

**El Trabajo Social en la salud en Portugal y los desafíos del Covid-19****O Serviço Social na saúde em Portugal e os desafios da Covid-19****Social Work in health in Portugal and the challenges of Covid-19****Recibido: 12/07/2020****Aprobado: 08/11/2020****Publicado: 13/11/2020****Maria Irene Carvalho<sup>1</sup>**

Esta es una reflexión llevada a cabo entre mayo y julio de 2020 considerando 28 documentos y destinada a presentar la práctica del trabajador social en salud en el contexto de Covid-19 en Portugal. Se abordaron los siguientes temas: *Relación del Trabajo Social con el sistema de salud en Portugal; El Servicio Nacional de Salud y el derecho a la salud: ¿qué tenemos?; Competencias consolidadas del Trabajo Social en la salud; ¿Qué ha cambiado en el Trabajo Social en la salud con el Covid-19?; Trabajo Social en el contexto hospitalario; Trabajo Social en la política de cuidados continuos integrados; y El antes y después del Covid-19*. El Covid-19 ha cambiado las rutinas y prácticas de los trabajadores sociales, planteando retos nunca antes experimentados. Estos profesionales se han convertido en agentes de salud pública, comunicando, informando y mediando las respuestas de las instituciones de salud con las de la comunidad. El uso de las nuevas tecnologías ha hecho posible el teletrabajo y la intervención, cambiando los procesos de intervención. A su vez, los trabajadores sociales estuvieron más orientados a satisfacer las necesidades de emergencia de la pandemia y menos a promover el desarrollo humano y social.

**Descriptor:** Trabajo social; Salud; Infecciones por coronavirus.

Esta é uma reflexão realizada entre maio e julho de 2020 considerado 28 documentos e que teve como objetivo apresentar a prática do assistente social em saúde no contexto da Covid-19 em Portugal. Abordou-se as seguintes temáticas: *Relação do Serviço Social com o sistema de saúde em Portugal; O Serviço Nacional de Saúde e o direito à saúde: o que temos?; Competências consolidadas do Serviço Social na saúde; O que mudou no Serviço Social da saúde com a Covid-19?; Serviço Social em contexto hospitalar; Serviço Social na política de cuidados continuados integrados; e O antes e o depois da Covid-19*. A Covid-19 alterou as rotinas e as práticas dos assistentes sociais colocando desafios até agora nunca experienciados. Estes profissionais tornaram-se agentes de saúde pública, comunicando, informando e mediando as respostas das instituições de saúde com as respostas da comunidade. O uso das novas tecnologias possibilitou o trabalho remoto e a intervenção, alterando os processos de intervenção. Por sua vez, os assistentes sociais, se orientaram mais para a satisfação das necessidades emergenciais da pandemia e menos para a promoção do desenvolvimento humano e social.

**Descritores:** Serviço Social; Saúde; Infecções por coronavírus.

This is a reflection carried out between May and July 2020, considered 28 documents, and which aimed to present the practice of social health workers in the context of Covid-19 in Portugal. The following topics were addressed: *Relationship of Social Work with the health system in Portugal; The National Health Service and the right to health: what do we have?; Consolidated competences of Social Work in health; What has changed in the Social Health Service with Covid-19?; Social Work in a hospital context; Social Work in the integrated continuous care policy; and Before and after Covid-19*. Covid-19 changed the routines and practices of social workers, posing challenges that have never been experienced before. These professionals became public health agents, communicating, informing and mediating the responses of health institutions with the responses of the community. The use of new technologies enabled teleworking and intervention, changing the intervention processes. In turn, social workers were more oriented towards meeting the emergency needs of the pandemic and less towards promoting human and social development.

**Descriptor:** Social Work; Health; Coronavirus infections.

1. Trabajadora Social. Maestra y Doctora en Trabajo Social. Profesora Asociada de la Unidad de Trabajo Social y Política Social del Instituto Superior de Ciencias Sociales y Políticas de la Universidade de Lisboa, Portugal. ORCID: 0000-0002-1921-3212 E-mail: mcarvalho@iscsp.ulisboa.pt

## INTRODUCCIÓN

**E**l Covid-19 es una enfermedad causada por el coronavirus SARS-COV-2. Este virus causa una variedad de enfermedades en mamíferos y aves, desde enteritis en vacas y cerdos, enfermedades respiratorias superiores en pollos e infecciones respiratorias humanas potencialmente letales<sup>1</sup>. El SARS-COV-2 era desconocido hasta hace poco como agente de enfermedades humanas. En diciembre de 2019, este tipo de coronavirus, en particular, apareció en los seres humanos en el mercado de pescado de la ciudad de Wuhan, China.

La enfermedad causada por el nuevo coronavirus SARS-COV-2 (DGS, 2020a) se ha denominado COVID-19<sup>2</sup>. En febrero de 2020, este virus ya había infectado al menos a 11.844 personas en China<sup>3</sup> convirtiéndose en una epidemia. La epidemia se extendió rápidamente al estado de pandemia.

La declaración del estado de pandemia fue asumida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020. La pandemia requiere la elaboración de un marco conceptual para la gobernanza mundial y requiere actividades de promoción de la salud pública que impliquen el ejercicio de la autoridad<sup>4</sup>.

La mayoría de los países del mundo han combinado las políticas de salud pública con otras medidas, como el cierre de fronteras y las medidas de emergencia, que han dado lugar a una cuarentena forzosa para todos los ciudadanos, excepto para los de las esferas clave de la salud, seguridad y alimentación<sup>2</sup>. Con estas medidas se pretende proteger a los ciudadanos, pero sobre todo la sostenibilidad de los sistemas de salud, teniendo en cuenta los recursos logísticos y profesionales de cada país. Así pues, este estudio tiene por objeto presentar la práctica del trabajador social en salud en el contexto de Covid-19 en Portugal.

## MÉTODO

Esta es una reflexión realizada entre mayo y julio de 2020, sobre los principales hitos históricos y evolutivos de la construcción del sistema de salud y del Trabajo Social en Portugal, señalando los cambios que se produjeron después de Covid-19, principalmente en las prácticas profesionales hospitalarias y en los cuidados continuos integrados.

El análisis se basó en documentos y artículos de referencia en el área, así como en leyes, decretos y planes de contingencia para Covid-19, además de otros documentos sobre el sistema de salud en Portugal.

Se destaca la ley de los cuidados continuos integrados y los planes de emergencia para el Covid-19, que establece los planes de emergencia específicos para la salud hospitalaria y para los cuidados continuos integrados<sup>2,5</sup>.

## RESULTADOS

Para esta reflexión se utilizaron 28 documentos y se centraron siete áreas temáticas: *Relación del Trabajo Social con el sistema de salud en Portugal; El Servicio Nacional de Salud y el derecho a la salud: ¿qué tenemos?; Competencias consolidadas del Trabajo Social en la salud; ¿Qué ha cambiado en el Trabajo Social en la salud con el Covid-19?; Trabajo Social en el contexto hospitalario; Trabajo Social en la política de cuidados continuos integrados; y El antes y el después del Covid-19.*

## DISCUSIÓN

### ***Relación del Trabajo Social con el sistema de salud en Portugal***

El surgimiento de la profesión de Trabajo Social en Portugal está influenciado por figuras prominentes de la medicina, especialmente de la Escuela Nacional de Salud Pública, el legado de Ricardo Jorge e Sousa Martins, Silva Carvalho, Alfredo da Costa y otros<sup>6</sup>.

A finales de los años 20 y como resultado de la pandemia de gripe española en Portugal, estas y otras figuras destacadas de la medicina social iniciaron una campaña para la

institucionalización de las profesiones sociales (auxiliares y trabajadores sociales) y de enfermería<sup>6</sup>.

En 1926 un decreto reorganizó los servicios de salud pública y consideró esencial la creación de un cuerpo especial de enfermeras de visita para las enfermedades infecciosas. En este contexto, se elaboraron cursos para capacitar a las visitadoras sanitarias, tanto en los puestos de protección de la infancia de Lisboa como en las facultades de medicina<sup>6</sup>.

En 1935 se inició la formación de trabajadores sociales en la Escuela de Trabajo Social de Lisboa. El período de formación fue de tres años (con preparación jurídica y social para ocupar puestos de dirección en empresas, servicios médico-sociales y de puericultura, y otros), separándose así de la formación de las visitadoras sanitarias del Instituto Ricardo Jorge, con preparación para la lucha contra las epidemias, la puericultura y las investigaciones sociales<sup>6</sup>.

En el prefacio de la obra *Diagnóstico Social de Mary Richmond*<sup>7</sup> de 1946 se indica que en 1940 los trabajadores sociales ejercían su profesión en Centros de Investigación Asistencial, en la Santa Casa de la Misericordia de Lisboa, en el Instituto de Asistencia a la Familia; Instituto de Oncología y Maternal; Centros de Salud; Dispensarios de lucha antituberculosa y de lucha antivenérea; Servicios Médico-Sociales de los Fondos de Pensión; Centros de lucha contra el reumatismo; Liceos, hospitales, asistencia a cardíacos; Prisiones y tutorías de menores.

A partir del decenio de 1940, los trabajadores sociales comenzaron a insertarse en las estructuras hospitalarias que se habían construido, como el Hospital Universitario de Coímbra (1941), el Hospital Júlio de Matos (1942) y el Instituto Portugués de Oncología de Lisboa (1948)<sup>8</sup>.

La inserción de estos profesionales en el medio hospitalario continuó en las décadas siguientes con la promulgación de la ley de organización hospitalaria, Ley N.º 2011 de 2 de abril de 1946<sup>6,8</sup>. Esta ley tipifica las respuestas en salud: hospitales centrales, regionales y subregionales; puestos de consulta y socorro; centros de convalecencia y readaptación; hospitales psiquiátricos; brigadas móviles de asistencia, socorro y colocación de enfermos; hospitales especializados en el tratamiento de enfermedades infecciosas, enfermedades infantiles y otras. En la misma ley, el Trabajo Social se consideraba parte integrante de los servicios hospitalarios, y el Estado se encargaba de asistir a las iniciativas privadas [...] que se proponían preparar enfermeros, asistentes, visitantes y otros agentes del Trabajo Social.

En el decenio de 1960, la asistencia social se separó de la salud, como se establece en la Ley N.º 2120, de 19 de julio de 1963<sup>8</sup>. En esta ley se supone que la actividad hospitalaria debe coordinarse para integrar en un plan funcional los hospitales centrales, regionales y subregionales, los puestos de consulta, las salas de emergencia y los servicios auxiliares. También se prestó especial atención a la creación de carreras médicas, farmacéuticas, de Trabajo Social, de enfermería y administrativas.

En 1968, la Ley de Organización Hospitalaria reconoce nuevamente que los hospitales tienen tanto un aspecto médico como social, siendo el Trabajo Social incluido en los servicios asistenciales, que tenía como competencia colaborar con los servicios de acción médica en el estudio de los enfermos, apoyar en el entendimiento de las causas y consecuencias sociales de la enfermedad; siempre que fuera posible intervenir en los estados de crisis o necesidad de los pacientes, estableciendo contacto con los servicios internos y externos adecuados a cada caso<sup>9</sup>.

En 1971 se llevó a cabo la reforma del sistema de salud y asistencia, y surgió el primer esbozo del futuro Servicio Nacional de Salud. El Decreto-Ley 414/1971<sup>10</sup> estableció el régimen jurídico que permitió la estructuración progresiva y el funcionamiento regular de las carreras como a del Trabajo Social. En 1973 el Ministerio de Salud, registrado en el Decreto-Ley n.º 584/1973<sup>11</sup> de 6 de noviembre, establece la Asistencia Social. En 1974, la Asistencia Social se integró en el Ministerio de Asuntos Sociales<sup>9</sup>.

### ***El Servicio Nacional de Salud y el derecho a la salud: ¿qué tenemos?***

La creación del Servicio Nacional de Salud fue decisiva para la construcción del sistema de salud pública y universal, asumiendo la salud como un derecho humano fundamental. La

revolución democrática de 1974 permitió la construcción de la primera Constitución de la República, que estableció el derecho a la salud, seguida en los años siguientes por la construcción del Servicio Nacional de Salud publicado en la Ley N.º 56/1979<sup>12</sup>. Esta ley creó y modernizó la salud y desafió a los trabajadores sociales a intervenir en el sistema de Salud.

Durante este período se han producido una serie de cambios en el sistema de salud y en el Trabajo Social en salud, siendo uno de los más importantes la publicación de los estatutos de los centros de salud en 1983, en la Resolución Normativa N.º 97/1983, de 22 de abril<sup>13</sup>, en la que se definió el número de trabajadores sociales (TS) por población (un TS cada 30.000 habitantes) y sus atribuciones, a saber: participar en la definición, ejecución y evaluación de la política de salud; cooperar con todos los servicios de los centros de salud en acciones dirigidas al individuo, la familia y la comunidad; colaborar en proyectos de educación en salud, especialmente de alimentación, planificación familiar, alcoholismo y drogas; participar en la recuperación y rehabilitación; y, acompañar a los pacientes internados en hogares y asilos; además de coordinar las acciones del cuerpo de voluntarios<sup>13</sup>. Sin embargo, en 2000 la reforma de los Cuidados de Salud Primarios situó al Trabajo Social en la Unidad de Recursos Asistenciales Compartidos, configurando algunas de estas competencias de intervención comunitaria.

A partir de este período, los trabajadores sociales realizan actividades en numerosas áreas y servicios, destacando las actividades de apoyo a las USF (Unidades de Salud Familiar) y UCSP (Unidades de Cuidados de Salud Personalizados), en el área de Salud Familiar, y aseguran el Gabinete del Ciudadano<sup>6</sup>.

En el ámbito de la salud comunitaria, desempeñan funciones en Equipos de Cuidados Continuos Integrados, Salud Escolar y Proyectos de Salud Pública. También integran las Comités de Protección de Niños y Jóvenes, Equipos Locales de Intervención Temprana, Red Social, Ingreso Social de Inclusión, Unidades Coordinadoras Funcionales (UCF), Equipos de Prevención de la Violencia en Adultos (EPVA); Núcleos de Apoyo a Niños y Jóvenes en Situación de Riesgo, Núcleos de Apoyo a Refugiados, Equipos de Soporte para Cuidados Paliativos, preparación para la Parentalidad y el Parto, Registro Nacional de Testamento Vital, Registro Nacional de no Donantes, así como asesoramiento técnico a la Junta Ejecutiva del ACES y su Consejo Clínico<sup>14</sup>.

En los hospitales se integran los trabajadores sociales en Servicios de Hospitalización; Consulta Externa; Hospital de Día; Servicio de Emergencia; Equipo de Gestión de Altas; Equipo Intrahospitalario de Soporte en Cuidados Paliativos (EIHSCP); Gabinete del Ciudadano; Comité de Ética; Comités de Calidad y Humanización; Unidades Coordinadoras Funcionales de Salud Materna, Neonatal e de Salud del Niño y Adolescente (UCF); Equipos de Prevención de la Violencia en Adultos (EPVA); Núcleos de Apoyo a Niños y Jóvenes en Situación de Riesgo, entre otros sectores y servicios asistenciales<sup>14</sup>.

En 2006 se creó la red de cuidados integrados para garantizar la continuidad de los cuidados en el hogar. De esta manera, los trabajadores sociales trabajan en las redes de cuidados integrados definidas en el Decreto-Ley N.º 101/2006, que incluye un equipo de apoyo a la coordinación nacional. Los trabajadores sociales integran los Equipos de Coordinación Regional (ECR) y Local (ECL) de atención domiciliaria, los Equipos de Gestión de Altas Hospitalarias, las Unidades de Cuidados y, los Equipos Domiciliarios de Cuidados Continuos Integrados, de responsabilidad del área de Atención Primaria de Salud<sup>14</sup>.

Se han creado otros servicios como: Red de Cuidados Paliativos que integra unidades y equipos tanto en hospitales (Unidades de Hospitalización en Cuidados Paliativos y Equipos de Consultoría a Servicios Clínicos) como en Grupos de los Centros de Salud - ACES y Equipos Comunitarios de Soporte a los Cuidados Paliativos, y también forman parte del Comité Nacional de Cuidados Paliativos. Los trabajadores sociales también forman parte de los equipos de salud mental en: rehabilitación psicosocial, hospitalización, intervención comunitaria e intervención en conductas adictivas y dependencias<sup>14</sup>.

El Trabajo Social contribuye a la salud de la población orientando la intervención a las necesidades del enfermo teniendo en cuenta los impactos ambientales y contextuales en la salud y el bienestar, que son: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención primaria, la atención en situaciones agudas, la atención especializada (salud materna e infantil, VIH/SIDA, salud mental, adicciones y otros), la rehabilitación e integración en domicilio y las redes comunitarias, la atención de largo plazo y los cuidados paliativos. Actualmente hay 1032 trabajadores sociales que trabajan en el Servicio Nacional de Salud, divididos en cuidados hospitalarios (52,4%) y cuidados primarios (42,9%).

### ***Competencias consolidadas del Trabajo Social en la salud***

El Trabajo Social es un área de conocimiento de las ciencias sociales en la que influyen las cuestiones sociales y de salud, las orientaciones de política y desarrollo de los sistemas de salud, así como las funciones que se le atribuyen y que la profesión ha conquistado<sup>15</sup>.

Para los profesionales del Trabajo Social es importante comprender que la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias”<sup>16</sup>. Este concepto de salud se refiere a la condición situacional en la que se encuentran las personas y al bienestar físico, mental y social. Así pues, la salud no significa sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, sino un proceso de optimización de oportunidades, y debe entenderse como un recurso para la vida y no como un concepto positivo, que acentúa los recursos sociales, personales y de capacidades físicas<sup>6</sup>.

Los trabajadores sociales se ven desafiados por esta noción de salud y por los determinantes sociales, es decir, por los aspectos estructurales y por las políticas, teniendo responsabilidades en la prevención de los agravamientos y en la promoción de la salud de las poblaciones. Los determinantes sociales se refieren a las circunstancias en que las personas nacen, viven y trabajan, además de los sistemas utilizados para apoyar los cuidados de salud. Estas circunstancias, a su vez, están conformadas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas y de políticas sociales<sup>17</sup>.

La salud es una dimensión central de la vida de las personas, y debe ser reconocida y apoyada como un derecho humano fundamental, por lo que es un instrumento para promover la paz en el mundo. Por consiguiente, es esencial garantizar el acceso universal a los recursos de salud, incluida la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Para el Trabajo Social, la salud es una cuestión de derechos humanos y justicia social, ya que las personas tienen derecho a disfrutar de las condiciones sociales para la salud humana y el acceso a los servicios y otros recursos para promover la salud<sup>18</sup>. Estos principios no siempre son efectivos dadas las condiciones de desigualdad económica, social y cultural, que influyen en el acceso a cuidados de la salud y se traducen en desigualdades en salud<sup>19</sup>.

En ese marco, la *International Federation of Social Work* (IFSW) ha definido algunos principios por los que los profesionales deben ejercer la profesión en el ámbito de la salud: actuar en la formación, la investigación y la formulación de políticas; considerar el derecho a la salud fortaleciendo la participación de las personas en la defensa de una distribución igualitaria y equitativa de los recursos que sustentan la salud, incluidos los ingresos mínimos, seguridad alimentaria, agua potable, vivienda adecuada, ropas, educación y relaciones sostenidas<sup>18</sup>. Las políticas locales, nacionales y mundiales de salud y sociales son fundamentales para la promoción de la salud de las poblaciones, y se necesitan acciones interrelacionadas entre las instituciones internacionales, los gobiernos y la sociedad civil<sup>6</sup>.

El Trabajo Social ha entrado en el campo de la salud con competencias puramente de emergencia y asistencialistas. Sin embargo, al asumir el derecho a la salud y con la creación del Servicio Nacional de Salud, sus competencias pasaron a nuevas oportunidades, a la distribución justa de los recursos y, a la reducción de las iniquidades en salud. En la actualidad, los profesionales desarrollan servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación de la promoción del bienestar y de la salud, con varios servicios del sistema de salud, a saber:

salud pública, atención primaria, atención especializada, atención social en salud y, atención de emergencia<sup>20</sup>. En el conjunto de funciones de los trabajadores sociales en la salud, se destaca<sup>21</sup>:

- Proporcionar informaciones sobre los derechos y actuar como defensores de los enfermos y las familias en el sistema de salud - Defensa social;
- Desarrollar procesos de comunicación con los enfermos y las familias al involucrarse profesionalmente con ellos, escuchando sus preocupaciones de manera empática y sin juzgar, demostrando conocimiento y competencia acerca de los impactos sociales de la enfermedad en el enfermo/familia y las comunidades;
- Promover procesos de escucha activa, donde sean actores privilegiados en la escucha de los enfermos y las familias, especialmente en sus preocupaciones relacionadas con la salud y cuidados de salud, que son: cuidados continuados en la muerte y en el morir, en la tristeza y la pérdida, la sexualidad, la salud mental y las relaciones;
- Llevar a cabo procesos de mediación interna y externa, con intercesión entre las diversas funciones y expectativas, del equipo de salud, del paciente, de la familia y del plan de intervención esbozado;
- Participar en la planificación del alta, para el regreso de los enfermos al hogar u otra respuesta social y de salud, reubicando a los pacientes en la comunidad, articulando y coordinando recursos y apoyos de la comunidad, y proporcionando apoyo y asistencia a los cuidadores u otros miembros de la familia;
- Promover el acceso a los servicios de apoyo en la comunidad y actuar como mediadores para facilitar el acceso a los servicios comunitarios, entre los pacientes y los familiares, y entre los pacientes y el equipo de salud;
- Participar en la gestión y la promoción de la eficacia de los servicios de salud, ya que la planificación del alta se considera una dimensión clave para disminuir la duración de la estancia en el hospital y posiblemente evitar la readmisión del paciente;
- Desarrollar procesos de educación en salud y participar en estas acciones en grupos de trabajo multidisciplinario;
- Participar en la humanización de los servicios, en el control de las infecciones hospitalarias, en la red de cuidados continuos integrados, entre otros;
- Intervenir en situaciones de crisis que generen comportamientos problemáticos, siendo esta una parte cada vez más importante de su papel;
- Desempeñar otras funciones, especialmente las tareas esenciales para el logro del acceso a la salud que otros profesionales no desean realizar.

Para desempeñar esas funciones, además de las aptitudes disciplinarias específicas, los profesionales deben tener conocimientos del área médica en la que trabajan; los sistemas de salud; las desigualdades y disparidades en salud en relación con los determinantes sociales de la salud; las cuestiones relacionadas con la pérdida, el duelo y la muerte; y también conocimientos para proporcionar una perspectiva biopsicosocial-espiritual a los cuidados de salud. Pero también conocimientos de las estrategias para crear y apoyar a otros proveedores de servicios de salud, de la gestión y coordinación y supervisión de equipos, la gestión de conflictos, enfrentando no sólo las necesidades sociales y emocionales de los pacientes sino también de los equipos de salud multidisciplinarios.

### ***¿Qué ha cambiado en el Trabajo Social en la salud con el Covid-19?***

En cualquier situación de pandemia es importante seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2,22</sup>. Este organismo internacional recomienda a los países que elaboren un plan de orientación estratégica para el sector de la salud. Así, con referencia a las directrices de la Organización Mundial de la Salud y del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, la Dirección General de Salud de Portugal adoptó en una fase temprana “un instrumento estratégico para prepararse y responder a una posible epidemia por el virus”, denominado Plan Nacional de Preparación y Respuesta para el COVID-19<sup>5</sup>. Este plan describe tres fases para hacer frente a una pandemia: la fase de preparación, la

fase de respuesta y la fase de recuperación. Paralelamente, el 18 de marzo de 2020 se decretó el Estado de Emergencia, que duró hasta el 2 de mayo, seguido del estado de calamidad<sup>23</sup>.

En este contexto de emergencia en salud pública y de crisis es importante destacar el papel que tienen los profesionales de Trabajo Social, así como las asociaciones profesionales, en este tipo de situaciones. Así, la *International Federation of Social Work* (IFSW)<sup>18</sup> advirtió de la necesidad de adoptar medidas para que los profesionales de Trabajo Social, especialmente los que están en primera línea, puedan combatir la propagación y apoyar a las comunidades afectadas o que temen al virus COVID-19. Para esta asociación, esto implica trabajar en varios niveles<sup>24</sup>:

- En las decisiones para defender en conjunto con otros profesionales la participación de la comunidad en la planificación, los protocolos de seguridad, así como el apoyo a las personas con ansiedad y en aislamiento social para que mantengan la calma;
- En la difusión de información apropiada y facilitar contextos en los que las personas actúan de manera solidaria;
- En la protección y apoyo a los grupos más vulnerables que se incluyen en la planificación y las respuestas;
- En la participación en la organización de las comunidades para asegurar que se disponga de bienes esenciales como alimentos y agua potable;
- Al asumir que los trabajadores sociales necesitan protegerse y ser activos en sus trabajos.

Los profesionales del Trabajo Social desempeñan un papel fundamental en la prevención y la mitigación, ya que estos profesionales son agentes de cambio, potenciadores de los recursos, contribuyen a actuar en las crisis y a superar las dificultades de las personas. El “profesional tiene un papel activo en la valoración del evento y de las acciones realizadas en el proceso de intervención”<sup>25</sup>.

La Asociación de Profesionales del Trabajo Social también ha formulado algunas recomendaciones, basadas en resoluciones, ordenanzas e informaciones técnicas de la República Portuguesa, de conformidad con la Resolución N.º 2836-A/2020<sup>26</sup>, la información técnica 14/2020<sup>27</sup>, el Código de Ética de los Trabajadores Sociales de Portugal y las recomendaciones de otras asociaciones y órdenes profesionales como el Consejo General de Trabajadores Sociales de España, sobre la intervención en un contexto de emergencia. Estas recomendaciones incluyen medidas específicas en el ámbito de la salud y del teletrabajo<sup>28</sup>.

En Portugal y en relación con el plan de intervención en caso de emergencia en salud para los trabajadores sociales, se han identificado algunos temas para minimizar los efectos sociales y económicos de la pandemia, como:

- Evaluar los factores psicosociales que interfieren en la salud de las personas, los grupos y las comunidades, prestando especial atención a los grupos y situaciones identificados como de riesgo y vulnerables;
- Proporcionar tratamiento y apoyo a un gran número de personas, manteniendo al mismo tiempo cuidados esenciales en salud;
- Apoyar la continuidad de cuidados de salud y otros servicios esenciales; mantener la confianza y la seguridad de la población mediante la implantación de medidas basadas en la mejor prueba.

El documento de la Asociación de Profesionales de Trabajo Social (APSS) también define tres líneas estratégicas para la adaptación del Trabajo Social ante la emergencia<sup>28</sup>:

- La primera línea estratégica de la definición de procedimientos de intervención en situaciones de aislamiento profiláctico define un conjunto de competencias para quienes coordinan, para quienes están en acción directa y/o teletrabajando en las unidades de salud;
- La segunda línea estratégica de prevención en la comunidad asociada a la contingencia de COVID-19 define criterios de intervención social ante el riesgo social urgente, especialmente para las personas que necesitan medidas de apoyo para garantizar un aislamiento o alejamiento social seguro, es decir, que viven solas o sin red de apoyo, el agotamiento del cuidador, las

personas en situación de dependencia e incapacidad, las familias monoparentales sin red, las personas en situación de calle, la violencia doméstica, entre otras consideradas caso por caso;

- La tercera línea estratégica de orientación para el trabajo en red centrado en la Emergencia de COVID-19 tiene como base la articulación intersectorial y el fortalecimiento de la colaboración entre los servicios y la promoción de recursos comunitarios alternativos, incluidos los centrados en el seguimiento a distancia<sup>28</sup>.

En cuanto al teletrabajo, también se recomienda que los profesionales sigan los siguientes principios:

- Promover la salud pública adoptando una modalidad de trabajo excepcional;
- Mantener el ejercicio profesional del trabajador social, centrado en los actos fundamentales y de carácter de emergencia, favoreciendo el mantenimiento de la continuidad de las actividades y la misión de las organizaciones;
- Proceder a la adecuación de los actos profesionales del trabajador social a la metodología del teletrabajo;
- Promover la articulación con los equipos de las diferentes organizaciones para agilizar las respuestas a las necesidades de los usuarios y la red de soporte informal;
- Promover el distanciamiento social, protegiendo de la pandemia a los profesionales de Trabajo Social, los usuarios y otros profesionales, reduciendo el riesgo de infección<sup>28</sup>.

También según este documento, y siguiendo las directrices del código de ética de los trabajadores sociales, la intervención en este contexto debe seguir los principios de confidencialidad, manteniendo la seguridad de la información, con obligaciones profesionales añadidas cuando se comunique información sobre los procesos de los usuarios por medios electrónicos.

### ***Trabajo Social en el contexto hospitalario***

Los hospitales están en primera línea en la lucha contra la pandemia de COVID-19. Las medidas adoptadas son numerosas, pero algunas de ellas son más pertinentes y tienen repercusiones en el ámbito del Trabajo Social, en particular:

- Se han aplicado medidas de información sobre la enfermedad y las formas de transmisión y prevención, tanto para los empleados como para el público en general;
- Se han definido los procedimientos de intervención en situaciones de aislamiento profiláctico y preventivo en la comunidad asociadas a COVID-19;
- Se facilitó equipo y productos preventivos, máscaras, guantes, gafas, batas, entre otros;
- Se suspendieron todas las acciones de capacitación, las pasantías, las acciones de voluntariado y los eventos científicos;
- Se prohibió la circulación de los no colaboradores y la suspensión de los tratamientos y consultas no urgentes, que fueron reprogramadas;
- Se limitó el número de visitas a los pacientes hospitalizados (en un primer momento) y se suspendieron las visitas a los mismos (después de que la situación empeorara), y se difundieron contactos telefónicos o correos electrónicos para que la población se pusiera en contacto con los servicios hospitalarios;
- Se reestructuraron los servicios para adaptarlos a esta nueva realidad aumentando el número de camas disponibles en vista de la mayor necesidad de hospitalización;
- En algunos hospitales se han instalado tiendas para la recepción y aislamiento de pacientes con COVID-19. Estos espacios pueden tener una capacidad máxima de 12 personas, que no se quedarán en estas tiendas porque no se trata de un hospital de campaña. Este espacio se utiliza para hacer un seguimiento de los casos que se dirigen a la sala de emergencias y se analizan como potencialmente sospechosos del nuevo Coronavirus. Estos casos serán alojados en un lugar cómodo mientras se esperan los resultados de las pruebas de laboratorio.
- Se han suspendido los traslados de enfermos de otras Unidades Hospitalarias en el Servicio de Emergencia;
- Se han contratado médicos jubilados sin límite de edad;



- El trabajo se readaptó usando el teletrabajo siempre que fue posible;
- El Trabajo Social se reorganizó para proporcionar informaciones a los familiares sobre la situación de los enfermos hospitalizados, en preparación para el alta y, en la seguridad del enfermo y los familiares.

### ***Trabajo Social en la política de cuidados continuos integrados***

La Dirección General de Salud (DGS)<sup>5</sup> publicó algunas directrices para las unidades de cuidados continuos integrados (incluidas las estructuras residenciales para personas ancianas) a fin de definir medidas para la protección de los colaboradores y de las personas especialmente vulnerables, ancianas y enfermas. En el presente documento se abordan algunas esferas clave, como:

- Se recomendó la creación de mecanismos de información accesible que divulguen el plan de contingencia con medidas de autocuidado, para la protección personal y familiar, manteniendo la información actualizada entre todos los empleados, colaboradores y usuarios;
- Se celebró una reunión multidisciplinaria para analizar el Plan de Contingencia Nacional y promover un debate abierto sobre el mismo;
- Se aclaró posibles dudas sobre cómo trabajar en conjunto para la elaboración de un plan de contingencia institucional;
- Se fijaron carteles sobre COVID-19 y las principales precauciones que deben tomarse en puntos estratégicos de las instituciones (recepción; entrada de cada piso; comedor; gabinetes de profesionales);
- Se desarrollaron sesiones de aclaración centradas en el tema de COVID-19, su origen, cómo se propaga, sus repercusiones en la vida cotidiana, los cuidados que hay que tener y también las líneas de apoyo que se debe contactar en caso de dudas, como la línea de salud 24 - SNS<sup>24</sup>;
- Se promovieron normas de higiene general y de etiqueta respiratoria, como procedimientos para los empleados que tienen contacto con la enfermedad y se difundió prácticas de protección individual a los pacientes, al equipo multidisciplinario y a los empleados de la institución (higiene de las manos, etiquetas respiratorias y uso de equipo de protección individual - como máscaras y guantes);
- Se delinearon con equipos multidisciplinarios los espacios de aislamiento destinados a usuarios/otros profesionales infectados (o sospechosos) de COVID-19;
- Se protegió al personal y a los empleados con necesidades especiales y se tuvo en cuenta el ausentismo de empleados y colaboraciones;
- Se adoptaron medidas para restringir las visitas de familiares y otras personas a los usuarios, a fin de prevenir la propagación del contagio, promoviendo alternativas para el contacto entre los familiares y los usuarios: teléfono, videollamadas;
- Se suspendieron las pasantías curriculares en caso de que representen un riesgo/amenaza (fuente de contagio/propagación del COVID-19);
- Se adoptaron medidas para reducir el número de contactos estrechos de los empleados y colaboradores, pero manteniendo las instituciones en funcionamiento;
- Se definieron nuevos horarios para los empleados, con 15 días de cuarentena;
- Se identificaron empleados adicionales, capacitándolos para realizar tareas esenciales, reubicando a otros y definiendo estrategias y procedimientos para la ausencia de empleados y colaboradores, así como se consideró la necesidad de flexibilizar el lugar de trabajo y los horarios de trabajo;
- El director de la unidad asignaba recursos para proteger a los empleados, colaboradores y usuarios a fin de evitar la propagación del virus y promover una limpieza más frecuente de las instalaciones y prestar asesoramiento a este nivel.
- Coordinar el plan en colaboración con organizaciones externas y de ayuda a la comunidad y evaluar el impacto en la institución y compartir las buenas prácticas con otras instituciones.

Estas medidas no han sido ni son fáciles de aplicar, porque muchas de las Unidades de Cuidados Continuados no siempre disponen de los recursos humanos, logísticos y de otro tipo para estructurar un plan de emergencia de esta magnitud.

Las principales dificultades en este sector son la reorganización de los equipos y la falta de materiales para la protección individual, debido a la escasez de recursos humanos, especialmente teniendo en cuenta la necesidad de reemplazar los empleados, debido al aislamiento, y las dificultades para crear espacios de aislamiento para los pacientes y empleados.

### ***El antes y después del Covid-19***

Antes del Covid-19, las cuestiones que preocupaban a los trabajadores sociales eran la privatización de los servicios públicos y la prestación de servicios en el mercado que llevaron al desmantelamiento de los sistemas de salud. Este cambio descapitaliza los servicios públicos en términos económicos y en términos de capital social y recursos humanos, con la “fuga” de profesionales de la salud del sector público al privado.

A pesar de la idea de la bancarrota del sistema de salud público, lo que se observa es el aumento de las empresas privadas que invierten, haciendo que el sector de la salud sea altamente rentable. El Trabajo Social se ve desafiado por esta realidad, especialmente porque el sector privado no garantiza los derechos universales. Este cambio estructural en los sistemas de salud tiene un impacto en la dinámica profesional.

La salud se convierte en una mercancía que se puede vender y comprar, y su asignación se basa no en la necesidad, sino en la capacidad de pago, lo que aumenta las inequidades en salud. Así pues, el Trabajo Social se centra en el fortalecimiento de la responsabilidad individual de las familias, con el refuerzo de las responsabilidades de los miembros de la familia para cuidar de sus miembros enfermos.

Los servicios públicos se han vuelto escasos y están superpoblados. El aumento de las necesidades lleva a los profesionales a asumir múltiples funciones, realizando tareas burocráticas, especialmente en primera línea, para responder a las necesidades inmediatas. Esta acumulación de tareas descalifica otras actividades, como el asesoramiento o la defensa, y la integración en la comunidad.

La duración de la estancia de los pacientes ha disminuido, lo que aumentó la presión por la continuidad de los cuidados en la comunidad. La crisis económica y esta tensión dificultan la contratación de trabajadores sociales. Este proceso provoca insatisfacción entre los profesionales, que a veces son reemplazados por otros profesionales. Por otro lado, se han añadido centros de salud y hospitales en grandes centros, centros hospitalarios o unidades de salud familiar, lo que ha acercado a los trabajadores sociales a la población objetivo que se debe atender.

Con la pandemia del Covid-19, los sistemas de salud financiados por el Estado se enfrentan al reto de responder a los problemas de salud pública. La crisis del sistema de salud ha pasado a ser secundaria, ya que el sistema público ha asumido los costos de la pandemia al rechazar las asociaciones privadas, salvo en las pruebas de Covid-19. Cualquier enfermo con síntomas de Covid-19 tendría que ir a un hospital público.

Los trabajadores sociales están en primera línea en la lucha contra la pandemia, especialmente en la protección de los pacientes con comorbilidades. El Trabajo Social ha sido convocado no sólo para la fase de prevención de la enfermedad, sino también para su mitigación, por lo que sus competencias han sido reconfiguradas para convertirse en agentes de salud pública. Se han fortalecido las competencias de comunicación, así como el uso de la tecnología de la información. Esta competencia se desarrolló para asegurar que las familias estuvieran informadas de lo que sucedía con sus parientes.

Se ha fortalecido la articulación entre las respuestas institucionales de salud y la comunidad, pero su acción se ha convertido en una acción de emergencia y, de nuevo, “asistencialista”, centrada en la satisfacción de las necesidades básicas, pero ya no tiene los

contornos de la emergencia social, ya que está incrustada en el “ropaje” de los derechos humanos. Por otra parte, la realización de los derechos ya no se realiza “cara a cara”, sino que se organiza a través de las nuevas tecnologías.

## CONCLUSIÓN

La salud, al igual que el Trabajo Social, es influenciada por aspectos contextuales y estructurales como: la crisis económica y, los ajustes estructurales de la economía neoliberal. El sistema de salud ha experimentado cambios como resultado de las políticas neoliberales centradas en el *new public management*, la marketización con un aumento de las asociaciones entre el Estado y lo privado (trabajo intrainstitucional e interprofesional) y en el *accountability*, es decir, la evaluación y la orientación hacia la calidad de los servicios y la gestión hacia la eficiencia.

La acción del Trabajo Social en salud se vio afectada, ya que las políticas de salud ya no se orientaban a las necesidades, sino al riesgo social, la *evidence-based practice*, centrada en la responsabilidad y el empoderamiento personal y la personalización de la intervención.

Sin embargo, en los últimos meses de 2020, el mayor desafío ha sido intervenir en el contexto de la emergencia de salud pública del Covid-19. Si bien algunas de estas medidas y funciones refuerzan la importancia de la profesión en la salud, tal vez no sean las deseadas, ya que se centran en procesos para satisfacer las necesidades de emergencia.

El Covid-19 tiene repercusiones en todas las dimensiones de la vida de las personas y, por lo tanto, requiere no sólo medidas de salud pública, sino también medidas sociales y económicas. Los trabajadores sociales se enfrentan al reto de cuestionar sus prácticas de emergencia ahora y en el futuro, y más que esas prácticas de emergencia deberían participar en la elaboración conjunta de políticas a corto y largo plazo para permitir que las personas y las comunidades prosperen después del Covid-19.

Este estudio se centra en el análisis y la reflexión sobre el Trabajo Social en la salud y, en particular, en el contexto de Covid-19. Presenta limitaciones que se derivan de la metodología utilizada, es decir, el análisis de documentos. A fin de revelar eficazmente esta cuestión de manera más profunda, sería pertinente hacer una aproximación al campo de acción revelando los informes de las experiencias de estos profesionales. Esto será sin duda una oportunidad para futuras investigaciones en un futuro próximo, ya que la pandemia entró en la llamada segunda fase (en septiembre de 2020) planteando otros desafíos al sistema y a los profesionales de la salud.

## REFERENCIAS

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. [Internet]. 2020 [citado en 25 mar 2020]; 382:727-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado en 25 mar 2020]. Disponible: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Changhai L, Wenyan F, Kewen Q, Tian L, Sheng Z, Min D, et al. Potent neutralization of 2019 novel coronavirus by recombinant ACE2-Ig. *BioRxiv* [Internet]. 2020 Feb [citado en 25 mar 2020]. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.02.01.929976>. Disponible en: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.02.01.929976v2.full.pdf>
4. Villarreal PA. Pandemic Declarations of the World Health Organization as an exercise of international public authority: the possible legal answers to frictions between legitimacies. *J Intern Law* [Internet]. 2016 [citado en 25 mar 2020]; 7(1):95-129. DOI: <https://doi.org/10.3249/1868-1581-7-1-villarreal>
5. Correia AM, Rodrigues AP, Dias C, Antunes D, Simões DG, et al. Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19), 2020 [Internet]. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde (DGS); 2020 [citado en 20 mar 2020]. 80p. (Documento em pré-publicação).

- Disponível: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
6. Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde: dos fundamentos à ação. 4ed. Coimbra, Portugal: Almedina; 2018. 342p.
  7. Richmond ME. Diagnóstico social [Prefácio]. Faria JA, tradutor. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge; 1950.
  8. Branco F. Itinerário das profissões sociais em Portugal, 1910-1962. *Anál Social* [Internet]. 2015 [citado em 20 mar 2020]; 214(50):44-72. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n214/n214a03.pdf>
  9. Campos AC, Simões J. O percurso da saúde: Portugal na Europa. Coimbra, Portugal: Almedina; 2011.
  10. República Portuguesa. Decreto-Lei n.º 414/1971. Estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência. *Diário da República*, Lisboa [Internet]. 27 set 1971 [citado em 01 mar 2020]; 228(1):1434-45. Disponível: <https://dre.pt/application/file/a/632648>
  11. República Portuguesa. Decreto-lei. nº584/73. Introduce alterações na orgânica e na designação dos Ministérios das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência. *Diário do Governo*, Lisboa [Internet]. 06 nov 1973 [citado em 01 mar 2020]; 259(1):2120. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/358187>
  12. República Portuguesa. Lei nº 56/1979. Cria o Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, Lisboa [Internet]. 15 set 1979 [citado em 20 mar 2020]; 214(1):2357-63. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/369931>
  13. Ministério dos Assuntos Sociais (Portugal). Despacho Normativo 97/83. Aprova o Regulamento dos Centros de Saúde anexo a este despacho, que dele faz parte integrante e que entra em vigor na data de sua publicação no *Diário da República*. *Diário da República*, Lisboa [Internet]. 04 abr 1983 [citado em 01 mar 2020]; 97(1):1437-53. Disponível: <https://dre.pt/application/file/a/311924>
  14. Pinto C, Carvalho MI, Sarreta F. Serviço Social em saúde: desafios face à configuração das políticas de saúde no Brasil e em Portugal. *Ciênc Polít Públicas* [Internet]. 2017 [citado em 01 oct 2020]; 3(1):5-14. Disponível em: [http://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/PPP/V3N1/PPP\\_V3N1\\_0.pdf](http://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/PPP/V3N1/PPP_V3N1_0.pdf)
  15. Davidson K. Social work in health care: a handbook for practice. In: Nicholas DB, Jones C, McPherson B, Hilsen L, Moran J, Mielke K. Examining professional competencies for emerging and novice social workers in health care. *Soc Work Health Care* [Internet]. 2019 [citado em 19 mar 2020], 58(6):596-611. DOI: 10.1080/00981389.2019.1601650. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30958110/>
  16. World Health Organization. Constitution, Geneve: WHO, 1948.
  17. World Health Organization. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. In: World Conference on Social Determinants of Health; 2011; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: WHO; 2011 [citado em 19 mar 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf)
  18. International Federation of Social Workers. Information on IFSW and the Covid 19 [Internet]. Switzerland: IFSW; 2020 [citado em 25 mar 2020]. Disponível: <https://www.ifsw.org/updated-information-on-ifsw-and-the-covid-19-virus>
  19. Silva LF, Augusto A, Bäckström B, Alves F. Desigualdades sociais em saúde. In: Alves F. *Medicina e sociedade*. Lisboa, Portugal: Pactor; 2013. p. 25-48.
  20. Masfret CD. El diagnóstico social sanitario. Barcelona, Espanha: Editorial UOC; 2012.
  21. Craig SL, Bejan R, Muskat B. Making the invisible visible: are health social workers addressing the social determinants of health? *Soc Work Health Care* [Internet]. 2013 [citado em 19 mar 2020]; 52(4):311-31. DOI: 10.1080/00981389.2013.764379
  22. World Health Organization. World experts and funders set priorities for COVID-19 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado em 19 mar 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/12-02-2020-world-experts-and-funders-set-priorities-for-covid-19-research>
  23. Assembleia da República (Portugal). Lei Orgânica 1/2012, de 11 maio de 2012. Altera a Lei 44/86 de 30 de setembro de 1986. *Diário da República*, Lisboa [Internet]. 2012 [citado em 25 mar 2020]

- 2020]; 92(1):2465-70. Disponible: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2012/05/09200/0246502470.pdf>
24. Nogueira RA. Intervenção do serviço social em situações de catástrofe natural [Internet]. dissertação. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2012 [citado en 19 mar 2020]. Disponible en: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6105/1/Interven%C3%A7%C3%A3o%20Servi%C3%A7o%20Social%20em%20Situa%C3%A7%C3%B5es%20de%20Cat%C3%A1strofe.pdf>
25. Erra SE, Mouro H. Intervenção do serviço social em contexto de catástrofe: o caso da Madeira 2010. *Interv Socia.* [Internet]. 2012 [citado en 30 mar 2020]; 40(1):41-59. Disponible: [https://issuu.com/medull/docs/ris-40\\_final\\_issuu](https://issuu.com/medull/docs/ris-40_final_issuu)
26. República Portuguesa. Despacho n.º 2836-A/2020. Ordena aos empregadores públicos a elaboração de um plano de contingência alinhado com as orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde, no âmbito da prevenção e controlo de infeção por novo Coronavírus (COVID-19). *Diário da República*, Lisboa [Internet]. 2020 [citado en 25 mar 2020]; 43:430-2, Série 2, C. Disponible: <https://dre.pt/application/conteudo/129793730>
27. Direção-Geral da Saúde (Portugal), Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Informação técnica nº 14/2020. Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Principais alterações nos procedimentos e atividades dos serviços de saúde e segurança do trabalho/Saúde Ocupacional [Internet]. Lisboa, Portugal: DGS; 2020 [citado en 20 mar 2020]. Disponible: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/informacoes-tecnicas/informacao-tecnica-n-142020-infecao-por-sars-cov-2-covid-19-principais-alteracoes-nos-procedimentos-e-atividades-dos-servicos-de-saude-e-seguranca-do-trabalhosade-ocupacional-pdf.aspx>
28. Associação dos Profissionais do Serviço Social (Portugal). Diretrizes para assistentes sociais em emergências de saúde pública. Lisboa, Portugal: APSS; 2020.

### CONTRIBUCIONES

**Maria Irene Carvalho** contribuyó con el diseño, la recogida y análisis de datos, la redacción y la revisión.

#### Como citar este artículo (Vancouver)

Carvalho MI. El trabajo social en la salud en Portugal y los desafíos del Covid-19. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(Supl. 3):1086-1098. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

#### Como citar este artículo (ABNT)

CARVALHO, M. I. El trabajo social en la salud en Portugal y los desafíos del Covid-19. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 8, p. 1086-1098, 2020. Supl. 3. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

#### Como citar este artículo (APA)

Carvalho, M.I. (2020). El trabajo social en la salud en Portugal y los desafíos del Covid-19. *REFACS*, 8(Supl. 3), 1086-1098. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.