
Gijón Sánchez, María Teresa y Morata-García de la Puerta, M. Belén. (2022). La práctica transformadora del trabajo social en los servicios sanitarios y en los servicios sociales ante la crisis COVID-19. En Moreno Vida M.N. (dir.) y Díaz Aznarte, M.T. (dir.), *La modernización de la asistencia sanitaria: Cohesión interterritorial, atención sociosanitaria ante el envejecimiento y la revolución digital en la sanidad*, Editorial Comares, pp. 343-366. (ISBN 978-84-1369-456-6).

LA PRÁCTICA TRANSFORMADORA DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EN LOS SERVICIOS SOCIALES ANTE LA CRISIS COVID-19

María Teresa Gijón Sánchez, Universidad de Granada

María Belén Morata-García de la Puerta, Universidad de Granada

SUMARIO

Introducción

I. El carácter esencial de los servicios sanitarios y los servicios sociales y sus profesionales en tiempos de pandemia

1. La definición de esencialidad
2. Factores que inciden en la prestación de los servicios declarados esenciales
 - 2.1. El modelo de gestión multinivel del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales
 - 2.2. La legitimidad del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales frente a la ciudadanía
3. El marco institucional en el que se desarrollan las prácticas profesionales declaradas esenciales en tiempos de pandemia

II. El papel del trabajo social ante los efectos sanitarios y sociales de la crisis COVID-19 en poblaciones vulnerables

1. Poblaciones y problemas atendidos por el trabajo social desde el ámbito sanitario y social en pandemia
2. Roles y funciones adoptadas por el trabajo social desde el ámbito sanitario y social en pandemia

III. Alcances prácticos y lecciones aprendidas para el trabajo social ante la COVID-19

Referencias Bibliográficas

LA PRÁCTICA TRANSFORMADORA DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EN LOS SERVICIOS SOCIALES ANTE LA CRISIS COVID-19

María Teresa Gijón Sánchez, Universidad de Granada

María Belén Morata García de la Puerta, Universidad de Granada

Introducción

La enfermedad COVID-19 ha dado lugar a una crisis de emergencia en salud pública de interés internacional, declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020. El virus SARS-CoV-2 puede infectar a personas de todas las condiciones, aunque las personas mayores y aquellas con factores de riesgo preexistentes (enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, inmunodepresión, embarazo y otras enfermedades crónicas) son más vulnerables a enfermarse gravemente. Los efectos de la pandemia en la sociedad han ocasionado una crisis cuyo impacto no solo conlleva implicaciones en la dimensión física de la salud, en un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino que repercute en la dimensión psíquica y en la social de las poblaciones. Por tanto, los determinantes sociales de la salud ocupan un lugar destacado en el origen, desarrollo e impacto ocasionado por la pandemia. Sus consecuencias son así devastadoras, ampliando los procesos de vulnerabilidad o exclusión social (Ponce de León, 2020). No en vano una pandemia “es un evento histórico singular, emergente, totalizado y complejo, como los huracanes, tsunamis, guerras, supernovas y otros fenómenos del mundo y de la vida” (De Almedia-Filho, 2022: 2). Su impacto pernicioso en las poblaciones más desatendidas e infravaloradas de la sociedad conlleva que la profesión del trabajo social sea una de las más afectadas, dejando claro el nexo de unión que la vincula a la pandemia COVID-19 (Amadasun, 2020).

Entre los principales efectos de la pandemia, destacan las desiguales consecuencias que se derivan de las primeras medidas de confinamiento y distanciamiento social en distintos grupos sociales, el aumento de la tasa de desempleo y las situaciones de pobreza, la brecha digital y educativa, la pérdida de apoyo social provocada por el aislamiento, el malestar psicosocial y riesgo de trastornos mentales, y las limitaciones en el acceso a los servicios y recursos de atención social y sanitaria. Esta nueva coyuntura pandémica acentúa, en el presente y en el futuro, las desigualdades sociales ya existentes en las sociedades dentro y entre países, y en las oportunidades de responder ante ellas. Es decir, quiénes estaban ya sufriendo las desigualdades sistémicas son quienes están en una situación más perjudicial por la crisis provocada por la COVID-19, de forma que no es una enfermedad socialmente neutra y podemos decir que estamos viviendo una pandemia sindémica (Bambra et al., 2020). Por tanto, las nuevas necesidades sanitarias urgentes originadas por la situación de crisis COVID-19, interaccionan con las circunstancias sociales, sanitarias políticas y económicas que ya estaban presentes en cada contexto. A todo ello se unen, en el momento actual, las nuevas incertidumbres sociales y económicas que para Europa y el mundo comporta la emergencia del impacto del conflicto bélico entre Rusia y Ucrania, iniciado el 24 de febrero de 2022 tras la invasión rusa. Este conflicto impacta negativamente en la cadena

de suministros y un fuerte aumento en los precios de las materias primas, de forma que aumentan los temores sobre que el mundo se enfrentará a una nueva crisis económica, y a sus perjudiciales consecuencias sociales, a partir de septiembre de 2022. Frente a todo ello, es indiscutible que, aunque los efectos negativos de las crisis se extienden por distintos países, la capacidad de responder ante ellos, en forma de prestaciones, servicios y recursos de todo tipo, varía de unas fronteras a otras.

La respuesta del trabajo social en pleno auge y duración de la crisis COVID-19, conforme a su rol profesional y disciplinar, se desarrolla de forma multinivel y multimétodo desde diferentes ámbitos de intervención, entre los que se encuentran el social y el sanitario. Desde ellos, sus prácticas de intervención son fundamentales tanto de forma general (servicios sociales comunitarios y servicios de atención primaria de salud) como especializada (servicios sociales especializados de atención a la discapacidad, la dependencia, las adicciones, la violencia de género, etc., y servicios de atención sanitaria especializada, salud mental, etc.) para cubrir las necesidades sociales urgentes de los colectivos más vulnerables en un escenario incierto (Redondo-Sama et al., 2020). Estas prácticas, en general, se caracterizan por reajustar temporalmente la prestación de servicios presenciales, transitando hacia su transformación digital en un contexto de cambios y emergencia. De este modo, se distinguen por la necesidad de ofertar servicios telemáticos y remotos con el fin de favorecer el mantenimiento del contacto y las relaciones humanas entre proveedores y personas usuarias como un valor básico de la profesión (Roy & Kaur, 2020), entre otros valores profesionales que se han visto socavados o anulados por la pandemia (Amadasun, 2020).

En España el impacto inicial que genera el surgimiento de la COVID-19 conlleva que del 14 marzo al 21 junio de 2020 se declare una fase de estado de alarma, que impuso el distanciamiento social y la restricción de movimientos con base a la evidencia. Como consecuencia de esta declaración, los servicios sanitarios y los servicios sociales se formulan como *servicios esenciales*, entre otros servicios de primera línea dirigidos a proteger el bienestar, la salud y la seguridad ciudadana, destacándose la importancia de que estos servicios y sus profesionales actúen de forma indispensable ante las necesidades de personas mayores, menores, dependientes o con discapacidad (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo). La valoración esencial de los servicios sociales en la gestión de la crisis sanitaria, y no únicamente de los servicios sanitarios, supone reconocer la importancia de atender de forma ineludible e inaplazable la situación crítica de los colectivos destinatarios de los mismos (personas mayores, menores, con adicciones, sin hogar, con discapacidad, inmigrantes y refugiadas, víctimas de violencia de género, etc.), en centros y entidades públicas y privadas con y sin ánimo de lucro (tercer sector y empresas de servicios) (Orden SND/295/2020, de 26 de marzo). Del mismo modo en el ámbito internacional, en marzo de 2020, la Alianza mundial de la fuerza laboral del servicio social junto a UNICEF, la Alianza para la Protección de la infancia en la Acción Humanitaria y la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, subrayan la importancia de que los gobiernos consideren como esenciales a las profesiones que actúan en los servicios sociales, ya que por sus fuertes vínculos con la infancia, las familias y las comunidades están capacitadas para responder rápida y efectivamente a los riesgos asociados a la pandemia (Global Social Service Workforce Alliance et al., 2020). Sin embargo, a pesar de estas declaraciones que equiparan la esencialidad entre un tipo y otro de servicios, los estudios nacionales e internacionales se han centrado de forma prioritaria en analizar la respuesta de las profesiones que trabajan en la primera línea de los servicios sanitarios ante la fuerte presión asistencial

ocasionada por el impacto biomédico de la COVID-19, y minoritariamente en analizar la actuación de las profesiones de servicios sociales ante los efectos sociales negativos de la pandemia (Redondo-Sama et al., 2020). Aún más escasas son las publicaciones que profundizan en el papel estratégico de profesiones que, como el trabajo social, actúan desde ambos ámbitos y además desempeñan un papel clave en la coordinación eficaz entre los mismos. Esto se debe a que las profesiones de ayuda, en las que se incluye el trabajo social, están infradimensionadas, infravaloradas y marginadas, a pesar de ser prácticamente esenciales para nuestra supervivencia como sociedad (Gabura & Mojtova, 2022).

Este artículo presenta una revisión teórica sobre la práctica transformadora del trabajo social en la crisis COVID-19 basada en el análisis de su actuación profesional en los servicios sanitarios y los servicios sociales (centros de salud, hospitales, unidades de salud mental, centros de servicios sociales comunitarios, residencias de mayores, centros de día de mayores, centros de atención a la discapacidad, centros de protección de menores, centros de atención y acogida a personas inmigrantes, centros de atención a las mujeres, etc.). El propósito es valorar de forma global e integral cómo su rol y funciones principales de promoción, prevención y atención social y sanitaria (a nivel micro, meso y macro) se adaptan a las consecuencias y cambios impulsados por el contexto social, sanitario, económico y político de pandemia, desempeñando un papel esencial en la sociedad en situaciones de emergencia y acentuación de la vulnerabilidad.

I. El carácter esencial de los servicios sanitarios y los servicios sociales y sus profesionales en tiempos de pandemia

1. La definición de esencialidad

En España, al inicio de la pandemia, el Estado declaró como esenciales aquellos servicios que estratégicamente actúan en situaciones de emergencia o crisis. Esta definición parte de lo que la Constitución Española de 1978, en su artículo 128.2, considera como servicio esencial cuando establece que “se reconoce la iniciativa pública en la actividad económica. Mediante ley se podrá reservar al sector público recursos o servicios esenciales, especialmente en caso de monopolio y asimismo acordar la intervención de empresas cuando así lo exigiere el interés general”. También se define qué es un servicio esencial en la Ley 8/2011, de 28 de abril, por la que se establecen medidas para la protección de las infraestructuras críticas. En su artículo 2, lo especifica como “el servicio necesario para el mantenimiento de las funciones sociales básicas, la salud, la seguridad, el bienestar social y económico de los ciudadanos, o el eficaz funcionamiento de las Instituciones del Estado y las Administraciones Públicas”. En los mismos términos se define en el artículo 2, apartado 7, de la Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.

La definición legal de esencialidad hace referencia, pues, a lo mínimo e indispensable para sobrevivir, algo que es temporal y que va referido a servicios elementales, necesarios para el mantenimiento de las funciones sociales principales, así como el funcionamiento del propio Estado y sus instituciones. En sentido amplio, comprende los establecimientos, los centros de trabajo y las actividades que satisfacen necesidades de la población en conexión con sus derechos fundamentales (Consejo General del Trabajo Social, 2020). Esta definición en tiempos de pandemia incluye a los servicios sanitarios

y a los servicios sociales como servicios básicos para garantizar el buen funcionamiento del país en situación de crisis.

Respecto de los servicios sanitarios, existe un reconocimiento universal de su labor que afecta directamente a las condiciones de vida y de trabajo de la población en general y las economías, como mecanismo fundamental para producir avances hacia la equidad y la salud universal. Así se establece en la Estrategia Mundial para el Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud (2015), y también forma parte de los objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. El personal sanitario, según la Organización Mundial de la Salud, es “toda persona que realiza tareas cuya principal finalidad es promover la salud”, incluyendo a personas de diferentes campos disciplinares, entre los que también se encuentran los trabajadores y las trabajadoras sociales (Ferla et al., 2021). Por su parte, en el ámbito social, el trabajo social tiene áreas y competencias asignadas en los primeros niveles de asistencia. Anteriormente se ha explicado cómo la emergencia sanitaria ha provocado graves consecuencias sociales que afectan directamente a los procesos de integración social. Concretamente, la desigualdad (especialmente económica) se ha convertido en un factor central durante la pandemia, acentuándola y adquiriendo nuevas manifestaciones, tambaleando la autonomía social de buena parte de la población. En este contexto, los servicios sociales y otros ámbitos laborales se han situado en la primera línea de intervención, tratando de garantizar a todas las personas, grupos o comunidad el acceso a los recursos, en igualdad de oportunidades, así como el apoyo para cubrir sus necesidades básicas, especialmente quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad o desventaja social (Consejo General de Trabajo Social, 2020).

De esta manera, pretendemos analizar la práctica transformadora del trabajo social en la crisis COVID-19, cuál fue su actuación en el ámbito sanitario y social, como actividad declarada esencial en tiempos de pandemia. Es decir, se examina cómo las Administraciones Públicas abordaron el problema y sus consecuencias, especialmente en los primeros niveles de emergencia, que es donde se produce una demanda espontánea y urgente de las personas a sus gobiernos (Clemente et al., 2021: 282).

2. Factores que inciden en la prestación de los servicios declarados esenciales

Entendemos que la prestación de servicios sanitarios y servicios sociales ante la crisis está determinada, en primer lugar, por la configuración de los mismos sistemas. En segundo lugar, esta actuación en situación de crisis está condicionada por el distinto valor social y político que se otorga a un tipo y otro de servicios, junto a las posibilidades de visibilidad mediática que acoge la labor profesional que se desempeña en ambos tipos de servicios.

2.1. El modelo de gestión multinivel del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales

Respecto de la primera cuestión, que la prestación de servicios sanitarios y servicios sociales ante la crisis está determinada por su propia configuración, en España existe una organización de la gestión del bienestar multinivel, que es propia de un modelo de descentralización de competencias del Estado a las comunidades autónomas. Este modelo caracteriza la construcción de los sistemas de protección social en nuestro país (la sanidad, la garantía de rentas y pensiones, la educación y los servicios sociales,

enmarcándose en este último el sistema de autonomía y atención a la dependencia). Sin embargo, se trata de un modelo que no está exento de diferencias en su desarrollo, las cuales impactan de manera directa en la gestión asimétrica de la crisis acontecida a raíz de la pandemia.

Por una parte, el sistema sanitario se rige por un marco legislativo nacional (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud). Junta a él, existen diecisiete legislaciones autonómicas que han dado lugar a la constitución de diecisiete sistemas autonómicos de salud. Por otra parte, el sistema de servicios sociales carece de una regulación homogeneizadora de carácter nacional. Así, desde el comienzo, fueron las comunidades autónomas quienes diseñaron sus legislaciones autonómicas dando lugar a la configuración de sus propios sistemas de servicios sociales, de manera exclusiva. En la práctica, esto ha supuesto un desarrollo asimétrico de los servicios sociales en el estado español, pues han convivido en el tiempo modelos más avanzados (con leyes de servicios sociales de segunda y tercera generación, con cartas de servicios o catálogos de prestaciones de servicios sociales y el establecimiento de derechos subjetivos para algunas de las prestaciones y servicios) con modelos en otras comunidades autónomas que han tardado más en salir del patrón benéfico asistencial, y sólo recientemente han renovado su legislación y organización, acorde al resto de comunidades autónomas.

Junto a todo ello, la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (la llamada LAPAD), fue un punto de inflexión para el sistema de servicios sociales. Dicha Ley conlleva el reconocimiento del derecho a recibir servicios de promoción de la autonomía y atención a la dependencia, que tienen carácter prioritario, y que se prestan a través de la oferta pública de la red de servicios sociales de las comunidades autónomas (ya sea a través de centros y servicios públicos o privados concertados, debidamente acreditados). Los servicios están recogidos en el Catálogo de Referencia aprobado por Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el 16 de enero de 2013, con independencia de su titularidad. Sin duda, esto contribuyó a que el proceso de adecuación legislativa de las comunidades autónomas rezagadas se acelerara. Aún así, el sistema de servicios sociales en España continúa siendo desigual, resultado de la capacidad de autoorganización exclusiva de los gobiernos autonómicos, lo que es una clara diferencia respecto a la configuración del sistema sanitario.

También el sistema sanitario posee una gestión descentralizada en las comunidades autónomas, y del mismo modo permite la asimetría en la gestión de la salud entre los territorios. Sin embargo, la existencia de unos mínimos establecidos por el Estado, recogidos en la legislación básica del sistema nacional y que afectan directamente a la garantía de los derechos de la población usuaria, son una clara diferencia entre uno y otro sistema y explican meridianamente cómo la propia configuración del sistema condiciona el funcionamiento y la eficacia de este, especialmente en los momentos de emergencia e incertidumbre.

2.2. La legitimidad del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales frente a la ciudadanía

Respecto de la segunda cuestión, esta actuación en situación de crisis está condicionada, también, por el distinto valor que se otorga a un tipo y otro de servicios. Ello, y el refuerzo que adquiere cuando se da visibilidad mediática, que muestra la labor profesional que se desempeña en ambos tipos de servicios. A modo de ejemplo, la legitimidad del sistema sanitario se vio reforzada por el respaldo político de la presidencia del gobierno de la nación: a los órganos sanitarios que gestionaban la pandemia, con la coordinación del ministerio de sanidad (como autoridad competente delegada) y al funcionamiento de la comisión interterritorial del sistema nacional de salud. Esto no ha ocurrido con el sistema de servicios sociales. Es cierto que para ambos sistemas se reforzó la financiación y en el caso del ámbito social, con una importante dotación económica (un escudo social) para la ejecución de medidas sociales que “no dejaran a nadie atrás”. Pero no se dio el esperado apoyo político, como tampoco el impulso a una estrategia de funcionamiento coordinado, de carácter intergubernamental, que hiciera frente común a la pandemia (y la consiguiente proyección mediática de este apoyo). Esto hubiera sido especialmente relevante para los servicios sociales puesto que la emergencia sanitaria y sus consecuencias han marcado un punto de inflexión en los servicios sociales, que han tenido que reconvertirse con celeridad ante situaciones cambiantes y por una fuerte presión ciudadana con una demanda desbordante.

Es indudable que a nivel político (apoyado por los medios de comunicación) ha dominado la necesidad de ofrecer una respuesta biomédica dirigida a doblegar al nuevo coronavirus, subrayando la necesidad de evitar sobrecargar al sistema sanitario y destacando su valor social. Esto ha motivado que el sistema de servicios sociales haya permanecido invisible, desvalorizado y con insuficientes profesionales o recursos, lo que le ha dificultado aún más sus posibilidades de atender con éxito las nuevas necesidades de urgencia social de personas, grupos o comunidades, en situación de mayor vulnerabilidad y desventaja social en tiempos de pandemia.

Ahora ya contamos con datos que se han ido generando en el último año que evidencian los enormes daños estructurales que la pandemia ha producido, con consecuencias devastadoras a nivel económico y social, no sólo sanitario. También conocemos las diferencias en la actuación de uno y otro sistema, y es indudable que, aún, algunos centros de servicios sociales en España siguen funcionando en base a un modelo asistencialista, lo que se ha incrementado con la crisis del COVID-19: dejan de trabajarse los procesos (incluida la prevención), a favor de las prestaciones y recursos de subsistencia que desbordan completamente la actividad diaria de los mismos. Y eso, a pesar de que el funcionamiento de los servicios sociales ha sido muy positivo desde el punto de vista de los efectos de la emergencia sanitaria por la capacidad de amortiguación de dichos efectos sobre la población más vulnerable.

3. El marco institucional en el que se desarrollan las prácticas profesionales esenciales en tiempos de pandemia

Lo relevante para el objetivo de este capítulo es poner en valor la figura del trabajo social y la de sus profesionales en los servicios sanitarios y en los servicios sociales como respuesta esencial ante la crisis. Como ya se ha explicado, la decisión del gobierno de decretar un estado de alarma supuso el confinamiento de la ciudadanía en sus casas, salvo salidas excepcionales, y la suspensión de todas las actividades socioeconómicas, excepto las declaradas esenciales. Es cierto que al principio del estado de alarma los servicios sociales no fueron considerados como una actividad esencial, y

ello a pesar de que en el año 2006 la comisión europea ya había declarado a los servicios sociales de interés general en la UE como “servicios sociales esenciales con una función preventiva y de cohesión social que aportan una intervención facilitadora de la inclusión social y garantizan la realización de los derechos fundamentales”. Sin embargo, el confinamiento inmediatamente puso de relieve las graves consecuencias de la paralización de la actividad económica y sus efectos sobre el empleo y las condiciones de vida de la población, con especial incidencia en la población más vulnerable, usuaria de servicios sociales, que quedaría completamente desamparada por el estado de emergencia. De esta manera, el 20 de marzo de 2020, la Vicepresidencia de Derechos Sociales y Agenda 2030 acordó en el Consejo Interterritorial con las comunidades autónomas que los trabajadores y las trabajadoras de servicios sociales pasaran a tener la consideración de "servicios esenciales". Para que estos servicios se pudieran garantizar al conjunto de la población y específicamente a la población más vulnerable, la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, reguló de manera concreta los servicios sociales, considerándolos un servicio esencial, e instó a garantizar la adecuada y debida asistencia de los colectivos destinatarios de los servicios sociales, que precisaban de una atención ineludible e inaplazable, y hacía preciso adoptar una serie de medidas.

Por tal razón, en pleno auge de la crisis se promulga la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19. Esta orden propone el desarrollo de medidas dirigidas a proteger el bienestar, la salud y la seguridad de la ciudadanía y la contención de la progresión de la enfermedad. Se atribuye al IMSERSO-Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y a las autoridades competentes de cada comunidad autónoma la garantía de la eficacia de las medidas dispuestas, quienes deberán dictar las resoluciones e instrucciones que sean necesarias. De esta forma, la orden vincula a todos los centros y entidades que presten cualesquiera de los servicios contenidos en el Catálogo de Referencia, aprobado por Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2013), con independencia de su titularidad, así como a sus trabajadores y trabajadoras cualquiera que sea la naturaleza de su relación contractual o administrativa. Además, el carácter de servicios esenciales abarca también a los centros y entidades de titularidad privada, con y sin ánimo de lucro, que junto a los centros y servicios públicos atenderán de forma ineludible e inaplazable a los principales colectivos destinatarios de los mismos (personas mayores, menores, con adicciones, sin hogar, con discapacidad, inmigrantes y refugiadas, víctimas de violencia de género, etc.)

Se propone, igualmente, que el IMSERSO y las comunidades autónomas, en sus respectivos ámbitos de competencia en materia de servicios sociales, podrán adoptar las medidas necesarias para la protección de las personas, bienes y lugares, pudiendo imponer a los trabajadores y trabajadoras de los servicios sociales la prestación de servicios extraordinarios, ya sea en razón de su duración o de su naturaleza. Todo ello sucede en un contexto de crisis y falta de personal, por lo que desde el Consejo General de Trabajo Social (2020) se subraya la importancia de establecer protocolos y criterios unificados de intervención ante cualquier situación emergencia o crisis. Finalmente, pone de relieve la importancia de hacer una previsión de la postcrisis. Para todo lo anterior, el Fondo de Contingencia -y mediante el suplemento de crédito pertinente, concedido al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030-, promueve las correspondientes transferencias a las autoridades estatales y autonómicas en el ámbito

de los servicios sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la financiación de las actuaciones previstas en la presente orden.

Paralelamente, el sistema sanitario había sido declarado servicio esencial en el mismo Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, del estado de alarma, al incluir como excepción a la situación de confinamiento la movilidad ciudadana si era para asistir a centros, servicios y establecimientos sanitarios, que permanecerían abiertos. Posteriormente, mediante la Orden SND/344/2020, de 13 de abril, se establecen medidas excepcionales para el refuerzo del Sistema Nacional de Salud y la contención de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Así, se establece la obligación de los servicios sanitarios privados de estar disponibles para formar parte o reforzar el sistema de salud pública, quedando a disposición de las comunidades autónomas, en un contexto de coordinación con el Ministerio de Sanidad. Esto incluía la fijación de precios de las pruebas diagnósticas para la detección del virus, a fin de evitar situaciones abusivas en un contexto de emergencia sanitaria. Finalmente, es la autoridad pública del sistema sanitario la que establece los procedimientos y el circuito para cumplir con los objetivos y con las tareas de vigilancia y contención de la epidemia.

Sirvan estas breves explicaciones sobre la consideración del sistema sanitario durante los primeros momentos de la declaración del estado de alarma, de la que hay abundante literatura que narra cómo dicho sistema se preparó para afrontar la emergencia sanitaria. Por otra parte, la mayoría de los trabajadores sociales y trabajadoras sociales desempeñan sus funciones en los centros de servicios sociales, públicos y privados, de ahí que se centre la atención en el ámbito social, preferentemente. Además, muchas de las circunstancias que vivieron tales profesionales son válidas y aplicables tanto al ámbito sanitario como social, como servicios esenciales. Tal es el caso, por ejemplo, de las dificultades para acceder a los servicios debido a la necesaria transformación digital que hubo que realizar como consecuencia de las medidas de contención del virus, y de las que se dará cuenta en los epígrafes posteriores.

En todo caso, se incide en la idea del carácter esencial de la práctica profesional del trabajo social durante la pandemia y después, ya que seguirá siendo fundamental para evitar el aumento de la brecha social cuyo impacto aún se está valorando, como efecto de la crisis. Esto es especialmente relevante en el ámbito de los servicios sociales, en donde se viene produciendo un desmantelamiento de lo público y donde la emergencia sanitaria ha evidenciado más aún la fragilidad del sistema (León, 2021). En este sentido, el impacto de la pandemia en las residencias de servicios sociales para mayores ha sido especialmente grave, mostrando las carencias preexistentes para disponer de recursos humanos suficientes (Montserrat, 2021; Pollock et al., 2020). Las condiciones laborales de los y las trabajadoras sociales en las residencias, en el acompañamiento y cuidados de las personas residentes en condiciones de aislamiento total, reflejan la resiliencia y la importancia de la profesión así como el enorme esfuerzo realizado y la máxima implicación, pese a que desde el punto de vista mediático su rol haya sido menos visible que el de los profesionales sanitarios (medicina y enfermería, principalmente). La ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia incorporó un modelo residencial y, desde la perspectiva del trabajo social, su implantación involucra a los y las profesionales atendiendo las necesidades de las personas dependientes, que requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. La literatura especializada ha advertido de la inadecuación

de este modelo de atención residencial, así como de la inexistencia de planes de contingencia, que afectan a recursos humanos y materiales (Vicente, 2020). El propio Ministerio de Sanidad ha reconocido que las residencias de atención a personas mayores y en situación de dependencia han sido el recurso más vulnerable frente al coronavirus.

El sistema sanitario es cada vez más completo y eficaz para atender lo agudo, pero falla en la atención a los cuidados de larga duración y a la cronicidad. Por el contrario, el sistema de servicios sociales cuenta con una buena base procedimental y con parte de las herramientas necesarias para ofrecer una correcta intervención sanitaria tanto en la prevención como en la atención a situaciones de dependencia, si bien históricamente, nunca ha desempeñado un papel protagonista en este entorno (Vicente, 2020: 292). Este es el escenario en el que se debe hacer frente a la emergencia sanitaria y en donde se destaca el papel estratégico que el trabajo social ha desarrollado, desde ambos ámbitos, siendo clave en la coordinación eficaz entre los mismos, puesto que hay colectivos que necesitan cuidados de larga duración, que tienen enfermedades crónicas o que están en situación de dependencia y tienen problemas o necesidades sociales. Sin embargo, esto no es una novedad que haya traído la pandemia puesto que, tradicionalmente, el trabajo social ha jugado un papel clave dentro de los equipos interdisciplinarios desarrollando funciones de planificación y organización, atención a las necesidades de los y las usuarias, velando por sus derechos y siendo el enlace entre las personas residentes y su entorno.

Las dificultades y los déficits de coordinación con el sistema sanitario ante la imposibilidad de derivar a los hospitales a personas residentes por falta de camas y por priorizar a pacientes más jóvenes, obligó a los centros residenciales a ocuparse de ellos sin tener medios apropiados ni equipos imprescindibles. Como veremos en las siguientes páginas, el rol profesional durante la primera ola se centró en gran parte en la comunicación telefónica con las familias, la supervisión en la utilización correcta de equipos de protección, o el apoyo y coordinación de las tareas dentro de las residencias. Dicho rol ha transitado desde un carácter más personal a otro con un fuerte componente digital, si bien la interacción humana sigue siendo un elemento fundamental, como es promover las relaciones humanas.

Finalmente, el concepto de esencialidad debe materializarse en decisiones y prácticas concretas que nos delimitan claramente por qué son servicios esenciales, y que los profesionales y las profesionales han ido construyendo durante los primeros meses. A veces, con indicaciones y directrices claras y precisas, a veces improvisando y construyendo (o reconfigurando) las prácticas institucionales, ante la ausencia de claridad de cómo gestionar los procesos y los procedimientos que ya no eran válidos en un contexto de aislamiento y distancia social, y con cierre de todas las actividades que no fueron declaradas esenciales. En todo caso, la citada esencialidad aparece como criterio vertebrador de las intervenciones de los actores, especialmente las que van referidas a la población más vulnerada en sus derechos.

II. El papel del trabajo social ante los efectos sanitarios y sociales de la crisis COVID-19 en poblaciones vulnerables

1. Poblaciones y problemas atendidos por el trabajo social desde el ámbito sanitario y social en pandemia

La crisis COVID-19 agrava y origina crecientes desigualdades económicas, sociales y sanitarias en y entre los distintos países del mundo, lo que genera en la comunidad científica la necesidad de identificar cuáles son los principales factores de riesgo que influyen en las posibilidades de afrontarla con éxito o minimizar su impacto negativo. Estos aspectos, en la literatura de trabajo social se abordan primordialmente mediante la identificación y visibilización de los distintos grupos sociales que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o desventaja social, así como en el análisis de cuáles son los principales problemas, que ya sufrían o bien emergen ahora con mayor urgencia, como consecuencia de la pandemia.

La epidemiología social indica que la enfermedad COVID-19 en los países occidentales transcurre en un contexto en el que predomina la existencia de enfermedades no transmisibles que, a su vez, se vinculan a las desigualdades sociales y económicas ya existentes, y a las desigualdades en los determinantes sociales de la salud (Bambra et al., 2020). Asimismo, sucede que esta enfermedad también impacta en otros países en los que las enfermedades no transmisibles tampoco son suficientemente atendidas, siendo causa de mala salud (Horton, 2020). Esto sugiere que, la prevalencia y la gravedad de las consecuencias de la pandemia se magnifica en cualquier lugar del mundo debido a las epidemias preexistentes de enfermedades crónicas, que en sí mismas ya cuentan con un patrón social y están asociadas con los determinantes sociales de la salud. Todo ello, da lugar a una sindemia en la que los factores de riesgo y las comorbilidades están interrelacionadas, y son interactivas y acumulativas, lo que exacerba negativamente la carga de la enfermedad y aumenta de manera adicional sus efectos negativos. De este modo, teniendo en cuenta que una sindemia tal y como señaló Merrill Singer, en los años noventa del Siglo XX, es “un conjunto de problemas de salud estrechamente entrelazados y que se potencian mutuamente y afectan significativamente el estado general de salud de una población dentro del contexto de una configuración perpetuada de condiciones sociales nocivas” (Singer, 2000: 13, citado por Bambra et al., 2020), podemos decir que la enfermedad COVID-19 se configura como una pandemia sindémica. Esta perspectiva representa para el nuevo coronavirus, una forma de entender la enfermedad con relación a los determinantes ambientales y socioculturales que la originan, tal y como ya ocurrió con la pandemia de VIH/SIDA para la que se utilizó esta aproximación con el fin de comprender el aumento del riesgo de exposición y contagio en distintas comunidades (De Almedia-Filho, 2022). En este contexto, gran parte de la literatura subraya la importancia de garantizar el acceso de las poblaciones vulnerables a servicios sanitarios y servicios sociales para frenar la “curva de COVID de impacto secundario” (Quinn & Laws, 2020). Esta curva muestra la brecha existente entre la necesidad de requerir recursos esenciales y la capacidad de satisfacer necesidades y coordinar servicios para hacerles frente (Quinn & Laws, 2020).

La mayor parte de la literatura producida por trabajo social durante las primeras etapas de la crisis COVID-19, no recoge en sus textos explícitamente el término sindemia, salvo excepciones (Urrutia, 2021). No obstante, sí enfatiza el desigual impacto sanitario y social que la crisis COVID-19 origina en determinados colectivos que ya eran vulnerables con anterioridad a ella, y que ahora ven restringido su acceso a los servicios y programas de atención (Amadasun, 2020). Es decir, desde una perspectiva que podemos considerar sindémica identifican a las poblaciones que se ven más afectadas por sus condiciones sociales, por otros patrones de enfermedad o por ambos tipos de problemas. Entre ellos, los principales estudios consultados destacan que, en el inicio de la crisis COVID-19, los grupos más vulnerables de personas usuarias de servicios

sanitarios, servicios sociales o ambos tipos de servicios fueron los siguientes: personas mayores que viven solas o en residencias (Putnam & Shen, 2020), personas en situación de dependencia y discapacidad (Gallego et al., 2021), personas con enfermedades crónicas (Cox, 2020), personas en situación de pobreza (Krumer-Nevo & Refaeli, 2021), personas, familias y grupos que viven en zonas de marginación social o infraviviendas en zonas urbanas (Ashcroft et al., 2021), personas, familias y grupos con problemas propios de habitar en zonas rurales (Ekoh et al., 2020; Henley et al., 2021); y otros grupos vulnerables como la infancia y la juventud (Munro, 2020; Raffert, 2020), las poblaciones inmigrantes y refugiadas (Lim, et al., 2020; Nisanci et al., 2020; Wilson et al., 2020; Cross & Gonzalez, 2021), las minorías étnicas y raciales (Rodríguez, 2020), las personas LGTBIQ+ (Paceley et al., 2021), las personas sin hogar o en situación de calle (Wu & Karabanow, 2020; Matulic-Domandzic et al., 2021), la población reclusa (Beech et al., 2020), las mujeres víctimas de violencia de género (Montenegro & Montenegro, 2020; Pretto, 2021; Shah & Mufeed, 2022), las mujeres en contextos de prostitución y/o trata con fines de explotación sexual (Bordallo et al., 2020) y las personas con distintos problemas de adicción (Pitts, 2020).

Respecto a los principales problemas atendidos que presentan las poblaciones vulnerables, prácticamente la totalidad de los estudios producidos por trabajo social subraya la importancia de prestar una atención urgente o inmediata ante las necesidades de estos grupos de poblaciones vulnerables en situación de crisis (Redondo-Sama et al., 2020). También, enfatizan la relevancia de salvaguardar la continuidad de los servicios, como forma de prevenir o evitar una ruptura ante las condiciones de excepcionalidad en la gestión inicial de la crisis (Muñoz-Moreno et al., 2020), así como de promover el trabajo en red (Yu et al., 2021), y fortalecer las actuaciones de coordinación sociosanitaria ante la complejidad de las necesidades sufridas por determinados grupos vulnerables, como por ejemplo las personas mayores tras el alta hospitalaria por COVID-19 (De la Fuente, 2020; Naylor et al., 2020). Además, la identificación y análisis de los problemas atendidos en la literatura de trabajo social está representada por el ámbito de intervención, - sanitario o social -, en el que se insertan sus profesionales y prestan la relación de ayuda a las poblaciones vulnerables en pandemia.

Por un lado, en los servicios sanitarios los principales problemas identificados se relacionan con necesidades que requieren una atención del trabajo social en el seno de un equipo interdisciplinar en distintos establecimientos sanitarios. Entre ellas, destacan actuaciones de salud pública (Ajibo, 2020; Hiu-Kwan et al., 2021), la atención en cuidados paliativos (Barbero et al., 2020; Dhavale et al., 2020), la atención a pacientes oncológicos (Albano et al., 2021; Douglas et al., 2021), la atención domiciliaria a personas mayores (Franzosa et al., 2021), el apoyo a personas cuidadoras (Fargion et al., 2020), y la atención a problemas de salud mental ya existentes o emergentes como el aumento del estrés y ansiedad, depresión y suicidio (King et al., 2021). Además, otras actividades realizadas han consistido en desarrollar funciones de rastreo y seguimiento de contactos (Ross et al., 2020; Calleja, 2022), servicios de telesalud (Cristofalo, 2021), telesalud mental (Reilly et al., 2020), intervención psicosocial a pacientes hospitalizados (Belda et al., 2020), y atención al duelo (Fox et al., 2021), entre otras.

Por otro lado, en los servicios sociales los principales problemas atendidos se relacionan con uno de los grupos que han sufrido en mayor medida la pandemia como son las personas mayores y las personas en situación de dependencia (Martínez & Girón, 2020). En esta línea, algunos estudios más allá de centrarse en la necesidad de prestar servicios

directos para atender la salud y las necesidades básicas de las personas mayores, apuestan por fortalecer prácticas de intervención comunitaria en el envejecimiento saludable (Pestine-Stevens & Greenfield, 2020). Otras problemáticas analizadas se refieren a la urgencia o emergencia de atender las necesidades de colectivos vulnerables como las consecuencias del distanciamiento social, la cuarentena o incomunicación, el aislamiento y la soledad (Teater et al., 2021), y la falta de apoyo familiar y social mediante la puesta en marcha servicios de detección de necesidades. También, identifican la importancia de garantizar la gestión de prestaciones básicas (como información, orientación y asesoramiento, la ayuda a domicilio y diferentes ayudas económicas). En esta línea, se identifica la importancia de responder ante problemas derivados de la reducción de ingresos, desempleo y aumento de pobreza, mediante medidas de protección económica y social.

Además, algunos estudios del ámbito de los servicios sociales subrayan que han vivido una situación sin precedentes, lo que ha alterado sus funciones habituales y les ha provocado una situación de desbordamiento, a pesar de estar acostumbrados a trabajar en situación de estrés y riesgo (Muñoz-Moreno et al., 2020). En la misma línea, otros estudios señalan cómo la emergencia social originada por la pandemia ha puesto en evidencia la complejidad de la intervención social y de su adaptación, teniendo que tomar diferentes medidas para afrontarla para responder a las distintas problemáticas de las poblaciones vulnerables como: modificación del perfil y del número de personas usuarias con demandas económicas en los servicios sociales generales, soledad extrema, crisis familiares y personales, aumento de la fragilidad por ausencia de red social de apoyo, deterioro cognitivo acelerado por el aislamiento y la falta de estímulos (Arauz, 2020). Lau et al. (2021) resaltan la importancia de promover la vigilancia personal, prepararse para la crisis de salud mental y encontrar puntos fuertes en el apoyo social y comunitario. Para ello, destacan que el papel del trabajo social es fundamental en la educación sanitaria, la identificación de las carencias de los servicios, el mapeo de los recursos y la organización de acciones comunitarias para potenciar respuestas comunitarias flexibles y adaptables.

Un volumen importante de estudios se centran en recoger recomendaciones o llamadas para la acción ante la necesidad de promover la justicia social y frenar el aumento de desigualdades injustas (Amadasun, 2020); identificar retos y desafíos éticos (Banks et al., 2020a; Banks et al., 2020b); promover el mantenimiento de su rol en tiempos de pandemia, denunciar violaciones de los derechos humanos, y reflexionar a modo de lecciones aprendidas para el futuro (Kawamura, 2021; Kwan et al., 2021), entre otros aspectos centrales para abordar las problemáticas de la crisis.

Por último, otra línea de trabajo dominante, son los artículos que se centran en analizar cómo ha impactado la pandemia en el bienestar de las profesiones que intervienen tanto en los servicios sanitarios como en los servicios sociales (Martínez-López et al., 2021). Además, resaltan la importancia de adoptar medidas de protección y autocuidado, la relevancia de analizar la salud ocupacional, así como de promover el manejo del estrés laboral, la sobrecarga y la toma de medidas para promover la resiliencia profesional como consecuencia de la pandemia (Peinado & Anderson, 2020).

Del análisis de las principales poblaciones y problemáticas atendidas por el trabajo social, se desprende que se puede establecer un paralelismo entre las actuaciones desarrolladas en la primera línea de los servicios sanitarios y los servicios sociales.

Además, esta similitud también se extiende a la actuación desarrolladas por otras profesiones esenciales de ayuda como las profesiones que desarrollan su trabajo en los servicios sanitarios (medicina, y enfermería). Todas se caracterizan por prestar una atención ante la vulnerabilidad y el sufrimiento social ocasionado por las distintas circunstancias y consecuencias sociales y sanitarias ocasionadas o agravadas por la crisis, el estrés o el malestar psicosocial que genera su afrontamiento profesional por la implicación emocional, la falta de información o indicaciones claras, la carencia de recursos, la saturación o la burocratización ya existente en la configuración de los servicios sanitarios y los servicios sociales para hacerles frente.

2. Roles y funciones adoptadas por el trabajo social desde el ámbito sanitario y social en pandemia

Los estudios de trabajo social abordan la relación existente entre la evidencia científica disponible sobre el impacto de la COVID-19 en la desigualdad y los modelos de intervención puestos en marcha para hacerles frente. De este modo, muestran distintas prácticas de intervención, en un esfuerzo creativo e innovador, por responder con diferentes abordajes a los efectos sanitarios y sociales que se agravan o emergen en tiempos de pandemia en las poblaciones vulnerables o en desventaja social. A este respecto, algunos estudios resaltan la utilización del modelo de intervención social en crisis (Wong & Leung, 2021; Arzauz, 2020) y, al mismo tiempo, la necesidad de adaptar las metodologías y recursos a la situación que se iba planteando en cada momento, en la atención a la población demandante, ajustada a la excepcionalidad de la situación.

Otros estudios reflexionan sobre cómo la profesión estaba mal preparada para hacer frente al brote y a las desigualdades que conlleva, debido a que no existía una información clara sobre las funciones que debían desempeñar a gran escala, y a que su estandarización y formalización la ha vuelto menos flexible para responder a las necesidades emergentes (Kwan et al., 2021). Por el contrario, otros estudios muestran cómo se ha desarrollado satisfactoriamente el desempeño de su rol y funciones en un contexto de organización del trabajo de emergencia y crisis, destacando que en general se produce un replanteamiento de los supuestos básicos de la intervención social y su transición hacia la prestación digital de servicios sanitarios y servicios sociales. Afirman así que pese a todo, la reorganización del trabajo en época de confinamiento ha impulsado la indagación, la innovación y la readaptación al cambio, poniendo en marcha iniciativas que han demostrado ser adecuadas y que han emergido de esa situación de excepcionalidad. Más concretamente, las nuevas formas de intervención han dado lugar a la innovación social.

En el ámbito de la salud mental en los Estados Unidos, Reilly et al. (2020) destacan que se produce un cambio hacia la prestación de servicios de telesalud, y que además la experiencia realizada confluye en una inclinación favorable hacia la adopción de este tipo de servicios en el futuro, lo que puede ayudar a ampliar la atención del malestar psicológico entre las poblaciones que lo necesiten más allá de la pandemia. Del mismo modo, Badran (2020) analiza las intervenciones en modalidad virtual desarrolladas por 365 profesionales del trabajo social del Líbano, organizados en 25 secciones de trabajo en crisis, mediante sesiones de sensibilización y vídeos de apoyo a 2.000 familias, 3.000 mujeres y 1.000 personas mayores afectadas por COVID-19. Cook & Zschomler (2020) examinan cómo las visitas domiciliarias más urgentes o de alto riesgo con niños, niñas,

jóvenes y familias en Inglaterra se realizaron de forma virtual, analizando sus límites y potencialidades. Entre los límites identifican los asociados con la valoración inicial del bienestar infantil, el empleo de la virtualidad para reducir costes, el aumento del agotamiento profesional ante la pérdida de apoyo directo de otros y otras compañeras, la gestión adecuada de conversaciones confidenciales y delicadas, la importancia de no aumentar innecesariamente las intervenciones coercitivas y opresivas que pueden ser experimentadas con angustia a modo de vigilancia intrusiva por las familias, y la necesidad de no volver invisibles a otras familias que no respondiesen al criterio de alto riesgo. Entre las potencialidades subraya la importancia de proporcionar dispositivos móviles para realizar el trabajo a distancia, contar con un equipo de apoyo emocional para gestionar los retos de las visitas, y reflexionar sobre la implantación de modelos híbridos de práctica virtual y presencial.

La literatura muestra que el foco de la atención se ha dirigido a atender necesidades urgentes tanto en el plano sanitario como en el social, y que en todo caso la predominancia de atender un tipo u otro de necesidad está mediatizada por el ámbito de intervención donde se ejerce la práctica profesional. Además, una parte de los textos informa que en la mayor parte de las ocasiones las necesidades que se han atendido obedecen a problemas que ya eran permanentes o crónicos en las poblaciones vulnerables, pero que ahora se agravan. Sin embargo, el tratamiento que realizan sobre estas necesidades no está centrado en la necesidad de prestar una continuidad del servicio, sino que se resalta la importancia de atenderlas en un momento en el que se agudizan o se vuelven urgentes y la práctica profesional debe transformarse para afrontarlas. Otra parte de los textos se dedica a identificar nuevas necesidades sanitarias y sociales que emergen como situaciones temporales que es necesario atender de forma prioritaria para evitar que se cronifiquen en el tiempo

Amadasun (2020) destaca que el papel del trabajo social debe asumir el rol de profesionales de la educación, consejería y referencia vinculando a las poblaciones cuidadas con sus cuidadores y cuidadoras. Subraya que su respuesta es fundamental en la política social, abogando por respuestas políticas *ad hoc* de provisión de transferencias económicas o servicios, así como por opciones políticas a largo plazo mediante redes de seguridad duraderas en forma de infraestructuras de servicios, incluyendo la preservación del medio ambiente. Por su parte, Roy & Kaur (2020) identifican cuáles han sido los principales roles y funciones adoptadas por la profesión del trabajo social en la crisis COVID-19, destacando que fundamentalmente giran en torno a los siguientes ámbitos. El primero se refiere al trabajo social de salud mental con énfasis en los servicios de apoyo y asesoramiento psiquiátrico. En este ámbito destacan la importancia de mantener el contacto humano de cualquier manera en la que sea posible en tiempos de distanciamiento y aislamiento social (telesalud, comunicación electrónica, terapia en línea, organización de seminarios online para aprender consejos y evitar la soledad, la depresión o el estrés, etc.). Además, los autores destacan cómo los y las profesionales a través de la comunidad virtual de Twitter (como por ejemplo *#Macro SW Moderator*) han compartido recursos y aprendizajes para poder adaptar sus respuestas ante las nuevas necesidades. También, subrayan el papel de otras redes sociales como Instagram a la hora de fortalecer la participación con las personas usuarias ofreciendo consejo, apoyo en línea u otros servicios. El segundo ámbito se relaciona con el rol del trabajo social médico como parte del trabajo social clínico. En este ámbito destacan la importancia de promover la prevención primaria y la intervención temprana para reducir la morbilidad de la salud mental en tiempos de

pandemia. Además, destacan su especial cualificación en prestar ayuda en el tratamiento integral de las personas. El tercer ámbito se refiere a la sensibilización y conciencia comunitaria como parte del método de organización comunitaria de trabajo social. Se trata de un ámbito útil para sensibilizar, y difundir información y conocimientos efectivos, debilitando rumores. El quinto ámbito se refiere a la caridad, el socorro y la acción voluntaria como parte del método de trabajo social de la administración del bienestar social. Este ámbito posibilita garantizar que las necesidades básicas de las poblaciones más vulnerables sean cubiertas a través de alimentos, medios de protección y otros artículos esenciales. También incluye el envío cartas o realización de llamadas telefónicas. El último ámbito, se refiere al papel de la investigación y asesoramiento en trabajo social como método para proponer intervenciones basadas en la realidad de los hechos.

Barbero et al. (2020) se centran en analizar el rol del trabajo social sanitario durante la pandemia prestando especial atención a distintas intervenciones realizadas en el ámbito de los cuidados paliativos. Estas experiencias incorporan atención presencial y telemática. Entre otros aspectos, reflejan que a pesar de la escasez y paralización de recursos sociales, la combinación de este tipo de atención permite promover un cuidado proactivo que favorece la detección de necesidades, el diseño de planes de intervención ajustados a la situación real del paciente y sus familias, y la continuidad asistencial en el final de la vida. Yu et al. (2021) destaca que la profesión del trabajo social en el ámbito de la salud ha participado de forma significativa en la respuesta a la pandemia en China, desarrollando una actuación innovadora de trabajo en red interdisciplinar a distancia durante los brotes con el objetivo de responder a los distintos tipos de necesidad experimentados por personas y familias. Este marco permite integrar los recursos sociales y médicos con los recursos sociales para amortiguar los impactos negativos de la enfermedad.

El análisis de las estrategias profesionales de uno y otro ámbito, sanitario y social, manifiestan una falta de instrucciones claras y concretas sobre cómo actuar, una escasez de medios y recursos para realizar el trabajo presencial y el teletrabajo, y una insuficiencia de recursos humanos. Además, reflejan los límites que plantean las intervenciones ante la complejidad de las problemáticas que se atienden en cada sistema. Algunas de ellas han requerido y requieren coordinación de actuaciones, para proporcionar una atención integral. De hecho, podría afirmarse que ha sido muy activo (a veces único) el papel que han desarrollado los órganos corporativos que regulan la profesión, como es el Consejo General del Trabajo Social y resto de colegios que se reparte por la estructura territorial del Estado. Igualmente, la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y otras organizaciones regionales, que desde el comienzo de la crisis se han esforzado por trabajar de forma coordinada y elaborar recomendaciones, propuestas, pautas desde el trabajo social para guiar a la profesión como actividad esencial. En los distintos ámbitos y contando con la colaboración de personas expertas, los colegios y las organizaciones representativas han querido prestar una colaboración indispensable al ser una labor más compleja y con multitud de obstáculos y límites que la emergencia sanitaria ha causado en la población. Sus consejos y recomendaciones, habida cuenta de que, a veces, la rigidez de los protocolos impedía la realización de algunas de las funciones tradicionales del trabajo social (es el caso de las intervenciones ante situaciones de duelo o ante la despedida de familiares) para impedir nuevas reinfecciones, ha sido crucial para no desviarse del objetivo de que las personas pudieran recibir una adecuada atención social y sanitaria, actuando de forma sinérgica.

III. Alcances prácticos y lecciones aprendidas para el trabajo social ante la COVID-19

La enfermedad COVID-19 ha afectado a las poblaciones de todos los países del mundo, aunque en diferente grado y con diferentes implicaciones en el bienestar social y en la salud de determinados grupos sociales. Además, ha puesto de manifiesto los grandes vacíos y la incapacidad de las políticas económicas neoliberales, y su insolidaridad con las capas más desfavorecidas de la sociedad, para hacerle frente (Ponce de León, 2020).

En el momento en que se ha escrito este texto, más de 550 millones de personas de todo el mundo han sido infectadas por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, y más de 6,3 millones han muerto debido a la enfermedad COVID-19 según el recuento diario independiente realizado por la Universidad Johns Hopkins de Estados Unidos sobre la situación internacional del coronavirus. Estados Unidos, Brasil e India son los países que reúnen una mayor cifra de casos y fallecimientos en términos absolutos, al tiempo que en términos relativos Perú presenta la tasa de mortalidad más elevada. En España los datos ascienden a más de 13 millones de casos confirmados y notificados, y a más de 109 mil personas fallecidas y notificadas por la enfermedad según datos del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (con fecha de 15 de julio de 2022). El aumento acelerado de casos en el mundo en tan solo unos meses (de 300 millones en enero a más de 550 millones en julio de 2022) se debe fundamentalmente a la expansión internacional de la variante ómicron. Sin embargo, este aspecto convive con una caída de la mortalidad debido en gran parte a las campañas de vacunación que, a su vez, deben continuar promoviéndose junto al mantenimiento de estrategias de prevención y detección. Esta caída, en el caso español ha conllevado que hayamos pasado de ser el segundo país con una mayor tasa de mortalidad en pleno auge de la crisis, a dejar de encontrarnos entre los veinticinco países con mayor mortalidad. Por tanto, podemos decir que el objetivo de doblegar la curva epidémica y reducir la morbilidad y la mortalidad por COVID-19, con el fin de controlar biomédicamente su propagación para evitar sobrecargar, más de lo que ya lo estaba, el sistema sanitario (particularmente los centros hospitalarios) se ha alcanzado con mayor o menor acierto.

Durante este tiempo, las cifras de casos de infección y muerte conviven con la existencia de las desigualdades sistémicas ya existentes, y con la expansión precipitada de los efectos sociales y sanitarios de la crisis a la que da lugar, y que impacta en mayor medida en las poblaciones vulnerables provocando un exceso de sufrimiento en el bienestar social y la salud. El análisis de las implicaciones sociales, sanitarias, económicas y políticas que ha ocasionado la COVID-19 ha generado un volumen significativo de evidencia científica con aportaciones de diferentes disciplinas útiles y pertinentes, pero también con relatos a veces parciales o apresurados (De Almedia-Filho, 2022). Sobre la base de estos análisis, la mayor parte de los gobiernos de los distintos países del mundo han adoptado medidas políticas sanitarias dirigidas principalmente a prevenir, contener o frenar el impacto de la COVID-19, con mayor o menor éxito, frente a tratarlo o reducir los daños asociados.

Entre las principales actuaciones realizadas, en este trabajo hemos destacado la necesidad de visibilizar el nexo de unión existente entre el trabajo social y la pandemia COVID-19 (Amadasun, 2020), así como la relevancia de abordar esta enfermedad como una sindemia (Horton, 2020), de forma que cobra importancia la adopción de medidas

sociales ante la crisis, más allá de buscar soluciones únicamente biomédicas. Todo ello, subraya el origen social de las desigualdades acrecentadas por la crisis, y nos invita a realizar análisis multinivel de sus efectos individuales, colectivos y contextuales. Además, nos insta a ofrecer respuestas integrales que impliquen una actuación intersectorial de los servicios sanitarios, los servicios sociales, la atención a la dependencia, la educación, el empleo, la vivienda y el medio ambiente, entre otros ámbitos de protección social. En este marco de actuaciones, hemos resaltado la importancia de declarar los servicios sanitarios y los servicios sociales como esenciales para la sociedad, junto a la necesidad de que la prestación de estos servicios esté dotada de suficientes profesionales y recursos financieros para hacerlos efectivos y sostenibles. La experiencia acumulada en anteriores crisis nos ha mostrado que la reducción de presupuestos, limitando los recursos disponibles para cubrir las necesidades de los grupos más desfavorecidos y desfortaleciendo los Estados de Bienestar, incrementa las desigualdades sociales (Spijker, 2020). De este modo, aunque el reconocimiento del valor de estos servicios es primordial, no es suficiente para poder actuar ante las consecuencias que la crisis COVID-19 está generando en individuos, familias, grupos y comunidades, y sus intersecciones, las cuales se han exacerbado y aún se seguirán agravando durante un largo tiempo. En definitiva, las implicaciones sociales y sanitarias de la crisis COVID-19, como en otras situaciones de dificultad, depende en gran medida de las políticas económicas y sociales preexistentes (como, por ejemplo, aquellas destinadas a garantizar un mínimo de ingresos; el Ingreso Mínimo Vital a nivel estatal y el Ingreso Mínimo de Solidaridad y la Renta Mínima de Inserción Social a nivel andaluz), de la red de seguridad, de la mejora de los pilares de protección del Estado del Bienestar y de las redes sociales y familiares.

Cuando hablamos de los servicios sanitarios y de los servicios sociales como servicios esenciales parece que nos estamos refiriendo a la misma realidad, porque ambos han sido declarados necesarios e indispensables para el funcionamiento del propio Estado en tiempos de pandemia, y porque gestionan necesidades de la población que están en conexión directa con sus derechos fundamentales. Sin embargo, siendo así, no se pueden equiparar ambas expresiones de esencialidad. La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25, afirma que “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, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”. De ahí se deriva que la salud es un derecho humano fundamental y que es mucho más que la ausencia de enfermedad. Al mismo tiempo, la sociedad no duda que el sistema sanitario, con sus equipamientos, recursos y profesionales es la garantía del derecho fundamental a la salud. Sin embargo, esto mismo no se puede aplicar a los servicios sociales en España, pese a que la Declaración Universal de los Derechos Humanos nombra expresamente y en el mismo nivel el derecho a la salud y al bienestar, así como la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios. Más aún, se refiere a una serie de necesidades básicas que forman parte del contenido de los servicios sociales. Se acepta igualmente que hay factores sociales, ambientales y culturales que inciden en el estado de salud de las personas y que dichos factores han condicionado cómo estas han podido hacer frente a la pandemia. Esto quiere decir que las funciones y actividades esenciales de los servicios sociales y profesionales del trabajo social está condicionada, a su vez, por el distinto valor social y político que se otorga a un tipo y otro de servicios, junto a las posibilidades de visibilidad mediática que acoge la labor profesional que se desempeña en uno u otro tipo de servicio. Las razones de ello podemos remontarlas en el tiempo, como se ha explicado, y es por lo

que se ha tenido que hacer en un esfuerzo discursivo (por parte de la literatura especializada y también por parte de la profesión) por aclarar y recordar cuál es el rol que juegan los servicios sociales y profesionales del trabajo social en las sociedades postindustriales actuales. Especialmente, en los meses de confinamiento, la red primaria de atención de los servicios sociales, al ser una red de proximidad implantada en todo el territorio, cercana y accesible ha permitido prestar servicios básicos a la población más vulnerable, poniendo en marcha medidas que amortiguaran los efectos generados por la crisis. Sin embargo, como se ha recordado tantas veces, el carácter esencial de los servicios sociales y del trabajo social no pasará de ser papel mojado si no se refuerzan en el periodo postcrisis COVID-19. Si el sistema no sale fortalecido por el refuerzo de equipos profesionales, el incremento de presupuestos y el impulso de medidas sociales ante la previsible crisis social y económica, como ha apuntado el Consejo General de Trabajo Social, el posible impacto de los servicios sociales sobre la población usuaria quedará deslegitimado y sin el respaldo social necesario para su consideración como un verdadero servicio esencial en la etapa postcovid.

El trabajo social acumula una larga historia de respuesta ante las necesidades sociales de las poblaciones más vulnerables durante tiempos de crisis y desastres (Miller et al., 2021). Sin embargo, la emergencia de la COVID-19 y sus múltiples implicaciones asociadas, ha ocasionado que la profesión se enfrente a uno de sus momentos más desafiantes para cubrir nuevas necesidades sociales urgentes (Redondo, et al., 2020). Para responder ante ellas ha afrontado con éxito el imperativo de cambiar las herramientas, métodos y modelos de intervención. Entre estos cambios, la literatura ha subrayado la importancia de mantener el fomento de la humanización y la personalización de la atención bajo modelos centrados en las necesidades de las personas con distintas fórmulas. El problema, por tanto, no es qué prestaciones se han realizado, si no cómo se han facilitado los servicios en un escenario cambiante, lo que insta a explorar nuevas respuestas innovadoras y creativas en la prestación de servicios sanitarios y servicios sociales y en la relación o coordinación entre los mismos.

De este modo, la respuesta del trabajo social en los servicios sanitarios y en los servicios sociales ha sido esencial para promover las relaciones con las personas usuarias en un contexto de incipiente transformación digital. Este aspecto coincide con el mensaje “promoviendo la importancia de las relaciones humanas” transmitido a nivel mundial por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) y el Consejo Internacional de Bienestar Social, en la celebración consecutiva del día internacional del trabajo social durante los años 2019 y 2020 (Roy & Kaur, 2020). Mensaje que, a su vez, es el cuarto tema fomentado por la Agenda Global 2010-2020 para el Trabajo Social y Desarrollo Social, y uno de los valores centrales de la profesión tal y como se establece en los principios y normas de ética internacionales y nacionales. Este aspecto subraya la contribución a la humanización de los servicios sanitarios y sociales, que se deriva de la interacción de los y las trabajadoras sociales con las personas usuarias en la gestión del día a día de la pandemia, desempeñando diferentes roles y funciones en distintos ámbitos carentes de los recursos suficientes.

Tras dos años de pandemia, cada vez cobra más fuerza la idea de que la vuelta a la normalidad será una nueva normalidad y no un retorno a la situación anterior al año 2020. Sin embargo, el escenario es incierto y de hecho algún autor y autora esboza varios mundos posibles en los que el trabajo social tendrá que lidiar con algunos

dualismos: un mundo digital global y un sector de la población desprotegida y empobrecida en estos años en los que la emergencia sanitaria ha hecho estragos, por citar algún ejemplo. Frente a anuncios de crecimiento económico y de recuperación paulatina de las cifras macroeconómicas prepandemia, los colectivos que ya estaban en crisis y han sufrido el impacto quedan a merced de los servicios sociales y sanitarios sin que se vean afectados por tales mejoras. No pueden ser considerados como recursos eternos para una población altamente dependiente y es función del trabajo social pensar e innovar la práctica profesional. Así, pues, en el escenario actual de crisis y postcrisis se precisa continuar analizando las respuestas del trabajo social, sin olvidar el carácter imprescindible de los dos ámbitos como pilares básicos en la protección social de las poblaciones. Esto no implica que ambos tipos de servicios tengan el mismo valor social y político. Tampoco, que los procedimientos y protocolos de intervención se realicen de forma homogénea o unificada ante la situación de crisis o emergencia, pero sí que es primordial avanzar hacia criterios unificados. Entre otras acciones, es importante reforzar las asignaciones presupuestarias, las ratios profesionales, y las prestaciones y servicios que se ofertan por ambos ámbitos para afrontar de forma integral, y no únicamente con carácter urgente, las consecuencias sociales y sanitarias de la pandemia en el bienestar y la salud de las poblaciones.

Hoy en día seguimos todavía inmersos en diversas olas de infección y afectación ocasionadas por la propagación del virus y sus efectos sociales asociados, al tiempo que observamos que muchas de las predicciones sociales y políticas de cambio, han caído bajo papel mojado. Sin embargo, mientras que hoy en día seguimos todavía inmersos en diversas olas de infección y afectación ocasionadas por la propagación del virus y sus efectos sociales asociados, observamos que muchas de las predicciones sociales y políticas de cambio, han caído bajo papel mojado. Además, en dos años de convivencia con la pandemia, aún es pronto para valorar con precisión cómo se están transformando las necesidades que ya sufrían las poblaciones en situación de vulnerabilidad antes de la crisis, las cuales requieren una respuesta urgente. Con cada crisis que se produce, pese a la capacidad resiliente que demuestran los sistemas de protección social, se pierde una oportunidad más de reconvertir los servicios tal y como fueron diseñados en la transición española. En el caso de los servicios sociales, los efectos de la crisis sobre la población usuaria de los mismos, que es una población vulnerable y vulnerada en sus derechos, acrecientan las necesidades básicas, lo que enfoca a los servicios sociales en sus funciones como los principales gestores y dispensadores de las prestaciones de subsistencia. Estas necesidades acuciantes y la manera en que se decide cómo se ayuda a la población usuaria a satisfacer tales necesidades ralentiza el cambio esperado. Se sigue funcionando en base a un modelo asistencialista pues dejan de trabajarse los procesos (incluida la prevención), a favor de la provisión de prestaciones y recursos de subsistencia que desbordan completamente la actividad diaria de los mismos. Cuando se afirma que en España existe un pluralismo de bienestar se está poniendo el énfasis en la colaboración público-privada, en la existencia de una red de servicios, equipamientos y profesionales del sector privado, lucrativo y no lucrativo, que actúan coordinadamente con el sector público y que, incluso en algunas comunidades autónomas, como Andalucía, forman parte del sistema público de servicios sociales. Se pierde, pues, la oportunidad de delegar en el sector privado toda la labor asistencial de provisión de bienes y prestaciones de todo tipo, de subsistencia, y enfocar la atención en la prevención, en la coordinación, en la planificación, en la promoción e inserción social, en la supervisión, en la evaluación, en la función gerencial o en la investigación, por citar algunos ejemplos. Hay que afrontar la etapa post COVID-19 pensando en cómo se

sirve mejor a la sociedad, con un sistema de servicios sociales modernizado, tal y como pide la Unión Europea, adaptado a necesidades y demandas cambiantes y cada vez más complejas.

En este contexto, lejos del fatalismo pragmatista, el optimismo utópico y el escepticismo teórico, el trabajo social está acostumbrado a trabajar con una visión práctica transformadora puesta en el horizonte más allá de cualquier crisis. Una mirada crítica, reformadora y situada, que busca alcanzar la mejora en la sociedad y en los sistemas de protección social, el cambio del contexto social y la lucha contra las desigualdades sociales, políticas y económicas que condicionan las situaciones de vulnerabilidad en las poblaciones. La legitimación profesional del trabajo social y su alta cualificación para intervenir de forma global e integral ante situaciones complejas en los contextos de crisis y postcrisis actuales es un hecho evidente. Sin embargo, aún es necesario visibilizar y reivindicar el valor público de su actuación esencial en la sociedad al mismo nivel que el de otras profesiones de primera línea, tanto en el sistema sanitario (donde son imprescindibles para atender la salud de forma integral en el seno de equipos interdisciplinares) como en el sistema de servicios sociales (donde son profesionales de referencia ante las poblaciones), y en la coordinación entre los mismos. Su rol y sus funciones contribuyen a garantizar los derechos sociales y sanitarios de las poblaciones más desvalorizadas y desprotegidas mediante prácticas de atención centradas en las necesidades de las personas desde una perspectiva multidimensional a nivel micro, meso y macro. La pandemia ha mostrado, una vez más, cómo la actuación profesional debe adaptarse y transformarse en prácticas innovadoras y creativas comprometidas con la justicia social y los derechos humanos de las poblaciones más vulnerables, y contextualizadas en el marco de unos servicios sanitarios y unos servicios sociales, ya de por sí desmantelados y sobrecargados, en situaciones de emergencia y acentuación de la vulnerabilidad.

Referencias bibliográficas

- Ajibo, H. (2020). Effect of Covid-19 on Nigerian Socio-economic Well-being, Health Sector Pandemic Preparedness and the Role of Nigerian Social Workers in the War Against Covid-19. *Social Work in Public Health, 35*(7), 511-522. doi: 10.1080/19371918.2020.1806168
- Albano, D., Feraca, M., & Nemesure, B. (2021). An assessment of distress levels of patients undergoing lung cancer treatment and surveillance during the COVID-19 pandemic. *The journal for nurse practitioners, 17*(4), 489-491. doi: 10.1016/j.nurpra.2020.10.020
- Amadasun, S. (2020). Social work and COVID-19 pandemic: An action call. *International Social Work, 63*(6), 753-756. doi:10.1177/0020872820959357
- Arauz Espinosa, S. (2020). Adaptación servicios sociales generales ante emergencia Covid 19 en Comarca Ribera Baja del Ebro (Aragón). *Servicios Sociales y Política Social, XXXVII* (monográfico especial), 129-139.
- Ashcroft, R., Lam, S., Kourgiantakis, T., et al. (2021). Preparing social workers to address health inequities emerging during the COVID-19 pandemic by building capacity for health policy: a scoping review protocol. *BMJ Open, 11*:e053959. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053959
- Badran, N.C. (2020). A call for action against COVID-19 – Experience of the Social Workers' Syndicate in Lebanon. *International Social Work, 63*(6), 847-850. doi: 10.1177/0020872820949626

- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 74, 964–968. doi: 10.1136/jech-2020-214401
- Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., et al. (2020a). Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, 63(5), 569–583. doi:10.1177/0020872820949614
- Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A. M., Strom, K., Truell, R., Úriz, M. J., & Weinberg, M. (2020b). *Ethical challenges for social workers during Covid-19: A global perspective*. Rheinfelden, Switzerland: International Federation of Social Workers. [Consulta: 4 julio 2022] Recuperado de <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2020/07/2020-06-30-Ethical-Challenges-Covid19-FINAL.pdf>
- Barbero Biedma, E., Oliva Arias, C., López Maestro, M., & Rodríguez García, M.C. (2020). The role of social health work during the COVID-19 pandemic. *Medicina Paliativa*, 27(3), 217–225. doi: 10.20986/medpal.2020.1191/2020
- Beech, H. H., Sutton, A., & Potok, C. (2020). Preliminary lessons learned from facilitating group work for justice-involved women in rural communities: A case study in an Alabama correctional facility in the era of COVID-19. *International Social Work*, 63(5), 681–684. <https://doi.org/10.1177/0020872820940010>
- Belda Aparicio, L., García Fernández, A., Moreno Castillo, M.C., & Ruíz Gómez, A. (2020). Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19. *Servicios Sociales y Política Social*, XXXVII (monográfico especial), 57–69.
- Bordallo, B., Cano, B., Jiménez, M., Martínez, L., & Pelaz, I. (2020) Mujeres en estado de alarma permanente: trata y prostitución. *Servicios Sociales y Política Social*, XXXVII (monográfico especial), 103–116
- Calleja Jiménez, J.P. (2022). El trabajo social en la lucha contra la COVID-19: las labores en el rastreo de contactos y el refuerzo al sistema sanitario. *Cuadernos de trabajo social*, 35(1), 61–70. <https://doi.org/10.5209/cuts.74481>
- Clemente, A., Galante, A., Gamardo, M., García, B., Lerullo, M., & Engelmann, A. (2021). Esencialidad y COVID 19. Hacia una definición conceptual y operativa en el campo de lo social. *Medio Ambiente y Urbanización*, 94–95, 281–302.
- Consejo General del Trabajo Social. (2020). *Los servicios sociales como esenciales*, Orden SND/295/2020. Consejo General del Trabajo Social, 2020. [Consulta 2 junio 2022]. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Documentos%20CGTS%20Orden%20SND_295_2020.pdf
- Cook, L.L., & Zschomler, D. (2020). Virtual Home Visits during the COVID-19 Pandemic: Social Workers' Perspectives. *Practice*, 32(5), 401–408. doi: 10.1080/09503153.2020.1836142
- Cox, C. (2020). Older Adults and Covid 19: Social Justice, Disparities, and Social Work Practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6–7), 611–624. doi: 10.1080/01634372.2020.1808141
- Cristofalo, M.A. (2021). Telehealth, friend and foe for health care social work. *Qualitative Social Work*, 20(1–2), 399–403. <https://doi.org/10.1177/1473325020973358>
- Cross, F.L., & Gonzalez Benson, O. (2021). The Coronavirus Pandemic and Immigrant Communities: A Crisis That Demands More of the Social Work Profession. *Affilia*, 36(1), 113–119. <https://doi.org/10.1177/0886109920960832>

- De Almedia-Filho, N. (2022). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. *Salud Colectiva*, 17, 29 Abr 2022. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>
- De la Fuente Mayo, M. (2020). Trabajo Social e Intervención Socio Sanitaria en la Comunidad. Creación de una Red de Agentes de salud (AS) y Covid19. *+Calidad*, 23, 35-45.
- Dhvale, P., Koparkar, A., & Fernandes, P. (2020). Palliative Care Interventions from a Social Work Perspective and the Challenges Faced by Patients and Caregivers during COVID-19. *Indian journal of palliative care*, 26(1), S58–S62. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_149_20
- Douglas, S. L., Mazanec, P., Lipson, A. R., Day, K., Blackstone, E., Bajor, D. L., Saltzman, J., & Krishnamurthi, S. (2021). Videoconference Intervention for Distance Caregivers of Patients With Cancer: A Randomized Controlled Trial. *JCO oncology practice*, 17(1), e26–e35. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00576>
- Ekoh, P.C., Agbawodikeizu, P.U., Ejimkararonye, C., George, E.O., Ezulike, C.D., & Nnebe, I. (2020). COVID-19 in Rural Nigeria: Diminishing Social Support for Older People in Nigeria. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 6, <https://doi.org/10.1177/2333721420986301>
- Fargion, S., Sanfelici, M., & Sicora, A. (2020). ‘A Community no matter what’: fostering social work professional connections in Italy in COVID-19 times. *Social Work Education*, 39(8), 993-1001. doi: 10.1080/02615479.2020.1829581
- Ferla, A.A., Scolari, C., Durães, M. & Padilla M. (2021). La Esencialidad del Personal Sanitario para Hacer Frente a la Pandemia: Hay que ir más allá de los aplausos. *Revista Saúde em Redes*, 7(1), 1-9. doi: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3546g619
- Fox, M., McIlveen, J., & Murphy, E. (2021). Death, dying and bereavement care during COVID-19: Creativity in hospital social work practice. *Qualitative social work: QSW: research and practice*, 20(1-2), 131–137. <https://doi.org/10.1177/1473325020981074>
- Franzosa E., Gorbenko, K., Brody, A.A., Leff, B., Ritchie, C.S., Kinoshian, B., Ornstein, K.A., & Federman, A.D. (2021). "At Home, with Care": Lessons from New York City Home-based Primary Care Practices Managing COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(2), 300–306. <https://doi.org/10.1111/jgs.16952>
- Gabura J., & Mojtova, M. (2022). Social Work in the Context of the COVID-19 Pandemic. *Clinical Social Work and Health Intervention* 13(1), 15-20. doi: 10.22359/cswhi_13_1_02
- Gallego, M., Infante, A., & Muñoz, M.D. (2020) Escucha activa y trabajo en red como instrumentos de intervención y contacto social en época de confinamiento: el caso de la ERACIS en los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Barbate (Cádiz). *Servicios Sociales y Política Social*, XXXVII (monográfico especial), 43-55.
- Gallego, V., Marbán, C., Montserrat, J., & Rodríguez Cabrero, G. (2021). El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 159-168.
- Global Social Service Workforce Alliance, UNICEF, International Federation of Social Workers & Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2020). *Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the COVID-19 Response: Recommended Actions, 2020*. [Consulta: 15 junio 2022]. Recuperado de

- <https://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Seguridad-y-Bienestar-de-la-Fuerza-Laboral-del-Servico-Social-COVID19.pdf>
- Henley, L.J., Henley, Z.A., Hay, K., Chhay, Y., & Pheun, S. (2021). Social Work in the Time of COVID-19: A Case Study from the Global South. *British journal of social work*, 51(5), 1605–1622. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab100>
- Hiu-Kwan Chui, C., & Ko, A. (2021). Converging humanitarian technology and social work in a public health crisis: a social innovation response to COVID-19 in Hong Kong. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 31(1-2), 59-66. doi: 10.1080/02185385.2020.1790412
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet (London, England)*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- IMSERSO. (2020). *Informe del grupo de trabajo COVID 19 y residencias*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. [Consulta: 17 julio 2022]. Recuperado de: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf.
- Kawamura, Y. (2021). Wisdom to make communication resilient to the crisis: Learning from a Japanese community and social worker. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 31(1-2), 73-79. doi: 10.1080/02185385.2020.1831949
- King, E.L., Spencer, C.M., & Meeks, C.A. (2021). How the COVID-19 Pandemic Can and Must Expand Social Worker e-Interventions for Mental Health, Family Wellness, and Beyond. *Social Work*, swab043. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/sw/swab043>
- Krumer-Nevo, M., & Refaeli, T. (2021). COVID-19: A poverty-aware perspective. *The American Journal Of Orthopsychiatry*, 91(3), 423–431. <https://doi.org/10.1037/ort0000566>
- Kwan, C.K., Ling, H.W., Cheung, J.C., & Chui, E.W. (2021). Safeguarding health equality for the disadvantaged during the COVID-19 pandemic: Lessons learned for the social work profession. *Qualitative Social Work: QSW: research and practice*, 20(1-2), 463–469. <https://doi.org/10.1177/1473325020973337>
- Lau, B.H.P, Chan, C.L.W., & Ng, S.M. (2021). Resilience of Hong Kong people in the COVID-19 pandemic: lessons learned from a survey at the peak of the pandemic in Spring 2020. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 31(1-2), 105-114. doi: 10.1080/02185385.2020.1778516
- León Díaz, M.J. (2021). Trabajo Social y la Maldita Pandemia: COVID-19. En Vázquez-Fernández, M.J., Nieto Morales, C., y Nieto Cabrera, M.E., *Trabajo social en tiempos de pandemia: nuevas necesidades y retos*. Ed. Dykinson, pp. 15-31. <https://elibro.net/es/ereader/ugr/189515?page=16>
- Lim, C., Zhou, J.X., Woong, N.L., Chiam, M., & Krishna, L. (2020). Addressing the Needs of Migrant Workers in ICUs in Singapore. *Journal of medical education and curricular development*, 7. <https://doi.org/10.1177/2382120520977190>
- Martínez-López, J.A., Lázaro-Pérez, C., & Gómez-Galán, J. (2021). Predictors of Burnout in Social Workers: The COVID-19 Pandemic as a Scenario for Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5416. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105416>
- Martínez, D., y Girón Giménez, R. (2020). Mayores institucionalizados: ¿Cómo ha afectado el Covid 19 en la salud emocional a los mayores institucionalizados? *Trabajo social y salud*, 96-97, 29-47.
- Matulic-Domandzic, M.V., Munté-Pascual, A., De-Vicente-Zueras, I., & Redondo-Sama, G. (2021). Sinhogarismo en tiempos de confinamiento: Vivencias

- profesionales y ciudadanas en la ciudad de Barcelona. *Itinerarios de Trabajo Social*, (1), 15–22. <https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32254>
- Mclaughlin, H., Scholar, H., & Teater, B. (2020). Social work education in a global pandemic: strategies, reflections, and challenges. *Social Work Education, The International Journal*, 39(8), 975-982. doi: 10.1080/02615479.2020.1834545
- Miller, V.J, Fields, N.L, Anderson, K.A, Kusmaul, N., & Maxwell, C. (2021). Nursing Home Social Workers Perceptions of Preparedness and Coping for COVID-19. *The journals of gerontology: Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(4), e219–e224. doi: 10.1093/geronb/gbaa143
- Montenegro, E.M., & Montenegro, M.E. (2020). Re-pensando el campo de intervención del trabajo social junto a las víctimas de violencia de género, durante la pandemia de covid-19. *Difusiones*, 18.
- Montserrat Codorniu, J. (2021). El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa pos-COVID *Panorama social*, 33, 145-162.
- Muñoz-Moreno, R., Chaves-Montero, A., Morilla-Luchena, A., & Vázquez-Aguado, O. (2020). COVID-19 and social services in Spain. *PLoS ONE*, 15(11): e0241538. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241538>.
- Munro, E.R. (2020). Editorial. *Journal of Children's Services*, 15(4), 177-184. <https://doi.org/10.1108/JCS-12-2020-064>
- Naylor, M.D., Hirschman, K.B. & McCauley, K. (2020). Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with COVID-19. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4), 387-395. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1773189>
- Nisanci, A., Kahraman, R., Alcelik, Y., & Kiris, U. (2020). Working with refugees during COVID-19: Social worker voices from Turkey. *International Social Work*, 63(5), 685–690. doi: 10.1177/0020872820940032
- Paceley, M.S., Okrey-Anderson, S., Fish, J.N., McInroy, L., & Lin, M. (2021). Beyond a Shared Experience: Queer and Trans Youth Navigating COVID-19. *Qualitative social work: QSW: research and practice*, 20(1-2), 97–104. <https://doi.org/10.1177/1473325020973329>
- Peinado, M., & Anderson, K.N. (2020). Reducing social worker burnout during COVID-19. *International Social Work*, 63(6), 757–760. doi: 10.1177/0020872820962196
- Pestine-Stevens, A., & Greenfield, E.A. (2020). The Need for Community Practice to Support Aging in Place during COVID-19. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6-7), 631-634. doi: 10.1080/01634372.2020.1789258
- Pitts, J. (2020). Covid-19, county lines and the seriously “left behind”. *Journal of Children's Services*, 15(4), 209-213. <https://doi.org/10.1108/JCS-06-2020-0024>
- Pollock, A.M., Clements, L., & Harding-Edgar, L. Covid-19. (2020). Why we need a national health and social care service. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m1465. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1465>
- Ponce de León Romero, L. (2020). Reflexiones sobre la COVID 19 y la población vulnerable: ¿Estado de Bienestar o Neoliberalismo? *Ehquidad*, 14, 13-36.
- Preto, A. (2021). Coronavirus and domestic violence: Practices for dealing with a double emergency. *Qualitative social work: QSW: research and practice*, 20(1-2), 494-500. <https://doi.org/10.1177/1473325020981091>
- Putnam, M., & Shen, H.W. (2020). Gerontological Social Work and COVID-19: Calls for Change in Education, Practice, and Policy from International Voices. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6-7), 503-507. doi: 10.1080/01634372.2020.1827838

- Quinn, A., & Laws, M. (2020). Addressing community needs and preparing for the secondary impacts of Covid-19. *NEJM Catalyst, Innovations in Care Delivery*, 25, 1-10. doi: 10.1056/CAT.20.0186
- Rafferty, Y. (2020). Promoting the welfare, protection and care of victims of child trafficking during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Journal of Children's Services*, 15(4), 191-200. <http://dx.doi.org/10.1108/JCS-07-2020-0027>
- Redondo-Sama, G., Matulic, V., Munté-Pascual, A., & Vicente, I. (2020). Social work during the covid-19 crisis: Responding to urgent social needs. *Sustainability*, 12(20), 8595; <https://doi.org/10.3390/su12208595>
- Reilly, S.E., Zane, K.L., McCuddy, W.T, Soulliard, Z.A, Scarisbrick, D.M., Miller, L.E., & Mahoney Iii, J.J. (2020). Mental Health Practitioners' Immediate Practical Response During the COVID-19 Pandemic: Observational Questionnaire Study. *JMIR mental health*, 7(9), e21237. <https://doi.org/10.2196/21237>
- Rodríguez, M. (2020). More than one pandemic: how New York City community members fight against coronavirus and systematic oppression. *Social Work Education*, 39(8), 983-992. doi: 10.1080/02615479.2020.1825665
- Ross, A.M., Zerden, L.S., Ruth, B.J., Zelnick, J., & Cederbaum, J. (2020). Contact Tracing: An Opportunity for Social Work to Lead. *Social work in public health*, 35(7), 533–545. <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1806170>
- Roy, S., & Kaur, N. (2020). Issues and Challenges With COVID-19: Interventions Through Social Work Practice and Perspectives. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 17(2), 85-91.
- Shah, S.S., & Mufeed, S.A. (2022). Urgency and relevance of feminist social work to curb domestic violence amid COVID-19. *International Social Work*. <https://doi.org/10.1177/00208728211066833>
- Singer, M. (2000). A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 28(1), 13-24.
- Spijker, J. (2020). Los efectos de la Gran Recesión y las políticas de austeridad en la salud de la población española. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 220-222. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.12.006
- Teater, B., Chonody, J.M., & Hannan, K. (2021). Meeting social needs and loneliness in a time of social distancing under COVID-19: A comparison among young, middle, and older adults. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 31(1-4), 43-59. doi: 10.1080/10911359.2020.1835777
- Urrutia Arévalo, P. (2021). La sindemia, una oportunidad para las personas en situación de calle, Chile. *Reflexiones, Revista de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica*, 102, 1-13. doi:10.15517/rr.v101i2.49215
- Vicente Fuentes, F. (2020). Social and health care coordination: towards a new culture of care. *Enfermería clínica (English Edition)*, 30(5), 291-294. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.09.001
- Wilson, D.B., Solomon, T.A., & McLane-Davison, D. (2020). Ethics and Racial Equity in Social Welfare Policy: Social Work's Response to the COVID-19 Pandemic. *Social Work in Public Health*, 35(7), 617-632. doi: 10.1080/19371918.2020.1808145
- Wong, J.H.C., & Leung, C.T.L. (2021). Trauma-informed practice and supervision for volunteer counsellors of online psychological support groups during the impact of COVID-19. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 31(1-2), 67-72. doi: 10.1080/02185385.2020.1846604

- Wu, H., & Karabanow, J. (2020). COVID-19 and beyond: Social work interventions for supporting homeless populations. *International Social Work*, 63(6), 790-794. doi:10.1177/0020872820949625
- Yu, Z., Chen, Q., Zheng, G., & Zhu, Y. (2021). Social work involvement in the COVID-19 response in China: Interdisciplinary remote networking. *Journal of Social Work*, 21(2), 246-256. doi:10.1177/1468017320980657