

El trabajo social en la lucha contra la COVID-19. Las labores en el rastreo de contactos y el refuerzo al sistema sanitario

Jose Pablo Calleja Jiménez¹

Recibido: 26/02/2021 // Aceptado: 24/05/2021

Resumen. En este artículo se recoge la experiencia de profesionales de Trabajo Social en el rastreo de los contactos de casos COVID-19. En la primera parte, se explica brevemente cómo la pandemia ha sometido a una gran tensión al sistema sanitario haciendo conveniente que otras profesiones sumen esfuerzos ante este desafío. Dentro de estas profesiones, el Trabajo Social ocupa ya un espacio en la atención sanitaria y ha acumulado experiencia en el control de enfermedades infecciosas. A continuación, se incluyen los resultados de un cuestionario aplicado a una muestra de 108 profesionales de Trabajo Social que han estado haciendo el rastreo de contactos de casos positivos en COVID-19 para el Servicio Público de Salud del Principado de Asturias. En esta parte empírica, destacan los resultados ofrecidos en cuanto a las competencias necesarias para esta tarea y las circunstancias personales y de convivencia detectadas que influyen en la prevención del contagio. Finalmente, se incluyen una serie de recomendaciones y propuestas que abogan por la interdisciplinariedad y por añadir la intervención social al abordaje sanitario de la pandemia para hacer más efectivo el control epidemiológico.

Palabras clave: trabajo social; trabajo social sanitario; pandemia; covid-19; rastreo de contactos

[en] Social work fighting COVID 19. Support health care system and tracing contacts

Abstract. This article brings together social work professionals' experiences of tracing COVID-19 contacts. First, we briefly outline how the pandemic has put the public health system under stress. In this situation, various professions have been required to contribute their skills. Among these, social work has already been integrated into health services, and the profession has experience in controlling infectious diseases. Second, we report the findings of a survey of 108 social workers who have been working within the public healthcare system of the Principality of Asturias (an autonomous region of Spain) to trace the contacts of people who have tested positive for COVID-19. In this empirical part of the article, we highlight findings from the survey that concern the skills that are most necessary for doing this job and the social situations that hamper virus control. Finally, we make some proposals and recommendations that advocate the use of interdisciplinary and social-intervention approaches to make control of epidemics more effective.

Keywords: social work; healthcare social work; pandemic; COVID-19; contact tracing

Sumario. Introducción. La COVID-19 y el sistema sanitario. El trabajo social sanitario y en emergencias. La transmisión del COVID-19 y la importancia del rastreo de contactos. Metodología. Resultados. Conclusiones. Bibliografía.

Como citar: Calleja Jiménez, J. P. (2022). El trabajo social en la lucha contra la Covid-19. Las labores en el rastreo de contactos y el refuerzo al sistema sanitario. *Cuadernos de Trabajo Social*, 35(1), 61-70.

Introducción

Un año después de la llegada de la pandemia de COVID-19 a nuestro país, el conjunto de respuestas que se han dado ha ido variando merced a la evolución de la situación sanitaria y el conocimiento acumulado tras meses de combatir la enfermedad. El momento del impacto de la crisis tensionó el sistema sanitario público hasta un nivel extremo y fue necesario un confinamiento estricto para contener la propagación del virus. Posteriormente, a pesar de la mejora de los tratamientos, la disponibilidad de equipos de protección y la concienciación ciudadana, llegarían nuevas oleadas de contagios que vuelven a desafiar la capacidad del sistema sanitario para hacerles frente. La concatenación de periodos pandémicos más o menos agudos, llegando incluso a ser críticos, alejan en el tiempo la llegada de la ansiada normalidad y trascienden el ámbito sanitario para afectar al económico, familiar y social. El desafío que supone esta pandemia para el conjunto de la sociedad es máximo, por lo que requiere de la concurrencia de esfuerzos por parte de todos los actores. Dentro de sus capacidades y com-

¹ Universidad de Oviedo
josepablo@uniovi.es

petencias, las diferentes profesiones deben adaptarse a esta situación excepcional, redefiniendo sus espacios de intervención. Para contribuir a este debate, el artículo describe sintéticamente el impacto de la pandemia y comienza haciendo un recorrido por la historia del trabajo social sanitario, su situación actual y la experiencia acumulada en situaciones de naturaleza similar. Posteriormente, tras mencionar algunas cuestiones técnicas sobre el control de los contagios producidos por el virus, en la parte empírica se describirá la experiencia en la función de rastreo de contactos con positivos en COVID-19 realizada por trabajadores y trabajadoras sociales en Asturias. Esta experiencia vendrá presentada en diferentes categorías que tratan de aportar conocimiento tanto de las características del puesto de trabajo, sus funciones y competencias, como de las variables de tipo personal, laboral o contextual encontradas que pueden interferir con los objetivos del rastreo. Desde este enfoque, el artículo pretende presentar evidencias a favor de la interdisciplinariedad en el abordaje de la pandemia, detectar carencias, pero también prácticas eficaces en el control de la misma y sumar conocimiento a través de la presentación de experiencias al desarrollo del todavía incipiente sistema sociosanitario.

La COVID-19 y el sistema sanitario

La enfermedad de la COVID-19 es una infección causada por el virus denominado SARS-CoV-2, que pertenece a una familia de patógenos denominados coronavirus y que ya se sabía que provocaban infecciones de tipo respiratorio más o menos grave. Según los datos publicados por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Gobierno de España (Ministerio de Sanidad, 2020a), casi una de cada diez personas diagnosticadas como portadoras de la enfermedad desde el comienzo de la pandemia han precisado de hospitalización en nuestro país. De estas personas ingresadas en un centro sanitario por COVID-19, el 8,6% han tenido que ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos UCI. La mortalidad de la enfermedad se sitúa en torno al 2% del total de casos detectados con prueba diagnóstica (ver Tabla 1).

Tabla 1. Acumulado de casos y porcentajes a 17/2/2021

Casos detectados con prueba positiva en COVID-19	3.107.172	2,83% del total de casos detectados en el mundo
Casos que han requerido hospitalización	306.727	9,87% del total casos detectados
Casos que han requerido UCI	26.477	8,63% del total ingresos hospitalarios
Fallecidos/as con prueba positiva en COVID 19	66.316	2,13% del total casos detectados

Fuente: Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de alertas y emergencias sanitarias. (Ministerio de Sanidad, 2020a) y datos de Johns Hopkins University (Johns Hopkins U., 2020). Datos a 17/2/2020. Elaboración propia.

Bonanad et. al (2020), apoyándose en una amplia muestra de personas contagiadas de COVID-19, advierten que la letalidad de la enfermedad en relación con la edad aumenta exponencialmente a partir los 50 años. Estamos, por tanto, ante una enfermedad muy contagiosa y potencialmente letal para una gran parte de la población. Esto causa no solo una saturación de los recursos de la sanidad especializada, sino también de los de la atención primaria, la puerta de acceso ciudadana al sistema y piedra angular de la estrategia de combate contra la pandemia para la detección, atención, seguimiento de los casos y vacunación. Este nivel de atención lleva saturado desde el inicio de la pandemia, con falta de profesionales de reemplazo y tratando de adaptar sus procedimientos a la situación sanitaria. Todos los sindicatos con presencia en el sistema sanitario han denunciado la situación y el Defensor del Pueblo (2020) ha instado a reforzar la atención primaria ante el Congreso de los Diputados tras recibir miles de denuncias de ciudadanos, ciudadanas y profesionales, considerando que está “desbordada” (p.24). La heterogeneidad del sistema sanitario autonómico hace que unos sistemas estén más sobrecargados que otros. A modo de ejemplo y, según datos del propio Ministerio de Sanidad, en Castilla y León hay un médico/a por cada 907 habitantes, mientras que en Baleares cada facultativo/a debe atender a 1762 titulares de tarjeta sanitaria de media (SIAP, 2020).

El trabajo social sanitario y en emergencias

La atención sanitaria es un campo de actuación del Trabajo Social desde sus orígenes, pues pronto se entendió que era una parte relevante del equipo clínico y pieza fundamental para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y alcanzar la misma desde un enfoque bio-psico-social. Ituarte (1989), señala como en 1907 ya se estableció un departamento de Trabajo Social en el Hospital Johns Hopkins en Baltimore (USA) en la idea de algunos médicos que entendían lo social como parte del tratamiento. Posteriormente, a partir de los años 40, los trabajadores y las trabajadoras sociales fueron reconocidos ampliamente como profesionales sanitarios en muchos países con sistemas desarrollados de atención a la salud (Auslander, 2001). Según datos de la Fed-

ración Internacional de Trabajadores Sociales, citados en Abreu (2009), más de la tercera parte de los y las trabajadores sociales en todo el mundo desempeñan sus tareas en el ámbito sanitario y más de la mitad desarrollan actividades que tienen relación directa o indirecta sobre la salud de la población. En España, el reconocimiento de los trabajadores y las trabajadoras sociales como personal sanitario no llegó hasta el año 2020², aunque todavía no se oficializó al momento de escribir estas líneas, pues queda pendiente su publicación en una norma con rango de Ley. Esta espera de ocho décadas podría deberse, entre otros factores, al aislamiento y retraso en el desarrollo de los sistemas públicos sanitario y de servicios sociales debidos al periodo de la dictadura franquista; al peso del corporativismo en el diseño de las políticas sanitarias y a la creciente burocratización de las funciones de los y las trabajadoras sociales. Pese a todo, la figura del profesional de Trabajo Social está presente en el sistema sanitario tanto en recursos de atención primaria como en hospitales y centros especializados, siendo en la atención a la salud mental donde quizás se haya integrado mejor esta figura en la parte clínica. Dentro de la atención primaria, persiste cierta indefinición del rol profesional, aunque recientemente haya pivotado hacia la atención de la cronicidad (Abreu y Mahtani, 2018). El Trabajo Social sanitario sería, por tanto, una especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y ejerce dentro del sistema sanitario, centrada en atender los aspectos psicosociales de la persona enferma antes, durante y después del tratamiento. El profesional del trabajo social sanitario construye y dirige la relación de ayuda para movilizar los recursos internos y también los externos, si fueran necesarios, para reforzar el acto médico y alcanzar el estado de salud de la persona (Berkman, 1996; Colom, 2010). Cabe recordar que la OMS define desde hace décadas la salud no como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, psíquico y social. Es compartido en la comunidad médica el aforismo de que “se tratan enfermos, no enfermedades”, haciendo referencia a la necesaria individualización además del enfoque multidimensional del tratamiento. Esta unicidad de la persona es uno de los principios del trabajo social sanitario, que debe realizar un diagnóstico social que complemente al diagnóstico médico, siendo este su hecho diferencial (Colom, 2010).

Además de la integración de los y las profesionales del Trabajo Social en los sistemas sanitarios y su especialización en la atención de aquellos factores psicosociales que operan en el binomio salud-enfermedad, cabe resaltar en la situación actual su experiencia epidemiológica e intervención con enfermedades infecto-contagiosas. Así lo ponen de manifiesto recientemente Chico et al. (2020) señalando que han realizado una labor relevante en las últimas décadas para el control de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH-SIDA, pero también otras enfermedades contagiosas como la tuberculosis.

Tampoco resulta ajeno para los y las profesionales de Trabajo Social la intervención en catástrofes y emergencias. Estos y estas profesionales tienen capacidad para detectar rápidamente aquellos factores de riesgo psicosociales entre las personas afectadas que requieren de una intervención inmediata de apoyo para garantizar sus necesidades básicas o la adherencia a un tratamiento (Martínez et al., 2017). Desde un enfoque interdisciplinar y coordinado, el Trabajo Social aporta calidad, eficacia y eficiencia a las intervenciones de naturaleza sanitaria y en situaciones de emergencia de diversa naturaleza (Milián, 2006; Pérez, 2011).

La transmisión del COVID-19 y la importancia del rastreo de contactos

La enfermedad de la COVID-19 que causa el virus SARS-CoV-2 se propaga de una persona a otra por el contacto directo, especialmente a través de las secreciones que se emiten al exhalar y cuando estas alcanzan las mucosas y conjuntivas de otras personas. Estas secreciones pueden permanecer un tiempo en el aire y también en las superficies, pero la mayor parte de los contagios se produce en la relación interpersonal, a distancias cortas y sin utilizar equipos de protección personal (EPI). Se estima que en torno al 30% de las personas infectadas no desarrollan síntomas de la enfermedad (Buitrago et al. cit. en ECDC 2020a). Sin embargo, pueden contagiar la enfermedad a otros al tener una carga viral similar a los sintomáticos (Zou et al. cit. en ECDC 2020b), por lo que se requieren medidas de cuarentena para todas las personas en contacto con el virus. Resulta esencial, para el control de la propagación de la enfermedad, romper las cadenas de transmisión para que el ritmo de reproducción (R_0) caiga por debajo de 1. Se considera que la transmisión del virus está controlada cuando se alcanzan estos valores, porque cada contagiado transmite el virus a menos de una persona, en promedio. Según la OMS (2020), la concienciación de la ciudadanía, las medidas restrictivas de la vida social, los confinamientos domiciliarios son, junto al rastreo de los contactos, algunas de las medidas más importantes para detener la propagación del virus. El rastreo de los contactos es el proceso de detectar, evaluar y decidir qué hacer con las personas que se han expuesto a la enfermedad para evitar que la transmisión continúe. Un rastreo efectivo requiere de la participación de la comunidad, apoyo público, un equipo de rastreadores formados y un sistema para compilar e interpretar los datos de forma instantánea (ibid.). Las personas que realizan el rastreo deberán entrevistar a los casos confirmados o probables para averiguar los posibles contactos de la persona afectada desde 48 horas antes del inicio de los síntomas y hasta el aislamiento (ECDC, 2020b). Otro de los objetivos

² El Ministerio de sanidad incluye en sus presupuestos la modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). En el punto 3.2.1 se incluye la regulación del Trabajo Social (junto con Biología) como profesión sanitaria en 2021.

importantes del rastreo es proporcionar información a la persona afectada sobre el proceso de la enfermedad y las precauciones que debe adoptar. Las propias características, tanto de la información que se recaba como de la que se proporciona, requiere que sea tratada de forma ética y en un lenguaje comprensible por todas las personas que son sometidas al rastreo. Posteriormente, será necesario hacer un seguimiento de la evolución del caso por unos 10 días (SESPA, 2020). Será la cantidad de casos en un área determinada, junto con la capacidad de identificar el origen de los mismos a través del rastreo de contactos, lo que defina la presencia de una situación de “transmisión comunitaria” que se produce en zonas de alta circulación del virus donde un alto porcentaje de infectados no puede identificar el origen del contagio (CDC, 2021). Este sería el peor escenario epidemiológico posible y es el que anticipa los peores impactos en los recursos sanitarios y lleva a adoptar las medidas más restrictivas para el control de la propagación del virus. Sin embargo, la velocidad en la detección de los contactos y en la realización de las pruebas diagnósticas pueden reducir el contagio hasta más de un 50% de los casos secundarios (Quilty et al., cit. en ECDC, 2020a). Conviene señalar, además, que las autoridades internacionales recomiendan tener muy en cuenta a la hora de planificar el rastreo a algunos grupos de alto riesgo como minorías, personas sin hogar o inmigrantes (OMS, 2020). Por último, es bien sabido que las personas con más vulnerabilidad social tienen mayor vulnerabilidad epidemiológica (Ministerio de Sanidad, 2020b).

Metodología

Hasta la fecha, varias CCAA como Aragón, Navarra, País Vasco, Asturias o Castilla-la Mancha, han contratado profesionales de Trabajo Social en sus estructuras de salud para llevar a cabo las labores de rastreo de los contagios por SARS-CoV-2. El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) fue uno de los primeros en hacerlo a finales del verano de 2020, coincidiendo con las fechas en las que la estructura colegial nacional de Trabajo Social ofreció a sus profesionales a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y Agenda 2030 para colaborar en la contención de la epidemia (CGTS, 2020). Tras la tercera ola y según el último informe disponible de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (24 de febrero de 2021) el Principado de Asturias es la cuarta comunidad que mejor identifica los contactos al contar con menor porcentaje de contagios sin trazabilidad (18.8%), siendo la mejor la del País Vasco (8,5%). La disparidad en la eficacia del rastreo es muy elevada entre las CCAA y algunas duplican (Galicia) o incluso triplican (Cataluña) el porcentaje de casos de contagios de origen desconocido con respecto a Asturias (RENAVE, 2021, pg.10)

Se ha procedido a encuestar a la totalidad de los y las profesionales de Trabajo Social contratados como rastreadores de COVID-19 en Asturias, que constituyen la población objetivo. La encuesta se basa en un cuestionario on-line a través de Google Forms que fue enviado con la intermediación del Colegio Oficial de Trabajo Social del Principado de Asturias. El órgano colegial participa con una bolsa de empleo para esta función y a través de la colegiación tiene identificada a dicha población. El número de personas a las que se envía el cuestionario coincide con el universo y es de 156, por lo que el tipo de muestreo es exhaustivo (censal). Contestaron a la totalidad del cuestionario 108 personas. Al no ser un muestreo probabilístico no puede calcularse con exactitud el error estimado. No obstante, la muestra es muy elevada ya que engloba el 70% del universo. Por esta razón, ofrecemos unos datos con un nivel de confianza muy alto y equiparable a los estándares de un muestreo aleatorio. El 94% de los cuestionarios se contestaron durante el plazo comprendido entre el 1 y el 3 de diciembre de 2020, aunque hubo respuestas posteriores, hasta el 20 de diciembre. El tiempo medio empleado para contestar al cuestionario fue de 12 minutos 54 segundos. Este instrumento, contiene diferentes categorías de estudio que comienzan por una serie de variables demográficas y académicas del encuestado. Posteriormente, se indaga sobre una serie de aspectos en relación a las condiciones del puesto de trabajo y los riesgos psicosociales del mismo, utilizando escalas validadas para estas dimensiones. Finalmente, el cuestionario busca recoger información sobre las situaciones encontradas en el rastreo, especialmente aquellas relacionadas con escenarios personales y familiares de vulnerabilidad social cuando se deben seguir las indicaciones epidemiológicas por un positivo en COVID-19 o un contacto estrecho.

Resultados

Comenzando por los datos sociodemográficos arrojados por el estudio, el 91,6% de las rastreadoras son mujeres. El conjunto tiene una edad media de 35 años, dato que coincide con la edad mediana, en un rango de edades que comprende desde los 21 a los 60 años.

Si analizamos la duración del contrato de las personas que han contestado la encuesta, las más antiguas comenzaron a trabajar en la segunda semana del mes de agosto de 2020. En torno al 50% de los efectivos comenzó a trabajar durante el mes de septiembre (semanas 36, 37 y 38). En esas semanas comenzó en Asturias la segunda ola, que tendría sus peores datos de contagios entre las semanas 40 y la 46 del año (de octubre a mediados de noviembre). A primeros de diciembre, a la mayoría de los rastreadores (82,5%) les quedan al menos 3 meses más de contrato.

Preguntadas por su nivel académico, la mayor parte de las personas contratadas como rastreadoras tienen la diplomatura en Trabajo Social (63,8%) y algo más de la tercera parte el grado universitario (36,2%). Del 40% de los rastreadores tienen otros estudios, son en su mayor parte estudios de máster o licenciatura (85% de los casos).

El cuestionario incluye una serie de preguntas para ser respondidas a través de una escala que mide el nivel de satisfacción laboral y otras dimensiones relativas a riesgos psicosociales en el lugar de trabajo, siendo 5 el valor más alto (muy elevado) y 0 el bajo (ninguno o nulo). En la tabla 2 se ofrecen las medias de respuesta obtenidas.

Tabla 2. Nivel de satisfacción y riesgos psicosociales (valora de 0-5)

	Media respuestas
<i>Satisfacción general con el puesto de trabajo</i>	4,33
<i>Satisfacción con la actividad a desarrollar</i>	4,19
<i>Sentimiento de realización personal en el puesto.</i>	3,86
<i>Nivel de autonomía en el puesto</i>	4,08
<i>Nivel de motivación</i>	4,20
<i>Satisfacción con la jornada</i>	4,03
<i>Satisfacción con la flexibilidad horaria</i>	3,5
<i>Satisfacción con los tiempos de descanso</i>	3,19
<i>Satisfacción con la estabilidad del puesto</i>	2,06
<i>Satisfacción con el salario percibido</i>	4,60
<i>Nivel de estrés</i>	2,75
<i>Nivel de aburrimiento</i>	1,25
<i>Nivel de miedo</i>	1,20
<i>Nivel de frustración</i>	1,80

Con carácter general, hay un nivel de satisfacción elevado en cuanto a las características del puesto de trabajo, con la excepción de la estabilidad. El trabajo de rastreador/a es, por su propia naturaleza, contingente y dependiente de la evolución de la pandemia. Si comparamos las medias de respuesta en relación a la experiencia profesional no observamos apenas diferencias en el grado de satisfacción. Si existen, no obstante, alguna variación en relación a los riesgos psicosociales del puesto (estrés, aburrimiento, miedo, frustración) y son siempre las personas con más de 10 años de experiencia como trabajadoras sociales las que puntúan algo más bajo la percepción de estos factores en el puesto de trabajo.

El cuestionario incluye una batería de preguntas para contestar en escala tipo Likert adaptadas del Cuestionario psicosocial de Copenhague (DG-RRLL, 2010). El primer bloque de preguntas tiene relación con las exigencias psicológicas del trabajo. Incluye siete cuestiones relativas a la rapidez con la que deben gestionar los casos, el volumen de carga de trabajo, el desgaste psicológico y la gestión emocional. El análisis de los resultados, que suma las puntuaciones indicadas por la persona encuestada, alerta de un alto nivel de exigencia psicológica entre las trabajadoras sociales que hacen el rastreo y se puede ver en la tabla 3.

Tabla 3. Puntuaciones acumuladas dimensión «Exigencias psicológicas»

Nivel favorable (0-7)	Nivel intermedio (8-11)	Nivel desfavorable (12-24)
14%	45,8%	40,2%

El segundo bloque de preguntas tiene que ver con el apoyo social percibido y la calidad del liderazgo. Simultáneamente a la gestión de los casos, el equipo de rastreadores utiliza la plataforma Teams de Microsoft para comunicarse entre sí y con la figura de coordinador/a de equipo. Interesaba, por tanto, conocer las opiniones de los encuestados sobre aspectos organizativos y relacionales del trabajo en esta modalidad virtual o teletrabajo. En este apartado se incluye un bloque de 10 cuestiones acerca de la frecuencia y la calidad de las comunicaciones con compañeros y compañeras, así como con los superiores jerárquicos. También se incluyen cuestiones sobre el apoyo percibido y la planificación del trabajo. En función de la puntuación obtenida, la muestra queda repartida como se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Puntuaciones acumuladas dimensión “Apoyo social y calidad del liderazgo”

Nivel favorable (32 a 40)	Nivel intermedio (25 a 31)	Nivel desfavorable (0 a 24)
39,2%	42,1%	18,6 %

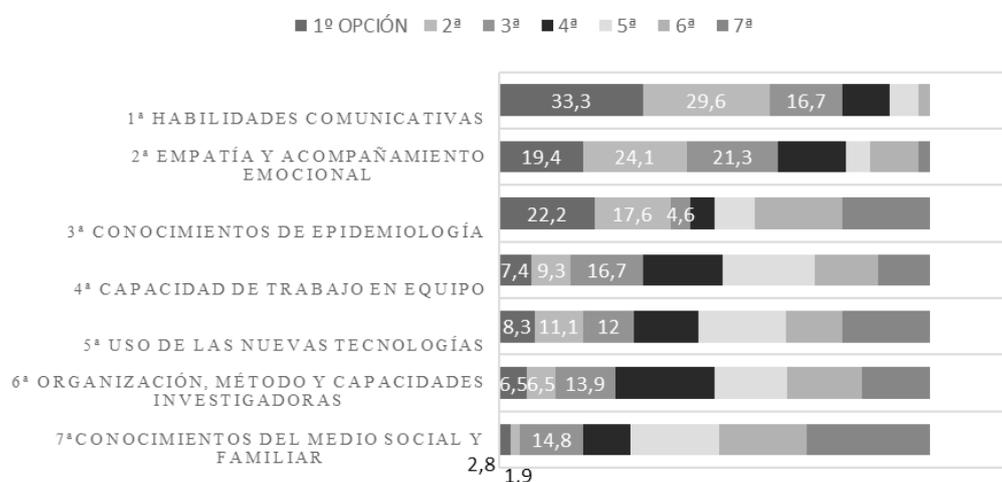
En cuanto a la frecuencia de las respuestas en cada pregunta, destaca positivamente la percepción de apoyo que sienten por parte de otros compañeros y compañeras en las labores de rastreo, pese a no compartir un es-

pacio físico. En general, la percepción de la organización del trabajo, así como de la comunicación horizontal y vertical es buena.

Preguntados acerca de la utilidad de la formación recibida en una escala de 0 (nada útil) a 5 destaca, por encima de todo, la importancia otorgada al aprendizaje autónomo (4.03 de valor medio) que han debido de hacer los encuestados, lo que revela carencias formativas en el acceso al puesto. La existencia de estos déficits es una cuestión relevante, habida cuenta de la complejidad y responsabilidad de la tarea y la presencia de competencias muy específicas, especialmente en lo referente a manejo de software. Aparte del mencionado uso de la plataforma Teams para cuestiones de coordinación, la información recabada en el rastreo tiene un valor de uso epidemiológico fundamental para el control de la pandemia y es esencial registrarla de forma adecuada. En Asturias, los profesionales del Trabajo Social dedicados al rastreo comenzaron utilizando hojas de Excel diseñadas al efecto y después (meses de noviembre-diciembre de 2020) implantaron de forma generalizada la aplicación de la OMS diseñada a estos efectos, el programa Go.Data³).

Ahondando en las competencias, a los encuestados se les planteó una pregunta de clasificación en la que debían ordenar por importancia determinadas habilidades consideradas relevantes para el desarrollo eficaz del rastreo. Los resultados se muestran en la ilustración 1.

Ilustración 1. Ordenar por importancia las habilidades o competencias (% en las 3 primeras opciones)



Merece la pena considerar que las personas encuestadas priorizan algunos de los aspectos más vocacionales y humanistas, por encima de algunos aspectos más técnicos de la profesión. Sirva este como otro ejemplo de la naturaleza mixta de la práctica profesional del Trabajo Social, que requiere no sólo de conocimientos, sino también de entrenamientos en la práctica de la relación de ayuda, para conseguir que sea verdaderamente efectiva. Sorprende la valoración que han dado los y las profesionales a los “conocimientos del medio social y familiar”. Esta característica, la más exclusiva de los y las trabajadoras sociales de entre las ofertadas, ha sido argumentado de forma destacada como una de las mayores virtudes de la profesión para llevar a cabo el rastreo (véase Chico et. al. 2020; CGTS, 2020), aunque se acaba subordinando a otras consideradas más relevantes.

Una de las cuestiones que tiene más importancia para este estudio y que constituye una de las hipótesis de partida es conocer en qué medida estos y estas profesionales se encuentran con situaciones que puedan requerir algún tipo de apoyo o intervención social para alcanzar mejor los objetivos del rastreo y control epidemiológico. Preguntados sobre este aspecto, la mayoría de los y las profesionales dicen encontrarse situaciones que requieren apoyos de tipo social con relativa frecuencia, como se observa en la tabla 5.

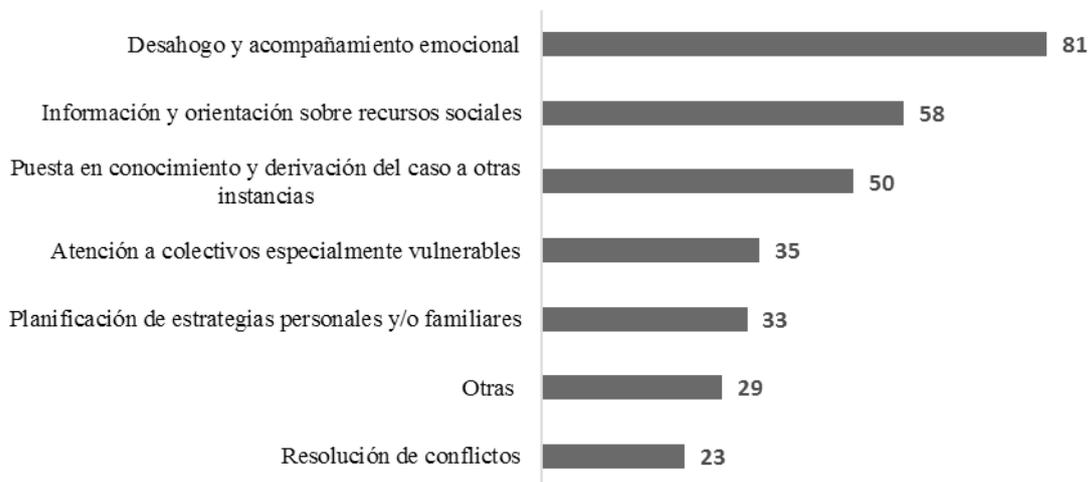
Tabla 5
Frecuencia situaciones que requieren algún tipo de intervención

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	4,6
Algunas veces	60	55,6
Frecuentemente	39	36,1
Siempre	4	3,7
Totales	107	100

³ Software Go.Data: <https://openwho.org/courses/godata-es>

El hecho de que el profesional detecte que existe algún tipo de carencia o de problemática social no implica necesariamente que esta se aborde desde los servicios de rastreo. No obstante, la mayoría de las personas encuestadas (76,9%) reconoce haber hecho algún tipo de intervención social en su experiencia como rastreadores/as. La tipología de intervenciones que han realizado se muestra en la ilustración 2, donde cada encuestado/a podía escoger varias de las propuestas.

Ilustración 2. Intervenciones realizadas durante el rastreo



Como vemos, destaca el desahogo y el acompañamiento emocional. Recibir la noticia de una PCR positiva o la de haber mantenido un contacto estrecho con un positivo en COVID-19 supone una situación de impacto emocional. Según Pérez y Blanco (2020), los sentimientos que suelen surgir tras su comunicación son el de la desconfianza en la prueba diagnóstica, el de frustración y desilusión en relación a las medidas de prevención, así como sentimientos de angustia, rabia y sensaciones de descontrol, inseguridad y hasta pánico. Con el paso del tiempo, los sentimientos se pueden intensificar y añadir otros como la culpa. Por tanto, la gestión emocional en el momento del rastreo es un aspecto sensible de la actuación y ha de ser realizado por profesionales capacitados. Hay una alta frecuencia en las respuestas que tienen que ver con la información y la derivación a otros recursos, por lo que el conocimiento del medio social sí que parece un aspecto relevante. Otras cuestiones más específicas y que requieren conocimientos y competencias más técnicas como la atención a colectivos especialmente vulnerables o abordar dinámicas convivenciales, también ha sido indicado como intervenciones frecuentes.

No obstante, un 23,1% de los y las rastreadoras no han realizado ningún tipo de intervención social. Al ser preguntados por la razón, la mayoría (71,8%) responde que no entra dentro de sus competencias, mientras que el resto argumentan que no les ha surgido la ocasión de tener que hacerlo o falta de tiempo. Esta situación revela algún problema formativo o de coordinación interna en propio SESPA en cuanto a las funciones y objetivos del rastreo. La guía de referencia sobre el manejo de la COVID-19 en atención primaria indica que, si se identificaran dificultades en el aislamiento domiciliario relacionadas con la situación social, vivienda o capacidades, se contactará con el profesional de Trabajo Social sanitario de referencia (SESPA, 2020). A la vista de las respuestas, no se está aplicando lo establecido en dicho documento cuando se detectan estas situaciones por parte de los rastreadores y las rastreadoras, pese a que les sería aplicable dado que pertenecen al mismo sistema.

Identificar cuáles son los problemas sociales que se encuentran durante el rastreo y que dificultan es una cuestión de gran interés. Para no condicionar la respuesta con categorías diseñadas al efecto, la pregunta era abierta y cada profesional podía indicar una o varias situaciones que, a su criterio, obstaculizan los objetivos del rastreo (identificación de contactos, aislamiento). Las personas que contestaron a esta pregunta señalaron un total de 98 situaciones que, una vez agrupadas en categorías formadas a partir de la repetición de respuestas, nos da la imagen que se puede ver en la ilustración 3.

Las personas encuestadas repiten con mayor frecuencia que las problemáticas que se encuentran y que dificultan los objetivos del rastreo tienen que ver con circunstancias económicas y laborales. En no pocos casos, señalan que las personas sin permiso de residencia y/o trabajo o en aquellas con condiciones laborales muy precarias, si se ponen enfermas no pueden realizar los trámites de baja laboral al no tener ese derecho y tienen miedo de perder su empleo. Esto es especialmente grave cuando se indica que algunas de estas personas son cuidadores o convivientes de grandes dependientes o personas de muy avanzada edad. La falta de recursos económicos o las situaciones de pobreza y vulnerabilidad económica dificultan alcanzar algunos de los objetivos del rastreo y son también señaladas ampliamente, aportando evidencias en la relación directa

entre la vulnerabilidad social y epidemiológica. Las personas que no cuentan con una base material mínima, como las personas sin hogar, no pueden llevar a cabo el confinamiento y esto requiere de una redefinición de los recursos de atención y sus espacios (Matulic et al., 2021).

Ilustración 3. Problemáticas sociales identificadas que obstaculizan el rastreo



Por otro lado, las personas mayores o aquellas que tienen problemas de dependencia también son señaladas como colectivos donde se encuentran problemas para cumplir con las medidas propuestas tras el rastreo. Cuando hay personas mayores dependientes o menores de edad a cargo, la falta de apoyos familiares o de una red social de apoyo, constituye un problema a la hora de cumplir medidas de aislamiento y confinamiento domiciliario. Por esta misma razón, las personas que están en situación de soledad y/o aislamiento tienen dificultades para seguir las indicaciones de los rastreadores en casos de COVID-19 positivo, sospechas por sintomatología o contactos estrechos. En estas circunstancias, aumenta la incertidumbre y el grado de amenaza percibido por la pandemia (Fundación La Caixa, 2020).

No cabe duda de que las características de la vivienda y, fundamentalmente, el número de personas que la comparten puede ser un obstáculo para cumplir con las medidas de aislamiento y así ha sido identificado por las personas encuestadas. Otras problemáticas que se han señalado son la existencia de conflictos intrafamiliares, especialmente si hay menores en regímenes de custodia, algunos trastornos de salud mental (ansiedad, depresión) o enfermedades mentales. También se ha señalado el alcoholismo y, en algunas ocasiones, las dificultades idiomáticas con personas de origen extranjero. La mayoría de estas situaciones constituyen sectores de intervención bien conocidos por los profesionales del Trabajo Social, con la excepción de las personas que muestran una actitud de negación ante la pandemia y que rechazan seguir las indicaciones de los rastreadores. En estos casos, las dificultades no se deben a cuestiones de tipo material, sino actitudinal y que no necesariamente van acompañados de alguna problemática de tipo social.

No obstante, la situación más normal es encontrar colaboración por parte de la persona que recibe la llamada de rastreador/a. El 69,4% se encuentra con personas no colaboradoras “en muy pocas ocasiones”, mientras que el 25,9% los encuentra con algo más de frecuencia (“a veces”) y al 4,6% es algo que le sucede “frecuentemente”. Otro aspecto que han querido destacar algunas de las personas encuestadas es que son con más frecuencia las mujeres, en su rol tradicional de cuidadoras, las que acaban soportando las mayores cargas del aislamiento cuando se produce en un hogar con personas dependientes o menores a cargo, quedando más expuestas al contagio.

Por último, se pidió a las personas encuestadas que contestaran su grado de acuerdo con una serie de frases. El rango de respuestas va desde 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Las frases que se ha pedido valorar contienen actitudes con respecto a la gestión de la pandemia por parte de las autoridades, tanto a favor como en contra. Desde el conocimiento y experiencia acumulada ante la pandemia que da el ejercicio profesional del rastreo, las conclusiones que se sacan de la tabla 6 muestran que hay un alineamiento con el discurso oficial ante las respuestas que deben dar las administraciones. Se revelan, no obstante, problemas de coordinación entre los sistemas públicos implicados. Las medidas de confinamiento más estricto se consideran acertadas, al mismo tiempo que se muestra preocupación por las consecuencias económicas y sociales de la pandemia.

Tabla 6

Enunciado	Media respuestas
<i>La gestión de la pandemia por parte de las autoridades está siendo la adecuada</i>	3.41
<i>La población está concienciada y colaborando con las indicaciones que reciben ante la sospecha de contagio</i>	3.14
<i>La coordinación entre sistemas está funcionando adecuadamente</i>	2.66
<i>Las medidas recomendadas por las autoridades sanitarias son pertinentes y proporcionadas</i>	3.64
<i>El ciudadano español tiene tendencia a intentar burlar las normas impuestas por la crisis sanitaria</i>	2.22
<i>Se está priorizando la respuesta sanitaria a la crisis y se está dejando de lado la parte económica y social</i>	3.20
<i>Se deberían de relajar las medidas del confinamiento porque las actuales no están siendo eficaces.</i>	1.31

Conclusiones

La llegada de la pandemia de la COVID-19 está tensionando el sistema sanitario público hasta límites desconocidos desde su implantación en 1986. En este contexto, sería aconsejable que otras profesiones entren a reforzar la atención a la salud y el Trabajo Social ha sido de las primeras que ha sumado sus capacidades en la lucha contra la pandemia. Recuperando la estructura del artículo para este apartado, hemos visto como desde una todavía relativa y deficiente integración en el sistema sanitario, los y las profesionales del Trabajo Social incorporan variables ecológicas y evalúan riesgos de tipo social que son fundamentales para el control epidemiológico. Desde su especialidad en el diagnóstico social, pueden hacer un triaje de aquellos casos que requieren especial atención para reducir el riesgo y detener la expansión del virus. La experiencia del rastreo de casos en el Principado de Asturias por parte de un número importante de trabajadores y trabajadoras sociales, demuestra que añadir este enfoque no solo es posible sino altamente recomendable para la eficacia en el rastreo y una eficiente disposición de los recursos sanitarios.

A través de esta investigación se evidencia que el rastreo es una labor que tiene una elevada complejidad, pues es necesario disponer de un amplio abanico de competencias que incluyen aspectos técnicos, relacionales y de gestión. Es necesario que el personal de rastreo esté preparado para el manejo de emociones intensas, para la detección de los factores de riesgo y protección, así como para transmitir información adecuadamente. Al igual que en otras dimensiones de la pandemia, es necesario un perfil profesional que sea capaz de improvisar y adaptarse rápidamente a las cambiantes condiciones en las que esta se desarrolla.

En relación a las categorías de investigación destinadas a conocer las situaciones sociales detectadas durante el rastreo y analizar las posibilidades de intervención, se han identificado una variedad de situaciones que pueden dificultar el cumplimiento de los objetivos del rastreo y con ello del control de la pandemia. La naturaleza de estas situaciones es muy heterogénea, lo que demanda de conocimientos especializados tanto para su detección y abordaje como del mapa de recursos que debe proveer respuestas. Destaca la presencia frecuente de situaciones de naturaleza legal, laboral y económica que suponen un elevado riesgo en la transmisión del contagio, pudiendo incluso poner en situaciones de riesgo a personas muy vulnerables a la enfermedad. El objetivo del trabajo en red entre los recursos y sistemas públicos adquiere una importancia renovada ante la pandemia. Sin embargo, las opiniones de las personas encuestadas muestran la existencia de problemas de coordinación interna y externa en los sistemas más implicados en el control de la pandemia.

En este artículo se han combinado argumentos técnicos y presentado datos empíricos para mostrar que el Trabajo Social podría asumir más funciones en el ámbito sanitario y contribuir a superar uno de los retos más importantes que ha enfrentado nuestro país. Desde un enfoque interdisciplinar y no exclusivista, es una de las profesiones que, como otras, desarrolla competencias necesarias para atender esta crisis de salud pública. Sería de esperar que, en el futuro, se consolidase un modelo de atención sanitaria que incorpore las variables sociales en la parte clínica a través de profesionales especializados. Esto redundaría en una mayor calidad en la atención a la salud. Es la propia evolución demográfica de la sociedad la que pone cada vez en mayor evidencia la naturaleza mixta de situaciones de tipo sanitario y social, especialmente en procesos de larga evolución. Haber contado con un eficaz modelo sociosanitario hubiera sido muy útil en la actual situación y, sin duda, lo será en el futuro con el desarrollo de este sistema, que está llamado a ser el pilar que apunte al Estado de bienestar ante uno de sus principales retos.

Bibliografía

- Abreu Velázquez, M. C.; Mahtani Chugan, V. (2018) Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en Atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional, *Cuadernos de Trabajo Social*. 31(2), 355-368. Doi: <http://dx.doi.org/10.5209/CUTS.54560>
- Abreu, C. (2009) El trabajo social sanitario en atención primaria de salud. *ENE revista de enfermería*, 3(2), 70-78

- Auslander, G.K. (2001) Social Work in Health Care. What have we achieved?. *Journal of Social Work*. 1(2).201-222. Doi: 10.1177/146801730100100206
- Berkman, B. (1996). The Emerging Health Care World: Implications for Social Work Practice and Education. *Social Work*, 41(5), 541-551
- Bonand C., García S., Tarazona F., Sanchis J., Bertomeu V., Fácila L., Ariza A., Núñez J., Cordero A. (2020) The Effect of Age on Mortality in Patients With COVID-19: A Meta-Analysis With 611,583 Subjects. *JAMDA*. 21,915-918. Doi: 10.1016/j.jamda.2020.05.045
- CDC (30 de enero de 2021) *Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades*. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/spanish/index.html> (Consultado el 30 de enero de 2021)
- CGTS (2020) *Los y las trabajadoras sociales se forman y piden estar en las labores de rastreo en este nuevo pico de contagios por Covid-19*. Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/files/5f4e17ad0aeb0/NdP_Secretaria_Formacin_rastreadores_Trabajo_Social.pdf (Consultado el 26 de enero de 2021)
- Chico A., Escámez, JP., Piedra, J. (2020) La importancia del trabajo social sanitario en la detección temprana, rastreo y detección de casos de SARS-CoV-2. El caso de Andalucía. (Documento técnico sin publicar)
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, 47, 109-119.
- Defensor del Pueblo (2020). *Actuaciones ante la pandemia de COVID-19*. Madrid: Defensor del Pueblo
- ECDC (2020a) *Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union, third update*. Stockholm: Centre for Disease Prevention and Control
- ECDC (2020b) *Public health management people in contact with COVID19 cases*. Stockholm: Centre for Disease Prevention and Control
- Fundación La Caixa. (2020). *Apuntes sobre la estrategia del programa de personas mayores en relación la COVID-19*. Recuperado de: <apuntes-programa-personas-mayores-covid19.pdf> (fundacionlacaixa.org) (Consultado el 18 de febrero de 2021)
- Ituarte, A. (1990) Trabajo social en salud. Historia, situación actual, perspectivas. *Trabajo social y Salud*. 6:51-2
- Johns Hopkins U. (17 de febrero de 2021) *Coronavirus Resource Center*. Recuperado de: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (Consultado el 17 de febrero de 2021)
- Martínez, M; Chico, A.; Liñan, V. (2017) Trabajo Social en urgencias y emergencias sanitarias en el área de gestión sanitaria norte de Jaén. *Trabajo Social y Salud*, 87, 99-108
- Matulic, M.V.; Munté, A.; de Vicente; I. Redondo, G. (2021). Sinhogarismo en tiempos de confinamiento. Vivencias profesionales y ciudadanas en la ciudad de Barcelona. *Itinerarios de Trabajo Social*. 1, 15-22.
- Milián, C.; Plaxats, M. A.; Román, A.; Romero, M. I. (2015) La trabajadora y el trabajador social emergencista (perfil, formación, marco legal, y una experiencia de intervención en el ámbito internacional). *Servicios Sociales y Política Social*, 74, 113-133
- Ministerio de Sanidad (2020a) *Actualización n° 314. Enfermedad por Coronavirus (COVID-19).17.02.2021*. Madrid: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
- Ministerio de Sanidad (2020b). *Equidad en Salud y COVID- 19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. Madrid: Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad
- OMS (2020) *El rastreo de los contactos en el marco de la COVID-19. Orientaciones provisionales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Pérez, D. (2011). El Samur Social como servicio social de atención a las emergencias sociales. Su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11M y en el grave accidente aereo de Spanair. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 9-31
- RENAVE (2021) Informe n° 67. Situación de COVID-19 en España a 24 de febrero de 2021. Equipo COVID-19. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Recuperado de: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx> (Consultado el 26 de febrero de 2021)
- SESPA (2020) *Manejo en atención primaria de COVID-19 en Asturias. Versión 4.0*. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias
- SIAP (23 de enero de 2021) *Sistema de información en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad*. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm> (Consultado el 23 de enero de 2021)