equipos profesionales de los hospitales, además de la alimentación para las personas internadas, los insumos, medicamentos, etc.

Si bien en los inicios no hubo una masiva consulta o internación por COVID-19, las modificaciones que se dieron en la distribución de la atención en los servicios, concomitantemente trajeron cambios como por ejemplo en la atención de otras enfermedades que hasta ese momento no estaban siendo atendidos. En ese entonces se empezó a sentir la necesidad de más profesionales del área de Trabajo Social.

La disminución del personal en general y de Trabajo Social específicamente, afectó la labor del servicio, con Trabajadoras Sociales que también debieron confinarse por ser personas vulnerables a la enfermedad.

En cuanto a la actuación e intervención teórico-metodológico y técnico-operativo:

En el nivel institucional se siguió con los programas del MSPyBS de la misma manera, las acciones y estrategias de intervención profesional siguieron siendo las mismas con la población que demanda el servicio de la institución y el servicio social en particular: como orientación, acompañamiento, apoyo, contención en el proceso de la hospitalización del paciente, el acompañante o la persona responsable. El trabajo con el equipo multidisciplinar se volvió indispensable, que significó un importante reconocimiento a la labor de Trabajadoras y Trabajadores Sociales hospitalario.

El uso de la tecnología fue una innovación incorporada en el contexto de la pandemia por el COVID-19. Su introducción sin duda fue la herramienta que irrumpió en la intervención profesional, tanto en el contacto con las personas usuarias del servicio, como para las gestiones y articulaciones interinstitucionales en el marco de las respuestas a las diversas problemáticas que surgen en el entorno de las personas, que no solo tienen relación con la salud-enfermedad propiamente dicha.

Las articulaciones con otras instituciones, no solo se restringieron a las que usualmente se concurre para medicamentos o estudios laboratoriales y de imágenes, sino también entre los

servicios, como, por ejemplo, hacia aquellos más complejos de acuerdo a las necesidades que surge de las personas que concurren, cumpliendo de esa manera un rol importante de facilitar el acceso a la población a los servicios, sean públicos o privados.

Las visitas domiciliarias al personal de salud que se encontraban en aislamiento o con COVID-19 positivo, intervenciones a familiares de internados y con pacientes ambulatorios, usuarios/as o familiares que estaban en los albergues.

En específico, las técnicas principales siguieron siendo la entrevista, la observación, las reuniones grupales, aunque la modalidad es la que sufrió modificaciones al incorporarse la tecnología, la comunicación digital a través de las videollamadas, la validación de la remisión de documentación vía correo electrónico o celulares.

La colocación de carpas o habilitar espacios especiales para albergar a las personas acompañantes de pacientes internados fue una de las necesidades visibilizadas, al que el Estado no dio respuesta, a pesar del reclamo de las personas que estaban sufriendo condiciones inhumanas en el patio o veredas de los centros asistenciales, con el riesgo de contagio, a la intemperie, con lluvia, frío, sin un lugar para la higiene, para el descanso, sin alimentos, etc., pendientes del familiar internado y del llamado del personal de salud para recibir información o solicitudes de estudios, medicamentos, insumos, etc.

Sufrieron momentos de mucho dolor, impotencia y frustración. La falta de espacio físico adecuado para la intervención a fin de resguardar la confidencialidad, la incertidumbre y el miedo de cada día que generó el riesgo de contagio, también formó parte de lo vivido en el contexto de la pandemia.

La articulación con otras instituciones durante la pandemia fue insoslayable, se recurrió a todas las instancias posibles y no posibles de todo el país, al darse una movilidad importante de personas entre los diferentes centros asistenciales y en especial en las ciudades más importantes donde se encuentran centralizadas la atención a la salud. No sólo los de salud, sino todas las que cumplían un rol público competente, así como aquellas que podrían colaborar en un momento acuciante.

Los logros desde la perspectiva de las Trabajadoras Sociales

El logro más importante que consideraron que ha sido el protagonismo del Trabajador/a Social, intervenir en la realidad social de las familias que pasaron por la mala experiencia

del COVID-19 en sus peores momentos, hacer lo que verdaderamente es la función para lo que se han formado, estar ante la población y los demás profesionales. Sintieron que se les dio su lugar en primera línea, todo esto se evidenció durante esta pandemia, sobre la necesidad de contar con un profesional Trabajador/a Social, en el mismo nivel que un médico o las enfermeras. La satisfacción más grande que tienen como Trabajadoras Sociales es la asistencia que pueden brindar a los/as ciudadanos/as.

En otros casos, sin embargo, este reconocimiento estuvo presente todo el tiempo porque la modalidad de trabajo ha sido siempre el interdisciplinario, donde cada profesional cumple un papel importante. Pero durante la pandemia, fue más relevante y visibilizado su intervención, porque se exigía más presencia, desde la casa o en cuadrillas, se continuo con las horas establecidas, porque el Servicio Social en ningún momento dejo de funcionar como tal y aumentaron las responsabilidades.

Por lo tanto, mirando el aspecto positivo es que se conoció mucho más el Servicio de Trabajo Social, tuvo que ser visibilizado con el trabajo en equipo en todas las áreas, en clínica médica, respiratorio, polivalente, UTI, etc. El reconocimiento del trabajo dentro de los hospitales y de la profesión, fue algo positivo, la labor del/a Trabajador/a Social durante la pandemia fue de mucha importancia, fue fundamental, como se debería estar en primera línea.

Los programas que siempre proponemos desde Servicios Sociales es que el gobierno pueda solventar los gastos que implica un tratamiento para una persona internada en un hospital público. Que se provea de las medicaciones, de los insumos que se necesitan para la cirugía del paciente, que pueda recibir lo que por derecho le corresponde para la cobertura de salud, que esos programas puedan ser puntuales y pueda llegar a la población vulnerable y carenciada.

Algunas propuestas relevadas:

1. Formación en “Intervención en situación de crisis en las Universidades”, no solo en el contexto pandemia porque los/as Trabajadores/as Sociales prestan servicios a las personas, “trabajan con las personas” y en todas las áreas hay crisis y conflictos.
2. Más que nuevas propuestas, sería fortalecer lo que ya está escrito, entre ellos el cumplimiento de la Ley de TS en todo el territorio.

3. Incorporación de más Trabajadores/as Sociales en hospitales públicos de todo el país. Ante la jubilación de un/a Trabajadora Social, se incorpore uno/a
4. Mejores condiciones para los indígenas, la recuperación de sus tierras, atención a sus derechos reproductivos, recursos económicos para las Trabajadoras Sociales, para que puedan llegar hasta sus territorios e intervenir, sin necesidad de imponerles la cultura paraguaya o ideología, respetando su propio modo de vida. Se debe asistir al pueblo indígena para una vida digna.
5. Otra población que necesitan urgentemente de asistencia sería la población de adultos mayores, que actualmente están olvidados. Fortalecer los programas para los adultos mayores.
6. Disminuir la burocracia en la gestión de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de beneficencia, como la DIBEN, se requiere creatividad de los/as Trabajadores/as Sociales.
7. En la actualidad se exige presentar un Plan de Acción en base a las necesidades de la demanda del usuario/a. La mirada que se hace a la salud no es más simplemente desde la enfermedad sino el contexto en sí, y ahí entran los determinantes sociales que hacen a la salud. Por tanto, se plantea trabajar los determinantes sociales desde los programas, proyectos a nivel de políticas públicas y por sobre todas las cosas priorizando lo que hace a la salud. Uno de los determinantes sociales que está relacionado a la salud, son las condiciones de vida, el medio ambiente y la vivienda, el acceso a agua potable, el alimento, etc. Son también determinantes sociales que hacen a la salud, la educación que es fundamental, porque muchas cosas se pueden prevenir, se pueden evitar, si hay educación. Entonces, trabajar esos tipos de programas y desde la academia impulsar la formación multidisciplinaria, el trabajo en el ámbito de la salud, en niñez y adolescencia, y así sucesivamente.
8. Ampliar la cantidad de hospitales, de hospitales especializados como respiratorios en el país, más salas de UTI, cubrir los medicamentos y que los programas no solo sea para 10 hospitales sino para todos.
9. Que la Dirección de Trabajo Social sea el ente regulador a nivel país para coordinar o administrar los recursos existentes en los hospitales públicos, concretamente

trabajar en Trabajo Social articulado, más integrado a través de redes y otras entidades de la sociedad que facilite la respuesta a estudios médicos y medicamentos e insumos.

Referencias bibliográficas

- Carballeda, J. M. (Abril de 2020). La intervención en lo social en tiempos de pandemia. Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. *Margen*, 1-1. Obtenido de <https://www.margen.org/pandemia/carballeda2020.html>
- García Agüero, S. M. (2019). *La cuestión social en el Paraguay del siglo XX: Trabajo Social y Políticas Sociales*. Asunción: Arandura.