UNA PANDEMIA Y DOS PANCITOS: LOS PRIVILEGIOS DEL COVID, DERECHOS VULNERADOS Y FAMILIAS VULNERABLES

Lugar: CAPS 16 “Rafael Calzada”.

Dirección: Av. San Martin 4.900, Rafael Calzada, CP 1847, Almirante Brown, Bs.As, Argentina.

Teléfono: 4-236-8122.

Mail: flavioflorencios@gmail.com

Fecha: 2022

Tipo de trabajo: Relato de experiencia.

Trabajo inédito.

Categoría: Clínica ampliada/ Atención de problemas de salud-enfermedad-autocuidado (s-e-c).

Autores:

Camisay, M. Florencia, médica residente. DNI: 30.455.886.

Domínguez, Luciana S., médica residente. DNI: 37.611.889.

Florencio Sánchez, Hernán A., médico residente. DNI: 38.991.700.

Jara, Mariela S., médica residente. DNI: 33.418.811.

Mariño, Nuria G., médica residente. DNI: 35.401.585.

Florencio Sánchez, Flavio F., médico generalista. DNI: 32.244.890.

Colaboradores:

Florencio, Sabrina R., médica residente. DNI: 32.517.009.

Igoldi, M. Julia, médica residente. DNI: 32.947.388

Platas Ghibaudi, Cecilia P., médica residente. DNI: 35.970.142.

Acerca de los autores: Somos la Residencia de Medicina General del Hospital Lucio Meléndez de Adrogué. Realizamos nuestra formación en el hospital mencionado y en el Centro de Atención Primaria de la Salud N°16 Rafael Calzada. Nuestra Residencia está compuesta por un instructor, jefe de residentes, dos residentes de 4to año, tres de 3ro, dos de 2do y una de 1ro. Además formamos parte del equipo interdisciplinario del CAPS, articulamos con otras especialidades y con instituciones barriales y defendemos la salud pública y las actividades comunitarias como elementos centrales de nuestra formación.

Titulo: UNA PANDEMIA Y DOS PANCITOS: LOS PRIVILEGIOS DEL COVID, DERECHOS VULNERADOS Y FAMILIAS VULNERABLES.

Autores: Camisay, M. Florencia; Domínguez, Luciana S.; Florencio Sánchez, Flavio F.; Florencio Sánchez, Hernán A.; Jara, Mariela S.; Mariño, Nuria G.;

Colaboradores: Florencio, Sabrina R.; Igoldi, M. Julia; Platas Ghibaudi, Cecilia P.

Residencia de Medicina General Hospital Lucio Meléndez

Lugar: CAPS 16 "Rafael Calzada".

Dirección: Av. San Martin 4900, Rafael Calzada, CP 1847, Almirante Brown, Bs.As, Argentina.

Teléfono: 4-236-8122.

Mail: flavioflorencios@gmail.com

Tipo de trabajo: Relato de experiencia.

Trabajo inédito.

Categoría: Clínica ampliada/ Atención de problemas de salud-enfermedad-autocuidado (s-e-c).

Resumen: *Momento descriptivo:* Reflexionar sobre la pandemia de COVID-19 como fenómeno político-sanitario que relegó derechos de familias vulnerables y pacientes crónicos. La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-COV-2. Se caracteriza por generar una enfermedad respiratoria aguda que puede ser mortal. Esta pandemia no es la primera ni las más grave de nuestra historia, sin embargo son varios los factores que hicieron del COVID un fenómeno masivo a nivel sanitario, político, económico, social, emocional. *Momento explicativo:* El CAPS 16 Rafael Calzada es un centro de atención primaria de la salud ubicado en la zona sur del conurbano bonaerense. En 2020, el CAPS tuvo que modificar su enfoque de atención para ser un centro de referencia COVID municipal. Ello marcó un cambio de atención, se detuvo toda actividad cotidiana para dedicarse exclusivamente a la identificación de casos sospechosos para aislar, notificar o derivar. Esto supuso cambiar el paradigma de atención, suspender atenciones como vacunación, entrega de medicación crónica, métodos anticonceptivos, controles de salud, talleres y seguimiento de familias vulnerables. Durante ese tiempo se interrumpieron rotaciones de las residencias, se retrasaron calendarios y programas académicos. También lidiamos con recortes en salud, cierre de postas sanitarias, baja de programas comunitarios y un aumento exponencial de situaciones de violencia. *Síntesis:* Como agentes sanitarios tenemos la responsabilidad de garantizar la accesibilidad al sistema de salud a todas aquellas personas excluidas y marginadas. Es el perfil profesional y el valor humano que queremos desarrollar al trabajar para la gente y con la gente.

Palabras clave: Vulnerabilidad, COVID-19, accesibilidad, interdisciplina, trabajo en equipo.

Modalidad de presentación: Presentación en Power Point.

Soporte técnico requerido: computadora, cañón multimedia, equipo de sonido.

Momento descriptivo

Objetivo general:

- Reflexionar sobre la pandemia de COVID-19 como fenómeno político-sanitario que relegó derechos de atención y acciones de intervención con familias vulnerables y pacientes crónicos.

Objetivos específicos:

- Compartir la experiencia que el equipo de salud del CAPS atravesó durante la pandemia y como tuvo que adaptar el enfoque de atención de acuerdo a las distintas etapas acontecidas.

- Ponderar las trabas y las oportunidades que afectaron la formación de residencia durante un contexto de pandemia.

- Identificar los derechos vulnerados en este período, motivos y consecuencias.

- Analizar cómo recuperamos la atención de pacientes crónicos, vulnerables y el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

- Establecer planes y proyectos para transformar escenarios adversos en oportunidades y propuestas superadoras.

Introducción

Hablar de COVID es hablar de lo cotidiano en una sociedad donde la salud ya no se da por hecho. Términos como barbijo, hisopado, aislamiento, vacunas o contacto estrecho pasaron a formar parte de nuestro vocabulario de todos los días. Así, el COVID pasó a ser el elemento central de la salud durante los últimos tres años, tema principal de conversación, noticias y hasta de la indumentaria cotidiana ya que el cubrebocas pasó a convertirse en una prenda más a vestir.

Esta pandemia no es la primera ni las más grave que la historia contemporánea registra y con seguridad tampoco será la última, sin embargo son varios los factores que hicieron del

COVID un fenómeno masivo no solo desde el aspecto sanitario, también lo fue (y lo sigue siendo) en el plano político, económico, social, emocional, mediático, entre otros. Y no es para menos, en un mundo globalizado tanto los virus como la información se diseminan con facilidad abrumadora.

Las ciencias de la comunicación llama ”valores noticia” a todos aquellos factores que determinan y explican por qué determinados eventos pasan a convertirse en noticias y otros no. Uno de ellos es la cercanía (temporal, geográfica), y ello explica por qué nos mueven más sucesos acaecidos en lugares o momentos próximos a nosotros, mientras que otros más “lejanos” pueden pasar desapercibidos. De un momento a otro, el COVID ya no se trataba de una extraña enfermedad que afectaba a un poblado pequeño y pobre de un remoto rincón del mundo. Tampoco era uno de esos problemas que no le importan a occidente. El COVID viajaba en avión y en cuestión de horas podía convertirse en nuestro vecino y esparcirse como un incendio.

El 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China, se notificaba el primer caso de COVID-19. El 3 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso de COVID-19 en Argentina. Cuatro días después se producía la primera muerte en el país. Para el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud elevaba al COVID-19 a la categoría de pandemia. Para el 19 de marzo, cuando el Gobierno Nacional decretaba el aislamiento preventivo y obligatorio (ASPO), los casos habían aumentado a 128. El 27 de marzo, a poco más de tres semanas del “paciente cero” en nuestro país, los casos habían aumentado a 690 y se contaban 17 muertes. Miles más ocurrían en el mundo al mismo tiempo.

A medida que las semanas pasaban, cada día surgía nueva información que contrastaba a la de la víspera. De pronto la comunidad médica se había convertido en una comunidad de héroes a los que se homenajeaba con sentidos aplausos, mientras en no pocos casos se los equipaba con insumos de dudosa calidad. La sociedad a su vez experimentaba una suerte de primavera de humanidad donde la solidaridad, la prevención y el interés por el otro auguraban una crisis con la capacidad de sacar lo mejor de cada individuo. No faltaría mucho para que los aplausos se convirtieran en insultos y agresiones hacia una comunidad desgastada que se veía

superada por una realidad abrumadora. El aumento de los casos de COVID, el déficit del sistema de salud tanto público como privado, y las demandas de una sociedad azuzada por el temor y la incertidumbre, convirtieron al COVID en la enfermedad prevalente y, muchas veces, la única que parecía existir.

El presente trabajo busca contar la experiencia de los residentes de Medicina General y el personal de salud del CAPS 16 Rafael Calzada durante el transcurso de la pandemia. Se detallarán además los desafíos acontecidos, lo logrado, lo perdido y cómo construir una salud pública justa y equitativa que garantice los derechos en lugar de vulnerarlos.

Marco teórico

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por un virus de la familia de los coronavirus llamado SARS-COV-2. Se caracteriza por generar una enfermedad respiratoria aguda que en ocasiones puede llegar a ser mortal. La principal vía de transmisión es a través de aerosoles expelidos por una persona portadora de la infección sintomática o asintomática al hablar, toser o estornudar. En menor medida puede propagarse por contacto con superficies contaminadas con el virus (fómites), que luego tienen contacto con mucosas facilitando el ingreso del virus al organismo. Existen distintas variantes del virus, entre las que destacan la variante Delta y Omicrón, esta ultima declarada como variante de preocupación por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades desde noviembre de 2021. El cuadro típico es el de una infección respiratoria aguda caracterizada por fiebre, odinofagia, tos, cefalea, mialgias, anosmia y/o disgeusia. También puede cursar con vómitos y diarrea, entre otros. En cuadros graves puede generar un síndrome de inflamación multisistémica con insuficiencia respiratoria y falla orgánica.

Desde la irrupción de la COVID-19 en la escena mundial, la sociedad se ha visto afectada en cada estrato de su organización. El sistema de salud no ha sido la excepción. Gran parte de ello ha sido en lo referente al acceso a la atención de salud. Según la psicóloga Alicia Stolkiner, *“se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las*

condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios"[i]. En tal sentido, la accesibilidad fue uno de los aspectos más afectados por la pandemia, que dio prioridad al COVID-19 en detrimento de otras patologías prevalentes.

Cabe entonces preguntarse cómo se garantiza la accesibilidad a cada una de las problemáticas de salud de una comunidad, cuando existe un elemento infeccioso que acapara la totalidad de la atención a nivel mundial. De acuerdo al *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC) al que nuestro país adhiere, existen determinadas obligaciones básicas y esenciales que garantizan el derecho a la salud. De allí se desprende *"la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad"* (art. 12.2.d.)[ii].

El sanitarista Mario Rovere por su parte, sostiene que la atención primaria es inseparable de las necesidades de la población, y que existen factores que priorizan al que más puede sobre el que más necesita: *"No siempre la gente que demanda es la que más necesita, no siempre los precios que hemos puesto a la gente para ingresar, precios materiales y simbólicos, determinan que acceda el que más necesita, a veces los precios mismos generan un mecanismo de discriminación negativa, por el cual son los que menos necesitan los que pueden acceder y los que más necesitan se quedan afuera"*[iii].

Para 1978 la conferencia de Alma-Ata reconocía que la salud era un derecho humano fundamental, construido a través de la participación conjunta de diversos actores sociales: *"La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud"*[iv].

Es entonces que las autoridades políticas y los efectores de salud pasan a tener un rol preponderante en la construcción de la salud individual y comunitaria, rol que obliga a

responder lo urgente sin relegar nunca lo esencial. Toda acción de salud se basa intrínsecamente en esta premisa.

Es por ello que podemos hablar de salud cuando es el resultado del hacer y cuando el propio individuo forma parte de ese proceso. Tal como afirmó Floreal Ferrara, ex ministro de Salud bonaerense: *"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 mismos…"*[v].

No obstante, cuando un individuo se ve inmerso en un contexto de vulnerabilidad no siempre dispone de las herramientas para ser partícipe de esa construcción. Que la propia persona vulnerada sea protagonista y no espectador de su salubridad, puede entenderse como una meta, un final cual aspirar más que un hecho concreto, en una sociedad pronta para marginar y reticente para integrar. La vulnerabilidad engloba *"aquellos grupos de personas o sectores de la población que, por razones inherentes a su identidad o condición y por acción u omisión de los organismos del Estado, se ven privados del pleno goce y ejercicio de sus derechos fundamentales y de la atención y satisfacción de sus necesidades específicas"*.[vi]

Volviendo al documento de Alma-Ata, la salud *"exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos"*[vii]. Y es que aquello que vuelve a uno vulnerable lo deja a merced de las injusticias, y no solo microbiológicas, también institucionales, económicas y humanas. Las responsabilidades son entonces compartidas y las soluciones también deberían serlo. En este contexto los desafíos sociales van más allá de la mirada del microscopio. Como bien señaló Ramón Carrillo, primer ministro de Salud de la Nación: *"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas".*

Momento explicativo

"El cambio es la única cosa inmutable"

El CAPS 16 Rafael Calzada es un centro de atención primaria de la salud ubicado en la localidad de Rafael Calzada, partido de Almirante Brown, zona sur del conurbano bonaerense. El mismo cuenta con diversas especialidades que trabajan de manera articulada: trabajo social, psicología, enfermería, promotora de salud, odontología, obstetricia, estimulación temprana, administrativas, medicina general y residencia de Medicina General. También desarrolla espacios de promoción y prevención de la salud (taller de crianza, métodos anticonceptivos, interrupción legal y voluntaria del embarazo, taller de perspectiva de género, Educación Sexual Integral) y un programa de contención y seguimiento interdisciplinar de familias vulnerables llamado F.L.I.A. (Familias Locales Integralmente Acompañadas). El centro forma parte de la Red Socio-comunitaria de Rafael Calzada y trabaja en forma conjunta con instituciones barriales (escuelas, comedores, CILSA, ENVION, jardines comunitarios, clubes barriales, Centro Demostrativo ALAS) por medio de talleres, encuentros frecuentes y otras actividades programadas.

En marzo del 2020, el CAPS 16 tuvo que modificar su enfoque de atención y pasó a ser uno de los seis centros de referencia COVID exclusivo del municipio. Esto marcó un cambio rotundo de atención, ya que se detuvo toda la actividad cotidiana para dedicarse específicamente a la identificación de casos sospechosos para aislar, notificar o derivar, según la necesidad. Ello supuso cambiar el paradigma de atención, suspender atenciones indispensables como vacunación, entrega de medicación a pacientes crónicos, métodos anticonceptivos, controles de salud, talleres y seguimiento de individuos y familias vulnerables.

"De nuestras vulnerabilidades vienen nuestras fortalezas"

Trabajar con individuos y familias vulnerables es uno de los pilares de trabajo del equipo del CAPS 16. Brindar intervenciones de apoyo y contención, hacer a los individuos partícipes activos de dicho proceso, trabajar interdisciplinariamente como equipo de salud y articular con instituciones barriales, es una manera eficaz de convertir las vulnerabilidades en fortalezas.

Como se ha señalado, el proyecto F.L.I.A. es un modelo de trabajo interdisciplinario basado en la atención integral de individuos y familias vulnerables. Los casos se presentan en reuniones de equipo semanales, donde se ponderan las distintas situaciones y novedades a fin de diseñar planes y otras estrategias de intervención. Ello implica que cada participante puede aportar desde su lugar y perspectiva, enriqueciendo así el enfoque de atención a través del intercambio interdisciplinar. El objetivo perseguido no es el de modificar contextos, algunos de los cuales se encuentran por fuera de nuestro nivel de intervención, sino empoderar a los individuos para acceder a recursos disponibles o bien desarrollar dichos recursos a fin de facilitar la accesibilidad comunitaria a la salud.

Hisopar o no hisopar, esa es la cuestión…

Pasar de ser un centro de salud general a un centro COVID no es tarea sencilla. Hay que deshacer todo un andamiaje de atención construido durante décadas. Además hay que enseñar a la gente que el lugar donde históricamente se vacunó, se entregó medicación, leche o se realizaba algún control, ya no se dedicaría a eso. El nuevo *Coronavirus* acaparaba toda nuestra atención y teníamos la directiva de atender únicamente a pacientes con síntomas sugestivos de la enfermedad.

Para ello también era necesario contar con elementos de protección de calidad. Los especialistas recomendaban utilización de doble barbijo, triple guante, camisolines hidro y hemo repelentes, antiparras, mascara y mamelucos. La colocación y el retiro de la vestimenta debía seguir un orden específico, una limpieza oportuna y una supervisión estricta. Aguardábamos con ansias la llegada de los primeros elementos: delgados barbijos de friselina, cubre bocas de pintor que pretendían ser N95 o retazos de camisolines convertidos en barbijos fueron las primeras sorpresas. Que los materiales se enviaran por cuenta gotas fue lo que siguió. Al final los materiales sobrarían y aun nos quedan algunos rezagos de aquellos días.

Las primeras semanas pasaron lentas y monótonas en un centro de atención COVID donde no había casos COVID y no se podía atender nada más. Las horas se mataban leyendo la información actualizada, debatiendo esquemas de atención para pacientes que no llegaban,

derivando pacientes que no cumplían el criterio microbiológico esperable, tomando mate, jugando a las cartas y mirando el reloj. Con el aumento de los casos a nivel nacional comenzaron a llegar los primeros casos sospechosos. El protocolo de atención era muy sencillo: evaluar, identificar, aislar en caso de haber sospecha y derivar al segundo nivel para la realización del hisopado.

El centro de salud fue organizado para tal fin, se destinó un consultorio para la evaluación y otro para el aislamiento. El consultorio de Ginecología resultó el más apropiado para el aislamiento, ya que contaba con ventanas que garantizaban la ventilación y un baño para las largas horas de espera hasta que llegaba la ambulancia de derivación. Pero, ¿qué pasaba si durante este tiempo había otro caso sospechoso en el centro? Los consultorios alcanzaban pero no todos tenían baños para utilizar, y decirle al paciente que se aguante no parecía ser la mejor opción, o la más humana al menos. Por fortuna el CAPS contaba con más baños, aunque conducir al paciente hacia ellos aumentaba la circulación dentro de un centro de salud que debía permanecer más estéril que un quirófano.

Por fortuna ese esquema de atención duró poco y las autoridades sanitarias entendieron que había que cambiar el protocolo, una vez más. Entonces recibimos la noticia de que se suspendería la atención que veníamos brindando. El CAPS 16 estaba nominado. Comenzaba así la era de los hisopados.

El tiempo y la experiencia demostraron que hisopar no era una gran ciencia, pero en los albores del COVID todo parecía difícil, dramático y riesgoso. A pesar de ser una residencia que depende de un hospital, los residentes pasamos mucho tiempo en el CAPS, y aunque habíamos tenido capacitaciones sobre como hisopar y manejar las muestras, ninguno de nosotros había realizado hisopados *in vivo*.

Era un jueves por la mañana cuando tuvimos la reunión con los referentes de salud. Nos explicaron que nuestro CAPS había sido elegido junto a otras cinco unidades sanitarias de las 32 del municipio, debido a las características edilicias del edificio ya que contaba con dos entradas y eso garantizaba una doble circulación. Se prometió capacitación, equipos de protección, personal, insumos y una confirmación de cuándo empezar.

El lunes temprano llegaban los primeros pacientes. Se había corrido la voz de todo el distrito que en nuestro CAPS realizábamos hisopados. Nosotros nos enterábamos de ello en ese momento. La llegada de más pacientes contrastaba con la falta de insumos, EPP y capacitación. Éramos un centro de hisopados donde ni siquiera habían hisopos. Con el correr de las horas y los reclamos pertinentes fueron llegando, de la mano de un móvil del SAME, la capacitación y los escasos elementos que nos permitirían sobrellevar ese día. Como muchas otras cosas en salud, aprendíamos a hacer, haciendo.

El pasar de los días iba trayendo nuevos desafíos. Aprendimos que el EPP solo estaba destinado al personal de salud que realizaba los hisopados, pero no al personal de limpieza que debía entrar a trabajar a un lugar lleno de aerosoles. Los primeros protocolos exigían la limpieza de los consultorios entre paciente y paciente y una ventilación de los ambientes no menor a 20 minutos.

Toda crisis es también una oportunidad de aprendizaje. La pandemia nos volvió autodidactas. Tuvimos que aprender por cuenta propia en base a situaciones cotidianas que no estaban enmarcadas en los libros, ni en los papers, ni en los protocolos de atención. También nos volvimos otorrinolaringólogos para entender como encarrilar el hisopo frente a un tabique desviado o una hipertrofia de cornetes, y nos volvimos infectologos al tener que investigar si los hisopos empapados de sangre servían para detectar el virus. Cada miembro del equipo de salud se había convertido en especialista en atención de sospechas de COVID. Un psicólogo, una trabajadora social o una promotora de salud eran capaces de realizar entrevistas de identificación de casos sospechosos, podían ayudar y supervisar el correcto proceso de vestimenta y retiro del EPP y los hisopados podía realizarlos indistintamente un medico, un odontólogo o una enfermera. Todos colaboramos entre nosotros y éramos capaces de realizar las distintas actividades necesarias, independientemente de nuestra profesión.

"El sentido común no es tan común"

Ya se ha dicho que mucha información sobre el COVID cambiaba día a día. Con el diario del lunes es fácil y preocupante pensar en cuantos casos sospechosos se desestimaron por tener

congestión y catarro, hasta que se determinó que la tos seca y la presencia de congestión y mocos no excluía COVID. También tardamos en cuestionar ciertas prácticas “preventivas” que los protocolos establecían y que nuestro sentido común no cuestionaba. Tal es el caso de reproducir condiciones de aislamiento donde el paciente debía estar recluido en un cuarto individual, ventilado y con baño. Al parecer quienes elaboran tales enunciados ignoran que vivimos en un país donde innumerables familias viven hacinadas, donde las necesidades básicas insatisfechas son un común denominador y donde la existencia de cloacas y agua corriente son un privilegio, no un derecho.

En contraste con esto fuimos testigos de las falencias del sector privado, que lejos de brindar respuestas oportunas a sus afiliados a quienes cobraban rigurosamente sus cuotas, también los enviaban al sistema público a realizarse testeos que ni prepagas ni obras sociales realizaban. En algunos casos, los pacientes hasta acudían con folletería donde se enunciaba direcciones y horarios de los centros públicos donde los hisopados se realizaban.

Y ni mencionar las veces que fuimos a las paradas de colectivo a buscar pacientes hisopados, ya que la normativa exigía que para disminuir la transmisión del virus los casos sospechosos no debían utilizar el transporte público, a pesar de que llegaban al centro en ellos. Claro que en una situación de pandemia se privilegia la opinión de los que “saben” por encima de lo que la razón dicta.

“El que sólo sabe medicina, ni medicina sabe”

Hay mucha diferencia entre ser residente durante una pandemia y fuera de ella. El COVID no sólo afectó nuestra labor cotidiana, también lo hizo con nuestra formación académica. Durante casi un año tuvimos que abocarnos a la atención del virus en detrimento de otros espacios y oportunidades de formación.

Es cierto que una pandemia brinda una formación especial sobre cómo trabajar durante una emergencia sanitaria, pero también marca una meseta difícil de revertir. Se es médico el resto de la vida, pero se es residente durante cuatro años y la pandemia nos había arrebatado

uno. Durante ese tiempo se interrumpieron rotaciones, se retrasaron calendarios y se desordenaron programas de residencia que tuvieron que recuperar el tiempo perdido en menos tiempo todavía.

También se corrieron las fechas de comienzo y finalización de los años académicos. Lo mismo ocurrió con las fechas y modalidad de evaluaciones y adjudicaciones, con los correspondientes problemas que ello acarreaba (demoras y reprogramación de fechas, caída de páginas y retrasos en los ingresos a las residencias).

"No hacer daño es lo primero"

En noviembre de 2020 el CAPS pasó ser un centro de atención mixto, es decir continuar con la contingencia COVID y retomar poco a poca la atención prepandemia. Esto permitiría recuperar la atención pospuesta durante varios meses. El COVID continuaba teniendo un papel preponderante, pero con una buena organización se podía volver a abrir un espacio de atención a los grandes relegados de la pandemia: los pacientes crónicos y las familias vulnerables.

El diseño de todo plan de acción comienza con los objetivos. De nada sirve elaborar una estrategia si no se sabe lo que se quiere. Una vez definida la finalidad, viene la parte más difícil: ¿cómo hacerlo? Los pacientes se habían acostumbrado a que el CAPS ya no era un lugar abierto a la comunidad, a menos que se tuviera fiebre, odinofagia, anosmia o disgeusia. Además, existía otro inconveniente crucial, los meses de pandemia habían cortado el contacto con la mayoría de los pacientes, ya no se sabía si mantendrían los mismos números, si vivían en los mismos domicilios, en qué situación estaban o si alguno había fallecido.

Cuando no se sabe por dónde comenzar, lo mejor es comenzar por el principio, volver a las bases y hacer lo que siempre nos había caracterizado: en lugar de esperar a que los pacientes vengan, había que ir a buscarlos. Así, poco a poco, salimos a buscar a los pacientes. Hicimos visitas, llamadas, buscamos mapas y delimitamos nuevamente nuestra área programática, el área de influencia, identificamos instituciones barriales, teléfonos de contacto y seguimos tratando de tender puentes donde existen muchos muros.

También lidiamos con recortes en el área de salud que solo complejizaron la situación. Durante la pandemia se cerraron postas sanitarias, se dieron de baja programas comunitarios, se desfinanció el programa REMEDIAR y escasearon medicaciones esenciales como el salbutamol, medicación para la diabetes, la escabiosis (la ivermectina se estudió como tratamiento preventivo del COVID), anticonceptivos orales e inyectables, y hasta preservativos.

A la fecha seguimos buscando retomar espacios de atención discontinuados con la pandemia. Sabemos que no es fácil y que no puede recuperarse el tiempo perdido, pero nos hemos encomendado a la tarea de ampliar la mirada más allá de la lente de un microscopio. Nos ocupa la miseria, la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos y no lo que Carrillo llamó las *pobres causas*.

"La violencia crea más problemas sociales que los que resuelve"

Una faceta no menos importante en esta etapa de *"secuelas de la pandemia"*, es el aumento de la violencia que vemos tanto en la práctica diaria como en la vida cotidiana, y que repercute en cada determinante de la salud. La falta de trabajo, la pérdida de calidad de los mismos, el aumento de la pobreza, de la conflictividad social, se han amalgamado para formar un coctel que explota en las guardias, en las consultas y en la calles de cada barrio y ciudad.

Los números hablan por sí solos, en julio de 2020 se realizaron dos estudios que demostraban un aumento del 28% de la violencia intrafamiliar y hasta un 57% de violencia psicológica[viii]. El mayor tiempo en las casas constituía un gran problema para las personas violentadas, ya que en la mayoría de los casos la violencia es intrafamiliar/ intraentorno y el ASPO favoreció tal situación.

En los efectores de salud no se hacen excepciones. Cada uno de nosotros nos familiarizamos con cada faceta de la violencia. No es raro escuchar insultos, golpes en las puertas de los centros e incluso ser víctimas de situaciones que incluyen improperios, amenazas o incluso violencia física. Nuestros pacientes también la sufren, en el ámbito público en especial, es prácticamente de todos los días recibir mujeres golpeadas por sus parejas y las preguntas

sobre situaciones de violencia en el hogar o la escuela se han convertido en parte central de las consultas.

Según las OMS "*la violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privación"*. Las estadísticas muestran que los hechos de violencia son más frecuentes cuanto más joven es el personal y es mayor en el caso de las mujeres. También hay mayor afectación en el caso de los médicos residentes y en el personal de enfermería.

El Manual de Prevención y Procedimientos de la Sociedad Argentina de Pediatría[ix] establece varios factores de riesgo para la violencia tales como:

- Existencia de una estructura de organización rígida o muy flexible, burocrática, deficiente en la comunicación.
- Gestión arbitraria, de favores o discriminadora.
- Pluriempleo, masificación de las guardias, tiempos de espera prolongados.
- Alcoholismo, drogadicción, trato violento entre pares.

Los factores predisponentes pueden ser varios:

- Tiempos de espera prolongados.
- Casos graves.
- Falta de compromiso.
- Mala comunicación.
- Mal uso del primer, segundo y tercer nivel.
- Medidas de seguridad deficientes.

El contexto de familias vulnerables en situación de pandemia y postpandemia dejo más en carne viva su precaria situación. Largas filas en centros de salud para lograr un turno, ausencia de profesionales, severos protocolos sanitarios, sumado a la verdadera crisis socioeconómica en la que nos encontramos, genera un caldo de cultivo ideal para el florecimiento de situaciones donde la agresividad dice presente.

El hecho de ser partícipes activos del sistema de salud, en especial en el primer nivel, donde el contacto con el barrio y la realidad de los arrabales se palpa a cada paso que damos, nos permite ser espectadores y actores centrales en esta tensa realidad. Si bien al tener una actividad centrada en el paciente, la familia y su entorno, las situaciones donde la belicosidad y combatividad fueron muy poco frecuentes en el entorno del CAPS, esta relativa *paz armada,* cambia totalmente en el ámbito del hospital.

Síntesis

La pandemia de COVID-19 es un episodio bisagra en la historia de la humanidad. Se trató de un virus capaz de afectar cuerpos, instituciones, economías y culturas. Nos toca a nosotros ser protagonistas y participes de los cambios y de la construcción de una sociedad más justa.

Como agentes sanitarios cargamos con la responsabilidad de brindar respuestas que garanticen la accesibilidad al sistema de salud a todas aquellas personas excluidas, marginadas y perdidas en el olvido. Y no es un merito personal ni profesional hacerlo, es el compromiso asumido cuando decidimos trabajar en el barrio para la gente y con la gente. Es el perfil profesional y el valor humano que queremos desarrollar.

Sabemos que la labor es ardua y que no podemos hacerlo sin políticas de estado, cooperación institucional y compromiso ciudadano, para construir una salud pública de todos y para todos. Creemos estar en el camino correcto y mantener el enfoque cuando un virus nos obligó a desenfocarnos, nos demuestra que hay cosas por mejorar, pero estamos en el buen camino.

Debemos ser el cambio que deseamos ver en el mundo. Hay que fortalecer la educación, la prevención, el autocuidado, promover los buenos tratos y ejercer una atención de salud que privilegie la accesibilidad, el garantizar derechos y abrir espacios de escucha, intercambio y participación activa de los pacientes. Contamos con el recurso de la experiencia y el aliciente de la esperanza para no dejar que pacientes crónicos y familias vulnerables vuelvan a quedar de

lado. Somos conscientes que todo lo que hacemos es, como se dice, una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota.

Bibliografía:

[i] Stolkiner, A. y otros. "Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso" del libro "La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales", Ed. Dunken. Buenos Aires, 2000.

[ii]PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. Extraído de *https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_colecciondebolsillo_07_derechos_economicos_sociales_culturales.pd*

[iii]Rovere, Mario. Pág.16. Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión); 1999.

[v] Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina, enero-diciembre, 1975.

[vi] *Grupos en situación de vulnerabilidad y de derechos humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales.* Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, Subsecretaría de Protección de Derechos Humanos de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. 2011.

[vii]DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Extraído de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

[viii] Perez-Vincent, Santiago M.; Carreras, Enrique; Gibbons, María Amelia; Murphy, Tommy E.; Rossi, Martín. Los confinamientos de la COVID-19 y la violencia doméstica: Evidencia de dos estudios en Argentina. Banco Interamericano de desarrollo. 2020.

https://publications.iadb.org/es/los-confinamientos-de-la-covid-19-y-la-violencia-domestica-evidencia-de-dos-estudios-en-argentina

[ix] Sociedad Argentina de Pediatría. Violencia hacia el Equipo de Salud en el ámbito laboral Manual de Prevención y Procedimientos.

https://www.sap.org.ar/docs/Manual_Prevencion_Violencia_Laboral.pdf