

RESUMEN

“Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca”. Reorganización estratégica y reciprocidad de un Equipo de Salud y la comunidad durante la pandemia por COVID 19 en el año 2020/21.

AUTORES/AS: Acevedo, Lidia M.; Amoroso, Antonella G.; Layús, Pedro; Sánchez, Patricia; Valeriano Gómez, Edgar

PARTICIPANTES: Bernabé Herrera, Ana; Díaz, Vanesa; Tarrios, Jonatan

CAPS Villa Hudson. Iberia 359, Bosques, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina
CP 1888. Tel: (011) 21493929. Mail: p.layus23@gmail.com

Trabajo de investigación de tipo descriptivo cualitativo

Trabajo inédito

Categoría: Gestión

El trabajo pretende expresar las vivencias y percepciones de un equipo de salud con anclaje territorial en su barrio, durante la pandemia COVID 2020/2021. La **pregunta** problema ¿Cómo íbamos a poder mantener el apoyo a la comunidad, el cuidado continuo de su salud, para un barrio excluido; en el marco de un sistema de salud desintegrado?

Objetivo general: Describir el funcionamiento del sistema de salud local, y reflexionar sobre las estrategias que se dieron entre el Centro de Salud, y el barrio de Villa Hudson, para el acompañamiento de la comunidad durante la pandemia COVID-19, de marzo de 2020 hasta septiembre de 2021.

El trabajo es **descriptivo cualitativo**, y hace una crítica a la modalidad hospitalocéntrica casi exclusiva con énfasis en el manejo médico individual de los casos internables, desconociendo desde la directivas el cuidado territorial por los propios equipos; el fortalecimiento de las redes, la continuidad en los cuidados longitudinales, la asistencia local de los casos respiratorios, la atención integral de familias vulnerables con COVID, el acompañamiento en la situación de aislamiento por el equipo de salud, el sostenimiento de la atención, la continuidad de las acciones promo-preventivas, la atención de los/as enfermos/as crónicos, el control prenatal, vacunación, afecciones agudas, las situaciones de violencia, los problemas de aprendizaje, y el acompañamiento integral de situaciones complejas de salud.

La **propuesta** discutir la necesidad de integrar el sistema de salud nacional, históricamente fragmentado, y la incorporación de los equipos de salud y sus redes.

Palabras clave: equipo de salud, anclaje territorial, sistema de salud integrado

“Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca”. Reorganización estratégica y reciprocidad de un Equipo de Salud y la comunidad durante la pandemia por COVID 19 en el año 2020/21.



AUTORES/AS:

Acevedo, Lidia. Médica Generalista. Instructora de la residencia de MG de Villa Hudson

Amoroso, Antonella. Residente de 3er año de MG de VH

Layús, Pedro. Jefe de Residentes de MG de VH

Sánchez, Patricia. Trabajadora Social del CAPS VH. Docente de la UNAJ.

Valeriano Gómez, Edgar. Médico Generalista del CAPS VH

PARTICIPANTES:

Bernabé Herrera, Ana. Promotora de Salud del CAPS VH

Díaz, Vanesa. Psicopedagoga del CAPS VH

Tarrios, Jonatan. Odontólogo del CAPS VH

Equipo de salud del CAPS VH

Iberia 359, Bosques, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina
CP 1888. Tel: (011) 2149392 9. Mail: p.layus23@gmail.com
Trabajo de investigación descriptivo – cualitativo - inédito – Categoría: Gestión
Año 2021

“Cuando tuve el COVID justo la sala estaba cerrada por aislamiento. Cuando vinimos (al hospital) nos dijeron “¿qué haces acá?” y me dijeron que volviera a mi casa. Yo me sentía muy mal, no podía ni caminar. Un día llamé a mi cuñado para que me llevara a todas las salitas y al hospital, y en ningún lado me quisieron atender. Llamé al 148 y al 107 hasta que me contestaron, y me pusieron en lista de espera. Recién a los 10 días nos atendieron, me hisoparon y me internaron. Fue fatal.” (vecina de 53 años, con obesidad, diabetes e hipertensión)

INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTO

“El abordaje de una epidemia requiere además de la asistencia, un abordaje centrado en las poblaciones dirigido a protegerlas del contagio, detectar precozmente los sintomáticos, rastrear los contactos, aislar, tratar y rehabilitar a los afectados, con prioridad en los grupos sociales en desventaja y vulnerables”. (1)

Acompañar emocionalmente a la familia con un seguimiento de confianza, garantizar los recursos necesarios para la subsistencia y enfrentar las situaciones complejas. Esto requiere un enfoque de prevención-atención-cuidado individual, familiar, territorial y comunitario, que puede ser desarrollado desde una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), siendo el primer nivel de atención un espacio de privilegio para lograrlo con acciones de cuidado longitudinal, continuo y personalizado, con participación de la comunidad, acciones interdisciplinarias, e intersectoriales.

“El enfoque sanitario dominante, sin embargo, desde varios gobiernos y sistemas de salud ha sido el biomédico. Este enfoque, por un lado, ha estado centrado en la enfermedad, con repuestas fundamentalmente hospitalocéntricas y con énfasis en el manejo médico individual del paciente internado; por el otro, en una vigilancia epidemiológica dedicada a contar casos y defunciones.

La crisis del COVID-19 ha golpeado a América Latina y el Caribe con más fuerza que a cualquier otra región emergente del mundo. En Argentina y los países latinoamericanos la situación puso en evidencia y profundizó el deterioro de las condiciones de vida de las comunidades, consecuencia de las políticas neoliberales. También expuso las desigualdades estructurales que implican el sistema vigente de explotación y dominación. En términos económicos, la región ha sufrido una caída del PBI del 7,7% y en términos humanos, se han perdido más de un millón de vidas. Con alrededor del 60% de los trabajadores informales y el 40% de todos los trabajadores de la región sobreviviendo sin ningún tipo de red de seguridad social.” (2)

Quedaron de lado en las directivas, las intervenciones de práctica y cuidado territorial locales por los propios equipos; el fortalecimiento de las redes, la continuidad en

los cuidados longitudinales, la asistencia local de los casos respiratorios, la atención integral de familias vulnerables con COVID, el acompañamiento en la situación de aislamiento por su propio equipo de salud, el sostenimiento de la atención, la continuidad de las acciones promo-preventivas de la salud, y la atención curativa, la atención de los enfermos crónicos, el control prenatal, vacunación y afecciones agudas, las situaciones de violencia, los problemas de aprendizaje, y el acompañamiento integral de situaciones complejas de salud.

En lo local, la pandemia COVID 19 impactó fuertemente en la vida de las comunidades, y desnudó las debilidades del sistema de salud en su conjunto, y en muchos casos de la organizatividad territorial y las redes. La falta de rectoría y monitoreo central determinó heterogeneidades inexplicables en algunos barrios, con un segundo nivel expulsivo ante todo lo que no fuera COVID, y donde se sobrecargó la demanda de los lugares que decidieron resistir.

Es nuestra intención analizar el proceso que transitamos desde la incertidumbre y la angustia desde los primeros meses de la pandemia a la actualidad, la adaptación a los cambios, y las reorganizaciones que tuvo el equipo para dar respuesta a la situación. Hubo que acomodarse a una realidad que nos sacudió y sacó a la luz un sistema de salud que no estaba preparado, y que como trabajadores/as hasta el momento sosteníamos con mucha dificultad, y que este escenario puso en quiebre y conflicto. A esto se sumaba también las dificultades de no poder dar respuestas cuando se necesitaba mayor complejidad de las intervenciones, ya que el segundo nivel y los dispositivos municipales estuvieron abocados al COVID, y la coyuntura y directivas nacionales/provinciales/municipales nos invitaban a ir cancelando espacios, que con la lucha y por convicción se habían generado, por el trabajo territorial de años, porque la gente en nuestro barrio ocupa y reivindica su derecho a la salud.

La **pregunta** que nos hicimos como equipo que desencadena la siguiente experiencia fue: *¿Cómo íbamos a poder mantener el apoyo a la comunidad, el cuidado continuo de su salud, las prestaciones básicas para un barrio que sabemos excluido; en el marco de un sistema de salud desintegrado, con recursos de apoyo limitados, con sectores vinculados al acompañamiento de situaciones complejas sin funcionar, con baja posibilidad de internar en un segundo nivel, con la atención triplicada, y casi sin posibilidad de estudios complementarios básicos?*

Siempre fue claro para nosotros “...los lugares no son sus calles, sus casas, sus techos... no está hecho de esto el barrio, sino de relaciones (...) su fuerza es producida por ideas, pensamientos y vínculos que construyen un nosotros, y que los define...” (3)

Tal vez desde ahí había que comenzar la tarea.

OBJETIVO GENERAL

- Describir el funcionamiento del sistema de salud local, y reflexionar sobre las estrategias que se dieron entre el Centro de Salud, y el barrio de Villa Hudson, en Florencio Varela, para el acompañamiento de la comunidad durante la pandemia COVID-19, en el período de marzo de 2020 hasta septiembre de 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las estrategias del equipo salud del CAPS Villa Hudson durante la pandemia.
- Reseñar las Estrategias de la comunidad organizada del barrio de Villa Hudson para afrontar la pandemia.

MARCO TEÓRICO

Ante la pandemia de COVID 19, los Estados han hecho un abordaje de la misma que podemos evaluar en al menos tres aproximaciones diferentes: mitigación, supresión, o el no realizar ninguna estrategia explícita de intervención. (4)

Estrategia de mitigación: Se centra en enlentecer la difusión de la enfermedad, sin impedir completamente que se transmita, pero protegiendo a los grupos de mayor riesgo (colectivos con enfermedades previas o de mayor edad principalmente). Pretende reducir picos de utilización de los servicios sanitarios, e indirectamente aspira a conseguir inmunidad de rebaño (herd immunity) consecuencia de un elevado porcentaje de contagios en la población total. Esta estrategia suele combinar aislamiento domiciliario de los casos leves e ingreso hospitalario de los graves, con cuarentena de las personas en contacto, y limitación de la movilidad (distanciamiento social) de las personas en riesgo a las que se aconseja permanecer en el domicilio. Esta estrategia fue la empleada en anteriores pandemias de gran impacto poblacional, como la gripe del año 1918, o la pandemia gripal de los años 1968 y 2009.

Estrategia de supresión: Aspira a revertir el crecimiento epidémico, reduciendo en todo lo posible y hasta niveles muy bajos el número de contagios, y manteniendo esa

situación indefinidamente. Implica un distanciamiento social riguroso con el fin de reducir la tasa de transmisión (R_0), de 2 o 3 (donde el virus progresa sin control), a menos de 1, eliminando la transmisión humana. Estas medidas requieren el cierre de centros educativos en su fase inicial, y en la fase más estricta, el cierre de todo tipo de comercios, negocios y transporte público; supone habitualmente el confinamiento de las personas en sus domicilios y en una fase más extrema aún, el cese de cualquier actividad económica no esencial. Esta estrategia obligaría a mantener la estrategia de forma continuada o intermitente durante todo el tiempo que dure la transmisibilidad del virus o hasta que se administre una vacuna efectiva (Fergusson, 2020).

Una última alternativa, que es una estrategia en sí misma, aunque no sea explícita, es la de no intervenir, bien por considerar que la pandemia será leve o poco importante, bien pretendiendo adquirir inmunidad de rebaño que proteja de posteriores oleadas.

Basta la revisión de sus atributos esenciales para comprobar el papel esencial que desempeña la APS en el abordaje de la pandemia por COVID-19:

La **accesibilidad**, que se define como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica, hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios médicos.(5)

Ha sido definida, también como la forma en que los servicios de salud se acercarán a la población, entendiéndolo como un problema de oferta. A lo largo de la misma, pueden producirse diferentes barreras que será necesario eliminar para facilitar el acceso. Algunos ejemplos de estas son: geográficas, económicas, administrativas o culturales.

En una situación epidémica, y más cuando alcanza las dimensiones de una pandemia como la del COVID-19, disponer de un acceso rápido y efectivo al sistema sanitario es especialmente importante. La necesidad de evitar desplazamientos y exposiciones a personas potencialmente infectadas sitúa a la atención primaria, y los CAPS como su principal exponente, como el mejor lugar de los servicios sanitarios para ofrecer un acceso rápido y seguro.

El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta, es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios de salud a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Por lo tanto, la accesibilidad es la relación entre los servicios y

los sujetos en la que tanto unos como otros contendrían, en sí mismos, la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. (6)

Longitudinalidad: Una adecuada atención a todos los problemas antes señalados precisa de un conocimiento de las personas y de su historia de salud mantenido a lo largo del tiempo, que evite tanto intervenciones innecesarias como ausencias de cuidado. En definitiva, se precisa mantener la continuidad de la atención como resultado de una atención y conocimiento prolongados de las personas. El ejercicio de la longitudinal se resume en el viejo aforismo británico de atender de la cuna a la tumba «from cradle to grave». Nadie podrá acompañar mejor en ese momento final a una persona que los profesionales que le atendieron y cuidaron a lo largo de su vida.

Integralidad de cuidados: La atención hospitalaria segmenta la atención, y en el contexto de pandemia, la prioridad y casi única atención disponible fue la atención a la infección por COVID-19. Por el contrario, los CAPS pueden continuar prestando todo el abanico de servicios que ofrecen, respondiendo a todas las necesidades y resolviendo una parte muy importante de ellas. Los equipos de salud son quienes enfrentan el 80% de la pandemia (personas con enfermedad por coronavirus leve), y quienes continúan acompañando a la población con el resto de sus vidas, donde no está implicado directamente el COVID, pero que tiene un inmenso impacto.

Coordinación: Nunca como en una emergencia semejante es mayor la necesidad de coordinación entre los diferentes dispositivos, y los niveles de atención, donde los profesionales implicados en la misma deberían poder tener aceptados los sistemas de referencia y contrarreferencia, los servicios de emergencia articular con los hospitales, estos luego con el CAPS, y lograr acceder estos a estudios complementarios, e interconsultas.

El abordaje de trabajo en nuestro CAPS es desde una **perspectiva de derechos**, que se define como el conjunto de objetivos, regulaciones, sistemas y entidades por medio de las cuales la atención se dirige a crear oportunidades y fortalecer instrumentos en términos de la equidad y la integración social, que incluye el aseguramiento de individuos, familias y grupos contra determinados riesgos; y la protección a quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad específicas, además de considerar a las personas, familias, grupos y comunidad como protagonistas, con autonomía, historia y con potencialidad en lo que respecta a su salud individual y colectiva.(7) Se trabaja a partir de los ejes de construcción de ciudadanía, promoción de los derechos humanos, y con **perspectiva de género**.

Cuando hablamos de **interdisciplina**, nos referimos al trabajo de cooperación e integración entre dos o más disciplinas y el enfoque es la obtención de síntesis que traspasen los límites de las disciplinas participantes. Si para la multidisciplina el carácter de interacción es la yuxtaposición, para la interdisciplina es la *integración* de conceptos, metodologías, y prácticas (Klein, 1996; National Academy of Sciences, 2005). El horizonte de trabajo es la *transdisciplina*, que busca trascender a las disciplinas, como una forma de síntesis abarcadora que genera nuevos marcos de referencia conceptuales que no equivalen a la suma de los conceptos disciplinares (Klein, 1996, 2011, Nicolescu, 2002), o mediante la integración de múltiples actores que sobrepasan a la institucionalidad académica. (...) Es una modalidad que trasciende y transgrede, este último calificativo referencia a la relación de la transdisciplina con abordajes críticos, que rompen con los cánones disciplinares y su estrecho campo de acción sobre la complejidad y sus contradicciones. (8)

Realizamos **trabajo en red**, ya que una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia, es decir, es salutogénica. Podemos afirmar que existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud. (9)

Adherimos al concepto de la **“determinación social de la salud”**, que surge del movimiento de Epidemiología Crítica Latinoamericana, cuya idea central es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico. Las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina, asumiendo a la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual, y sosteniendo una perspectiva conflictual de ésta; en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, y hace que los individuos padezcan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de forma diferencial, según clase social, género o etnia. (10)

Desde ese lugar, nos hacemos eco de las palabras de Floreal Ferrara, que dice que **“la salud** se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismo”. (11)

DISEÑO

Contexto: Nuestro barrio se ubica en el conurbano bonaerense, en el partido de Florencio Varela. Tiene características de vulnerabilidad y un 29,35% de la población con NBI. Las 11 instituciones que constituyen espacios sociales, (merenderos, comedores, clubes), junto a las escuelas, y jardines, trabajan en red junto al centro de salud en un espacio que se reúne de forma quincenal, que es la “Red de Villa Hudson”. El CAPS hace 37 años que esta en el barrio, tiene un equipo multidisciplinario, con fuertes acciones docentes. La residencia de medicina general se encuentra inserta en él, y recibe estudiantes de enfermería, trabajo social y medicina. Todos/as se suman a la tarea asistencial y comunitaria.

Tipo de trabajo: descriptivo, cualitativo, con características etnográficas, cuya finalidad es describir y entender las percepciones de los/as participantes acerca de la situación. Se pretende explorar, describir y comprender las vivencias.

Universo y muestra: El equipo de salud de Villa Hudson, y la totalidad del territorio, durante el período de pandemia 2020/2021.

Recolección de datos: 6 espacios de grupos focales, con distintos/as integrantes del equipo, a partir de preguntas abiertas, lluvia de ideas, espacios de escucha y de entrevistas en profundidad, donde surgieron experiencias, opiniones, emociones, percepciones, y hechos que se fueron registrados en los cuadernos de campo. Se realizó triangulación de ideas y auto-percepciones.

Procedimientos éticos: El valor de esta investigación es el incorporar la voz de todos/as los/as integrantes del equipo. Los/as participantes del proyecto tendrán acceso a la investigación en cualquier momento, a fin de aclarar cualquier información. Podrán retirarse cuando lo deseen, sin afectar ningún derecho o beneficio vinculado al equipo de salud. Se garantiza: permitir que el/la sujeto de investigación quiera o no participar, cambie de opinión y mantener la confidencialidad de la información, salvaguardar la intimidad y la identidad de los/as participantes, respetando el anonimato en la publicación de los resultados. Los beneficios de la investigación están dirigidos exclusivamente al grupo participante.

DESARROLLO

Las acciones de abordaje de la situación de pandemia se organizaron desde el equipo y el barrio en base al siguiente esquema (ANEXO 1). Se atendió a las personas con

COVID en el espacio del centro destinado para eso, se mantuvieron los controles programados de niños/as hasta 1 año, de personas gestantes, con enfermedades crónicas no transmisibles; se mantuvo la vacunación y la asistencia de enfermería, en un principio hubo un espacio de demanda libre, se mantuvo la atención de psicología y trabajo social (TS), odontología, administración, y se organizó todo desde un triage multidisciplinario.

Para afrontar la atención en pandemia, adaptamos a la singularidad de nuestro territorio el Protocolo de la provincia de Buenos Aires para el primer nivel de atención.(12)

En clave a esto, en una reunión de equipo se resolvió formar un **triage**. Estuvo integrado por el psicólogo, la promotora de salud, la psicopedagoga, las TS, y el odontólogo. Se dividió en turno mañana y turno tarde. El triage se encargaba de distribuir la demanda de la comunidad, enfrentando la personalización tradicional de Villa Hudson, utilizando estrategias que generaron la aceptación de la comunidad en esta nueva realidad. El objetivo del mismo era distribuir a los pacientes en dos categorías: con síntomas respiratorios, y la demanda general.

En el triage se preguntaba el motivo de consulta, la aparición de síntomas respiratorios, o que catalogaban como caso sospechoso (según las re-acomodaciones que periódicamente fue teniendo la definición del mismo). Se tomaba la temperatura con termómetro axilar, y luego con la provisión por el municipio, con el infrarrojo. Se les colocaba alcohol en gel, o al 70% en las manos, se les proveía de barbijos (algunos de estos realizados por los/as propios/as vecinos/as, y donados al CAPS), y luego esperaban afuera formando dos filas.

El ES se dividió en dos, producto de la experiencia de haber tenido que aislarse completamente dos semanas por la positividad de uno de los miembros, semanas en que el CAPS se encontró cerrado en su totalidad. Además, las instalaciones fueron separadas en dos espacios: la zona “limpia”, donde se realizaba la atención del seguimiento de la niñez, los controles de adultos/as con enfermedades crónicas no transmisibles, embarazadas, ILE/IVE, anticoncepción y demanda espontánea. Por otro lado, en la zona “sucia”, se daba la **atención de personas con síntomas respiratorios**.

Empezaron a llegar personas de otros barrios y zonas alejadas de Florencio Varela, desesperadas, nerviosas, angustiadas, tratando de encontrar atención en algún efector de

salud. El equipo de triage sintió importante acompañar al resto del ES de manera incondicional en esta etapa crítica, de tanto desafío, en la organización de la atención, y fue un elemento clave para la respuesta del mismo.

“En el contexto de la pandemia, de haber contado con una red de centros de salud con anclaje territorial y con equipos de salud, con fuertes vínculos con el territorio, se hubiese podido trabajar de otra manera, y así obtener otros resultados, tanto de morbilidad como de mortalidad (con base en una relación de confianza, disminuyendo los contagios con aislamientos precoces y tratando tempranamente los primeros síntomas de la enfermedad). Esos resultados serían mejores que los que se obtuvieron con la estrategia centrada en la hegemonía hospitalaria que se llevó que obligó a que los pacientes sintomáticos consultaran directamente en el hospital (y en el trayecto hacia la consulta diseminaran el virus).”(13)

Al CAPS ingresaban un promedio de 250 personas por día, de las cuales alrededor de 100 entraban por el consultorio de **demanda libre**, sin turnos. Para la atención de los/as pacientes con síntomas respiratorios decidimos hacerlo con entrada libre mañana y tarde, e ingresaban alrededor de 50 personas por día. Se sumaban a la atención las personas que no lograban acceder a la atención en sus obras sociales, lo que complejizaba aun más la organización. Toda la atención era destinada a realizar asistencia de cualquier consulta médica. Comenzamos a tener muchas consultas con predominio de adultos/as con dolencias relacionado a lo emocional y de **salud mental**, como trastornos de ansiedad, dolores recurrentes, contracturas o síntomas urinarios que no respondían al tratamiento indicado y generaban consultas reiteradas. Fue extenuante, y difícil de sostener este modelo de atención, que no solo desgastaba al equipo, sino aquello construido sobre las bases de un seguimiento longitudinal y personalizado, con escucha activa y de calidad, que de a poco fue reemplazada por dar respuesta a lo urgente, en forma por momentos despersonalizada, con consultas recurrentes. “El aumento de la demanda en salud -tanto en cantidad como en complejidad-, sobrepasó la capacidad de respuesta de los equipos, produciendo en los trabajadores la sensación de “estar sitiados”. “Esta percepción altera su vínculo formal con el trabajo y paulatinamente lo importante cede ante lo urgente, lo preventivo ante lo reparativo, lo individual ante lo grupal e interdisciplinario, y los vínculos ante el aislamiento” (14)

Estar en el consultorio de respiratorio al comienzo de la cuarentena nos generó mucha ansiedad, por el desconocimiento del virus y su comportamiento, el contagio, y los

medios de comunicación alarmando las 24 horas. El temor no era solo de la comunidad y la población en general, sino también de los equipos de salud, que nos adentrábamos en un mundo desconocido. Aumentaba esto la necesidad de estar atentos/as a las actualizaciones, las capacitaciones, el uso del EPP (equipo de protección personal), con un dinamismo tal que complejizaba aún más la situación, porque los síntomas de esta enfermedad viral eran tan inespecíficos como los que generaba cualquier otro virus.

En el 2021 se realizaron algunas mejoras estructurales a nuestro CAPS, dado que se dio continuidad al proyecto (previo a la pandemia) de reformar el edificio donde funciona. Nos brindaron un tráiler con 3 consultorios para continuar la atención mientras avanzaban las etapas de la obra, que duró aproximadamente 5 meses. Además, desde la secretaría de salud se distribuyeron insumos para realizar Telemedicina, y por la dificultad de articular con el 2do nivel, se nos entregó un electrocardiógrafo.

Tuvimos diferentes etapas en el barrio y la atención del CAPS en cuanto a la pandemia y al virus. Al principio del confinamiento estricto tuvimos pocos casos de consultas de personas con síntomas respiratorios, y pocos casos de familias con COVID en la comunidad, a las que evaluamos personalmente en el CAPS y luego se les realizó el correspondiente seguimiento telefónico hasta el alta. Además, en plena temporada de IRAB (infecciones respiratorias agudas bajas), las otras etiologías disminuyeron francamente en relación a otros años, como consecuencia de la cuarentena y el uso del barbijo.

El **seguimiento telefónico** tenía como objetivo acompañar el proceso de las familias que habían dado positivo para COVID, y nos organizamos para el mismo armando duplas, entre los/as médicos/as y las otras disciplinas. Hicimos un registro minucioso sobre la estructura familiar a través del genograma, detallando redes, escolaridad, trabajo, y patologías o factores de riesgo que hubiera en la familia; se evaluaba la fecha de inicio de síntomas, y se explicaba la fecha tentativa del alta (según protocolos vigentes). Hacíamos evaluación de los contactos estrechos, y la necesidad de alimentos, o productos de higiene para el aislamiento, que eran provistas por los comedores cercanos. Por las condiciones habitacionales de muchas familias fue difícil generar un aislamiento efectivo de la persona con síntomas, y si bien el municipio ofreció lugares para el mismo, las personas optaban mayormente por quedarse en sus casas, lo que generó el contagio de otros familiares, por falta de habitaciones, correcta ventilación y condiciones de higiene, y el hacinamiento.

“A partir de entender que los derechos sociales encuentran en el territorio su materialización y que su integralidad construye ciudadanía social, proponemos la construcción de una nueva hegemonía institucional de configuración rizomática basada en los centros de salud, pensándolos como equipos de trabajadores con anclaje territorial y en relación directa con una red hospitalaria de complejidad creciente al servicio de estos centros de salud y no a la inversa. Esa institucionalidad se propone instalar prácticas humanizadas centradas en el paso de la atención al cuidado en cada territorio, respetando las singularidades e idiosincrasia de los habitantes y sus culturas.”(13)

Las redes sociales del CAPS fueron una herramienta de contacto con la comunidad muy importante. A través del mismo se hacían numerosas consultas, y se realizó incluso seguimientos de familias con COVID. Fueron una puerta de entrada a pacientes con enfermedades crónicas, y se hizo orientación sobre cómo proceder ante familias con síntomas. Además, se comunicaban con nosotros numerosas mujeres en proceso de IVE que no encontraban respuesta en sus CAPS de referencia.

La complejidad a la que nos enfrentó el COVID y el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), generó que surgieran algunas representaciones sociales en la comunidad hacia los/as vecinos/as y familias que atravesaban la enfermedad. Los medios de comunicación jugaron un rol contradictorio al respecto, la “infodemia” y la desinformación activó y profundizó estos procesos plenos de prejuicios, creando estereotipos negativos que profundizaron el aislamiento y la posibilidad de respuesta colectiva y organizada de las comunidades. Las narrativas comunitarias se hacían oír, y se traducían en miradas **estigmatizantes** entre los/as mismos/as vecinos/as. En este sentido los discursos y miradas estaban impregnadas de miedos, temores y angustias, que se traducían en situaciones donde se exponían datos en redes sociales, circulaban rumores, e incluso se realizaban agresiones a las viviendas de quienes transitaban la enfermedad, o miembros de esa familia. Antes estas situaciones, desde la Red de Villa Hudson se realizó un despliegue de **trabajo de sensibilización** sobre “Estigmatización social en tiempo de pandemia”. La comunidad organizada desarrolló en sus espacios acciones que buscaban contrarrestar este proceso, promoviendo la deconstrucción de miradas, discursos, acciones negativas y discriminatorias.

El COVID presentó la particularidad de ser una patología que la mayor parte de las veces se atravesaba en soledad, por lo tanto los/as vecinos/as valoraron mucho el seguimiento telefónico. Las personas expresaron en aquel momento satisfacción por las

llamadas, que venía a veces luego de frustrados intentos a la línea 148 y al SAME; y eran consideradas como espacios terapéuticos, donde se trataban temores, incertidumbres, ansiedad, angustia, estigmatización. Fue extenuante, porque las llamadas eran fuera del horario laboral, los fines de semana, "cuando se podía", y nos llegaban los casos positivos del barrio, algunos ya seguidos telefónicamente desde el call-center del Ministerio, muchas veces con indicaciones contradictorias y altas precoces sin tener en cuenta sintomatología del paciente y su familia. Muchas personas habían cumplido el aislamiento y tenían el alta médica, sin haber recibido el resultado del hisopado, otras que lo precisaban para presentar en sus trabajos, o que necesitaban volver con una constancia porque no se les reconocían los días que faltaron por COVID. Numerosas mujeres empleadas domésticas fueron culpabilizadas y/o despedidas por tener la enfermedad, o se les exigía volver a los 10 días sin tener en cuenta cual era su estado de salud. La mayoría de las personas tenían mucha preocupación por el miedo a la pérdida de su trabajo, por "la necesidad de continuar trabajando a pesar de todo", porque las changas eran lo que les permitía cumplir con las necesidades básicas diarias. Era necesario ser empáticos porque además de estas situaciones, y del seguimiento de los casos nuevos, también habían llamados de personas que estaban internadas, y que no recibían explicaciones en las clínicas u hospitales, o no tenían noticia de sus familiares, y a la inversa.

La organización de la tarea se sostuvo muchos meses, y se sentía mucho el cansancio, se extrañaban los espacios colectivos, y la presencia diaria del resto de los/as compañeros/a. Nos generaba una motivación difícil de explicar aquellos gestos por parte de la gente del barrio, que desde sus palabras de agradecimiento constante, se acercaban, aportaban su tiempo, su saber en cuidarnos haciendo barbijos caseros, cortando el pasto, o con donaciones de todo tipo; trayendo comida casera, arreglando los bancos en sala de espera, e innumerable acciones que hacían la tarea cotidiana más llevadera. Las **reuniones de equipo** de manera virtual fueron la única forma de sostener conversaciones del equipo completo, y encontrar fuerzas para hacer frente a las situaciones que surgían, generar reflexiones acerca de la situación, plantearnos y replantearnos los diferentes dispositivos para generar cambios, y así seguir dando respuesta y redistribuir las tareas. Por el objetivo y tarea en común tuvimos que ceder un poco todos/as para llegar a acuerdos cuando surgían conflictos. Se generaba el espacio para conversar de lo que nos pasaba en lo individual, evaluar periódicamente la modalidad de atención, y planificar a futuro. De manera que lo

colectivo, la interdisciplina, y los vínculos, con la tarea en “la semi-clandestinidad” fue el pilar de esa cultura organizacional transformadora.

Por la gran cantidad de información circulante, por momentos contradictoria, fue solicitado realizar **visitas a las instituciones** formales y no formales del barrio, con capacitaciones desde el ES para saber cómo aplicar los protocolos de cuidados, con qué medidas de prevención debían manejarse al entregar las viandas a la comunidad, cuáles eran los síntomas de la enfermedad, cómo debían actuar en el caso de un compañero/a, o usuario/a con síntomas, a qué se debía considerar un contacto estrecho, y cómo acompañar a las familias del barrio con COVID. Estas recorridas las realizábamos en grupos de a dos o tres integrantes del ES de las distintas disciplinas, y se realizaba un intercambio en forma de taller, donde nos contaron cómo estaban implementando las medidas respecto a higiene del lugar, la atención de las personas desde las puertas de la institución, la entrega de mercadería, y como lograban el distanciamiento entre personas y el uso del barbijo.

La situación de un lugar central como lo es **enfermería** en un CAPS fue compleja para nosotros/as, dado que hubo personal que por razones de salud y riesgo no estuvo presente. La actividad fue llevada adelante por dos enfermeras, ambas recién salidas de la facultad, quienes estaban integrándose al ES cuando vino la pandemia. Se vieron obligadas a dar respuesta, con el apoyo del equipo siempre, sobre la marcha, en una mezcla de aprendizaje/acción, que llevaron adelante con gran compromiso. Manteniendo la tarea de vacunación en horario completo, y el acompañamiento de las tareas de cuidado de todas las prevalencias que ingresaban al equipo, las curaciones, la colocación de medicación inyectable, asesoramientos, con el cuidado empático que realiza enfermería con tanta eficiencia históricamente.

La pandemia afectó directamente a la atención de **odontología**, ya que trabajan con uno de los principales elementos de contagio, la saliva. En principio, la normativa desde la secretaria de salud fue suspender las prácticas, sólo se evaluaban a los/as pacientes y se medicaba. El odontólogo en un inicio abocado al triage, al ver la demanda en aumento, y sabiendo que la pandemia demoraría tiempo en retirarse, planteó la necesidad de comenzar a atender, respetando todos los protocolos establecidos y contando con EPP tanto para pacientes como para los profesionales. Comenzó a realizar prácticas de urgencias (aperturas y extracciones), y poco a poco se fue retomando la normalidad, hasta llegar al día de hoy con prácticas habituales, incluso las de rehabilitación, como son las prótesis.

Luego de un tiempo de confinamiento, las necesidades básicas del barrio comenzaron a sentirse con más fuerza, lo que hizo que las personas empiecen a salir de sus casas en busca del sustento económico para la supervivencia, y fue ahí que comenzamos a notar el aumento de casos de familias con COVID. Una de las vías fue la consulta directa al CAPS, y la otra, con muchísimas más dificultades, fueron los casos de personas del barrio que se dirigieron directamente a centros de hisopado y que la Sala de Situación del departamento de enfermedades preventivas del Municipio nos comunicaban vía mail, algo caótico por la poca organización municipal, las diferentes formas de trabajo y criterios epidemiológicos, y la fragmentación del sistema de salud local. Nos vimos sobrepasados por la cantidad de casos en el barrio, y el seguimiento a veces llegaba tarde por la sobrecarga nuestra, y del sistema.

La inaccesibilidad al sistema de salud en sus diferentes niveles de atención fue tal que nos tocó enfrentarnos a **situaciones muy complejas**, que fueron desgastando y generando aun más agotamiento en el ES, básicamente por dos motivos fundamentales: uno porque no pertenecían a patologías que pudiéramos resolver en primer nivel, y otra porque no pertenecían a nuestra área programática, y por lo tanto, si había que hacer visitas domiciliarias, o tener un seguimiento cercano, esa posibilidad no existía. En los casos de patologías imposibles de resolver desde APS, se tuvo que personalizar caso por caso con profesionales conocidos/as o encontrar un posible nexo para la atención de la persona, lo que implicó utilizar nuestras redes personales. En numerosas situaciones ni siquiera eso funcionó, por la expulsión de las otras instituciones, que muchas veces desde el triage les resultaban arduas y penosas para los/as pacientes.

Numerosos/as fueron los/as pacientes con reciente diagnóstico de cáncer, con patologías de resolución quirúrgica urgente, con enfermedades crónicas no transmisibles descompensadas, sin acceso a la medicación o a la instauración de un tratamiento, pacientes de salud mental con medicación psiquiátrica que se encontraban totalmente a la deriva, y la desesperación de las personas con la enfermedad y sus familiares ante la falta total de respuesta de un sistema de salud que priorizó solo la atención de los síntomas respiratorios.

Sumado a esto, el contexto de emergencia sanitaria propició el aumento en la **brecha entre mujeres y varones** en los niveles de desempleo y precarización laboral. De acuerdo con los datos brindados por la Dirección de Economía, Igualdad y Género de la Nación, hoy las mujeres asalariadas ganan casi un 30% menos que los hombres. De la

estadística se destaca que muchos de los denominados trabajos “esenciales” están feminizados: las mujeres son la mayoría de las enfermeras, maestras, trabajadoras de la industria alimenticia y responsables de comedores comunitarios. (15) La pandemia favoreció a la distribución desigual de los trabajos domésticos y de cuidado, perjudicando claramente a las mujeres quienes vieron un aumento en las horas dedicadas a la limpieza, cocina y organización del hogar, y también las horas dedicadas a los cuidados de las infancias, adolescentes y personas mayores. En nuestro barrio las mujeres estuvieron al frente de la emergencia sanitaria, sobre todo en las políticas de cuidado. Las consecuencias han impactado mayormente a las mujeres amas de casa, y con trabajos informales. El eslogan “*Quedate en casa*” implicó para muchas mujeres la convivencia permanente con su agresor. En ese sentido, las llamadas a la Línea 144 aumentaron un 18% en promedio diario durante el aislamiento preventivo y obligatorio, en relación con el mismo lapso de tiempo anterior, y se sumaron a las situaciones complejas que nos tocó como ES acompañar.

En el primer semestre del 2021 se inició con la **campaña nacional de vacunación** contra el COVID, en etapas, y con distintos tipos de vacunas disponibles, que al inicio y lentamente, fueron llegando. Nuestra tarea fue la de recomendar la vacunación universal, intentar superar el discurso mediático hegemónico “anti vacunas”, dar pautas para la inscripción provincial, y todo eso fue en un momento en que hubo además un “relajamiento” y agotamiento ante las medidas restrictivas del gobierno nacional, que además perdía credibilidad por la crisis económica, y algunos escándalos mediáticos, como la “vacunación VIP”, fogueados por los medios de comunicación, que sumado a las nuevas cepas circulantes del Coronavirus (Manaos, la del Reino Unido, de la India, etc.), dieron inicio a la “segunda ola”, que ya venía castigando a otros países. Hubo gran cantidad de personas que adquirieron la enfermedad, o la sufrían por segunda vez, y que notaron las diferencias con la vez anterior. Además, empezamos a ver numerosas secuelas, como la fatiga crónica, tos persistente, incapacidad de ejercicio, entre otras. La demanda se multiplicó. Muchas personas que eran dadas de alta telefónicamente únicamente con el criterio epidemiológico por personal del municipio, consultaban a los días en nuestro CAPS, donde hacíamos diagnóstico de neumonía por COVID, muchas veces bilateral.

Hubo mayor cantidad de casos de hospitalización y muertes en esta segunda etapa y también una normalización y un aprender a convivir con el virus para una parte de la comunidad. Actualmente ya con la mayoría de la población vacunada y con mayor

conocimiento y pautas de alarma debido al gran trabajo que se realizó durante toda la pandemia, es que estamos parados desde otro lugar, un poco más cansados/as, pero fortalecidos/as ante la actualidad que nos toca transitar.

Es en esta etapa que estamos de a poco recuperando espacios locales comunitarios, como la “Caminata saludable”, “Moviendo el esqueleto”, el taller de adultos/as mayores, el intercambio de recetas en el contexto de la venta de verdura agroecológica cada 15 días, los talleres de salud sexual integral, y con la perspectiva de recuperar la Posta Sanitaria Móvil que funcionaba pre-pandemia una vez al mes.

RESULTADOS

En este contexto de recuperación de espacios, y de mejora de las condiciones de accesibilidad, es que surgieron las **jornadas de salud** integral, que fueron pensadas interdisciplinariamente, a fin de ir saldando la demanda insatisfecha que por todo lo relatado estuvo postergada en pandemia, con el fin de ir incluyendo nuevamente a la comunidad a los espacios de atención tradicionales, que de a poco íbamos recuperando.

Consistieron en espacios de atención y reflexión, organizados para los distintos grupos etarios, utilizando completamente las instalaciones del CAPS. Se realizaron 5 jornadas, una en noviembre de 2020, y el resto en 2021 a partir de abril con frecuencia de una por mes. Participó todo el equipo de salud, la promotora fue la coordinadora de las jornadas, el personal de administración recepcionó y distribuyó los registros, los/as médicos/as generalistas realizaron las distintas acciones según correspondía de cada control de salud, enfermería vacunó, hizo control antropométrico e IMC, y control de tensión arterial. El odontólogo realizó control de salud bucal, la TS y la psicóloga realizaron talleres de reflexión para cada uno de los grupos en evaluación. La psicopedagoga y la residencia de MG realizaron algunos talleres singulares según la jornada.

Pasaron por las jornadas 405 vecinos/as del barrio, desde el año de edad en adelante. A nivel general 186 tuvieron alteraciones nutricionales relacionadas con el sobrepeso (23.9%) en 107 se detectó patología odontológica (44.9%). Todos/as atravesaron el control de vacunación. De los registros existentes se completaron 70 esquemas de vacunación (17.2%). 212 (89%) reflexionaron sobre distintas temáticas en los talleres de TS y psicología.

En los talleres se abordaron cuestiones vinculadas a derechos, salud sexual, roles y mandatos de género, violencia en todas sus formas, diversidad; y de la mayoría de ellos surge la necesidad de contar con un espacio para adolescentes, que es lo que se está gestando en el CAPS al momento.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El camino recorrido hasta acá tuvo sus obstáculos, limitaciones y fragmentaciones, pero también toda la potencialidad de un ES y comunidad que nos permitió constituir vínculos en este proceso histórico-social en que nos inscribimos y desandamos nuestras prácticas. Pichón Riviere nos dice que este vínculo “es el que un sujeto puede establecer con otro sujeto”, y de esta manera, al ser bidireccional refleja como el ES establece lazos que implican una práctica inter-subjetiva, es decir, vínculos que se afectan mutuamente entendiendo la forma de vida de ese grupo de trabajo.(16) El reunirnos para realizar este trabajo nos permitió visualizar estos vínculos como fortalezas. Nos supimos contener en los momentos necesarios con escucha, empatía y cariño. Los/as compañeros/as de siempre, en diferentes momentos históricos, unidos/as por objetivos en común, uno de los cuales, y tal vez el principal, fue sostenernos. Por el otro, la comunidad y nuestros/as queridos/as referentes barriales, abrazándonos simbólicamente, estando en permanente comunicación y contacto, conociendo y reconociéndonos en nuestros “nuevos” trabajos y formas de trabajar. La gente del barrio nos recordaba que era necesario seguir, que “no había que bajar los brazos”, frase que muchas veces escuchamos de ellos/as, y que nos repetían con convicción, justamente esa gente que había perdido tantas cosas con la pandemia, que, y nos recordaba una vez más, que toda lucha es colectiva. La solidez de la organización barrial, otra vez demostrando la importancia del trabajo colectivo. “Con un buen equipo los sueños se convierten en posibilidades”.

Claro que también hubo debilidades en el equipo. Lo que comenzó siendo una cuarentena que pensamos duraría unos pocos meses, en la dinámica extenuante, sin respuesta de otros efectores, fue generando dudas, y ese desgaste en algunos/as compañeros/as fue el puntapié que redundó en algunas renunciadas al ES, que tuvo que rearmarse nuevamente.

Creemos que los objetivos de este trabajo fueron cumplidos, y que la descripción de esta experiencia puede servir de insumo a futuro para otros equipos, de como ante una

situación excepcional, la organización territorial y el trabajo desde el primer nivel fue considerada y valorada por la gente, y que se logró dar respuestas en un contexto en que hubiera sido fácil decidir no darla, ya que las normativas de alguna forma lo habilitaban.

Como propuestas a futuro, consideramos que tiene que haber una fuerte reconsideración a nivel estructural de cómo enfrentar una situación de estas características. El rol del médico/a generalista tiene que salir fortalecido, y lograr superar la invisibilización que históricamente tiene por parte del Modelo Médico Hegemónico. Es nuestro momento de discutir fuertemente la necesidad de integrar el sistema de salud nacional, históricamente fragmentado, y de discutir la destinación de recursos a los equipos locales, que permitan salarios de calidad, y disminuir la necesidad del “pluriempleo”. Un fortalecimiento de lo público para pensar, en un segundo momento, en la articulación público-privado, no desde un lugar de debilidad estructural, ya que de lo contrario no se podrá revertir la histórica situación de solidaridad invertida que se da al interior del campo de la salud, donde el pobre (lo público) financia al rico (lo privado). Es necesario que haya modificaciones de los procesos de atención-cuidado, así como también de las formas organizativas e institucionales. Un sistema de salud público que no contempla la estructura, ni los recursos comunitarios, de las instituciones con anclaje territorial, por seguir un modelo “tecnocrático e individualista” no permite avanzar, y la estrategia nacional de la construcción de hospitales y salas de terapia intensiva no fueron suficiente, y la población vulnerable fue la más perjudicada.

Es a través de los vínculos entre los/as trabajadores/as, la comunidad y los/as usuarios/as, contruidos desde el respeto, la empatía, y la construcción horizontal de los procesos de atención-cuidado, vinculados a la calidad, y sin perder la calidez que tenemos que tener como profesionales que acompañamos procesos vitales, desde el nacimiento hasta el fin de la vida, los que nos pueden transformar en verdaderos/as sujetos de cambio.

Es necesario pensar como aplicar los programas vigentes desde otra perspectiva, desde un modelo donde se pueda generar estrategias singulares, dispositivos desde las necesidades reales de la gente, teniendo en cuenta el anclaje territorial de cada CAPS, con programas adaptados a la realidad local. Realizando registros, generando evidencia científica en el trabajo territorial, donde se pueda incluir en dicho abordaje a las instituciones locales (formales y no formales), y generando redes con los/as vecinos/as, los “titulares del derecho de ser bien tratados” en palabras de Mario Róvere, desde sus necesidades y las posibilidades reales para el mejor acompañamiento. Es importante que disputemos los espacios de poder,

y con el trabajo colectivo y organizado generemos instancias reales de construcción de ciudadanía, en todos los espacios.

Finalmente, cerramos con una frase que nos parece que resume lo sentido por el equipo hasta el momento:

“Nunca antes ha sido más necesario para la población tener un acceso rápido y continuado a sus profesionales de APS. Nunca ha sido más valioso saber que las personas que te vienen atendiendo desde hace años siguen estando presentes para resolver tus dudas, molestias o temores. Nunca fue tan importante no olvidarse de nadie, de los que no acuden con frecuencia al centro porque sus preocupaciones son otras, como mantener un trabajo, conseguir alimentos para sus hijos, pagar el alquiler; (...) los que viven en la calle porque no pueden hacerlo en otra parte. Nunca hubo tanta necesidad de no olvidar el resto de los problemas de salud de las personas que tienen COVID y también de los que aún no se contagiaron. Nunca se precisó de mayor coordinación de la atención, cuando no es difícil encontrar que la misma persona lleva días deambulando entre servicios de urgencias, CAPS, farmacias, hospitales. Nunca tuvimos tanta necesidad de atención primaria, como hoy”. (4)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) GIOVANELLA, Ligia et al. ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021, e00310142. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310
- (2) PAHO/OMS. Fomento de nuevos modelos de desarrollo: un enfoque multidimensional al mundo post -Covid 19. Año 2021.
- (3) DEL CUETO, Ana María. Salud mental comunitaria. Primera edición. Fondo de cultura económica. Año 2014.
- (4) Minué Lorenzo, Sergio. Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada. Año 2020 Recuperado de <https://amf-semfyc.com/web/articlever.php?id=2626>
- (5) Testa, Mario. La medicina del trabajo en el gobierno nacional y popular. *Salud Colectiva*, 10 (1): 109-116. Año 2014.
- (6) Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía de Indicadores para medir las desigualdades de género en Salud y sus determinantes. Recuperado de: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/ep-escuelasaludpublicaproject/guia-de-indicadores-para-medir-las-desigualdades-de-genero-en-salud-y-sus-determinantes/>
- (7) Gutierrez Delgado, Alejo. LAS POLÍTICAS SOCIALES EN LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS Y LA JUSTICIA. Colombia, Bogotá. Año 2002. Documento electrónico recuperado de <https://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/11151/delgado.pdf>)
- (8) Riveros Argel, Pablo et al. Doc. 1: Las diferencias entre el trabajo Multidisciplinario, Interdisciplinario y Transdisciplinario. Universidad Católica de Chile. Año 2021.
- (9) Stolkner Alicia et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14: 201-209. Año 2007. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>)
- (10) Breilh, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1): 13-27.). Año 2013.

(11) Svampa, Maristella. Certezas, incertezas y desmesura de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara 1ra Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Biblioteca Nacional. Año 2010.

(12) Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. Protocolo para la Atención Primaria de la Salud ante la actual pandemia de SARS-CoV-2. Información actualizada al 24/04/20. Año 2020.

(13) Spinelli Hugo. Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud. Salud Colectiva. 2020;16:e3360. doi: 10.18294/sc.2020.3360.

(14) Remediar + REDES. Proyectos locales participativos. Guía para el diseño, ejecución y evaluación. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2009.

(15) ONU Mujeres. El impacto de la pandemia por COVID 19 en la violencia contra las mujeres. Año 2021. Recuperado de:
<https://lac.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2020/11/impacto-de-la-pandemia-covid-en-violencia-contra-las-mujeres>

(16) Riviére, Enrique Pichón. El proceso grupal. Del psicoanálisis, a la psicología grupal. Ed. Nueva visión. Año 1997.

ANEXO 1

Pandemia COVID-19

Reorganización del equipo de salud

1er etapa de la pandemia

2da etapa de la pandemia e inicio de la Vacunación COVID

Estrategias de contingencia

Triage
Consultorios de Demanda espontanea
Consultorio de atención pacientes respiratorios
Seguimiento telefónico

Continuidad de los espacios atención de la salud

Seguimiento de niños 0-6 años, Seguimiento de adultos con ECNT, Acompañamiento de familias en situación de vulnerabilidad, Acompañamiento IVE/ILE
Atención odontológica, Enfermería
Vacunación de calendario, Seguimiento de embarazadas
Consultorio de salud sexual y (no) reproductiva

Reuniones de equipo
Formación del equipo y la residencia
Virtual

Reuniones de equipo
Formación del equipo y la residencia
Presencial

Consejerías en salud sexual en modalidad **individual**

Reapertura del Taller de Salud sexual y métodos en modalidad **grupal**

Suspensión de los espacios comunitarios

Nuevas estrategias con la comunidad

Reapertura de los espacios comunitarios y surgimiento de nuevos espacios

Suspensión de la Posta sanitaria móvil
(en distintos sectores del barrio, planificado en conjunto con la comunidad)

Jornadas de salud
(orientadas a distintos grupos etarios, realizadas en el centro de salud)