



Tesina

“EI IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL PERTENECIENTE AL SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL ARTÉMIDES ZATTI DE LA CIUDAD DE VIEDMA - PERIODO 2020-2021”.

Carrera: Ciclo de Complementación Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Ponce, Gisela

Codirectora: Scalesa, Renata

Estudiante: Caram, Belen Guadalupe

ÍNDICE

I. Introducción.....	2
II. Marco referencial y metodológico.....	6
II.1 Antecedentes.....	6
II.2 Enfoque conceptual y objetivos de la investigación.....	11
II.3 Metodología.....	32
III. Análisis de los datos.....	35
III.1 Caracterizar el rol del Trabajador/a Social dentro del área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti.....	35
III.2 Las nuevas demandas que emergieron en el contexto pandémico.....	45
III.3 Nuevas estrategias de intervención para afrontar las demandas en contexto de pandemia.....	49

III.4 La construcción de un posicionamiento profesional con respecto a las nuevas formas de intervenir.....	56
IV. Reflexiones finales.....	62
V. Bibliografía.....	66
ANEXOS.....	73

I. Introducción:

La siguiente tesina se presenta en el marco del Ciclo de Complementación de la Licenciatura en Trabajo Social dictada en la Universidad Nacional de Río Negro. El presente estudio tuvo como propósito efectuar un análisis acerca del impacto que ocasionó la pandemia *COVID-19* en la intervención de los/as Trabajadores/as Sociales, pertenecientes al área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti, en el período 2020-2021.

La pandemia por COVID-19 ha impactado de manera general en la población, afectando especialmente a los sectores de mayor vulnerabilidad social. Se entiende por *Pandemia*¹ la propagación rápida y universal de una enfermedad en varios países de distintos continentes lo que afecta a un gran número de personas. La aparición de la enfermedad provocada por el COVID-19 fue notificada, por primera vez, en la ciudad de Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019. El 11 de marzo de 2020 el COVID-19 (enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2) fue declarado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud.

Esta situación provocó la necesidad de adopción de una serie de medidas por parte de los gobiernos nacionales y locales, en distintos planos, con la finalidad de lograr un control y/o amortiguar las consecuencias de la enfermedad en la salud de la población en general.

Ante el gran incremento de casos positivos en distintos países del mundo, y ante las personas que perdían la vida a causa del virus, el 30 de Enero de

¹ Se define a la *Epidemia* como la ocurrencia en una comunidad o región de casos de una enfermedad, y la *Endemia* por su parte se caracteriza por el surgimiento constante de una enfermedad en un área geográfica o grupo de población.

2020 el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación como Emergencia de Salud Pública de importancia Internacional por el brote de SARS-CoV-2.

Cuando se declara la Emergencia Sanitaria, se le confiere al Ministerio de Salud el poder para la administración de los recursos humanos y económicos, mediante estrategias y procedimientos percibidos como adecuados para abordar la situación. Percibir un acontecimiento como una emergencia social presupone la existencia de situaciones traumáticas que emergen e invaden de forma imprevista. Por esta razón demandan una intervención inmediata, ya que es una circunstancia que pone en peligro a la comunidad.

Debido a que este virus es sumamente contagioso y se reproduce con facilidad, se establecieron medidas preventivas de cuidado: En un primer momento, fue dispuesta la medida ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) la cual decreta que cada persona debe permanecer en su domicilio y que solamente puede salir para llevar a cabo compras básicas, trabajos esenciales o trabajos exceptuados; en un segundo momento, la medida DISPO (Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio) la cual tiene como objetivo recuperar el mayor porcentaje de normalidad posible vinculado al funcionamiento económico y social, pero con todos los cuidados y resguardos necesarios. Esta situación provocó cambios significativos en diversos ámbitos. Esta investigación busca analizar el impacto de dichas medidas, específicamente en las demandas de intervención del Trabajador/a Social, perteneciente al ámbito de Servicio Social en el sistema de Salud Pública.

A raíz de esta situación, las instituciones se vieron en la necesidad no solo de re-pensar sus intervenciones en relación a las medidas sanitarias dispuestas

sino también enfrentar nuevas necesidades que se constituyeron en nuevas demandas. Los/as Trabajadores/as Sociales atravesados/as por el mismo contexto debieron afrontar esas demandas construyendo nuevas formas en su quehacer profesional. Por consiguiente la pregunta que guío la presente investigación fue: ¿Cómo impactó la pandemia COVID-19 en la intervención del trabajador social perteneciente al área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti de Viedma en el período 2020-2021?

A partir de la misma se estableció como objetivo general producir conocimiento en torno al impacto de la pandemia por COVID-19 en la intervención de los/as Trabajadores/as Sociales pertenecientes al área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti, en el período 2020-2021. Mientras que los objetivos específicos estuvieron orientados a caracterizar el rol del Trabajador/a Social del área de Servicio Social del Hospital A. Zatti; indagar sobre las nuevas demandas que emergieron en el contexto pandémico; conocer cuáles fueron las nuevas estrategias de intervención para afrontar las demandas enmarcadas en las medidas ASPO y DISPO, como así también, explorar el posicionamiento de los profesionales en relación a esas nuevas formas de intervención.

Para ello se realizó un trabajo de investigación de tipo cualitativo-interpretativo. En primer lugar se llevó a cabo una aproximación teórico-conceptual al tema, se indagó y analizó fuentes bibliográficas y documentos institucionales, para conocer la especificidad del rol de los/as Trabajadores/as sociales en el sistema sanitario. En segundo lugar, se llevaron a cabo entrevistas semi estructuradas a Trabajadores/as Sociales que se desempeñaron en el Servicio Social del Hospital Artémides Zatti durante el período 2020-2021, las cuales proporcionaron la posibilidad de obtener

información en primera persona sobre la experiencia vivida por ellos respecto a las necesidades y problemas con los que se enfrentaron a partir del contexto de pandemia por COVID-19. Posteriormente se efectuó un análisis de la información obtenida a la luz de las conceptualizaciones realizadas permitiendo la construcción de conocimientos sobre una temática poco explorada.

II. Marco referencial y metodológico

II.1 Antecedentes

El contexto inédito de pandemia por COVID-19 ha promovido la realización de diversos estudios científicos que exploran a nivel general las implicancias o los efectos de dicha pandemia en la sociedad. Respecto de las indagaciones realizadas en el sistema de salud se han hallado las siguientes:

Varios estudios coinciden en que los/as Trabajadores/as Sociales en el ámbito de salud son “mediadores” entre las demandas masivas y los limitados recursos con los que se cuenta. Asimismo, mencionan que cuando ya se ha abordado y resuelto positivamente la dolencia orgánica, los/as Trabajadores/as Sociales son quienes atienden las otras dimensiones que componen el estado salud-enfermedad de la persona. Es decir, trabaja con las redes sociales y familiares del paciente, la red de referentes afectivos, la situación habitacional y la provisión de insumos para el tratamiento (Balenzano,2011; Sánchez, 2015; Di Pato, 2016).

En relación al contexto actual de pandemia, el artículo de investigación *“Trabajo Social y pandemia de COVID–19: Estado, Cuestión Social y procesos de intervención profesional desde la mirada sanitaria”* (Chaves 2020), expone un análisis reflexivo acerca de cómo la pandemia por COVID-19 llega a los países de Latinoamérica y Argentina. El trabajo realiza una especificación de los determinantes de la cuestión social que tuvieron lugar en este proceso y cuál fue la respuesta del Estado a los mismos. Además, reflexiona acerca de la función cotidiana de los/as Trabajadores Sociales destacando su intervención

como una importante herramienta que le hizo frente a la adversidad. En el trabajo se afirma que esta situación de crisis ha permitido la posibilidad de incluir cambios. La autora advierte que la irrupción de la pandemia en la vida cotidiana obligó a trabajar profundamente la dialéctica de intervención de los/as Trabajadores/as Sociales. Asimismo, señala que la disciplina adquiere un papel central, trabajando con escasos recursos , lo cual dificulta la intervención ya que los/as Trabajadores/as Sociales también forman parte de esa sociedad en la cual impacta el virus, y que exige la protección e institución colectiva.

A su vez, el artículo de investigación *“El impacto social de la pandemia en América Latina”* de las Naciones Unidas, expone que la situación de pobreza y pobreza extrema provocaron en América Latina durante el transcurso del año 2020, grandes índices de desigualdad en materia socioeconómica que no se veían hace mucho tiempo. Asimismo, afirma que la pandemia emerge en un escenario económico, social y político complejo, caracterizado por el incremento de la pobreza y las crecientes tensiones sociales.

En relación a este aspecto, la investigación *“Trabajo Social y COVID-19. Un análisis de las consecuencias sociales y sus implicaciones para la intervención social con colectivos vulnerables”* (Franco, 2020), expone cómo las emergencias sanitarias provocan la aparición de problemáticas complejas para la profesión del Trabajo Social generando la necesidad de respuestas urgentes. Asimismo, menciona las consecuencias sociales, psicológicas, económicas y políticas de la crisis humanitaria derivada del COVID-19.

Por otro lado el trabajo de investigación *“Trabajo Social en contexto de pandemia. Desafíos e intervención”*, analiza el camino realizado por los profesionales de Trabajo Social y los desafíos que surgieron en contexto de

pandemia. Asimismo, en dicha investigación se alude a la importancia del trabajo interdisciplinario en el contexto actual, ya que se plantea que desde la soledad profesional es complejo dar respuesta a la multiplicidad y complejidad de situaciones que se presentan en las instituciones. Se menciona que es fundamental que se den espacios de charla y debate que permitan abordar los problemas de manera conjunta, desarrollando capacidades, enriqueciendo la comprensión de los fenómenos y por lo tanto, mejorando los servicios de atención a la comunidad (Moreno, Novello, Sanj, 2020).

Varias investigaciones brindaron un panorama acerca de los aspectos del trabajo profesional de los/as Trabajadores/as Sociales en el marco del COVID-19 centrándose en el análisis de la posibilidad de construcción de la autonomía profesional (Ecurra 2021; González, Arredondo, 2020).

Asimismo, el trabajo investigativo *“Aproximación a los retos emergentes para el Trabajo Social Comunitario a partir de la experiencia de la COVID-19. Hacia un diseño participativo de políticas sociales”* (Mateo, 2020), lleva a cabo una reflexión acerca de la relevancia que adquiere el Trabajo Social Comunitario (TSC) para contribuir a la realización, producción y diseño de las políticas públicas. El propósito de la investigación se centró en ubicar la importancia que desde el ámbito comunitario y participativo se dé lugar a una mayor participación a las personas que acuden a los servicios sociales en el diseño de aquellas políticas que más le afectan. El trabajo apuntó a la necesidad de ir profundizando la implicación de todos los actores en la construcción de los nuevos diseños de las políticas sociales, teniendo en cuenta como factor fundamental el impacto que el COVID-19 ha tenido en la organización de los Servicios Sociales.

El análisis del primer semestre del año 2020 llevado a cabo por el CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el

Crecimiento)., refleja el impacto social y económico de la pandemia y como él mismo acentuó las desigualdades sociales. Es relevante destacar que el COVID-19 no impactó en todas las provincias de Argentina de la misma forma, sino que, los sectores más afectados fueron los partidos de Buenos Aires y la Patagonia. Según dicho estudio el aumento de la pobreza estuvo en vinculación directa con dos indicadores centrales, primeramente por una disminución del poder adquisitivo por las disminuciones salariales durante los meses más estrictos del ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) y en segundo lugar por la disminución absoluta de ingresos laborales relacionada al desempleo.

El análisis del CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) relacionado al segundo trimestre expuso una cruda realidad: aproximadamente cuatro millones de personas perdieron el empleo, al menos temporalmente, y una gran mayoría pasó a la inactividad. La situación que dio lugar la pandemia por COVID-19 produjo graves consecuencias a toda la población , pero más específicamente afectó a aquellas personas que ya se encontraban en situación de vulnerabilidad social. Asimismo, en el informe emitido acerca del segundo semestre de 2021, si bien se advierte una mejora, todavía no se había llegado a los niveles de pobreza que estaban presentes antes de la pandemia , y la situación atravesada dejaba en evidencia lo lejos que se estaba de haberle dado solución a aquellas problemáticas.

En el ámbito local el informe final presentado ante la Dirección de Investigación en Salud *“Efectos psicosociales del aislamiento social, preventivo y obligatorio -ASPO- Demandas en la urgencia al programa de salud mental comunitaria y adicciones. Rio Negro 2020 - 2021”*, centra su interés en las situaciones de violencia de género, intoxicación aguda por consumo de

sustancias psicoactivas e intento de suicidio. El informe partió de la hipótesis de que la situación de emergencia sanitaria y su consecuente medida de ASPO supone un incremento y una complejidad particular en las demandas psicosociales en la urgencia del sistema de Salud Pública. Un hallazgo que permitió visualizar este trabajo refiere a las “nuevas demandas” en referencia a la necesidad de contención de los propios trabajadores/as del sistema de salud por el alto nivel de estrés que implicó sostener la tarea. (Bolletta, Scalesa, Ramos et al., 2022)

En este sentido, resulta relevante indagar cómo el contexto de pandemia ha impactado en el sostenimiento de las actividades que se desarrollan desde el servicio social del Hospital Zatti, dando lugar a nuevas demandas y nuevas formas de intervenir, para hacer frente a la situación de emergencia sanitaria. Resulta interesante cómo los/as Trabajadores/as Sociales han sido permeables a tales cuestiones y qué posiciones han construido al respecto.

II.2 Enfoque conceptual y objetivos de la investigación

La noción de *salud*², está vinculada a la interacción de diversos factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. En este sentido, Briceño (2000), expresa que “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p.15). Estos procesos no se encuentran aislados entre sí ni son independientes sino que se interrelacionan unos con otros. Es por ello que, siguiendo al autor Alcántara (2008) la salud es:

un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas (p.2).

En tal sentido Murillo (2017) advierte que concebir a la salud desde un modelo hegemónico, comprendido como la facultad de un conjunto de personas para relacionarse con otras personas desde una postura superioridad, no ha proporcionado un paradigma orientado a solventar epistemológica, metodológica y praxiologicamente el objeto de la salud, como tampoco su determinación social, económica y cultural para generar el bienestar de los grupos sociales, así:

la salud y la salud pública han estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la

² La salud se concibe en sentido amplio no referida únicamente a la ausencia de enfermedad. Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1948: definió a la salud como “Un estado completo de bienestar físico, mental y social no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, cabe destacar que existen críticas hacia este concepto, debido a la arbitrariedad del término “completo” en vinculación al bienestar, lo cual condenaría a la mayoría de las personas a no ser saludables.

enfermedad y no en la salud, bajo el denominado “pensamiento hegemónico en salud”, que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo. La salud pública, cuya base epistemológica es el funcionalismo, considera el sistema social como una totalidad integrada por diversas estructuras con roles definidos para los individuos en un engranaje equilibrado, con ajustes a través de normas y sanciones (p.3).

En este marco, es importante referir a la *salud colectiva* (SC), noción que emerge a fines de la década de los años 70, con el objetivo de construir un nuevo paradigma en vinculación a la salud pública, comunitaria, preventiva y social, que dé lugar a una interrelación entre las diversas profesiones e instituciones que se articulan dentro del ámbito de la salud. La autora Liborio (2013) afirma que la salud colectiva:

abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el “derecho a la salud” de la ciudadanía (p. 139).

La autora hace hincapié en que la salud colectiva participa en la promoción de dicha salud. Asimismo, se conforma como un campo científico que incluye nuevas prácticas y propuestas, y es percibida como un desafío en términos conceptuales ya que se encuentra en permanente construcción.

Desde la visión de la salud colectiva se orienta a la construcción de prácticas efectivas en el ámbito sanitario, encaminadas a que a través del

conocimiento se pueda mediar el cuidado de la salud de los distintos grupos poblacionales. Liborio (2013) alude a que “la SC, así entendida, forma un nuevo campo de conocimiento en constante desarrollo, y se constituye en un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del proceso de salud enfermedad-atención/cuidado” (p.140).

Bertolozzi y De La Torre (2012), exponen a la salud colectiva desde una perspectiva que contiene una mirada filosófica:

la salud colectiva puede ser interpretada como un mosaico: como un conjunto formado por partes separadas, que se aproximan cuando la comprensión de los problemas o de las prácticas propuestas van más allá de los límites de cada campo disciplinar, lo que exige asociaciones interdisciplinarias. De hecho, la Salud colectiva es una práctica social y un campo de conocimientos. Como práctica, es decir, en cuanto proceso de trabajo, está constituida por componentes básicos: objeto, instrumentos, medios, actividades y relaciones sociales. Y esto es particularmente importante, puesto que los objetos de las investigaciones emergen de las prácticas sociales (p.4).

Esta manera de concebir la salud está vinculada a la capacidad de poner foco en las necesidades sociales de salud de la sociedad y no reducirla a que los problemas de salud, se limitan a riesgos, agravios, enfermedades y muertes. Bertolozzi y De La Torre (2012) señalan que la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de los mismos conforman el objeto de la Salud Colectiva y afirman que la misma:

no se limita al conocimiento de orden técnico, por el contrario, se amplía para buscar comprender cómo viven y cómo se enferman los sujetos, que a su vez tienen sentido en hogares concretos, donde establecen relaciones sociales y donde se concretiza la vida y el trabajo. Es decir, se trata de

comprender el proceso salud enfermedad en el concreto de la vida, no reduciendo la colectividad a la suma de personas, sino trascendiendo para comprender las relaciones entre sus integrantes, incluyendo relaciones de poder, de afectividad, de competencia y de vínculo (p.6).

Como dice la autora Murillo (2017), la salud colectiva:

parte de ver a la sociedad como un proceso de cambio atravesado por contradicciones, cuya resolución va dando origen a nuevas formas mediante las cuales las personas y las colectividades buscan resolver los problemas. La sc resignifica la noción del proceso salud-enfermedad y se ocupa de generar saberes y prácticas que se alimentan de asuntos como la incorporación de procesos históricos y la dialéctica; la consideración epistemológica del objeto salud, y el establecimiento de conexiones con las ciencias sociales para materializar la interdisciplinariedad y hacer una crítica al modelo preventivista y a la insuficiencia de herramientas metodológicas para el análisis de las condiciones de salud y enfermedad de los colectivos de la epidemiología convencional, entre los más importantes (p.3).

A partir de lo mencionado, es importante referir a los llamados *determinantes sociales de la salud*. Cabe considerar que las intensas transformaciones sociales de las últimas décadas han generado márgenes de mayor vulnerabilidad social, en especial en los sectores más necesitados de la población. Patricia Frenz (2005) menciona que los determinantes sociales de la salud:

se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos

mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (p.3).

La autora menciona que estos determinantes son objetos de políticas públicas, susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas. Asimismo, la perspectiva de trabajo sobre los determinantes sociales amplía la mirada sobre las problemáticas, superando la visión de las enfermedades o padecimientos como instancia individual, ampliando el foco hacia las condiciones más estructurales que se materializan en la vida de las comunidades y limitan el acceso a los derechos: salud, educación, empleo, vivienda, trabajo, como también aquellas circunstancias culturales y ambientales.

Refiriendo a lo planteado por Acheson (1998), otra de las variables que nos acercan a la comprensión de los factores sociales que influyen negativamente en nuestra salud, es el modelo que percibe que las diferencias en vinculación a la salud son el resultado de desigualdades en cuanto a la situación económica de las personas. Dicho modelo remarca que los primeros momentos de la infancia son fundamentales para su vinculación con lo social y lo biológico, y analiza cómo la economía y lo fisiopatológico influyen en la salud.

Patricia Frenz (2005) plantea un análisis el cual expone que del contexto sociopolítico de las instituciones y del desarrollo económico, surgen posiciones socioeconómicas caracterizadas por ser desiguales. Asimismo, alude a que esta desigualdad, caracterizada por factores como: ingreso, educación, empleo, género, etc, lleva a condiciones sociales de inequidad. De esta manera aquellos mecanismos de categorización socioeconómica son los que conocemos como los determinantes estructurales de inequidades en salud, los cuales sientan las bases para la existencia de situaciones óptimas o no de salud. Con esto se quiere expresar que, las circunstancias económicas que atraviesa una persona

no influyen directamente sobre su estado de salud sino que funciona como intermediario. Es decir, como se mencionó anteriormente, en la salud pueden influir variables como: estado de la vivienda, estado emocional, mala alimentación entre otros.

Es relevante acotar que, se incluye al sistema de salud como determinante social, esto por la razón de que el presentar o no un estado óptimo de salud está estrechamente vinculado con la circunstancia o situación económica y funciona como un esquema que se retroalimenta. (Patricia Frenz, 2005).

A partir de lo planteado es fundamental remarcar que, tal como lo expresan De La Guardia y Ruvalcaba (2020), la salud de la población mejoraría de manera notable si se llevaran a cabo estrategias en el área de salud encaminadas a la consideración los determinantes de la salud, esto desde un enfoque multidisciplinario, donde se tenga en cuenta lo biológico, lo social, los estilos de vida y el entorno ambiental, es decir, esto llevaría a que los resultados sean favorables.

La labor del trabajador/a social sanitario/a se centra en las relaciones existentes entre la salud y los determinantes sociales, sin olvidar el contexto social en el que está inmerso. Asimismo, *la conformación del Trabajo Social en el ámbito de la salud pública* “reconoce una trayectoria estrechamente vinculada con las luchas discursivas y con los modos en que éstas se resolvieron desde el momento en que se conforma la intervención en salud por parte del Estado” (Nucci, Crosetto, Bilavcik et al 2018,p.11). Estas discusiones se centran en debatir acerca del sitio que ocupaban los/as profesionales del Trabajo Social en la protección de la salud pública. Asimismo, se caracterizaban por tener aspectos

ideológicos, políticos, teóricos y metodológicos, y aludian a nociones acerca de la salud, sus distintos componentes y a las perspectivas de intervención.

El autor Menéndez (s.f) , lleva a cabo un análisis acerca de cómo se solucionaron aquellos debates en el desarrollo del proceso en el cual se da la formación del campo del Trabajo Social en salud, remarcando como aspecto fundamental que en el origen de la salud pública en Argentina, no se incorporaron los factores socio-económicos y culturales. Asimismo, menciona que pese a que esos eran los objetivos de la medicina social, afirmar que la medicina (Salud pública) era una “ciencia social” dio como resultado la medicalización de la salud pública, dejando de lado dichos factores.

Menendez (s.f) analiza e indaga la disputa y plantea lo siguiente:

más allá de las invocaciones a la medicina como ciencia social, a la medicina social o a la salud pública, lo sustantivo es que ésta se constituyó a partir de una “ciencia”/“arte” no sólo no social, no sólo no histórica, sino asocial y ahistórica, donde además sus ejecutores, más allá de la sensibilidad ideológica de cada cual, asumen un rol genérico en cuanto profesionales caracterizados por la carencia de una formación específica respecto del proceso de salud/ enfermedad/ atención que ubique su práctica profesional dentro del contexto económico político e ideológico que lo produce y reproduce, y sobre todo que le permita intervenir técnicamente sobre los procesos socioculturales que afectan la salud colectiva (p.105).

Comprender al sujeto y a la enfermedad desde una visión biologicista se vincula con la medicalización de la salud y con aquellas nociones que se orientan a normar y medicalizar a las personas, sin tener en consideración los aspectos económicos y socio-culturales (Nucci, Crosetto, Bilavcik et al 2018).

Esta perspectiva que se caracteriza por ser reducida y limitada, y a su vez deja afuera lo que se concibe como una visión integral de la persona en el desarrollo de la salud-enfermedad, provocó que no se pueda brindar una solución óptima a los problemas de salud que estaban atravesados por factores sociales, lo cual dio lugar al surgimiento de la intervención en el área de salud.

La inserción de los/as Trabajadores/as Sociales en el ámbito sanitario es resultado de las problemáticas y situaciones urgentes, que no eran percibidas como situaciones relevantes por parte de la visión biologista, sin embargo las mismas emergen frecuentemente como problemas sociales vinculados estrechamente a la situación de salud de los sujetos.

Posteriormente emergen nuevas miradas orientadas a cambiar aquello ya establecido en el campo sanitario, proponiendo nuevos paradigmas de salud-enfermedad-atención que incluyen factores económicos, políticos y socio-culturales de las personas en el análisis e implementación de estrategias de intervención; que si bien primeramente estaban caracterizadas por ser filantrópicas y voluntarias, más adelante fueron profesionalizadas como Trabajo Social.

Siguiendo estos planteos, las autoras Nucci, Crosetto, Bilavcik et al (2018) expresan:

aunque con grados de legitimación y poder asimétricos, surgen cuestionamientos a los contenidos ideológicos e instrumentales de la concepción de salud pública que dieron lugar a la dicotomía original, separando las prácticas médicas de otras encargadas de atender los factores coadyuvantes de las situaciones de salud y enfermedad. De allí se desprende la idea, que aún subsiste, acerca de que “lo social” (como dimensión explicativa de la vida de los sujetos y como concepto

integrador en los procesos de resolución de problemas de salud- enfermedad) compete a unas profesiones y no a otras (p.12).

Esta configuración del ámbito sanitario no solo se orienta a multiplicar la fragmentación, sino que también influye negativamente en la conformación de estrategias de intervención trascendentes que beneficien la concreción de los derechos de la población:

coexisten dos tipos de confrontaciones entre las/los agentes institucionales: una que refiere a las perspectivas ideológico-políticas, es decir, concepciones sobre salud y estrategias de intervención de tipo transversal - en función de las cuales se producen disputas entre y al interior de las profesiones-, y la otra respecto a la definición del tipo de problemas – objeto a los que cada quien se refiere y los saberes especializados con que cada profesión interviene en este campo” (Nucci, Crosetto, Bilavcik et al, 2018, p.13).

La disputa entre los paradigmas provenientes de la medicina se entrelaza con las luchas por las definiciones en torno a lo que constituye el objeto de intervención del Trabajo Social. Y como mencionan las autoras, si bien se ha llegado a notables avances en la participación del Trabajo Social en el campo de la salud pública, este proceso aún continúa y la dinámica de las luchas varía según cómo se sitúe la profesión y las/os profesionales en cada contexto sociohistórico (Nucci, Crosetto, Bilavcik et al, 2018). Es decir, la noción acerca del proceso de salud-enfermedad hace referencia a la necesidad de percibir a las personas con las cuales se interviene como sujetos activos en las circunstancias que los atraviesan, dejando atrás el viejo modelo de interpretación que se orienta a concebir aspectos puramente biológicos e individuales.

Asimismo, siguiendo al autor Carballada (2016) se puede advertir que en la *Intervención profesional del Trabajador Social* su labor se encuentra

estrechamente ligada a la vida cotidiana, donde “las personas interactúan con su contexto micro social, construyen significados y formas de comprensión y explicación acerca de lo que está ocurriendo” (p.2). De esta manera, su acción se sustenta en principios relacionados con los Derechos Humanos y la Justicia Social. El autor alude a que:

a partir de su propio devenir histórico el Trabajo Social, construye sus propios aportes teóricos e instrumentales, éstos se relacionan con diferentes épocas y marcos conceptuales. El Trabajo Social basa su metodología en un cuerpo sistemático de conocimientos, sustentados en la experiencia y en diálogo con diferentes teorías, derivados de la investigación, la contrastación con la práctica y su reelaboración teórica, construyendo conocimiento desde su intervención (p.2).

La autora Aquín (1995) hace referencia al Trabajo Social como una disciplina que encamina su intervención al atendimento de necesidades tanto materiales como inmateriales, las cuales emanan de personas, familias, grupos y poblaciones que poseen inconvenientes para la reproducción de su existencia, promoviendo su relación con instituciones públicas y privadas que disponen de o pueden crear satisfactores.

Carballeda (2008) señala que la intervención en lo social:

se presenta como un instrumento de transformación, no sólo de las circunstancias donde concretamente actúa, sino también como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo entre diferentes lógicas que surgen de distinta forma, tanto en los problemas sociales como en las instituciones mismas. De allí que la intervención en tanto dispositivo, entendiéndolo desde la perspectiva de Michel Foucault, sería una trama de relaciones que se pueden establecer entre componentes diversos. De este modo, la intervención da cuenta

de una importante capacidad para articular y generar diálogos entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales, teniendo en cuenta, además, que el carácter normativo de las lógicas de las instituciones se encuentra en crisis dado que la superposición de problemas las hace heterogéneas y muchas veces incomprensibles (p.5).

Las autoras Campana y Lamanuzzi (2009) y Pantanalli (2018) aluden a que la comprensión de la realidad es primordial para el desempeño del rol profesional del Trabajador/a Social, ya que este aspecto proporciona un amplio panorama el cual posibilita un mejor entendimiento de las problemáticas sociales. Dentro de este marco los/as Trabajadores/as Sociales intervienen con los sectores oprimidos, los mismos atravesados por cuestiones de clase, raciales, de género, etc.

Los *espacios de intervención* son los sitios de encuentro entre sujetos atravesados por distintas circunstancias sociales. Siguiendo a las autoras Nucci, Crosetto, Bilavcik et al (2018):

comprende tanto a profesionales de las instituciones y servicios como a familias/unidades domésticas y sus miembros, que recurren a ellos para resolver situaciones de su vida cotidiana, estableciendo relaciones a partir de las cuales se efectivizan las estrategias de intervención profesional (p.17).

La autora Rozas Pagazza (2004) refiere a la vinculación entre la *cuestión social* y la intervención del Trabajo Social. La autora define a la intervención del Trabajador/a Social como un campo problemático en el cual se manifiestan distintas expresiones de dicha cuestión social e impactan en la cotidianeidad de los sujetos con los cuales se trabaja. El proceso de intervención involucra la vinculación entre la demanda presentada, en relación con la denominada cuestión social, percibida como expresiones de desigualdad y contraposiciones

de índole económico, cultural, político, ideológico. El sociólogo Castel (1997) que la define como:

una teoría fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad [...] para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia (p.3).

El autor menciona que dicha cuestión social es producto de las secuelas de la industrialización, la cual contribuye a que las condiciones de vulnerabilidad se acentúen e intensifiquen, de manera que impacten fuertemente a la población.

Haciendo referencia a las *políticas sociales*, el Programa para la Cohesión Social en América Latina (s.f) las define como “la forma más explícita y directa mediante la que el Estado reduce las inequidades sociales y, por tanto, construye cohesión social, brindando oportunidades productivas, desarrollando las capacidades individuales y asegurando la protección universal” (párr.4). Asimismo, ellas constituyen un ámbito a partir del cual trabajan los profesionales del Trabajo Social, pero fundamentalmente se perciben como intervenciones del estado.

Aludiendo a lo planteado por la autora Rosas Pagaza (2010) las políticas sociales se presentan, como respuesta a la cuestión social, pese a esto debe tenerse en cuenta que el nivel de problematización de estas variables teóricas en la vinculación entre Estado y la sociedad contemporánea conlleva una mayor profundización, debido a que es necesaria la representación rigurosa de las particularidades que adquiere la configuración del mundo social a la luz de los movimientos que se exponen en relación a la cuestión social. La autora percibe como hipótesis que la cuestión social y las políticas sociales, conforman el piso

argumentativo de la formación e intervención de los profesionales del Trabajo Social. Asimismo, plantea que funcionan como una guía para la comprensión de la realidad en relación a la profesión.

Siguiendo estos planteos, la intervención del Trabajador/a Social se hace presente cuando surge una demanda por parte de una persona o institución, y es un proceso que incluye la visualización de la problemática, su análisis y su estrategia de intervención. Llegar a una resolución de la problemática presentada es resultado de un complejo proceso de trabajo, que abarca la toma de diversas decisiones que son producto de la interpretación del problema.

Las *demandas* pueden definirse citando a Cazzaniga (1997) como:

la categoría conceptual en donde se concretiza y objetiva la representación social acerca de la profesión en relación con lo que se demanda, cómo se expresa y con qué motivo, manifiesta las condiciones de vida del sujeto que demanda y como éste la percibe y significa. La demanda, entendida de esta manera exige un esfuerzo de construcción teórica, una instancia de comprensión que problematice lo naturalizado (p.11).

La autora advierte que las demandas se manifiestan enmarcadas por las percepciones personales que tienen las personas que las presentan acerca de las problemáticas sociales que se desarrollan en un contexto sociohistórico determinado. Los profesionales deben analizar las demandas para poder visualizar las condiciones en las cuales surgen y que no siempre puede ser expresada. Poder identificar estas variables le permite al profesional planificar medidas de acción más efectivas. Cazzaniga (1997) alude a que otra situación que puede darse es que el sujeto acuda al Servicio Social sin una demanda clara, la cual puede estar caracterizada por aspectos contradictorios que la

constituyan como una demanda artificial, es aquí donde el profesional debe investigar para descubrir la raíz del problema.

Las personas con las que se interviene, deben percibirse como sujetos de derecho inmersos en un contexto que condicionan sus modos de vida. Las autoras Amelotti y Ventura (2012) expresan que aquellas personas se encuentran limitadas pero no determinadas por su realidad. Desde esta perspectiva se puede visualizar a las mismas como promotoras de cambio sobre sus propios condicionamientos, acompañando en la búsqueda de recursos que minimicen los márgenes de desigualdad.

Las demandas de intervención que emergen en los Servicios Sociales pertenecientes a las instituciones de salud, se caracterizan por implicar situaciones de vulnerabilidad, en su mayoría, las personas con las que se trabaja se caracterizan por presentar ingresos económicos bajos o insuficientes, sus redes familiares son inestables o inexistentes y se encuentran en condiciones habitacionales precarias, factores que influyen en la aparición de enfermedades.

Los profesionales de Trabajo Social que están inmersos en las instituciones de salud pública, intervienen orientándose a la construcción de autonomía de las personas y la concreción de sus derechos humanos. Entonces, se puede decir que las personas que solicitan la intervención de los profesionales del Trabajo Social en los Servicios Sociales de salud conforman un sector de la población cuyo acceso a recursos y/o servicios para la plena efectivización de sus derechos se encuentra limitada. Asimismo, la inclusión en los procesos de intervención exige un análisis completo que abarque los indicadores sociales de género, etnia, estructura social, etc. Se entiende que los/as Trabajadores/as Sociales deben situarse desde una perspectiva crítica en

su intervención en lo social, esto con el objetivo de dar lugar a prácticas transformadoras, vinculada a la desnaturalización y a la problematización de cada situación.

En relación a las *nuevas demandas* que emergieron en el campo de la salud en contexto pandémico, se puede afirmar que estuvieron atravesadas por el impacto y las consecuencias que el COVID-19 provocó en la historia particular de cada sujeto. En vinculación a esto, en el trabajo de investigación de Ardila, Rosales, Fernández et al (2021) se advierte que la pandemia impactó fuertemente en la manera de llevar a cabo las tareas tradicionales y en el funcionamiento del sistema de salud en su conjunto.

En el mencionado estudio se expone que en momentos del ASPO, se produjo un descenso de las demandas en los hospitales, por el temor a contraer el virus. Ardila, Rosales, Fernández et al (2021) afirman que pese a que la cantidad de pacientes era menor, las situaciones se caracterizaban por presentar una mayor complejidad. La autora expresa que esto pudo verse reflejado en el transcurso de los primeros meses de pandemia donde las personas sentían miedo de acercarse a los servicios de salud y además tenían el conocimiento que los mismos estaban centrados en la atención del virus. Debido a esto, solo se acercaban a los servicios de salud cuando la situación no era controlable para la persona o su familia.

La autora señala que la atención presencial fue rotundamente limitada. Asimismo, alude a que los centros de salud permanecieron cerrados y solo ingresaban pacientes que requerían asistencia presencial, es decir, la atención presencial quedó reservada para las situaciones de mayor urgencia. En el trabajo investigativo se menciona que en las situaciones restantes, las

estrategias de intervención fueron comenzar a comunicarse con los pacientes, a través de la vía telefónica, como llamadas o videollamadas de WhatsApp.

En cuanto a las *estrategias de intervención*, Rodríguez (2010), las define como “el conjunto coherente de recursos utilizados por un equipo profesional disciplinario o multidisciplinario, con el propósito de desplegar tareas en un determinado espacio social y sociocultural con el propósito de producir determinados cambios” (p.2).

Siguiendo a Gonzales (2001) las estrategias de intervención son:

un conjunto teórico-metodológico que opera como una matriz orientadora de la actuación profesional, así como de su análisis. Definir o planificar estrategias supone proyectar de forma adecuada a cada circunstancia de intervención, una combinación particular de procedimientos, técnicas, instrumentos operativos, cuya peculiaridad va a estar dada por la manera específica en que se articulan un marco de referencia propio, unos objetivos y unas funciones, con las características de los agentes (su biografía personal o familiar), condiciones sociales de los mismos, así como situación macro social (contexto económico, políticas sociales, etc.) (p.3).

Podemos decir que las estrategias que adoptan los profesionales de Trabajo Social en el campo de la salud en vinculación a las necesidades sociales, deben idearse en términos interinstitucionales, ya que no se puede dar respuesta a una problemática compleja desde la soledad institucional. Siguiendo a Gonzales (2001) las estrategias de intervención ponen en acción a aquellas instituciones de poder que se conforman por recursos económicos, culturales y sociales, los cuales emergen en la intervención profesional del Trabajador Social.

El trabajo interinstitucional se entiende como:

El contacto y la articulación con otras instituciones y profesionales, que estén abordando la misma problemática. El mismo permite no sólo aportar a la reconstrucción del tejido social sino también dialogar entre sí, visibilizando el padecimiento, como manifestación de la desigualdad; al mismo tiempo que nos permite interpelarnos sobre nuestra forma de actuar, revisar nuestra intervención (Amelotti, 2012,p.5).

Carballeda (2008) analiza la relación entre la intervención, las relaciones sociales y las instituciones. Menciona que las relaciones sociales:

en tanto construcción de procesos de identificación y subjetivación, se dificultan a partir de distintas formas de una crisis de pertenencia e identidad, ligada a la caída de las formas típicas de socialización. Desde esta situación es posible pensar que gran parte de la población se encuentra no “al margen”, sino excluida de la sociedad, es decir, sencillamente no formando parte de ésta. Ante esa perspectiva, las prácticas típicas de reinserción se oscurecen dado que la demanda hacia la intervención puede provenir de sujetos que nunca estuvieron insertados en la sociedad. De allí que la intervención deba dialogar con la inscripción o reinscripción de esos otros que quedaron fuera, los que padecen subjetivamente la posibilidad de estarlo o los que sencillamente nunca estuvieron (p.3).

Carballeda (2008) expresa que “las problemáticas sociales complejas, expresan de diferentes formas esas cuestiones que, en definitiva, atraviesan todo el escenario de la intervención, generando nuevos guiones, papeles y tramas, donde lo que sobresale es lo novedoso del padecimiento, especialmente desde su heterogeneidad”(p.3). El autor menciona que los lazos sociales son atravesados por el impacto de las crisis. Señala que la ausencia de los lazos sociales y las crisis conforman las problemáticas de los últimos tiempos, haciéndose presentes dentro de

los espacios de intervención profesional. La manifestación institucional de estos fenómenos se expresa en una multiplicidad de dificultades que ponen en discusión las características fundacionales de las instituciones de intervención social.

Asimismo, expresa que las características complejas que presenta la cuestión social actualmente deja entrever las multiplicidad de problemáticas que se hacen transversales y exceden la especificidad de cada institución, desde su entendimiento y explicación hasta el sentido de las intervenciones. Es decir, las “problemáticas sociales complejas” se caracterizan por estar en movimiento permanente y continua metamorfosis.

Otra de los aspectos que aborda Carballada (2008) refiere a la pérdida de solidaridad entre las instituciones:

desde la construcción de las instituciones típicas de intervención existía una relación solidaria entre ellas. Así, el sujeto que una institución “construía” o “producía” era articulado y aceptado por otras. En la actualidad esta relación se presenta a la inversa, donde el sujeto que proviene de una institución posiblemente sea rechazado por otra. Es más, en una institución se pierde muchas veces la solidaridad sistémica dentro de ella misma (p. 4).

El autor señala que los inconvenientes del Estado en los últimos tiempos se visualizan también en este sentido, dado que el mismo garantiza la realización y puesta en marcha de la vinculación interinstitucional e intra-institucional. A partir de esto el autor menciona que “las instituciones modernas son en definitiva una forma de expresión de la sociedad, pero siempre formando parte de una maquinaria donde se articulan mecánicamente con otras instituciones, coordinadas, reguladas sistematizadas y organizadas por el Estado” (Carballada, 2008,p. 5).

Lewkowicz (2014) alude a que cada institución en particular se percibe como generadora exhaustiva de los sujetos que precisa en la circunstancia que los necesita. A partir de esto Carballada (2008) expone que esta manera de vinculación no se hace presente y señala que:

incluso la solidaridad puede ser transformada en hostilidad. Los sujetos que produjo una institución no son “necesitados” por la otra, no hay un encadenamiento y necesidad de una institución con respecto a la otra. La fragmentación también se entromete en las relaciones interinstitucionales y en la institución misma. Allí, en el terreno de la intervención, es donde algunos postulados básicos de la modernidad comienzan a mostrar algunas dificultades, tanto desde su dimensión interior como en su expresión hacia fuera. Pareciera que cada institución construye su propia esfera y lógica, en algunos casos con una fuerte desarticulación con las otras instituciones o con la sociedad misma. Así, esta no produce sujetos para otra institución, ni acepta “tomar” los sujetos que otra construye (p. 5).

A partir de lo expuesto sobre el trabajo institucional puede desprenderse la noción de *trabajo en red*, el cual refiere a una forma de trabajo que permite la articulación, intercambio de conocimientos, experiencias, perspectivas entre instituciones y/o personas, con el objetivo de potenciar sus recursos y llegar a fines comunes. La noción de red implica, citando a Dabas (1993) “un proceso permanente de construcción que se da a nivel individual y colectivo producto de la dinámica de reciprocidad establecida por sus integrantes, permitiendo que los recursos de esta sean potencializados” (p.3).

Asimismo, mediante un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con

integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la construcción de alternativas para el abordaje de problemas o la satisfacción de necesidades.

El presente trabajo investigativo se propone indagar las formas de presentación de las nuevas demandas y las implicancias de intervención de los/as Trabajadores/as sociales en el ámbito sanitario. A partir de este enfoque conceptual se han definido los siguientes objetivos de la investigación:

Objetivos

- General:

Conocer el impacto de la pandemia COVID-19 en la intervención de los/as trabajadores/as Sociales pertenecientes al área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti, en el período 2020-2021.

- Específicos:

- Caracterizar el rol del Trabajador/a Social dentro del área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti.
- Explorar acerca de las nuevas demandas que emergieron en el contexto pandémico.
- Describir las nuevas estrategias de intervención para afrontar las demandas en contexto de pandemia enmarcadas en las medidas ASPO y DISPO.
- Conocer el posicionamiento de los profesionales con respecto a las nuevas formas de intervenir.

II.3 Metodología

Tipo de estudio y diseño:

El diseño correspondiente a la siguiente investigación se caracteriza por ser no experimental, ya que él mismo refiere a evaluar una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo. (Hernández Sampieri 2010 p.154). Asimismo, será transeccional de carácter exploratorio ya que servirá para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos ya que aborda una problemática inédita como lo es la pandemia por COVID-19. Si bien existen antecedentes respecto a los efectos de la pandemia, hay escasos trabajos que se centren en el rol de los/as Trabajadores/as Sociales del sistema de salud. También se orientó a la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones o postulaciones (Hernández Sampieri 2010 p.79).

La modalidad operativa propuesta como metodología- proceso, se constituye por una articulación interactiva de lo investigado en contraste con los datos que se pueda obtener en relación al rol del Trabajador Social perteneciente al ámbito del Servicio Social del Hospital Artémides Zatti de Viedma durante 2020-2021. Es por eso que corresponde a una metodología cualitativa con una muestra no aleatoria (intencional) por conveniencia, ya que se propone comprender el fenómeno desde la perspectiva de los actores que están implicados en ello. La unidad de análisis está dada por las Intervención de los/as Trabajadores/as Sociales en situación de pandemia por COVID-19 .Dicho enfoque metodológico permitirá recoger diferentes puntos de vista de los autores

involucrados en la temática, lo cual proporcionará una comprensión del fenómeno en sí , y la visualización del contexto local del espacio mencionado.

Población objetivo y muestra :

La población del estudio está compuesta por Trabajadores/as Sociales que ejercieron su rol en el ámbito de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti, de la localidad de Viedma durante los años 2020-2021. El diseño muestral es de carácter intencional, basado en el criterio de accesibilidad de aquellos efectores que decidieron participar de la investigación. La muestra quedó constituida por (4), de los 5, profesionales de Trabajo Social, pertenecientes al Servicio Social del Hospital Artémides Zatti.

Técnicas de recolección de datos:

Las técnicas empleadas para la recogida de información fueron las entrevistas de carácter “semi-estructuradas” a profesionales de Trabajo Social que se desempeñaron en el ámbito de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti, de la ciudad de Viedma, durante el periodo 2020-2021. Esta técnica permitió establecer algunos ejes para la realización de los interrogantes que se vincularon a los objetivos establecidos en el presente trabajo, a la vez que permitió incorporar cuestiones que resultaron significativas en el intercambio con los/as entrevistados/as.

Se consideró también la técnica análisis de documentos, accediendo a distintas documentaciones que den cuenta sobre las intervenciones desde el Servicio Social: registro de demanda, registro de intervenciones, planificaciones de actividades, entre otros.

Unidades de información:

Se constituyeron en unidades de información los profesionales de Trabajo Social pertenecientes al Servicio Social del Hospital Zatti; también los documentos de trabajo que se vinculen con la problemática enunciada en este proyecto.

Instrumentos de recolección de datos :

Se evaluó la posibilidad de emplear durante las entrevistas un grabador, con el fin de contar con el testimonio exacto de los/as entrevistados/as. (previamente consentido su utilización con los/as entrevistados/as). Por otra parte, se utilizó un cuaderno de campo como herramienta para volcar anotaciones y llevar un registro de aspectos relevantes de la entrevista.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación:

La investigación se llevó a cabo con el consentimiento previo del entrevistado/a en el cual se darán a conocer los ejes principales que se abordarán en las entrevistas, asimismo se les informará el fin y los objetivos de la investigación (formulario de consentimiento informado en anexos). Se garantizará el resguardo de información que permita la identificación de los/as entrevistados/as.

III. Análisis de los datos

Servicio Social perteneciente al Hospital Artémides Zatti

A continuación se expone el análisis de las entrevistas realizadas a los/as Trabajadores/as Sociales del Servicio Social del Hospital Artémides Zatti, en base a las dimensiones de análisis propuestos en los objetivos específicos:

III.1 Caracterizar el rol del Trabajador/a Social dentro del área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti.

En el año 2002 se aprueba la resolución 482/2002 “Norma de Organización y Funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales” que forma parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. La misma establece que *el/la Trabajador/a Social dentro del área de salud* centra su labor en las relaciones existentes entre el ámbito de salud y los determinantes sociales, trabajando para la accesibilidad de la comunidad, no solo al sistema sanitario, sino al goce de sus derechos. La función se caracteriza por brindar apoyo psicosocial, en el marco de una estrategia de intervención más amplia, que parte de una demanda sobre la salud e involucra a otras áreas del sistema.

De esta manera, la tarea está orientada a brindar asesoramiento a los pacientes, cumpliendo con la función de educador cuando el sistema sanitario tiende a ser confuso y/o complejo, procurando facilitar información para la comprensión de los diversos factores que se entrelazan en cada problemática.

De esta manera, el/la Trabajador/a Social tiene en consideración el contexto familiar, social, territorial, comunitario, busca brindar accesibilidad al sistema de salud público, siempre teniendo en cuenta que el campo del trabajo social debe estar necesariamente atravesado por la perspectiva de derechos humanos. Orientando a construir y restituir derechos que han sido vulnerados mediante estrategias comunitarias colectivas.

Dicha resolución afirma que el Trabajo Social es un campo en el cual los objetos y objetivos de la intervención ubican al quehacer profesional, dentro de las amplias problemáticas sociales, en un proceso dinámico entre los usuarios (sujeto de necesidades) y los recursos (objeto de satisfacción de las necesidades), no sólo orientada por el eje asistencial sino también por los de promoción, participación y socialización. Asimismo, alude a que el Servicio Social en Salud es la unidad que se ocupa de las labores vinculadas a la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de carencia de los pacientes y sus familiares. Asimismo, se orienta a facilitar el acceso a la salud por medio de la efectiva utilización de recursos que aseguren la equidad a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Esta normativa establece además la implementación de formas de intervención profesional adecuadas a las nuevas problemáticas sociales; desarrollar actividades de capacitación, docencia en servicio y supervisión en forma progresiva y sostenida, de pre y post grado; articular el sistema de redes socio-institucionales que favorezcan la racionalización de los recursos; y también se orienta a generar la participación de la población en proyectos que surjan de sus necesidades sentidas y expresadas.

Al consultar sobre rol del Trabajador/a Social dentro del área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti, la mayoría de los/as entrevistados/as coincidió en que el rol del Trabajador/a Social apunta específicamente a la demanda planteada en relación a un sentido integral y holístico de la salud. Aludieron a que se trata de intervenir en cada situación teniendo en cuenta la particularidad contextual que la rodea.

Asimismo, comentaron que el procedimiento de intervención que llevan a cabo dentro del Servicio Social se caracteriza por los siguientes aspectos: por la confidencialidad en cuanto a la información y documentación que reciben; por intervenir de manera colectiva e interdisciplinaria con el equipo de salud a la hora de diagramar un plan de acción para el tratamiento del paciente; otro aspecto que señalaron es que se constituye como ámbito de acción tanto la institución como el domicilio del paciente. Asimismo, aludieron a que atienden las demandas que se presentan de manera espontánea teniendo en cuenta no solo a los personas que la presentan sino también su familias, grupo y comunidades. A partir de ello realizan entrevistas sociales/familiares que les permitan la recolección de los datos necesarios para llegar a un diagnóstico situacional. Otra implicancia que mencionaron , es que el rol del Trabajador Social se encamina a promover la participación del paciente y su familia sobre los efectos sociales del diagnóstico del mismo, también hicieron mención a que llevan a cabo funciones en vinculación a tareas de promoción, prevención y educación para la salud.

Los/as entrevistados/as apuntaron a que el Servicio Social cumple un rol especial comparado con el resto de los servicios, ya que atraviesa una diversidad de acciones, caracterizadas como: orientar, articular, sobrellevar,

acompañar, tratar de que el paciente tenga los recursos adecuados y que pueda tener el servicio indicado en el momento que lo necesita.

“nosotros hacemos un sistema de consultorio, tenemos un consultorio permanente de atención, ya sea para el hospital internamente como de consulta del paciente ambulatorio. El paciente ambulatorio puede venir y plantearle cuestiones qué tienen que ver con su entorno y que le traen consecuencias de salud, pueden ser situaciones de violencia, necesidades económicas, cuestiones de rehabilitación” (Informante 1).

Los/as entrevistados/as señalaron que las actividades que se desarrollan son principalmente la atención en el Servicio Social y que derivan de las interconsultas que se realizan, en relación a los distintos servicios intrahospitalarios. Se presentan interconsultas en sala que pueden provenir de diversos sectores como, el área cuidados progresivos, de terapia, neo, materno, pediatría. Desde ahí, es donde se van desprendiendo todas las acciones de abordaje hacia la comunidad y hacia las distintas instituciones del Estado:

“en el momento de la interconsulta de la situación, la trabajamos profundamente y de manera coordinada con las otras instituciones. Debido a que, son necesarios los dispositivos de guardia o los dispositivos de seguimiento, como por ejemplo Senaf (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia), Adultos mayores o Secretaría de género. Exclusivamente Salud no puede manejarse solo cuando son cuestiones psicosociales” (Informante 1).

Asimismo, advierten que al momento de la atención, puede darse la situación de que el médico visualice determinadas situaciones a partir de

la identificación de ciertos indicadores en el paciente , frente a lo cual considera que tiene que convocar a un profesional del Trabajo Social.

“ahí intervenimos nosotros, trabajando, viendo, manteniendo entrevistas para poder ver dónde está realmente el problema” (Informante 2).

“se interviene desde un abordaje familiar y comunitario, llevando a cabo entrevistas sociales/familiares para arribar a un diagnóstico situacional. (Informante 4)

También mencionaron que trabajan en la atención:

“el paciente va y plantea por ejemplo que necesita anteojos, plantillas, análisis específicos. Se presentan pacientes que no tienen DNI y no pueden seguir haciendo trámites para ingresar a un programa. Nosotros tenemos esa función de orientar al paciente y darle la facilidad, es decir, brindar accesibilidad al sistema de salud público” (Informante 2).

“les brindamos acompañamiento, en la atención inmediata, el paciente viene y te dice “mi médico me recetó esto y no me lo puedo comprar ¿Como puedo hacer?” o “me descubrieron diabetes ¿Qué es lo que tengo que hacer?”. Dentro del sistema de salud tenés varias vías, hay programas para el cáncer, para trasplante, para celíacos, entre otros. Esas son las demandas normales, lo que se llama “consultorio diario” en el hospital. Después pueden darse situaciones donde se debe realizar una derivación del paciente a lo cual hay que corroborar si cuenta con alojamiento en dicho lugar y sino conseguirlo” (Informante 3) .

Es ahí cuando ellos adquieren la función de orientar al paciente en el

acceso a servicios y recursos que garanticen la atención integral de sus necesidades, lo cual implica la interacción con otros sectores e instituciones.

“se coordina interinstitucionalmente para posibilitar los recursos” (Informante 4)

Los/as entrevistados/as informaron que se sitúan desde la estrategia de APS (Atención primaria de la salud), mencionando como importante el trabajo desde tres aspectos: la prevención, la promoción y seguimiento. Con relación a esto hubo concordancia con respecto a la importancia de los seguimiento y /o acompañamiento, ya que expresaron que muchas veces el paciente no se adhiere al tratamiento y que esa no adherencia se relaciona con diversas cuestiones a abordar, como por ejemplo: la falta de recursos y de información. y que es allí donde intervienen:

“la salud tiene una mirada muy médica, es decir, muchas veces se dificulta que el médico pueda visualizar ciertos factores en el paciente. Es normal que tarden en darse cuenta que no avanza el tratamiento, que algo está pasando. Si bien, hay médicos que perciben estas situaciones desde un comienzo, hay otros que no, es decir, algunos tienen una formación para trabajar de manera interdisciplinaria y otros no” (Informante 1).

“no podemos dejar de hacer seguimiento, se hace un trabajo interdisciplinario dentro de lo que es la salud. Puede pasar que el paciente no se adhiera al tratamiento y la no adherencia tiene que ver con muchas cosas, como por ejemplo la falta de recursos, no saber dónde ir, cómo hacer. Por lo cual hay que realizar un acompañamiento y eso se va llevando a cabo mediante entrevistas. Es ahí donde se ve si el paciente tiene o no adherencia y cuáles son realmente las situaciones

por las cuales no puede continuar su tratamiento” (Informante 4).

El autor Correa (2018) hace referencia a que “los trabajadores sociales realizan aportes significativos en el ámbito administrativo, pues desarrollan gestiones para la coordinación interinstitucional que facilitan la accesibilidad e integralidad del servicio de salud” (p.211). Acción que les proporciona a las personas que asisten a dicho ámbito el poder sentirse acompañados cuando son atendidos y orientados en los procesos a seguir, para continuar con la gestión dentro o fuera del hospital.

En cuanto a las demandas que emergen con mayor frecuencia, los/as profesionales entrevistados/as mencionaron que dichas demandas varían:

“frecuentemente se presentan cuestiones que tienen que ver con situaciones de violencia y abuso, con solicitudes de tarjetas alimentarias, ayudas económicas, fluidez en conseguir programas para infraestructura orientados al mejoramiento habitacional, entre otros”. (Informante 4)

La violencia intrafamiliar configura en una de las problemáticas más significativas en las cuales se demanda la intervención del Trabajador/a Social. Merediz (2012) alude a que:

las situaciones de violencia implican la vulneración de los derechos de las personas, siendo el trabajo social estratégico en la restitución de los mismos (...) se trabaja en torno a la promoción de dichos derechos, el acompañamiento de las personas que han atravesado situaciones en las que han sido vulnerados, aportando elementos que permitan comprender aspectos históricos y sociales causantes de este tipo de problemáticas (p.2).

En vinculación a los casos de violencia, los/as entrevistados/as advierten el impacto que generan estas situaciones, en la propia subjetividad:

“las situaciones de violencia son terribles, muy fuertes. Yo creo que nunca nadie nos va a entender cómo salimos de una guardia. Yo entiendo a todos mis colegas y entiendo a todas las profesiones que hacen una guardia porque no sabes como te deja”. (Informante 4)

“se trabaja con una persona que está sufriendo y llega a la guardia para poder ir a descargar lo que trae, cada uno de nosotros tiene la responsabilidad de poder acompañar cada proceso con el mayor de los respetos, estos nos presupone una carga emocional extra y el replanteo de haber hecho lo mejor” (informante 2).

En este sentido, con respecto a las demandas de mejoramiento habitacional los/as entrevistados/as coincidieron en que ellos tratan de darle un encuadre de salud, ya que en el fondo:

“estas cuestiones tarde o temprano repercuten en el bienestar de las personas, no de forma directa pero por ejemplo, con el correr del tiempo el que se tenga una gotera en la casa equivale a humedad e implica múltiples variables, como por ejemplo problemas respiratorios. O bien, cuando se está en un proceso de recuperación pero la casa no está en condiciones óptimas para adaptarse al entorno de dicha recuperación. Nos pasa con los trasplantados, hay casos en los que tenemos que conseguir alquileres específicos hasta que pase el período de "ventana", para que salga del riesgo” (informante 1).

Se comprende a la problemática habitacional íntimamente vinculada a la noción de hábitat, percibido no únicamente en su sentido material, sino también, siguiendo a las autoras Amelotti y Fernández Ventura (2012) como "un espacio simbólico de interacción social, lo cual permite pensar el habitar a partir de las

significaciones atribuidas a los espacios físicamente construidos" (p.5). Citando nuevamente a las autoras Amelotti y Fernández Ventura (2012) las mismas aluden a que "la vivienda se concibe a partir de la necesidad y como derecho humano por sobre su carácter mercantil, como un proceso más que como un producto" (p.5).

Es importante destacar que las condiciones en las que habitan las personas se encuentran estrechamente relacionadas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las mismas. La salud visualizada desde su aspecto integral, se vincula con la satisfacción de necesidades como la vivienda y el ambiente.

Los/as Trabajadores/as Sociales entrevistados/as hicieron referencia también, a que la población que comúnmente demanda la atención en los servicios sociales del Hospital Artémides Zatti es muy variada:

"se acercan embarazadas, adultos mayores. Las interconsultas pueden ser de Salud Mental, materno, sala de internación común, pediatría, entre otros" (Informante 1)

En vinculación a las demandas al Servicio Social, los/as entrevistados/as mantuvieron puntos de conexión vinculados a que generalmente la gente concurre al servicio por determinada cuestión y cuando ellos comienzan a intervenir se encuentran con la existencia de diversos factores que se enlazan y hacen a la complejidad de las mismas. Asimismo, señalan que, la población con la que ellos trabajan se caracteriza por ser una población desprovista de cobertura social y también una población que presenta sistemas familiares vulnerables.

En cuanto a las problemáticas vinculares, es importante que los/as Trabajadores/as Sociales desde su intervención profesional, tengan en cuenta que existen una gran cantidad de configuraciones familiares. Las cuales deben pensarse teniendo en cuenta que están atravesadas por un contexto histórico y socioeconómico determinado que la determina. Para Liliana Barg (2009), los vínculos familiares son las maneras de representarse y relacionarse dentro de una familia. La autora alude a que se vulnera y debilita la vida a partir de diversos factores vinculados a las condiciones materiales, la salud de los integrantes de la familia, el desempleo y la búsqueda de cualquier trabajo entre otros aspectos que obstaculizan toda expansión afectiva. A partir de esto se puede decir que las expansiones afectivas de las relaciones familiares se ven truncadas en vinculación a la inmersión de dichas familias en un contexto que las excluye.

Como menciona el autor Carballada (2016), ser Trabajador Social implica trabajar con un abanico de variables complejas que siempre están vinculadas a la cuestión social, la cual se percibe como la secuela de las desigualdades y la fragmentación de la sociedad.

La intervención de los Trabajadores Sociales se relaciona estrechamente con los lazos sociales y con las problemáticas vinculadas a la integración social. Asimismo, esta profesión tiene como objetivo tanto el poder resolver o acompañar, como también visualizar cuales fueron los factores o causas que conformaron la demanda de dicha intervención.

Carballada (2016) alude a que, “ser trabajador social es estar ahí, donde se entrecruza lo micro social, lo singular, lo territorial con los condicionantes y características de lo macro social” (p.14). Asimismo, el autor advierte que los Trabajadores Sociales deben situarse en el lugar donde se expresa el

padecimiento que originan las diferentes expresiones de la cuestión social. Es decir, la disciplina debe ubicarse:

en ese espacio donde el dolor que produce la desigualdad, la desintegración de la sociedad se expresa en cada persona, en cada cuerpo inscribiéndose en lo singular, se expresa a través de la palabra, tratando de resolver, transformar, re-enlazar al sujeto con su historia, con su cultura, con lo colectivo, con lo propio (p.14).

III.2 Las nuevas demandas que emergieron en el contexto pandémico

La aparición del COVID-19 y las medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio, reconfiguraron las dinámicas sociales, y con ello, las intervenciones institucionales, específicamente en el sistema de salud, modificándolas completamente, priorizando los objetivos de prevención, detección y tratamiento del virus, lo que ha dado como resultado la suspensión abrupta de algunas actividades desarrolladas y la necesidad de articular nuevas acciones desde el servicio social.

Cuando se indagó cómo la pandemia por COVID-19 había afectado en la organización del Servicio Social del hospital Artémides Zatti, los profesionales hicieron alusión a que no pudieron dar el cien por ciento en la atención de las demandas, esto debido a varias cuestiones, por ejemplo debían manejarse en grupos de a dos y la atención en consultorio estaba restringida:

“no podíamos estar todos presentes ahí en el consultorio, tampoco podíamos transitar comúnmente el espacio de trabajo” (Informante 3).

En cuanto a estos cambios en la estructura, Ardila, Rosales, Fernández et al (2021) en su investigación sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud exponen que “como en el resto de los servicios, se

informó una reorganización de los recursos humanos con el propósito de limitar la circulación de personas” (p.6).

Los/as Trabajadores/as Sociales mencionaron durante las entrevistas que se hacía muy dificultoso diagramar las intervenciones por el hecho de que no era sencillo dar con el paciente, debido a que el mismo tenía miedo de acercarse al hospital:

“durante la pandemia el hospital quedó estigmatizado, estaba la idea de que al acercarse al mismo te ibas a contagiar algo y a partir de esto se empezó a establecer una distancia”. (Informante 1)

En concordancia, Ardila, Rosales, Fernández et al (2021) en su investigación mencionan que se pudo identificar una disminución inicial en la demanda (al hospital) (...) la disminución inicial es atribuida a la evitación de los servicios por miedo a contagiarse.

En cuanto a la atención de las demandas en tiempos de pandemia, el Servicio Social del hospital Artémides Zatti siguió funcionando pero con una reorganización: se atendían situaciones mínimas y espontáneas que se presentaban en el cotidiano de dicho Servicio Social:

“se modificaron absolutamente todas las actividades, desde quirófano que ya no operaban todos los días hasta laboratorio, todo se modificó, la atención, los turnos, la convocatoria”. (Informante 3)

Carballeda (2020) advierte que:

la mirada y el encuentro entre lo micro social en relación con lo macro se hace fuertemente evidente. Es decir, el problema Macro (Pandemia) se singulariza en circunstancias Micro Sociales. De ahí que dialogue con la Vida Cotidiana, la

Trama Social y la reconfiguración de diferentes Problemas Sociales en los escenarios que impone y transforma la Pandemia (p.1).

De esta manera, el autor alude a que la pandemia pone en evidencia y permite que se visualice la gran cantidad de desigualdades existentes producidas por el neoliberalismo y por la violencia de las grandes potencias. Estas desigualdades son muy complejas, no solo en términos estadísticos, sino que en poder entender cómo se introducen en la vida cotidiana. En este sentido, resulta de vital importancia la intervención de servicio social en el ámbito sanitario como garante en el acceso al sistema de salud en términos de recursos y prestaciones, en un contexto de profundización de las desigualdades sociales, y en la re-definición de las intervenciones de los distintos servicios hospitalarios, en relación a las nuevas actividades necesarias de sostener: asistencia a personas aisladas, notificaciones de casos, seguimientos en domicilio, sostén emocional a familiares de personas fallecidas, entre otras.

En cuanto a las nuevas demandas que emergieron a partir del contexto de pandemia, los/as entrevistados/as refirieron a que se armó un dispositivo en el barrio Patagonia y también en el barrio Lavalle que era el sector dónde más se presentaban necesidades debido a que la gente no podía trabajar o porque a partir de contraer el virus COVID-19 tenían que estar aislados. Comentan que se creó este dispositivo que se fue coordinando con el municipio, y mencionan que una colega del equipo del Servicio Social desempeñó su rol en ese terreno. El mismo incluía bolsones de comida para las familias en el período que estaban aislados:

“la actividad que se sostuvo desde el Servicio Social era el acercarse a los domicilios y repartir alimentos e insumos. Les llevábamos, alimentos como verduras, fruta, huevos. carne, pollo, etc. Si eran muchos en las

familias, se les daba más cantidad de productos. ” (Informante 2).

La profesional en vinculación a las nuevas demandas, comentó que se presentaban solicitudes de información, de medicación, de orientación y también se solicitaba la ambulancia en casos graves de COVID-19. Asimismo, advirtió que por ejemplo, había pacientes diabéticos y pacientes que por diversas afecciones requerían una medicación diaria, al estar aislados, debían proporcionársela para garantizar la continuidad del tratamiento. Comentó que la modalidad era la siguiente, le enviaban los datos, ella volcaba la información, armaba el listado y organizaba como iban a hacer todo el circuito:

“hubieron tiempos que teníamos cerca de 40 pedidos al día, se hacía muy complicado llegar a hacer todo, terminábamos muy tarde”.
(Informante 2)

En vinculación a lo mencionado, en la investigación sobre el trabajo profesional de los trabajadores sociales en contexto de pandemia llevada a cabo por Ecurra (2021) se alude a que, desde la profesión del Trabajo Social se empezó a trabajar arduamente, repensando los procesos de intervención, diagramando entrevistas con un encuadre absolutamente diferente al que se estaba acostumbrado y se produjo la inclusión de dispositivos tecnológicos para facilitar la comunicación. Asimismo, surgieron diversos interrogantes en vinculación a las actividades de gestión, ya que las familias no podían acercarse al hospital para solicitar turnos o medicación. A lo cual se utilizó el medio telefónico y las redes sociales como vía de contacto.

Todos los/as entrevistados/as coinciden en que las problemáticas durante la pandemia se intensificaron. El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado posibilita visualizar la historicidad de la

salud y entender que la pandemia golpea desigualmente en diversos sectores, siendo más evidente su impacto en la población que se encuentra en estado de vulnerabilidad, los cuales cargan con situaciones de violencia y/o discriminación estructurales; Es decir, no se ha presentado de igual manera en personas que tenían problemas previos de salud como en quienes no, asimismo, su intervención no se da de igual forma cuando las personas habitan su vivienda en situación de hacinamiento, sin acceso a servicios públicos básicos, por fuera de las redes formales de empleo, que entre quienes poseen un trabajo formal y disponen de los recursos materiales para sobrellevar la situación.

III.3 Nuevas estrategias de intervención para afrontar las demandas en contexto de pandemia

La intervención realizada desde el Trabajo Social cumple un papel primordial, ya que accede a la cotidianeidad de las personas y comunidad, conociendo sus recursos y necesidades. La finalidad de la misma es poder elaborar estrategias orientadas a la concreción de los derechos humanos de toda persona. Sin embargo, al decir de Moreno, Novello y Sajn (2020) cuando los/as Trabajadores/as Sociales se enfrentan con problemas sociales complejos, puede ocurrir que las herramientas y/o estrategias de intervención con las que cuentan parezcan no ser suficientes.

Acerca de la modificación del Servicio Social en pandemia, los/as entrevistados/as comentan que la situación de la pandemia impactó directamente en las entrevistas en domicilio y en las atenciones, aluden a que como se mencionó con anterioridad todo estaba restringido y esto les provocaba una

limitación a la hora de diagramar estrategias. También refirieron a que hubo un cambio en vinculación al abordaje interinstitucional, los profesionales alegan que:

“algunos organismos empezaron a manejarse de manera online con reuniones y audiencias vía zoom y esto dio como resultado una despersonalización de la presencia del otro” (informante 4).

Comentan que desde las instituciones no les aceptaban notas en formato papel, sino que, solicitaban el envío de la documentación de manera virtual. El inconveniente que se presentó debido a ello era que si mandaban dicha documentación por correo, no tenían la certeza de que los mail efectivamente llegaran a destino. Señalan que, para poder adaptarse a la modalidad virtual era necesario contar con los recursos necesarios, como el espacio físico, los materiales, entre otros factores. Mencionan que si bien los médicos tenían más llegada en vinculación a capacitaciones o uso del aula virtual, manejarse con esta modalidad para ellos fue muy complejo, ya que era una modalidad desconocida y presentaba diversas limitaciones.

“yo a veces tenía que estar con mi computadora pero no tenía el espacio, el hospital en si no está preparado para la modalidad virtual” (Informante 1) .

“tener que trabajar mediante la modalidad virtual para nosotros fue muy difícil” (Informante 4)

Ardila, Rosales, Fernández et al (2021) en su trabajo investigativo aluden a que la atención presencial siguió funcionando en los servicios de urgencias. Pese a esto, se encontraron dificultades vinculadas a la disposición del espacio físico para trabajar, esto debido a la asignación de dichos espacios

a la atención de COVID-19. También advierte que:

se mencionó una serie de obstáculos para la atención a distancia: falta de datos y de espacio físico privado para contactar a los pacientes (en el caso de los profesionales); falta de recursos tecnológicos (teléfono celular o computadora personal, abonos de celular o red de conectividad inalámbrica), dificultad para adaptarse a la nueva modalidad y ausencia de privacidad (en el caso de los pacientes) (p.5).

Los Trabajadores/as Sociales aludieron a que las intervenciones en época de pandemia , brindaron un gran aprendizaje:

“la institución de salud nos asignaba un rol como para poder hacerle frente a la pandemia y lo que implicó el estar disponible y colaborar, entendiendo que era un momento particular que nunca habíamos vivido. Lo cual provocó que muchas veces los roles no eran específicos en vinculación a lo que nuestra profesión nos rige, nos indica” (informante 3).

Expresaron que era una situación muy compleja porque no podían armar procedimientos ni diagramar estrategias debido a que las resoluciones iban cambiando continuamente. Es decir, Salud según las estadísticas iba sacando determinadas resoluciones de cuidado. A partir de esto, los/as entrevistados/as comentan que durante la pandemia no se sintieron acompañados por los demás organismos, afirman que en ningún momento se sacó ninguna resolución que diga que estaba prohibida la entrada al organismo de salud para la atención de las situaciones de guardia las cuales eran situaciones de riesgo:

“a nosotros nos pasó que no podíamos contar con los otros organismos

para distintas situaciones, por ejemplo la guardia no venía, y eran cuestiones urgentes. Me di cuenta como cada organismo tomó la pandemia cómo le parecía bajo ciertos parámetros, a veces no se presentaban en las guardias o te atendían en la vereda, no entraban” (informante 1).

“nos encontramos desprotegidos, solos y sin el acompañamiento de los otros dispositivos , por justamente todo el temor que había de ir al hospital” (Informante 3).

Asimismo, señalan que si bien ellos siguieron trabajando con todo el equipamiento necesario:

“era muy difícil poder coordinar y trabajar con las instituciones , sobre todo poder dar una respuesta rápida a los pacientes que tampoco querían ni era conveniente que permanecieran mucho tiempo en el hospital” (Informante 3).

Afirman que pese a que la principal dificultad fue el no contar con los demás organismos, con el correr de los meses las diferentes instituciones tuvieron que empezar a diagramar estrategias que les permitieran articular, ya que la población tenía que ser atendida. Se puede establecer un punto de conexión entre lo mencionado y lo investigado por Ardila, Rosales, Fernández et al (2021) cuando los/as autores/as afirman que durante la pandemia se advirtieron grandes inconvenientes en la comunicación y coordinación con las distintas instituciones.

Los/las profesionales de Trabajo Social del Hospital Artémides Zatti refirieron a que buscaron sostener como sea las guardias, porque las urgencias

segúan sucediendo más allá del contexto de pandemia. En vinculación los/as autores/as Ardila, Rosales, Fernández et al (2021) señalan “en los servicios de consulta externa se registró la suspensión de la admisión y de la atención presencial, que en algunos casos se sostuvo mediante guardias para situaciones urgentes” (p.5).

Es decir, las situaciones de violencia, abandono y demás seguían ocurriendo, asimismo, son situaciones de crisis que no esperan y que no las detiene la pandemia. Los profesionales aluden a que se organizaron con el objetivo de brindar la atención en consultorio y dar respuesta a las interconsultas.

“nosotros nos rearmamos internamente más que nada para garantizar la atención de situaciones urgentes” (Informante 1)

“debíamos ir pensando distintas estrategias para ver cómo podíamos sostener y acompañar a las personas demandaban nuestra intervención” (Informante 2)

Ardila, Rosales, Fernández et al (2021) expresan que durante las intervenciones en pandemia se pudieron visualizar cambios en los motivos de consulta emergentes en los Servicios Sociales y señaló que, si bien se recibieron menos cantidad de pacientes, las problemáticas presentadas eran más graves que antes y presentaban una mayor complejidad.

Siguiendo a Barg (2020):

el enfoque comunitario y psicosocial debe tener un eje transversal y el Trabajo Social tiene un papel fundamental en este enfoque, porque debe ocuparse de buscar los recursos para la protección y la promoción de la salud. Es la tarea

que hay que proponerse para encontrar respuestas en relación con los temas fundamentales que nos interpelan, como las violencias en situación de aislamiento, la pobreza, las políticas públicas con incidencia en la salud y el acceso de los sectores vulnerables a esas políticas (p.2)

Como expresa Escurra en su investigación (2021):

“se suspendió todo” es otra de las ideas que quedan resonando... cuándo hablamos de suspensión, de suspender, de suspendido, visualizamos la espera. La espera de otros, de otras necesidades, de cuestiones que (no) pueden esperar. La vida cotidiana no espera, para reproducirse necesita de la elaboración de respuestas inmediatas. Desde el Trabajo Social se sabe que hay cuestiones que no pueden esperar, que son vitales, que implican vida, por tal es necesario un pensamiento crítico que pueda traccionar antes esas respuestas funcionales a situaciones establecidas como “naturales” y/o “normales”. Y ahí están esos bordes, que se corren y que dan lugar a intervenciones, a prácticas que amplían, que visibilizan, que pueden impulsar y potenciar otras institucionalidades posibles (p.16).

Los/as Trabajadores/as Sociales del hospital Artémides Zatti expusieron que dado el contexto de gran complejidad, una de las herramientas necesarias fue intervenir conjuntamente: utilizar la estrategia de pensar con otros para encontrar claves que permitan un abordaje integral de los problemas que se presentan. Moreno, Novello y Saján (2020) expresan al respecto: “lo interdisciplinario constituye una herramienta necesaria para intervenir actualmente, ya que desde la soledad profesional entiendo que no se pueden dar respuestas a la multiplicidad y complejidad de situaciones que se presentan en las instituciones” (p.26). Surge así la necesidad de vincularse con otros profesionales del sistema de salud, a los efectos de pensar los nuevos

problemas, adquirir nuevos saberes, plantear propuestas y construir estrategias, que brinden mejores condiciones a la población.

Los/as Trabajadores/as Sociales del Servicio Social perteneciente al Hospital Artémides Zatti coinciden en que la fortaleza radicó en el hecho de poder estar como Servicio Social y como hospitalarios, de poder contar con la participación de todo el equipo y buscar estrategias en conjunto, lo cual:

“es una de las cualidades que tiene el/la Trabajador/a Social, poder pensar, resignificar , problematizar y poder generar nuevos espacios , construir nuevas alternativas”. (Informante 3)

“el trabajo en equipo fue esencial en un momento donde se hacía presente el miedo a lo desconocido el temor a enfermarnos, estábamos en el centro del problema, nuestra fortaleza era el poder articular y generar espacios reducidos de encuentro para las intervenciones, lograr el contacto permanente vía telefónica, lograr una articulación de recursos para los pacientes aislados” (Informante 4)

Los/as Trabajadores/as Sociales del Hospital Artémides Zatti aludieron a que la situación pandémica atravesada provocó una readecuación de todos los recursos y de las intervenciones en todo sentido. Se dieron muchos desafíos:

Con respecto a ello la Doctora en psicología Bang (2020) agrega:

uno de los grandes desafíos ha estado dado por la posibilidad de transformación radical, en muy poco tiempo, de las formas de trabajo, relación y articulación con la vida comunitaria. El desarrollo de estas estrategias nuevas ha requerido un cambio epistemológico: aceptar nuevas demandas, construir en la heterogeneidad y a partir de lo imprevisible han sido algunas de las competencias a desarrollar (p.10).

Como se mencionó los/as entrevistados/as expresan que habían muchas limitaciones y que se preguntaban ¿Cómo hacer?, ¿Cómo llegar al paciente? entre otros interrogantes. Tuvieron que repensar, rediseñar aspectos que no sabían si iban a durar mucho, y muchas veces se les imposibilitaba el armar procedimientos porque todo iba cambiando.

Los profesionales afirmaron que la situación pandémica fue un desafío y que el poder contribuir desde el lugar que les tocó fue algo gratificante.

“el poder ayudar desde el lugar que nos tocó fue algo satisfactorio , fue un trabajo arduo y coordinado” (informante 4)

“la pandemia fue uno de mis desafíos. Había días que me parecía que no llegaba, me agarraba mucha angustia.” (Informante 3)

“era como ir con un caballo sabiendo que no había campo para galopar” (Informante 1).

“mi mayor desafío fue la pandemia, y más allá de todo estuve a la altura de las circunstancias, pude hacerlo y eso es lo importante. Creo que mi trabajo fue fundamental para la gente, porque había casos en donde no tenían qué comer, o no tenía su remedio, me decían: Estoy haciendo un tratamiento ¿Qué hago?¿Lo corto?, yo iba anotando todo eso y cuando llegaba a mi casa empezaba a bajar el listado, yo creo que para la gente es fundamental que alguien pudiera llegar a su domicilio (Informante 2).

III.4 La construcción de un posicionamiento profesional con respecto a las nuevas formas de intervenir.

Los/as entrevistados/as mencionan que al ser agentes esenciales

durante la pandemia tenían que estar disponibles a todo momento y eso los desgastaba mucho, terminaban muy cansados:

*“vivimos momentos de incertidumbre y temor, estábamos expuestos”
(Informante 1).*

“se dieron muchas injusticias por la razón de que si eras esencial tenías que estar para todo y eso desgasta mucho, se termina muy cansado. Fue complicado trabajar con un nivel tan alto de cansancio, lo cual no es sano”. (Informante 2)

*“nos implicó estar disponible para la institución, para el sistema de salud, para lo que se necesitara y a lo cual estaríamos dispuestos a colaborar”.
(Informante 4)*

“me llamaban a cualquier hora, yo venía a trabajar y después tenía que seguir trabajando en casa con el teléfono”. (informante 3)

En la investigación llevada a cabo por Ecurra (2021) la autora afirma que:

los límites del tiempo del trabajo remunerado se han corrido en pos de brindar atención. Haciendo más visibles situaciones de precariedad en los procesos de trabajo de quienes están en contacto directo con los usuarios del sistema de salud. Intensificándose tareas, ampliándose las incumbencias, extendiéndose las jornadas y poniendo a disposición recursos materiales personales (p.17).

Los/as entrevistados/as señalaron a su vez, que esta situación les trajo consecuencias a nivel personal y emocional:

“la circunstancia que atravesamos trajo consigo consecuencias en la salud emocional propia, a mi una de las cosas que me pasó era el tener inconvenientes para dormir” (informante 1)

“fue una situación de estrés muy jodida, a muchos compañeros les repercutió en su salud”. (Informante 4)

“a todo el personal nos fue afectando de alguna u otra manera, era vivirlo en primera persona ver a la gente pidiendo ayuda, viendo la posibilidad de que podamos llegar a todo y con el máximo de los respetos, entender al paciente y entender a mis compañeros también porque se estaban jugando la vida” (Informante 2).

“había mucho miedo a la exposición, a un montón de factores que juegan. Yo soy muy arriesgada, tengo esa esencia, me la juego y digo bueno, si me tengo que morir, me voy a morir. Estuve toda la pandemia en exposición, con gente que tenía COVID , gente que no podía respirar y me ha tocado llamar a ambulancia” (informante 3).

Los profesionales coinciden en que ser agentes esenciales durante el periodo pandémico significó una carga emocional muy grande, y que había que estar dentro del sistema para poder visualizar todo lo que ellos atravesaban. Los/las Trabajadores/as Sociales coinciden en que la situación pandémica implicaba estar mucho más atento , mucho más alerta , ya que debían salir de sus hogares para trabajar. Circunstancia que les generó una situación de temor a la hora de volver a sus casas debido a la angustia que causaba la posibilidad de contraer el virus.

“uno de los desafíos fue el poder estar calmos dentro de toda la situación atravesada. Salíamos a trabajar desde nuestros hogares y teníamos una familia, era salir todos los días a trabajar con el miedo de volver y llevar el virus a tu casa”. (Informante 3)

“todos teníamos familia y teníamos que llegar después de las jornadas donde quizás uno se contagió y eso te estresaba el doble. Atravesar la pandemia fue una situación que nunca esperamos, nunca en mi vida hubiese pensado que podría pasar algo así. Uno debe reacomodarse en ese lugar que le toca, buscar fortalezas, tratar desde nuestro lugar de hacer lo mejor posible (Informante 2).

La situación de incertidumbre social ha atravesado y condicionado las funciones desarrolladas por los/as Trabajadores/as Sociales en el campo de la Salud, quienes debieron construir una nueva forma de hacer, desde la incomodidad de transitar por definiciones inciertas. Leguizamón y Núñez Ramos (2020) plantean:

pensar nuestra realidad en clave de pandemia significa, hacer un esfuerzo reflexivo en torno a una realidad desconocida que nos sorprende día a día y que nos propone ser protagonistas de abordajes en contextos donde la inseguridad de lo subjetivo domina, interpela los procesos transitados, exige creatividad para repensar las continuidades y los nuevos emergentes (p.8).

La medida sanitaria de ASPO provocó gran incertidumbre y malestar. El sistema de salud, desde su rol esencial, ha tenido que enfrentar no solo el abordaje de la enfermedad, sino las condiciones en la que la población transita la pandemia, construyendo una nueva forma de intervenir, repensando espacios y formas de encuentro con la comunidad.

Los/as entrevistados/as comentaron que ser esenciales implicó estar disponibles en función de la incertidumbre que generaba toda la situación de pandemia, donde todos los días cambiaban las medidas sanitarias y a su vez,

todos los días cambiaban las modalidades en las cuales debían realizar la atención:

“esto generó una movilización interna con respecto a lo que nosotros estábamos acostumbrados, a como estábamos acostumbrados a desempeñar nuestro rol, es decir, a la situación a la que estábamos acostumbrados a trabajar, nuestra normalidad”. (Informante 3).

“fue terrible la pandemia y yo te digo la verdad, me vencía mucho el cansancio, pero bueno, ahí estábamos, trabajando y acompañando con lo que se podía” (Informante 2)

Barg (2020) plantea que el contexto pandémico provocó que se haga presente el sufrimiento social, y a su vez , esto repercutió en el escenario de la disciplina, el cual se ha modificado. El interés por las teorías sociales que nos conducen en la formación resulta insuficiente para emitir las respuestas que se precisan para llevar a cabo el quehacer profesional en tiempos de aislamiento e incertidumbres. Los/as entrevistados/as concuerdan en que debían ir pensando distintas estrategias para ver cómo podían acompañar a las personas:

“particularmente creí que sería algo que pasaría rápido, pero los meses pasaban y esto continuaba, a lo cual íbamos diagramando distintos tipos de abordaje, íbamos pensando de qué manera podríamos seguir acompañando a los pacientes que se acercaban o pacientes que necesitaban el acompañamiento desde antes de la pandemia y con la pandemia esa necesidad se acentuó” (informante 3).

“había mucha incertidumbre a nivel local , intrainstitucional y a nivel internacional, uno de los desafíos importantes fue el poder entender que esto no iba a pasar rápido, a medida que pasaba el tiempo nos hacíamos conscientes que la pandemia se estaba estableciendo y que todo se volvía cada vez más complejo.

“se hacía presente la incertidumbre y generaba mucha movilización, el no saber cómo iba a continuar todo, como se iba a resolver, cómo se iban a generar los espacios con los pacientes” (Informante 2)

Asimismo, en la investigación de Ecurra (2021) se advierte que las medidas sanitarias vinculadas a la pandemia fueron diagramadas desde una visión biomédica y que los trabajadores de las profesiones no médicas pusieron en marcha en los lugares de trabajo, brindando espacios de contención.

Para finalizar el presente análisis, cabe mencionar que se les indagó acerca de si cuentan con normativas, programas, acuerdos, resoluciones en las cuales se enmarque la funciones Servicio Social y si fueron modificadas durante la pandemia. Los entrevistados comentaron que tienen un manual de funciones que está dentro del Servicio Social, pero señalaron que cada vez es más amplio su campo de intervención, ya que la realidad va cambiando y les exige ir más allá del manual. También aludieron a que lo que sucedió con la pandemia no estaba escrito en ningún lugar, asimismo, las problemáticas son cada vez más complejas, porque la realidad está en constante movimiento.

Exponen además que las intervenciones son más complejas y que ellos tienen que ir cambiando algunos protocolos y diagramando estrategias con el objetivo de poder darle al paciente la adherencia al tratamiento. Por ello,

realizan reuniones de servicio todas las semanas, es decir, van trabajando en ese eje, y en esa metodología de trabajo.

Los/as entrevistados/as señalan que se está en constante aprendizaje, algunos están hace años dentro del sistema de salud y comentan que siempre hay cosas que aprender, y que se van aprendiendo desde la cotidianidad, las situaciones y el trabajo en equipo.

A modo de cierre, una cuestión relevante que invita a la reflexión es que en el proceso de recolección de datos mediante las entrevistas, se denotó cierta resistencia por parte de algunos Trabajadores Sociales del Servicio Social quienes no accedieron a ser entrevistados/as.

IV. Reflexiones finales

El comienzo de la pandemia por coronavirus y la necesaria medida de aislamiento social preventivo y obligatorio ha provocado que las dinámicas de las instituciones de salud se transformen radicalmente, centrándose en la prevención, detección y tratamiento de dicha enfermedad, lo que ha significado una suspensión abrupta de las actividades que se desarrollaban en los servicios sociales, es decir, de un momento para otro los recursos y las prestaciones que se proporcionaban diariamente dentro de dicha área quedaron paralizados.

A partir de lo investigado y en contraste con lo obtenido en cada entrevista se puede afirmar que, esto impactó fuertemente en la intervención de los profesionales del Trabajo Social pertenecientes al área del Servicio Social del Hospital Artémides Zatti e indudablemente también en la vida de las personas que recibían su atención en dicho espacio. El aislamiento emerge en aspectos sociales, comunitarios, grupales y personales como un acontecimiento que marca un antes y un después, y que nos invita a reflexionar acerca de una nueva “normalidad”, la cual trajo consigo nuevos desafíos que impactaron en las intervenciones de los/as trabajadores/as sociales en los espacios de salud.

Se puede observar en los distintos testimonios que la intervención en pandemia estaba caracterizada por la inmediatez, se debían solucionar las nuevas adversidades implementando diversas respuestas a cada situación problemática que emergía o se acentuaba. Los/as Trabajadores/as Sociales debieron desarrollar respuestas dinámicas para poder hacer frente a la severa situación problemática que se atravesó, con el objetivo de amortiguar el fuerte

impacto psicosocial que produjo la misma.

Es imposible ignorar que esta circunstancia provocó limitaciones, en relación a que las demandas que se presentaban eran abordadas en situación de urgencia, sin poder realizar una problematización de las mismas, en articulación con otras áreas y/o sectores. Trabajar en la inmediatez fue un gran desafío para los/as Trabajadores/as Sociales, que en un nuevo escenario teñido por situaciones de gran incertidumbre, debieron generar las estrategias posibles para la accesibilidad a los derechos.

Los/as trabajadores del Servicio Social del ámbito hospitalario han demostrado la suficiente flexibilidad para responder ante las demandas cambiantes del contexto, aun a condición de sentirse “en riesgo”. Los entrevistados dan cuenta sobre el compromiso con su rol, en la medida que el riesgo a enfermar no implicó la suspensión de actividades, sino la re-adequación de las mismas. Se advierte que han tenido que adaptar horarios, espacios de trabajo, vestimenta que responda al cuidado exhaustivo para no contraer el virus, no solo por su salud sino por la de sus compañeros, familia y población. Coinciden en caracterizar el trabajo en época de pandemia con: cansancio físico y emocional extra, la tensión entre el miedo a lo desconocido y la obligación de intervención, debido a su carácter de agentes esenciales.

Se reconoce una doble afectación, en ellos como profesionales de la salud, en el sostenimiento de sus funciones en época de pandemia; a la vez ocupando un rol de escucha y acompañamiento a las necesidades, miedos, preocupaciones de las personas que demandaban la intervención, y que muchas veces presentaban situaciones críticas.

Al respecto, Carballada (2020) advierte que durante la pandemia se

transitó un camino donde los/as Trabajadores/as Sociales cumplieron un rol clave, orientados a fortalecer lo colectivo, los lazos sociales y fundamentalmente orientados a contribuir a la construcción de autonomía de las personas con las que se trabajó. Sin embargo, la reflexión que surge a partir de este trabajo refiere a la necesidad de implementación de espacios de cuidado para quienes cuidaron y cuidan a la comunidad.

Desde esta perspectiva, este trabajo se hace eco de lo planteado por Bolletta y Otros (2020), quienes advierten en su investigación:

En relación a la vivencia personal y profesional los entrevistados la han caracterizado con sentimientos de miedo, desolación, cansancio, sensación de amenaza, miedo en la exposición y a contagiar o contagiarse, el impacto que genera ver a compañeros de salud que han muerto en el proceso, ha generado una situación de sobre-exigencia que se manifiesta en cansancio y desgaste. La soledad en las intervenciones es otro sentimiento que destacan los entrevistados en relación a la restricción en la articulación con otras instituciones que forman parte de la red de servicios (p. 21).

A partir de esta doble implicancia, resulta de vital importancia la planificación de espacios de cuidado para los trabajadores de la salud, en circunstancias de emergencia sanitaria. La gestión del riesgo requiere de la elaboración de los aspectos individuales, pero también colectivos (Bentolilla,2021).

El presente trabajo permitió obtener un panorama acerca de lo vivenciado por cada profesional en un contexto indudablemente complejo. A raíz de la urgencia que produce la enfermedad por COVID-19 , en el campo del Trabajo Social se construyen interrogantes acerca de lo que sucede con la Intervención,

en un contexto que trae mayores desigualdades y reconfigura nuevas demandas.

Siguiendo a Carballada (2020), los profesionales del Trabajo Social tienen conocimiento de que la enfermedad del COVID-19 es una enfermedad social; la pandemia no puede ser concebida únicamente desde los aspectos provenientes de la medicina, la biología o los efectos psicológicos. Los aspectos sociales atraviesan fuertemente la enfermedad provocando que se acentúen desigualdades que ya estaban presentes e impactando de diferente manera en los distintos ámbitos de la sociedad. Lo cual, como se mencionó anteriormente, generó que los profesionales del Trabajo Social deban comenzar a revincularse a través de nuevos escenarios, tanto con los pacientes como con los compañeros/as de equipo, repensando las intervenciones sin perder de vista que las mismas deben estar atravesadas por la perspectiva de derechos humanos.

V. Bibliografía

- Acevedo, Gabriel; David, Martínez; Lisandro Utz (2013) “ La salud y sus determinantes. La salud pública y la medicina preventiva”.
- Alcántara, Gustavo (2008) “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”.
- Arito, Sandra (2020) “Desastres y catástrofes: herramientas de pensamiento para la intervención”.
- ASPO Y DISPO –Nuevas medidas a partir del 9-11-2020 y hasta el 29-11-2020-DNU 875/2020
- Balenzano, María Claudia (2011) “Microprocesos de trabajo en los servicios sociales del Sistema de Salud Público: un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de Buenos Aires (CABA)”.
- Bang, Claudia (2020) “Salud Mental en tiempos de pandemia: recreando estrategias comunitarias en el primer nivel de atención”.

- Barg, Liliana (2009) “Las tramas familiares en el campo de lo social”. 2009.
- Barg, Liliana (2020) “¿Qué posición debe tener el Trabajo Social en tiempos de pandemia?”
- Bentolilla, S. (2021) Entrevista Silvia Bentolilla, psiquiatra experta en desastres: "Por la grieta es difícil que salgamos resilientes de la pandemia".
- Bertolozzi, María Rita; De la Torre Ugarte Guanilo Mónica Cecilia (2012) “Salud colectiva: fundamentos conceptuales”
- Bolletta; Scalesa; Ramos; Schenkel; Testa; Natta; Vera (2021) “ Efectos psicosociales del aislamiento social, preventivo y obligatorio -ASPO- Demandas en la urgencia al programa de salud mental comunitaria y adicciones”.
- Bonavida,C.,Rozas,M.,Carballeda, A.,Cristeche,M.,Andreu, R., Rucci,A.,Guzmán,G.,Hang,S.,Gavrila,C.(2020) “Desigualdades en pandemia: trabajo, producción e intervenciones estatales”
- Briceño, León. (2000). “Bienestar, salud pública y cambio social”.

- Campana, Meliza ; Lamanuzzi, Romina .(2009). “Dudas y Certezas acerca de la Intervención Profesional”.
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel .(2002). “Lo histórico, lo teórico y lo metodológico. La intervención en lo social” .
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel .(2008). “Problemáticas sociales complejas y políticas públicas”
- Carballeda. Alfredo Juan Manuel .(2016). “¿Qué nos hace ser Trabajadores Sociales?¿Por qué el Trabajo Social?”
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel .(2020). “Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19” Revista Margen.
- CIPPEC (2020) “Radiografía de la pobreza: quiénes son los más afectados por la crisis de la pandemia”.
- CIPPEC (2021) “Un rebote sobre el agua: ¿es posible pensar en reducir sostenidamente la pobreza en el escenario actual?” .
- Correa, M., Corena A., Chavarriaga, C., García, K., & Usme, S. (2018). “Funciones de los trabajadores sociales del área de la salud en los hospitales y clínicas de tercero y cuarto nivel de la ciudad de Medellín” .

- Dabas, Elina (2003) “Redes sociales, familias y escuela”.
- De La Guardia, M.,Ruvalcaba, J. (2019). “La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria” .
- De la Cruz, Maria Virgina .(2021). “Trabajo social en el área de salud: funciones desde el ámbito humanista”.
- Di Pato, María Eugenia .(2016). “Salud: Un campo en debate. Una mirada desde el Trabajo Social.”
- Esparza, Miguel Ángel .(2020). “ Trabajo Social, sus retos y competencias en el campo de la salud pública”.
- Frenz, Patricia .(2005). “Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud”.
- García Bárbara .(2020). “Interpelaciones para el Trabajo Social en tiempos de pandemia” .
- Gómez, Rosales, Fernández, Díaz, Matkovich, Agrest .(2021). “ Impacto de la pandemia por covid-19 en los servicios de salud mental en Argentina” .
- Gonzalez, Cristina .(2001). “La Intervención en el Abordaje Familiar. Escuela de Trabajo Social” .

- Grassi, Estela .(2021). “Necesidades sociales y trabajos para la vida. Una política social post pandemia” .
- Guntin, Verónica .(2001). “Una herramienta para la intervención comunitaria”
- Hernández, Sampieri .(2006). “Metodología de la investigación. Quinta edición”
- Leguizamón, Laura y Núñez, Alejandro .(2020). “Sobre lo social y esta pandemia: Pensando desde los márgenes del Trabajo Social”
- Liborio, Mónica .(2013). “¿Por qué hablar de salud colectiva?”.
- Martínez, María y Torrecilla, Agustina .(2015). “El objeto de intervención del Trabajo Social y su construcción a lo largo de la historia”
- Menéndez, Eduardo, s.f. “Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible”.
- Merediz, María del Pilar .(2012). “Violencia familiar. Reflexiones sobre la intervención del trabajo social”.
- Moreno, A., Novello, D., y Sanj L. (2020). “Trabajo Social en contexto de pandemia. Desafíos de intervención”.

- Murillo, Ana .(2017). “La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional”.
- Resolución 482/202 “Norma de Organización y Funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales e incorporase la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica” del Ministerio de Salud de la República Argentina. 2002
- Rodriguez Manuel (2010) “Hacia una estrategia de intervención en la comunidad: referentes teóricos metodológicos”
- Rozas, Margarita .(1988). “Una perspectiva Teórica- Metodológica de la Intervención en Trabajo Social”.
- Sánchez, Silvina .(2015). “La práctica del trabajo social en salud: medicalización o reivindicación de derechos. El caso de siete hospitales públicos en la ciudad de La Plata” .
- Sitio Web: OMS (Organización Mundial de la Salud)

ANEXOS

➤ ENTREVISTA REALIZADA A LOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL PERTENECIENTES AL ÁMBITO DEL SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL ARTÉMIDES ZATTI DE VIEDMA.

- **Caracterizar el rol del Trabajador/a Social dentro del área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti.**

- 1- ¿Cómo caracterizarías el rol del servicio social dentro del sistema de salud?
- 2- ¿Cuáles son las funciones previstas para el/la Trabajador/a Social dentro del Servicio Social?
- 3- ¿Cuáles son las actividades que se desarrollan?
- 4- ¿Qué actividades son las que más se demandan?
- 5- ¿Cuáles son las que representan mayor complejidad?
- 6- Caracterizar la población que comúnmente demandaba a servicio social

- **Explorar acerca de las nuevas demandas que emergieron en el contexto pandémico.**

- 7- ¿El contexto de Pandemia afectó la organización del servicio social?
- 8- ¿En la pandemia se modificaron las actividades que se desarrollaban previo

a ella?

9- ¿Cuáles fueron las demandas que más se presentaron en la pandemia? de qué sector se producían?

10- ¿Cuáles son las actividades que se sostuvieron desde el servicio social?

- **Describir las nuevas estrategias de intervención para afrontar las demandas en contexto de pandemia enmarcadas en las medidas ASPO y DISPO.**

11- ¿Qué implicó ser agentes esenciales en el marco de las medidas sanitarias establecidas?

12- ¿Cómo se modificó el servicio social a partir de la pandemia? (en relación a la comunidad pero también al propio sistema de salud).

- **Explorar el posicionamiento de los profesionales con respecto a las nuevas formas de intervenir.**

13- ¿Qué implicó para vos ser Trabajador/a Social en época de pandemia?

14- ¿Qué desafíos tuviste que enfrentar?

15- ¿Cuáles fueron los obstáculos en la tarea y cuáles las fortalezas?

16- Si tuvieran que describir tu trabajo en el marco de la pandemia: ¿cómo lo definirías?.

➤ FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a..... Por medio de la presente se lo invita a formar parte voluntariamente de la investigación titulada “El IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR/A SOCIAL PERTENECIENTE AL SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL ARTÉMIDES ZATTI DE LA CIUDAD DE VIEDMA - PERIODO 2020-2021”.

El mencionado estudio tiene como propósito conocer el impacto que tuvo la pandemia COVID-19 en la intervención de los/as Trabajadores/as Sociales pertenecientes al área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti, en el período 2020-2021.

Para la participación en calidad de entrevistado/a, resulta necesario su consentimiento, teniendo las siguientes consideraciones:

- Se le realizará entrevistas semiestructuradas para recolectar información de primera mano, sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la intervención del

Trabajador/a Social perteneciente al área de Servicio Social del Hospital Artémides Zatti durante el periodo 2020-2021.

-Las grabaciones serán resguardadas de manera segura por la investigadora, y se utilizarán a los fines analíticos del presente trabajo. La instancia de entrevista podrá realizarse en un encuentro de aproximadamente 2 horas, y de ser necesario, se articulará otra instancia, de no más de 1 hora, para dar mayor profundidad a algunas de las dimensiones del estudio, en horario y fecha a convenir.

- Se garantiza al participante anonimato, privacidad y confidencialidad.

- La información obtenida por medio de las entrevistas no será utilizada en perjuicio de las personas, en términos de autoestima, prestigio, y/o costos financieros.

Acepto participar: SI NO.....

Firma y aclaración del entrevistado/a:

Firma y aclaración del investigador: