

# Trabajo Social y Pandemia: Estrategias de intervención y dilemas éticos

*Social Work and Pandemic: Intervention strategies and ethical dilemmas*

**Renata Conrero**

Fecha de presentación: 08/06/24

Fecha de aceptación: 10/09/24

## Resumen

El presente artículo recupera avances en el marco de la investigación realizada para la tesis de Maestría en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, que aborda las estrategias de intervención profesional de los trabajadores sociales que integran equipos de salud en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la localidad de Villa María, Córdoba durante el contexto de pandemia, precisamente entre los años 2020-2021.

Se exponen aquí, algunos resultados preliminares que emergen del trabajo de campo desarrollado en base al primer eje de análisis denominado “Intervención profesional del Trabajo Social en contexto de pandemia”, el cual aborda las dimensiones vinculadas a las emergentes y necesarias estrategias de intervención profesional implementadas y los dilemas éticos que los trabajadores sociales del campo socio-ocupacional de la salud pública enfrentaron en el contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) establecido por el Estado Nacional para frenar el contagio del virus SARS-CoV-2. Desde un diseño metodológico cualitativo, la recolección de datos se realizó a partir de entrevistas semi-estructuradas —con preguntas abiertas— llevadas a cabo entre los meses de septiembre y noviembre del año 2023.

## Abstract

*The present article is part of the research process of the Master of Public Health's thesis at the School of Public Health, Faculty of Medical Sciences, National University of Córdoba. It addresses the professional intervention strategies of social workers who are part of health teams in the Primary Health Care Centers (CAPS) in the locality of Villa María, Córdoba during the pandemic context, precisely between the years 2020-2021.*

*Results obtained that emerge from the fieldwork developed based on the first axis of analysis titled “Professional intervention of Social Work in the pandemic context”; are presented. They address the dimensions related to the professional intervention strategies implemented and the ethical dilemmas that social workers in the socio-occupational field of public health faced in the context of the Preventive and Mandatory Social Isolation (ASPO), established by the National State to stop the spread of the SARS-CoV-2 virus. From a qualitative methodological design, data collection was conducted through semi-structured interviews —with open questions— carried out between September and November of the year 2023.*

## Palabras clave

Salud pública, intervención, dilemas éticos, pandemia, trabajo social.

## Keywords

Public health, intervention, ethical dilemmas, pandemic, social work.

## Introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 se inscribe en procesos preexistentes, sobre determinados y resignificando contradicciones, procesos y conflictos que se vienen desarrollando a escala mundial y nacional (Guzmán Ramonda 2021, p. 21). En consecuencia, las modificaciones en la reproducción de la vida cotidiana de las personas por las medidas de ASPO trajeron consigo una mayor visibilidad de las desigualdades, afectando principalmente a los sectores populares.

En este contexto, las manifestaciones de la “Cuestión Social”<sup>1</sup> se han ampliado, y exacerbado a las que ya se conocían; provocando que los profesionales se encuentren frente a demandas diversas y complejas. Frente a este escenario, es necesario destacar que “el desarrollo de estrategias de intervención está determinado por una compleja y dinámica relación que está determinada por diversos recursos, mediados por una articulación que se condensa en el arsenal operativo en un momento histórico determinado” (Oliva, 2007, p. 15). Por lo que, pensar intervenciones profesionales aisladas de su contexto y desvinculadas de otras disciplinas, de los diversos actores/organizaciones/instituciones involucradas, carece de sentido.

En el marco del ASPO, los integrantes de los equipos de salud, fueron declarados como personal esencial y continuaron trabajando, implementando estrategias de intervención centradas en dar respuestas a la situación epidemiológica; lo que generó consecuentes modificaciones en la modalidad de trabajo. El Trabajo Social, como disciplina que forma parte de los equipos de salud situados en los territorios, y frente a los cambios en las lógicas territoriales e institucionales donde se encuentran anclados los procesos de intervención profesional, no fue ajeno a estas modificaciones, razón por la cual, surgen algunos interrogantes que se constituyen en puntos de partida para el desarrollo del presente artículo: ¿Cómo intervinieron los profesionales del campo de la salud pública frente a la pandemia? ¿Qué dilemas éticos emergen de esos procesos de intervención?

En el presente artículo se recuperan —del proceso de investigación— dos dimensiones que forman parte del eje intervención profesional: estrategias de intervención profesional y los dilemas éticos, para dar cuenta de la intervención profesional en el marco de la pandemia

---

<sup>1</sup> “Cuestión Social” se presenta entre comillas siguiendo a Netto (2003). El autor sostiene en *Cinco Notas a propósito de la “Cuestión Social”* que a partir de la segunda mitad del S. XIX la “Cuestión Social” comienza a formar parte del vocabulario propio del pensamiento conservador, perdiendo paulatinamente su estructura histórica determinada. Comienza a adquirir relevancia tanto en el ámbito del pensamiento conservador laico como en el del confesional, de modo tal que, es entendida como una categoría “natural” que no pone en discusión las desigualdades que emergen producto de la tensión capital y trabajo del orden burgués.

## Abordaje metodológico

El presente estudio descriptivo de cohorte transversal (2021-2022), se posiciona desde un enfoque cualitativo, el cual permitió recuperar desde la subjetividad de les entrevistades el sentido otorgado a las intervenciones profesionales en el marco de la pandemia. La técnica seleccionada para realizar la recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada orientada a indagar acerca de las estrategias de intervención implementadas en el marco del ASPO y DISPO por SARS-CoV-19.

Se entrevistó a la totalidad de la población de trabajadores sociales matriculados que desempeñaron actividad laboral en el marco de la pandemia por SARS-CoV-19 como integrantes de los equipos de salud de los CAPS del Sistema Sanitario Público de la ciudad de Villa María, Córdoba; que se encontraron en el periodo estudiado (2020-2021) y al momento del trabajo de campo en ejercicio, y que prestaron consentimiento para participar de la investigación, independientemente de la relación y antigüedad laboral que poseen con el Estado local.

La técnica seleccionada para realizar la recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada orientada a indagar acerca de las estrategias de intervención implementadas en el marco del ASPO y DISPO por SARS-CoV-19.

## La categoría de Salud a lo largo de la historia

La salud ha sido concebida de diversas maneras, y su definición ha variado en función de las diversas perspectivas, posicionamientos o/ miradas, que se fueron desarrollando a lo largo de la historia de la humanidad. No existe un único concepto de Salud, pero esta categoría forma parte de procesos que se construyen colectivamente y es relativo a cada momento histórico.

A fines de la década del '70, se comenzó a poner en tensión el modelo biologista, desarrollado a partir de la Revolución Industrial. Estas ideas de ruptura con concepciones tradicionales y hegemónicas permitieron que se abriera paso a la concepción social/alternativo —que se desprende de la corriente de Medicina Social Latinoamericana<sup>2</sup> y Salud Colectiva<sup>3</sup>— la cual comprende a la salud como un proceso social, colectivo, científico y políticamente determinado, teniendo por objeto de estudio el proceso de salud-enfermedad, su historia y la complejidad que lo determina (Sonis, Bello y Lellis, 2005, p. 15).

Es un *proceso social*, porque no se obtiene de un día para el otro y está determinado por el contexto en el que el individuo nace, crece y se desarrolla; es *colectivo* ya que no depende de la individualidad de cada persona, si no, por lo contrario, implica el esfuerzo mancomunado de diferentes sectores y actores sociales; es *científico*, porque a partir de las investigaciones científicas, se obtienen avances vinculados a la prevención, tratamiento y cura de enfermedades y por último; y está *políticamente determinado*,

---

<sup>2</sup> *Medicina Social Latinoamericana*: corriente de pensamiento de la Salud Pública que tiene sus orígenes en el contexto del desarrollo del modelo económico desarrollista y nace a partir de una crítica frente a los deterioros de la Salud Pública latinoamericana de ese contexto histórico.

<sup>3</sup> *Salud Colectiva*: categoría con la que ha sido acuñada en Brasil, la Medicina Social Latinoamericana, debido a que consideraron la importancia de resaltar que la salud es un proceso construido colectivamente.

porque es necesario que el Estado diseñe y ejecute políticas sanitarias orientadas a mejorar las condiciones de vida de los habitantes de una sociedad, desde una perspectiva de derechos y género.

Este posicionamiento, se produce a partir de las críticas provenientes del movimiento de Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, tomando los aportes realizados por Jaime Breilh<sup>4</sup>, a partir de la concepción de Epidemiología Crítica, quien hace referencia a la categoría de Determinación Social de la Salud (DSS)<sup>5</sup>. Esta, estudia el proceso de salud enfermedad en un contexto socio-histórico determinado, tomando en cuenta los procesos de cambios a lo largo del tiempo.

Así mismo, como no existe una sola forma de entender a la Salud, no existe una única forma de entender la DSS. A lo largo del desarrollo y profundización de este posicionamiento, hay diversos aportes teóricos que han planteado ciertas diferencias en la categoría DSS, pero sean cuales sean las mismas, se mantienen dos nociones básicas o elementos centrales, a saber:

1. Los fenómenos de salud y enfermedad son, por esencia, fenómenos tanto biológicos como sociales y
2. Para entender las condiciones de salud de las poblaciones es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas (...): La idea de determinación social de la salud presupone, por tanto, la discusión acerca de las relaciones entre individuo y sociedad, pero de cierta manera la trasciende al ubicar como central el asunto de la historicidad de los procesos y el modo de devenir de los fenómenos (Eslava-Castañeda, 2017, p. 2).

La DSS, es debatida en torno a aspectos ontológicos, en relación al funcionamiento del mundo; epistemológicos, vinculados a la forma de entender el conocimiento científico; y éticos, referidos a las posibilidades de acción de las personas, su libertad y autonomía:

Esta propuesta, se fundamenta en una propuesta dialéctica, transdisciplinaria y relacional, que parte de la idea de que la sociedad se configura como una totalidad que antecede al individuo y lo determina. Las condiciones materiales de existencia determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos. Y estas condiciones están dadas, fundamentalmente, por los patrones de producción y reproducción social y por ello estos son considerados determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad. Ahora bien, estos patrones, que configuran modos de vida de grupos sociales específicos, a su vez son determinados por el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción, las cuales se dan en medio de la lucha ideológica. Y todo esto debe entenderse como un proceso dinámico, en movimiento contradictorio (Eslava-Castañeda, 2017, p. 3).

Más allá del posicionamiento al que se adhiera para pensar a la Salud, se debe tener en cuenta, que esta constituye uno de los Derechos Humanos fundamentales de la población, siendo el Estado quien debe garantizarlo, no solo por contemplarse en la Constitución Nacional Argentina, sino además por los Tratados Internacionales firmados por los Estados parte, de los cuales nuestro país, forma parte. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); en su artículo 3º, establece que:

<sup>4</sup> Referente de la Epidemiología Crítica, que surge a partir de la crítica de la Epidemiología clásica y ecológica.

<sup>5</sup> Categoría central de la Epidemiología Crítica desarrollada por Breilh junto a la Reproducción Social y Metabolismo Sociedad-Naturaleza.

Todo individuo tiene derecho a la vida y, en el artículo 25, párrafo 1º, reza: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación y el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (p.8).

Es el Estado Argentino el principal garante del Derecho a la Salud de todos los ciudadanos que viven en el territorio, lo que implica que el reconocimiento no solo esté presente a nivel discursivo, sino que además tiene la responsabilidad de administrar los medios —legislativos, administrativos, presupuestales, entre otros— para su pleno ejercicio.

## **Sistema sanitario de salud: sector público**

Como se mencionó en el apartado anterior, el Estado debe garantizar el Derecho a la Salud de la población, razón por la cual, uno de los dispositivos necesarios para resolver situaciones problemáticas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado son los Sistemas de Salud. En el caso de Argentina, este se caracteriza por un profundo nivel de descentralización/ fragmentación, no solo en la gestión y prestación de servicios, sino también en sus mecanismos de financiamiento y aseguramiento para dar lugar a la cobertura del sector (Maceira, 2014, p. 15). Está organizado en tres sectores o sistemas: público, obra social y privado. El Sistema Sanitario Público está financiado por el Estado argentino en sus diversas jurisdicciones, atendiendo en su mayoría a personas que no cuentan con la condición de posibilidad de acceder a un trabajo registrado y cargas sociales. Así mismo concurren a este sector personas que poseen obra social por motivos de accesibilidad geográfica y económica.

El Sistema Sanitario Público municipal de la ciudad de Villa María, en el Primer Nivel de Atención se organiza en trece (13) Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), los cuales se ubican estratégicamente en diversos barrios de la localidad, con áreas de responsabilidad sanitaria. Cada CAPS se conforma por Equipos de Salud Interdisciplinarios: enfermero/a, médico/a, nutricionista, psicólogo/a, trabajador/a social, agente sanitario, personal administrativo y maestranza. Se caracteriza por ser un sistema basado en la Atención Primaria de la Salud, lo que implica estar organizado para garantizar la cobertura y el acceso de las personas; prestando atención integral y multidisciplinaria, poniendo énfasis en acciones de prevención y promoción de la salud, en articulación con referentes institucionales y comunitarios de cada territorio donde se encuentran anclados en el marco del *Programa de Gestión Territorial Integral: familia, comunidad y territorios*<sup>6</sup>.

La Atención Primaria de la Salud es definida en la *Conferencia Alma Ata* (1978), para superar los modelos biomédicos y redefinida desde entonces. Es entendida por la Organización Mundial de la Salud (1978) como:

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad,

---

<sup>6</sup> Creado por ordenanza Municipal de Villa María, N° 7122 Decreto 339 en el año 2017 y encuadrado desde la perspectiva de Salud Colectiva.

mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (p.1).

Es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, como así también su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas (OPS, 2021, p. 2); posee una mirada integral de los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación (Ministerio de Salud, Plan Federal de Salud, 2004).

La promoción de la salud es una estrategia establecida en la *Carta de Ottawa* (1986), donde se la define como:

El proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables (p. 1).

No podemos pensar el trabajo de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención que tengan como finalidad una atención integral de calidad por fuera de las dos estrategias mencionadas con anterioridad.

## **Trabajo Social en el campo de la salud**

Teniendo en cuenta el proceso de configuración histórica de la profesión en la Argentina, se puede evidenciar un pluralismo de posicionamientos que configuran diversos proyectos socio-profesionales, por lo que, no existe una sola forma de entender el Trabajo Social. Desde una Perspectiva Histórico-Crítica, se entiende que el surgimiento del Trabajo Social como:

Un subproducto de la síntesis de los proyectos políticos-económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de clase hegemónica, cuando en el contexto del capitalismo monopólico, el Estado toma para sí las respuestas a la “Cuestión Social” (Montaño; 1998, p. 20).

En Argentina, el campo de la salud, es un campo de intervención profesional que se encuentra fuertemente ligado al origen de la profesión, a partir de los aportes realizados por los médicos higienistas. La inclusión del Trabajo Social “es producto de la emergencia de situaciones y problemas que desde esa concepción biologista son ignoradas pero que, sin embargo, irrumpen —generalmente como problemas sociales ligados a la situación de salud— en la vinculación con los sujetos” (Crosetto, Nucci, Bilavcik y Miani, 2018, p.10). El Trabajo Social, en el Primer Nivel de Atención, es una de las disciplinas que forma parte de los equipos de salud, anclados estratégicamente en los territorios, constituyéndose en la puerta de entrada al Sistema de Salud. Por lo que pensar en procesos de intervención profesional, implica pensar en espacios territoriales y su compleja trama de relaciones. Siguiendo a Gallichio (2002), el territorio es definido, como:

El espacio significativo para el grupo que lo habita, con el cual los individuos generan una relación profunda en la conciencia. Es un espacio de carácter pluridimensional: una identidad social e histórica, un espacio económico y de empleo, de hábitat, un espacio geográfico delimitado por una comunidad de intereses y con una potencia de solidaridad interna para potenciar el desarrollo. Es un lugar donde las personas interactúan, se relacionan y donde las instituciones públicas y privadas intervienen regulando el accionar de la sociedad (p. 29).

El territorio es un espacio abierto y “vivo” ya que para Arocena (2001) “adentro del territorio uno puede identificar sistemas de acción con lógicas propias que le dan sentido a las prácticas e interacciones que se dan en el territorio” (p.30). El Territorio, entonces, marca el sentido del impacto del COVID-19 dentro de un proceso singular que resignifica a la enfermedad en cada circunstancia de aparición de ésta (Carballeda, 2020, p. 2).

El ASPO decretado en nuestro país en marzo del 2020<sup>7</sup>, impactó de diversas maneras en los diferentes sectores sociales. Las condiciones materiales de vida de quienes contaban con trabajo registrado, ingresos que permitían cubrir necesidades básicas, familias que habitaban en viviendas en óptimas condiciones, y que tenía acceso a dispositivos electrónicos y conexión de internet, entre otros; fue diferente a la de aquellos sectores de la población más vulnerables a los que él “quédate en casa”<sup>8</sup> complejizaba la satisfacción de necesidades de subsistencia.

Siguiendo a Carballeda (2020), coincido en que para “la intervención en lo social no hay un COVID-19; sino muchísimas expresiones sociales de éste que dialogan con otras situaciones problemáticas de las personas que se contagian o que están desarrollando cuidados para no contagiarse” (p. 3). Desde lo micro social, la pandemia se presenta como una forma de alteración de la vida cotidiana, tanto a nivel de quienes cumplen o no con el aislamiento, como de quienes enferman con las circunstancias que los rodean. En este aspecto, se presentan problemas vinculados al acceso a la alimentación, agua potable, salud, surgimiento o expresión de diferentes situaciones problemáticas —violencias, discriminación, vulneración de derechos y su impacto subjetivo—, construcción de nuevas formas de convivencia y circulación, tanto en el aislamiento domiciliario como en el territorial, la interacción con dispositivos de asistencia directa e indirecta, el deterioro de lazos sociales, el acceso a derechos; en consecuencia, la aparición de nuevas manifestaciones de la “Cuestión Social” (Conrero y Ponce 2022, p. 3).

## *Estrategias de intervención profesional en pandemia*

En el presente apartado, se recupera la definición en torno a las Estrategias de Intervención Profesional desde una perspectiva Histórico-Crítica y las características que adquieren las dimensiones que la componen. Se entiende por estrategia de intervención profesional en Trabajo Social:

---

<sup>7</sup> A partir del Decreto Presidencial N° 297/2020, publicado en el Boletín Oficial.

<sup>8</sup> Frase utilizada en el marco de la campaña de sensibilización nacional para que la población pudiera permanecer en sus hogares y evitar la propagación del virus SARS-CoV-2.



A la capacidad profesional de realizar una determinada intervención, o un conjunto de intervenciones, con una finalidad definida a partir de la convergencia de dos tendencias: por un lado, la resultante de la síntesis de intereses y objetivos propios de los actores sociales que se constituyen en la expresión socio-histórica de las dimensiones propias de la práctica profesional y, por el otro, la reconstrucción de los aspectos objetivos y subjetivos de una situación problemática particular, que implica la objetivación de la “Cuestión Social” en la vida cotidiana de la población con la que trabajamos. (Mallardi, 2012, p. 12).

Como se mencionó en la introducción, el desarrollo de estrategias de intervención está determinado por una compleja y dinámica relación en donde convergen diversos recursos mediados por una articulación que se condensa en el arsenal operativo en un momento histórico determinado (Oliva, 2007, p. 15). Si bien los actores sociales involucrados son distintos para cada intervención profesional, tal como lo plantea Mallardi (2013), dependiendo del lugar de trabajo, situación problemática atendida —entre otros aspectos— en términos analíticos es posible aproximarnos a estos determinantes mediante la consideración de tres dimensiones ontológicamente vinculadas:

*La dimensión socio-institucional* se la identifica para dar cuenta de las tendencias societales que definen la posición del Estado frente a la “Cuestión Social”, lo cual adquiere visibilidad mediante las políticas públicas que se implementan, así como las dinámicas organizacionales, con sus objetivos y recursos. Le profesional del Trabajo Social desarrolla su intervención en organizaciones que implementan políticas y servicios sociales que abordan distintas situaciones problemáticas. Le Trabajador Social desarrolla sus intervenciones en el marco de la vida cotidiana de los usuarios, pero con el ‘mandato’ de abordar sólo aquellas cuestiones que la institución reconoce como legítimas y susceptibles de intervención.

*El Subdeterminante popular* hace referencia a la capacidad objetiva y concreta de interpelación e incidencia de los distintos sectores de la clase trabajadora a las instancias hegemónicas que intervienen sobre la “Cuestión Social”. En términos generales, esta dimensión remite a la consideración de la participación de la población que legitima socialmente a la profesión (Montaño, 1998), en tanto que, además de considerar los elementos arriba sintetizados, debe poder basarse en una reconstrucción de las necesidades, intereses y posicionamientos de los distintos actores sociales que se constituyen en población usuaria de sus servicios. En la práctica profesional, esta dimensión se materializa en distintas prácticas o posicionamientos de la población usuaria, y vincula las situaciones individuales con posturas o acciones colectivas. Las visiones o significados que el usuario atribuye a su situación, como así también a las responsabilidades de las instancias que implementan políticas o servicios sociales, dan cuenta de estos posicionamientos (Oliva y Mallardi, 2012, p. 85).

*Y la dimensión Ético-político profesional*, introduce la relación entre los medios y los fines, y la articulación entre los valores que fundamentan la intervención profesional y los objetivos que la orientan. En toda intervención profesional se encuentran presentes valores, que son incorporados en los objetivos profesionales y dan cuenta de la ética profesional. La misma, no queda sólo limitada a un código de ética normativo, sino que atraviesa las diversas dimensiones de la intervención profesional, la dimensión teórica, práctica, y política (Oliva et al., 2012, p. 86).



En el marco de estas tensiones cada profesional en la particularidad de sus procesos de intervención define los objetivos que la orientan. En consecuencia, conocer las particularidades de las dimensiones que contiene la categoría Estrategias de Intervención Profesional en un contexto de pandemia, nos permite acceder a un conocimiento acabado sobre los procesos de intervención profesional, no solo para reflexionar sobre los mismos, sino para habilitarnos a pensar otros modos de intervenir, que han emergido en el contexto de pandemia, generando rupturas con procesos de intervención tradicionales/hegemónicos.

## *Síntesis de resultados obtenidos en relación a las estrategias de intervención profesional*

Los resultados obtenidos sobre esta primera categoría de análisis permiten inferir que la demanda que inicia el proceso de intervención profesional en Trabajo Social en el marco de la pandemia, en el periodo comprendido entre 2020-2021, estuvo vinculada a la gestión de asistencia alimentaria e insumos de higiene y protección para prevenir el contagio, principalmente en aquellos CAPS cuya composición poblacional se caracteriza por condiciones de trabajo informal y transferencias de recursos estatales. Mientras que en los CAPS cuya población —en su mayoría— se encuentra incluida en el mercado formal del trabajo y/o forma parte del sistema jubilatorio nacional/provincial, y cuya composición poblacional está conformada un elevado índice de personas mayores, las demandas se vinculan al acompañamiento frente al aislamiento familiar o individual. En este sentido, resulta necesario destacar que el porcentaje de población que es usuaria del Primer Nivel de Atención se amplía considerablemente en el periodo estudiado, esto a partir de la centralización de testeos, detección, seguimiento, alta; y posteriormente la campaña nacional de vacunación en el ámbito del Primer Nivel de Atención, lo que pone de manifiesto la centralidad de asistencia por parte del Estado en general y de los equipos del salud en particular, no solo por la distribución de recursos, sino también porque a lo largo del 2020 y tras ser denominados como trabajadores esenciales. Los CAPS fueron en el marco del ASPO las únicas instituciones de salud con presencia territorial en los barrios, lo que generó a su vez un aumento de personas que comenzaron a transitar por los CAPS, y que históricamente asistían a otras instituciones por formar parte del Sistema de Obras Sociales o Prepagas.

Las demandas relacionadas directamente con la pandemia, ocuparon más del 80% de las intervenciones profesionales realizadas en los CAPS durante el año 2020, mientras que el 20% restante de las demandas estaban vinculadas indirectamente al SARS-CoV-19. Frente a la pregunta disparadora, ¿qué características adquirieron las estrategias de intervención profesional en el marco de la pandemia en comparación a un escenario pre-pandemia?, las respuestas estuvieron vinculadas a enunciar modificaciones en la dimensión operativa-instrumental del ejercicio profesional, que históricamente los trabajadores sociales implementan en el marco de los procesos de intervención profesional, y que en el contexto de la pandemia adquirieron características particulares, como lo son las entrevistas en contextos domiciliarios, también conocidas como “visitas domiciliarias”.

La implementación de intervenciones mediadas por la tecnología, en el caso de la entrevista en contexto domiciliario en el marco de la pandemia, puede ser analizada en relación a dos dimensiones, planteadas por Ierulo (2020): “La accesibilidad digital como problema y la no co-presencialidad como nudo crítico” (p. 36). La primera dimensión hace alusión a la accesibilidad en referencia a la disponibilidad de medios tecnológicos, conectividad de datos o *wifi* y el conocimiento entorno al manejo de dichos dispositivos de las personas que demandan nuestras intervenciones -y de los mismos integrantes del equipo de salud-, lo que genera “la invisibilización de situaciones de exclusión digital” (Ierulo, 2020, p. 35). Dicha exclusión digital no fue expresada por las profesionales entrevistadas al ser consultadas por la intervención en contextos domiciliarios, pero sí emerge como obstáculo cuando se refieren a espacios grupales o que involucran a personas mayores, como los talleres de la memoria que se venían desarrollando con anterioridad a la pandemia. La *co-presencialidad* refiere a que las intervenciones mediadas por la tecnología, poseen simultaneidad temporal, pero en contextos socio-espaciales diferentes, por lo que existe la imposibilidad de delimitar quienes se encuentran escuchando del otro lado del teléfono y hasta qué punto ese relato está condicionado o no por quienes están presentes en la escucha, pero invisibles frente a la cámara de una video llamada (Ierulo, 2020); lo que ha operado como condicionante en contextos de entrevistas domiciliarias mediadas por tecnología.

En relación a las Estrategias de intervención profesional desarrolladas a partir de la pandemia, por un lado, se visualiza la implementación de dispositivos tecnológicos; la respuesta a las demandas de asistencia, como así también la realización de actividades demandadas por la situación sanitaria que no forman parte del saber especializado del trabajo social. Estas últimas forman parte de la *dimensión socio-institucional* de las estrategias de intervención profesional ya que se configuran como acciones realizadas en función de las tendencias sociales que definen la posición del Estado frente a las manifestaciones de la “Cuestión Social”, visible a través de las políticas públicas y las dinámicas organizacionales, siendo el Trabajo Social la profesión que interviene en el marco de la vida cotidiana de los sujetos abordando aquellas cuestiones que la institución reconoce como legítimas. Dentro de esta dimensión se ubican aquellas acciones desarrolladas en el marco del Dispositivo Municipal de Estrategia de Abordaje por COVID- 19.

La utilización y/o incorporación de dispositivos tecnológicos para realizar intervenciones es la estrategia implementada en la pandemia que se sigue sosteniendo hasta la actualidad, con la particularidad de poder implementarlo en el caso de intervenciones más puntuales y diversas que las que emergieron en el contexto pandémico.

## ***Dilemas éticos del ejercicio profesional en pandemia: aproximaciones teóricas y resultados obtenidos***

La intervención profesional constituye “una actividad propiamente humana y posee una intencionalidad” (Parra, 2003, p. 37). Para poder iniciar el análisis es necesario entender la dimensión ético-política del ejercicio profesional, en tanto aquella que se configura por valores éticos y morales, como así también con posicionamiento ideológico vinculado a un proyecto socio-profesional. La

dimensión ético-política en Trabajo Social implica que “debemos realizar permanentemente opciones teóricas, ideológicas, políticas y éticas para nuestro ejercicio” (Parra, 2003, p. 38).

Retomando lo expresado por les entrevistades, se evidencia la construcción de un proyecto ético-político profesional guiado por los valores de justicia social, empatía y autocuidado, atravesado por la perspectiva de derechos humanos, posiciones que podrían encuadrarse dentro de un Proyecto Socio-Profesional crítico y emancipador. Les profesionales de Trabajo Social en el marco del ejercicio profesional, enfrentan frecuentemente situaciones que presentan dilemas éticos, debido a que en ocasiones existen contradicciones entre los lineamientos institucionales y los marcos normativos que regulan el ejercicio profesional: la Ley N° 27072 Federal de Trabajo Social y la Ley Provincia N°7341, así como el código de ética que se desprende de la misma

En este apartado se abordan los dilemas éticos de los procesos de intervención profesional de les trabajadores sociales —quienes forman parte del Primer Nivel de Atención del Sistema Sanitario de la ciudad de Villa María— que debieron sortear en el marco de la pandemia por COVID-19. Se estructuran tres ejes de análisis: El primer dilema se relaciona a la práctica de hisopar, como se observa en los siguientes recortes de entrevistas:

*“Con respecto a la pandemia, me interpeló la práctica de hisopar, ¿qué hago acá? pensaba... Tener no solo que hisopar, si no que aprender a realizar esa práctica invasiva. Lo aprendí a realizar y lo sentí como una manera de descomprimir el trabajo del equipo, posicionándome como personal de salud y no como TS. Pensaba que no me había formado para eso, pero en ese momento era necesario para el equipo y para la población, lo vi más desde ese lugar” (VM, CAPS, 05).*

*“Me interpeló ser escribiente, y tener que informar resultados positivos dando indicaciones de aislamiento, donde para mí lo debería haber hecho un médico, me sentí muchas veces incómoda en ese rol, para el cual no fuimos formados” (VM, CAPS,02).*

*“(...) Fuimos convocados como agentes de salud del Estado para intervenir en situación de emergencia sanitaria en donde el rol del TS, como el resto de las profesiones estuvieron desdibujados, en mi caso en relación a realizar los hisopados” (VM, CAPS, 01)*

*“Me pasó en muchas actividades más administrativas que tuve que hacer, como cargar datos de hisopados, vacunación o atenciones, o seguimiento de síntomas. Con el hisopado me resistí hasta último momento, porque me parecía que no tenía que ver con mi formación, que eso lo tenía que hacer la médica o la enfermera y después acepté aprender, pensaba: “¿cómo la TS va a hisopar?”, sabiendo que no era lo que me correspondía hacer como TS. Lo hice como corriéndome un poco de mi rol, entendiendo que como agente de salud y por la situación ameritaba la colaboración al respecto” (VM, CAPS, 04).*

*“El tema de hisopar fue uno, porque nunca en mi vida me hubiese imaginado tener que hacerlo, pero era necesario poder hacerlo para dar acceso al test a las personas con síntomas, teníamos fila de 40 o 50 personas por día. Era la única posibilidad de acceder porque de lo contrario debían asistir al centro, sin medio de transporte, ampliando del barrio la circulación de las personas” (VM, CAPS, 06).*

El segundo dilema ético expresado por las entrevistadas se vincula a las medidas de ASPO que obligó a la suspensión de entrevistas cara a cara y/o en contextos domiciliarios, ello se observa en expresiones como:

*“Los dilemas tienen que ver con romper las estructuras que traemos desde la profesión, creo que fue en su momento perder el contacto cara a cara o no ingresar a las viviendas” (VM, CAPS, 02).*

*“Me impactó y me interpeló el no poder realizar visitas domiciliarias, como lo nombré anteriormente, la pandemia marcó una diferencia en la intervención, no sólo porque tuvimos que adecuarnos a la utilización de dispositivos tecnológicos, sino porque además tenías parte de la población que no tenía acceso a dichos dispositivos como pasó en esta población con las personas mayores” (VM, CAPS, 03).*

*“Con respecto a las entrevistas en contexto domiciliario, tuve bastantes dilemas por los lugares donde me encontré hablando de situaciones complejas con personas/familias, dejar de ingresar a los hogares y hablar en la vereda con todas las medidas de seguridad que impiden escuchar bien y leer la corporalidad o el lenguaje no verbal en la comunicación” (VM, CAPS, 04).*

Por último, el tercer dilema identificado está vinculados a la utilización de dispositivos tecnológicos, debido a que históricamente los procesos de intervención profesional del Trabajo Social se caracterizaron por encuentros cara a cara, dentro del CAPS y en contextos domiciliario, siendo la observación una de las técnicas por excelencia utilizada para intervenir:

*“Con respecto al uso de los dispositivos telefónicos para entrevistar me costaba bastante al principio, y después pude sacarle esa carga, y entender que el encuentro presencial es necesario pero que hay otras intervenciones que pueden resolverse con la utilización del teléfono” (VM, CAPS, 04).*

*“También aprendí a comunicarme con el otro a través del teléfono, ya que nosotras estamos acostumbradas a los encuentros cara a cara, a visitar a las familias a sus domicilios, ingresar a*

*las viviendas, acciones que con la pandemia no estaban permitidas realizar por el peligro del contagio, aun teniendo las medidas de prevención” (VM,CAPS, 05).*

En este caso, se puede observar el avance vertiginoso en contexto de pandemia frente a la utilización de dispositivos tecnológicos que ya se venía estableciendo a partir de la implementación de la telemedicina. En síntesis, los dilemas éticos presentes en los procesos de intervención de las trabajadoras sociales entrevistadas son el desarrollo de actividades o acciones realizadas en el marco de la pandemia que no se encontraban contempladas dentro del código de ética profesional que regula el ejercicio.

### *Para concluir y reflexionar...*

El escenario de la pandemia trajo consigo la evidencia de la desigualdad y una intensificación del uso de lo público, con especial énfasis en el sistema de salud. Las manifestaciones de la “cuestión social” propias de ese particular contexto histórico se diversificaron; las demandas ya no solo provenían de los sectores populares, sino de otros sectores que no se encontraban con anterioridad transitando los circuitos de transferencia estatal sanitaria.

La utilización de dispositivos tecnológicos y la virtualidad como punto de encuentro con las personas comenzaron a tener una centralidad como vía de comunicación, de respuestas a las demandas para satisfacer necesidades básicas de subsistencia en el marco del ASPO.

Al interior del colectivo profesional, el trabajo social tuvo que reinventar sus estrategias de intervención y romper con los modos de intervención que históricamente desempeñaban.

Los dilemas éticos que interpelaron el ejercicio profesional del Trabajo Social se situaron, recuperando los aportes de Oliva (2012) en la dimensión práctica de la intervención:

1. La práctica de hisopar, actividades administrativas y de seguimiento en el marco de los testeos, acciones que no se encuentran contempladas en las incumbencias profesionales.
2. La pérdida de encuentro cara a cara con las personas que demandan procesos de intervención o la posibilidad de realizar encuentros al aire libre con las medidas de seguridad establecidas para evitar contagios lo que dificulta la comunicación y a su vez no hay un marco de privacidad,
3. Y, en relación al ítem anterior, la utilización de dispositivos tecnológicos para realizar entrevistas, seguimientos, dar respuestas a demandas, entre otros.

El contexto de pandemia nos habilitó obligatoriamente a encontrar otros modos de vinculación con los sujetos de la intervención, nos empujó a revisarnos en tanto límites y márgenes de las acciones que debíamos (o no) ejecutar en contextos de emergencia, donde pareciese valer todo, y donde aún así el horizonte ético-político se mantuvo intacto, haciendo posible lo hasta ese momento imposible, habilitando canales y modos de comunicación que aún hoy sostenemos.

Es posible anticipar, que la irrupción crítica del fenómeno sanitario, anticipó los escenarios normativos y regulatorios, que luego de esta coyuntura de pandemia es necesario contemplar para avanzar en nuevas normativas que permitan incluir escenarios de intervención en contextos de emergencia

## Lista de referencias

- Arocena, J. (2001). *El desarrollo local: un desafío contemporáneo*. Universidad Católica de Uruguay. Uruguay: Segunda edición.
- Carballeda, A. (2020). Apuntes sobre la intervención profesional del Trabajadora Social en tiempos de Pandemia por Covid-19. *Margen*, (99). Recuperado de: <https://www.margen.org/pandemia/carballeda2020.html>
- Conrero, R. y Ponce, V. (2022). Trabajo Social en contexto de Pandemia: una reflexión en torno a los procesos de intervención profesional en el marco del ASPO y DISPO en el Primer Nivel de Atención de la localidad de Villa María, Córdoba. En *XXV Encuentro Nacional de FAUATS*. Paraná, Entre Ríos.
- Bilavcik, C., Crosetto, R; Miani, A. y Nucci, N. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *ConCiencia Social*. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938>
- Decreto 297/2020. Aislamiento social preventivo y obligatorio. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Eslava-Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, (16). Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/396-403>
- Gallichio, E. (2002). *La construcción del desarrollo local en América Latina. Análisis de experiencias*. IAF-ALOP- CLAEH. Montevideo, Uruguay.
- Guzmán Ramonda, F. (2021). Pandemia, Coyuntura y Trabajo Social: debates urgentes. *Cátedra Paralela*, (18). UNLP, Argentina. Recuperado de: <https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/264/213>
- Ierullo, M. (2020). Entrevistas “virtuales” en tiempos de pandemia y aislamiento social. Reflexiones en relación a sus limitaciones y validez para la intervención del Trabajo Social. *Con-textos*, (1). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Entrevistas-virtuales-en-tiempos-de-pandemia-y-aislamiento-social.pdf>
- Maceira, D. (2014). *Cuadrantes de análisis en los Sistemas de Salud de América Latina*. Documento de Trabajo CEDES–UNICEF. Recuperado de: [https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/12/2014\\_122.pdf](https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/12/2014_122.pdf)
- Mallardi, M. (2013). *Procesos de intervención en Trabajo Social: Aportes para comprender su particularidad*. CEIPIL. Argentina.
- Marro, K. (2005). Hacia la construcción de un Trabajo Social crítico latinoamericano: Algunos elementos para su problematización. *Cátedra Paralela*, (2), 59-81.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2004). Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/065\\_salud1/material/archivos/documentos/plan\\_federal\\_de\\_salud\\_2004\\_2007.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/documentos/plan_federal_de_salud_2004_2007.pdf)

- Montaño, C. (1998). *La Naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y reproducción*. Brasil: Editorial Cortez.
- Netto, J. P. (2003). Cinco notas a propósito de la 'cuestión social'. En *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético –político profesional.*, Brasil: Cortez Editora.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud. Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra, Suiza.
- Oliva, A y Mallardi M. (2012). *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del trabajo social*. UNICEN. Argentina.
- Oliva, A. (2007) El Servicio Social en el campo de la Salud. En *Trabajo Social y Lucha de Clases*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Atención primaria de la salud*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud#:~:text=La%20APS%20es%20un%20enfoco,va%20desde%20la%20promoci%C3%B3n%20de>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Parra, G. (2003). Los proyectos socio- profesionales en el Trabajo Social Argentino. Un recorrido histórico. En *Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social*, 31-51. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Secretaría de Salud Villa María. (2022). *Dispositivo de Cuidados de Salud*. Municipalidad de Villa María, Córdoba.
- Sonis, A. (2005). *Posgrado en salud social y comunitaria*. Módulo I Salud y Sociedad. Unidad N° 1 y N° 3. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina: Edit. PROA XXI.

## Cita recomendada

**Conrero, R. (2024).** Trabajo Social y Pandemia: Estrategias de intervención y dilemas éticos. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 8 (15). 45-60. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/46959> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



## *Sobre la autora*

### *Renata Conrero*

Argentina. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Villa María (UNVM). Posgrado en Salud Social y Comunitaria de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Maestranda en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la UNC. Docente e investigadora del Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales de la UNVM. Integrante de la Comisión Asesora de la Licenciatura en Trabajo Social del IAPCS-UNVM. Integrante del equipo de salud del CAPS "Hilcio Wheimüller" del Municipio de Ausonia, Córdoba. Integrante del servicio de trabajo social del Hospital Regional Pasteur. Correo electrónico: [renata\\_conrero@unvm.edu.ar](mailto:renata_conrero@unvm.edu.ar)

