



Araceli **GALANTE***

*: Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires. Magíster en Salud Mental Comunitaria, UNLA. Docente e investigadora, Carrera de Trabajo Social. Doctoranda en Ciencias Sociales, UBA. e-mail: araceligalante@gmail.com

Rocío **PELLE***

*: Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Maestranda en Psicología, UBA. e-mail: rociopelle268@gmail.com

Laura **JAIME***

*: Psicóloga Social. Instituto CENSI, CABA. e-mail: lauravjaime@hotmail.com

Estela **PEREYRA***

*: Psicóloga Social. Escuela de Psicología Social Padre Carlos Mugica, CABA. e-mail: estelapereyra@hotmail.com

PRESENTADO: 04.10.20

ACEPTADO: 08.11.20

95

ATENCIÓN PRIMARIA POR COVID 19: LA EXPERIENCIA DE UN EQUIPO PSICOSOCIAL DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SUR DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

Resumen

En este artículo, presentaremos los cambios que introdujo la atención del COVID en la práctica cotidiana del Equipo Psicosocial del que formamos parte, en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del AMBA. Teniendo en cuenta que el equipo pasó de ser considerado “no esencial” en las primeras semanas del ASPO, a ocuparse de la atención remota de las personas con COVID y sus familias, nos proponemos describir los cambios en los modos en que se construyó la intervención a nivel comunitario, grupal y familiar durante las medidas de aislamiento, a partir de la sistematización de comunicaciones institucionales y registros de la práctica, en el período de marzo a setiembre de 2020.

Palabras Clave: Emergencia por COVID 19; Atención primaria de la salud; Atención psicosocial; Redes en salud; Uso de técnicas de información y comunicación en salud.

Summary

In this article, we will describe the changes that COVID care introduced in the daily practice of the Psychosocial Team of which we are part, in a Primary Health Care Center in the south of the Metropolitan Area of Buenos Aires.

Taking into account that the team was considered “non-essential” in the first weeks of the preventive and compulsory social isolation, to dealing with the remote care of people with COVID and their families one month after, we propose to describe the changes in the ways in which the intervention was constructed at the community, group and family level during the isolation measures, based on the systematization of institutional communications and records of the practice, in the period from March to September 2020.

Key words: Covid 19 emergency, primary health care, psychosocial care, health networks, use of information and communication technologies in health.

LA PANDEMIA DE COVID 19¹

El 31 de diciembre de 2019, China reportó casos de neumonía de causa desconocida en la Ciudad de Wuhan. Entre el 7 y el 12 de enero de 2020 se identificó el agente causal: un nuevo coronavirus denominado COVID 19. A finales de enero, se produce la primera transmisión fuera de China, en Vietnam (OPS, 2020). La noticia fue de interés global, en tanto se temía la irrupción de una epidemia con las características del Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS) que en 2003, había afectado a más de 8439 personas de 30 países (OMS, 2003). A través de los medios de comunicación, la población mundial asistía a las medidas de aislamiento impuestas por el gobierno en China, así como la expansión de la epidemia hacia Europa.

En Argentina, la principal preocupación de las autoridades sanitarias consistía en la prevención del dengue y del sarampión. Pero los medios de comunicación presentaban cómo los sistemas de salud de países como España o Italia entraban en una situación crítica, di-

fundiendo a diario el número de muertos por COVID en el mundo. En marzo, el coronavirus se había extendido a 114 países y la Organización Mundial de la Salud lo declaró como pandemia. Gran parte de la población mundial quedó confinada por el aislamiento domiciliario y se reducían las actividades económicas a aquellas declaradas “esenciales” por los diferentes gobiernos (Bulcourn y Cardozo, 2020).

Cuando se reportaron los primeros casos de COVID en Argentina, la prevención de su transmisión, así como la preparación del sistema de salud para la atención de una enfermedad que se percibía como catastrófica se convirtió en el principal problema de la agenda pública. Ante el aumento de casos, el 20 de marzo el gobierno nacional decretó el Aislamiento Preventivo y Obligatorio (ASPO), por el que se prohibió la circulación de las personas en todo el territorio del país, a excepción de las actividades necesarias para la provisión de alimentos y de la realización de actividades declaradas esenciales (Decreto 297/2020). Se trataba de una medida preventiva que permitía preparar al sistema sanitario para la emergencia.²

1. Este artículo retoma la ponencia de las autoras: “Si pudiera te abrazaría: Los cambios en la atención del equipo psicosocial de un centro de atención primaria de la salud, ante la emergencia sanitaria por COVID 19”, presentado en las XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, setiembre de 2020.

2. El gobierno nacional destinó cerca de \$78.250 millones para fortalecer el sistema público de salud (construcción de centros de aislamiento, ampliación de salas de cuidados intensivos, compra de equipamiento y equipo de protección y contratación de personal). Se destinaron 8.000 millones para la construcción de hospitales modulares de emergencia y \$3300 millones para la reducción de derechos de importación de insumos críticos (Ministerio de Economía, 2020).

En el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), el sistema sanitario se concentró en la atención del COVID. En los hospitales se suspendieron las cirugías programadas, las visitas de familiares y cuidadores de las personas internadas y se limitó la atención ambulatoria a situaciones de gravedad, mientras que en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) la atención sanitaria se limitó a servicios considerados básicos. Asimismo, disminuyó la planta de profesionales, debido a que muchos de ellos debieron tomar licencias médicas (ICO, 2020).

El vínculo entre el personal de salud y la población se transformó, dado que el encuentro entre ambos constituyó una situación de exposición a un virus desconocido y amenazante para la salud. Si bien ya era evidente que el personal de salud también podía enfermar, estas cuestiones permanecían veladas en la cotidianeidad. Asimismo, antes de la ruptura del paradigma social que produjo el coronavirus, era poco probable detenerse a pensar en la posibilidad de que sea el médico quien enferme al paciente (Galante, Pelle, Jaime y Pereyra, 2020). En consecuencia, disminuyeron las consultas no relacionadas con el COVID, lo que expresaba tanto el temor de la población a contraer el virus durante las consultas, como la suspensión de distintos servicios sanitarios considerados no esenciales (ICO, 2020).

En este artículo, presentaremos los cambios que introdujo la atención del COVID en la práctica cotidiana del Equipo Psicosocial del que formamos parte, en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del AMBA. Teniendo en cuenta que el equipo pasó de ser considerado “no esencial” en las primeras semanas del ASPO, a ocuparse de la atención remota de las personas con COVID y sus familias, nos proponemos describir los cambios en los modos en que se construyó la intervención a nivel comunitario, grupal y familiar durante las medidas de aislamiento, a partir de la sistematización de comunicaciones institucionales y registros de la práctica, en el período de marzo a setiembre de 2020.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La atención primaria de la salud (APS)³ no tiene un sentido unívoco, ya que ha tenido diferentes interpretaciones según las regiones y el contexto histórico.

La Atención Primaria de la Salud fue proclamada en la Declaración de Alma Ata en 1978, por más de cien ministros de salud de todo el mundo, como la estrategia fundamental para alcanzar el objetivo “Salud para todos en el año 2000”, propuesto por la Organización Mundial de la Salud un año antes. La estrategia se basaba en la experiencia de numerosos países que habían logrado mejorar las condiciones sanitarias de la población en situación de pobreza a partir de la intersectorialidad, la equidad y la participación comunitaria. Constituía una alternativa a la medicina occidental biomédica, tecnocrática y de alto costo, que en el contexto de la Guerra Fría, se había instaurado como modelo de las políticas de salud de los países de la periferia. El potencial de la APS para impulsar procesos de democratización radica en que considera a la salud en sus múltiples dimensiones (económicas, políticas, sociales), superando la concepción estrictamente biomédica. Supone la necesidad de un cambio de las condiciones estructurales que producen la enfermedad, lo que lleva a promover la distribución de la riqueza. Por ende, su implementación encontró limitaciones, en un contexto signado por las luchas de poder en los distintos países (Lafit, 2016).

En nuestro país, la APS encontró graves obstáculos. En principio, porque el país adhirió a la Declaración mientras se encontraba gobernado por la Dictadura Militar (1976-1983), cuyas políticas de terrorismo de Estado reprimieron toda expresión política. Pero en democracia, la APS continuó enfrentando serias dificultades entre las que se pueden mencionar: la fragmentación que caracteriza al sistema sanitario argentino (dividido en tres sectores: público, privado y de obras sociales); el desfinanciamiento de la salud pública y en especial, de las políticas preventivas, la centralidad del

3. “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.” (OMS, 1978).

hospital en el sistema público y la hegemonía del modelo médico en la atención (Ase y Buriyovich, 2009; Bertolotto, Fuks y Rovere, 2012).

Las dificultades se agravaron en los años 90, cuando, luego de reiteradas y profundas crisis económicas, la Reforma del Estado impulsó la adopción de políticas focalizadas y descentralizadas. Aunque en el discurso, se promovió la descentralización, en la práctica, se implementó la *desconcentración* de los servicios sanitarios, es decir la transferencia de competencias del ámbito nacional al provincial y municipal sin transferir los recursos correspondientes, generando un sistema deficitario y colapsado por la falta de financiamiento. A esta situación se sumó el aumento significativo de la demanda, provocada por la pérdida del empleo de amplios sectores de la población trabajadora, que dejó de estar cubierta por las obras sociales (Bialakowsky y otros, 2003, citado en Elizalde y Maglione, 2014). Estas políticas supusieron la renuncia a los principios universalistas de la APS y llevaron a la implementación de la APS Selectiva, que se enfocaba en la promoción y prevención de ciertos problemas de salud en grupos de riesgo, en el primer nivel de atención. La APS consistió entonces, en la implementación de políticas verticales basadas en lineamientos técnicos de organismos internacionales, que ofrecían una canasta de servicios básicos torno a un “problema tipo”. La homogenización de las políticas sanitarias terminaba dejando sin respuesta a un sinnúmero de problemas que no se ajustaban a los parámetros establecidos (Clemente, 1995). Asimismo, restringía la participación comunitaria a la implementación de acciones en cuya definición los vecinos no habían tomado parte, generando desinterés y desconfianza (Bang y Stolkiner, 2013).

Estos dos enfoques de la APS suelen entrar en contradicción en las prácticas cotidianas de los equipos de salud de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), dando lugar a tensiones y conflictos que se hicieron más evidentes en la gestión de la pandemia en el territorio.

LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: UNA RELACIÓN DE CERCANÍA

La inserción territorial de los CAPS tiene distintos alcances según los enfoques de APS. Para la APS

Selectiva, la cercanía geográfica facilita la vinculación de los equipos de salud con la población objetivo de las políticas sanitarias: niños/as, mujeres embarazadas, adolescentes, personas con enfermedades crónicas sin cobertura de obras sociales o prepagas, en el cumplimiento de metas fijadas verticalmente.

Para las familias de las zonas más vulnerables, la cercanía de los CAPS implica un ahorro de tiempo y dinero, así como la posibilidad de contar con un vínculo sostenido con los profesionales de la salud. Sin embargo, tras décadas de desfinanciamiento del sector público, las familias suelen encontrar una variedad de obstáculos ligados a la dimensión administrativa de la accesibilidad (reducido horario de atención, dificultades para obtener turnos, demora en la atención, falta de algunas especialidades) que desmotivan la utilización de los servicios preventivos, llevando a que las consultas se efectúen cuando los síntomas afectan el desenvolvimiento de las personas en su vida cotidiana, especialmente, en el trabajo (Elizalde y Maglione, 2014).

La inserción territorial de los CAPS no sólo significa proximidad en términos de distancia espacial sino en términos de relaciones sociales, porque los CAPS forman parte de la trama de relaciones barriales que construyen la identidad de los sujetos y que condicionan y posibilitan su producción y reproducción social (Petrucci, et al. 2014). En este sentido, la accesibilidad se construye en el vínculo entre las personas, sus familias y las redes de atención de la salud (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007). Para ello, los CAPS pueden constituir un nodo de articulación entre las distintas redes (educativas, de asistencia, laborales, políticas) que constituyen el soporte de la constitución de los vecinos del barrio como actores sociales. De este modo, en consonancia con el enfoque integral de la APS, desde los CAPS, es posible facilitar la “llegada” a los servicios sanitarios (en sus distintos niveles) no sólo para la atención de la enfermedad sino también para la construcción colectiva de la salud.

REDES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La metáfora de la red adquirió preponderancia cuando se comprendió a la salud como un proceso

social complejo. Es decir, cuando la concepción unicausal de los problemas sanitarios (aquella que explica, por ejemplo, la transmisión de un virus sólo por el contacto de las personas con él) dio paso a una concepción de la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado, en términos de interacciones de redes complejas, es decir, en relación a los distintos procesos históricos sociales que se interrelacionan entre sí y que transforman los procesos biológicos. Este enfoque, propio de la salud colectiva, permite comprender, por ejemplo, los diferenciales de clase o etnia en el proceso enfermedad-salud-atención-cuidado (Laurell, 1986, Vasco Uribe, 1987).

Para Rovere (2006), el enfoque de red asume la heterogeneidad entre las personas, los grupos y las instituciones, permitiendo superar la verticalidad en la organización de los servicios de salud, ya que no tiene un centro (del que se irradia el poder y los recursos) sino que se trata de un tipo de organización abierta, multicéntrica, capaz de brindar respuestas flexibles a las necesidades de la población. La unidad de la red es el vínculo entre las personas, que a medida que se conocen, definen problemas en común y colaboran entre sí para resolverlos y van sintiendo que forman parte de un “nosotros” que las contiene. Se trata de un vínculo solidario, de modo que al conectarse, cada persona entra en una red de prestación de cuidados. Dabas (1998) explica que las redes brindan apoyo social a quienes participan en ellas, potencian los recursos y crean alternativas novedosas para la resolución de los problemas. Cada integrante de la red se enriquece a través del aprendizaje que generan las interacciones, generando cierta comunidad de creencias o de valores. De este modo, la intervención en red constituye un eje importante de las estrategias destinadas a la inclusión social de las personas más vulnerables, en tanto, muy frecuentemente, suelen estar desconectados de las redes sociales, lo que implica dificultades para la obtención de recursos (Galante, Rossi, Goltzman y Pawlowicz, 2009).

Sin embargo, frecuentemente la constitución de redes ha reproducido la lógica piramidal, donde la información y las decisiones se toman desde “un centro”, quedando los actores sociales inscriptos en una red en la que no participan activamente (Dabas, 2001). Por otra parte, también puede

darse el caso de una red en la que participan activamente referentes de distintas organizaciones en forma activa, pero que reproducen una lógica normativa con la población a la que se dirigen, no incluyéndola en la toma de decisiones, lo que afecta negativamente la participación (Bang y Stolkiner, 2013).

LA IRRUPCIÓN DEL COVID EN EL CAPS

Aunque a principios de marzo el COVID era percibido como un problema lejano, comenzó a modificar la cotidianeidad del equipo de salud. Por ejemplo, al ampliarse la lista de los países considerados de alta circulación viral, una compañera que había viajado al exterior por vacaciones debió aislarse, unos días después de haberse reincorporado al trabajo. Este tipo de situaciones no sólo afectaron la prestación de servicios sino que también generaron un sentimiento de mayor vulnerabilidad de las/os profesionales frente a la pandemia. Cuando se detectó la transmisión comunitaria del virus en el AMBA, se decidió que quienes padecieran enfermedades crónicas permanecieran en sus hogares, lo que provocó una disminución de la oferta de servicios. Con la declaración del ASPO se restringieron todas las prestaciones que implicaran la circulación de personas: se suspendieron las actividades comunitarias y grupales, las entrevistas en domicilio y se limitó la atención a las prácticas consideradas esenciales (atención de las enfermedades crónicas, del embarazo o de su interrupción legal, urgencias en Odontología, controles de salud de las niñas y niños hasta el año de edad, vacunación, entrega de leche y de métodos anticonceptivos).

Para el personal de salud, la crisis combinaba el temor por contraer el COVID o por infectar a otros, con la incertidumbre sobre el modo en que se gestionarían los cambios en cada lugar de trabajo, sobre todo porque las instituciones gubernamentales no tuvieron tiempo suficiente de prepararse para la contingencia, sino que fueron reconfigurando sus modos de atención en el aislamiento.

Para la población, la vertiginosidad con que el COVID pasó de constituir un problema que afectaba a otros países, a una amenaza presente en cada encuentro social, así como la extensión de las

medidas preventivas, causaron miedo, incertidumbre y angustia. Por una parte, estos sentimientos no sólo expresaban temor a contraer la enfermedad, sino también la preocupación por las consecuencias sociales y económicas del aislamiento en la vida familiar y laboral (Johnson, Saletti-Cuesta y Tumas, 2020).

El funcionamiento del CAPS no sólo fue afectado por los cambios en el área de salud, sino también por los que se produjeron en otras instituciones que tenían al Centro como sede de la intervención comunitaria. Entre ellas podemos mencionar al servicio de estimulación temprana de una escuela de educación especial, el programa de alfabetización y el programa comunitario de un centro de prevención y atención de las adicciones. También se suspendió la formación de los estudiantes de carreras universitarias de grado que efectuaban sus prácticas en el CAPS.

Abruptamente, la sala de espera, que solía ser muy concurrida y bulliciosa, se transformó en un espacio vacío. Se pidió que se evitara, en lo posible, la concurrencia de acompañantes a las consultas. Se guardaron los juguetes y los libros de cuentos. Se separaron los asientos. Se colocó alcohol en la recepción, de modo que cada persona lavara sus manos antes de firmar cualquier planilla. La invitación a acercarse, de quienes preguntaban por teléfono, dio paso al intento de resolver las consultas a distancia. Tiempo después, muchos vecinos dijeron que pensaron que el CAPS estaba cerrado.

Una semana después del inicio del ASPO, el equipo psicosocial fue declarado “no esencial” y debió dejar de concurrir al CAPS. De este modo, se encontró en la contradicción de mantenerse alejado de su lugar de trabajo en medio de una emergencia sanitaria sin precedentes. Las plataformas de mensajes para teléfonos móviles, que hasta el momento eran una herramienta auxiliar en la intervención, se transformaron en el único canal de comunicación entre la población y el equipo en medio del aislamiento. Tratándose de teléfonos propios, el uso de este canal de comunica-

ción implicó el trabajo con las redes personales. Si bien el trabajo “en red”, siempre había formado parte de la intervención, en el ASPO se volvió una estrategia fundamental para sostener la atención psicosocial.

El aislamiento no es desconexión: las redes institucionales en el ASPO

El CAPS había promovido la conformación de una red institucional conformada por aproximadamente 50 referentes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales⁴. La red facilitaba la participación comunitaria, la articulación intersectorial, el relevamiento de las demandas en salud y la evaluación del impacto que tenían las diferentes propuestas. Además de reunirse mensualmente, los referentes utilizaban una aplicación de mensajes grupales en sus teléfonos móviles.

En principio, el uso de las tecnologías de información y comunicación (TICS) provocaron incertidumbre entre los miembros de la red, al recibir videos, imágenes o textos alarmistas sobre el COVID, pautas de prevención ineficaces o noticias sobre medidas del gobierno mucho más restrictivas de las que finalmente se tomaron. También causó alarma la difusión de las imágenes de los servicios de emergencias médicas en las puertas de las casas de varios vecinos, ya que podrían tratarse de los primeros casos de COVID en el barrio. El rol del equipo consistió en brindar información confiable y transmitir calma y sentimientos de solidaridad hacia las familias que habían requerido los servicios de emergencia. Algunas de estas acciones pudieron haber tenido un efecto multiplicador, en la medida en que los referentes se apropiaran de la información que se transmitía y pudieran orientar a sus vecinas/os.

Durante el aislamiento del equipo, las consultas de las/os referentes se dirigieron a la atención de personas con síntomas acordes al dengue y que no podían comunicarse con el servicio de emergencias, posiblemente saturado por la demanda de atención por COVID. En esta situación, las/os referentes actuaron como “puentes” entre sus vecinas/os y el

4. Movimientos sociales, comedores, instituciones religiosas, clubes deportivos, centros culturales, equipos de orientación escolar, así como profesionales que trabajaban en diferentes áreas gubernamentales.

equipo psicosocial, que a su vez, les conectaron con las redes de atención de la salud.

Los problemas derivados de la desconexión de los servicios gubernamentales no sólo tuvieron que ver con el área sanitaria, sino también con las instituciones de seguridad social, desarrollo social o atención de la niñez y adolescencia. Eran frecuentes las consultas sobre el modo de continuar los tratamientos de enfermedades crónicas, retirar alimentos, cobrar la jubilación o acceder a la justicia. La información compartida en la red permitió que cada integrante pudiera conocer los recursos existentes y dar una respuesta adecuada.

En el aislamiento, no sólo las profesionales estaban conectadas con las redes de instituciones, sino también con distintos grupos de pares. Por ejemplo, las/os trabajadoras/es sociales, se conectaron entre sí para actualizar las guías de recursos, confeccionar materiales informativos y debatir sobre el modo en que podría continuar el trabajo durante la emergencia sanitaria. Estas redes de profesionales permitieron no sólo sostener el trabajo a la distancia, sino también contener a sus integrantes, que se encontraban escuchando las inquietudes de la población desde sus hogares. Cada profesional se transformó en un “nodo” que conectaba las redes en las que se insertaba, canalizando las demandas, facilitando el acceso a recursos y a distintas instituciones, especialmente a los servicios sanitarios.

Luego de dos semanas, el equipo psicosocial fue declarado esencial y retornó al CAPS. Pero las condiciones de trabajo se habían modificado. Era necesario atravesar un proceso de elaboración, un reordenamiento de la atención psicosocial, que sólo podía efectuarse cuando se superara la perplejidad que provoca lo inesperado. Si tal como lo define Eric Laurent (2002) todo lo que no es programable deviene trauma, es decir, que no hay con qué responder porque los modos de hacer previos se vuelven inapropiados o insuficientes, fue necesario atravesar un proceso de elabora-

ción, un intento de tejer algo alrededor de eso que en principio es agujero en la trama simbólica.

LA REORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

El regreso del equipo a la atención presencial, no sólo estuvo signado por los cambios que habían ocurrido con el ASPO, sino también por las modificaciones que permitían ese regreso. Una de ellas consistió en la separación del personal en dos grupos, que concurrían al CAPS en forma alternada. De esta manera, si un trabajador/a contraía el COVID sólo sería necesario aislar al grupo en el que estuvo mientras el otro continuaría sosteniendo la prestación de servicios.⁵ Esta medida fragmentaba el equipo psicosocial, transformando sus modos de construir la intervención interdisciplinaria, que hasta ese momento, se efectuaba tanto en los encuentros formales como informales. Posiblemente fueran éstos la mayor pérdida, en tanto los momentos que no acarrear la presión de la burocracia institucional son aquellos en los que surgen las mejores ideas y se enriquecen las propuestas de trabajo. Nuevamente las TICS sirvieron de soporte para la comunicación del equipo, volviéndola más compleja. A los problemas conocidos, como las dificultades en la interpretación de los mensajes, se sumaron las propias de la telefonía móvil: problemas de conectividad, del funcionamiento de las plataformas y aplicaciones y demoras en la respuesta.

La división en grupos implicó que el equipo alternara la atención presencial con el teletrabajo, desdibujándose los límites entre el ámbito laboral y el privado. Teniendo en cuenta que el equipo se conformaba por mujeres, esta situación significó combinar el trabajo profesional, el doméstico y el de cuidado. Al respecto, hay que tener en cuenta que como para la mayoría de las mujeres, el tele-estudio de las niñas y niños, requirió de acompañamiento para atravesar la escolaridad durante el aislamiento, lo que sumó stress para quienes tenían hijas/os en edad escolar (Giniger, 2020).

5. Una de las medidas preventivas consiste en el aislamiento de los “contactos estrechos” de las personas con COVID, considerándose como tal a las personas, que hubieran estado con ellas a menos de 1,5 metros de distancia, por más de 15 m, 48 hs. antes del inicio de síntomas, sin elementos de protección (como barbijos o mascarillas).

LOS CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Considerando que COVID es una enfermedad respiratoria, la vacunación antigripal consistió en una de las actividades preventivas que generó más demanda durante el mes de abril. Se planteó la preocupación por cómo lograr que se mantuvieran las medidas preventivas entre un grupo numeroso de personas en el reducido espacio de la sala de espera del CAPS. A través de la red institucional, las docentes de las escuelas de nivel inicial acordaron enviar las listas de las/os niñas/os inscriptas/os para que el equipo de salud les citara en distintos horarios. Las/os referentes de las ONGs propusieron que la vacunación se efectuara en cada institución, para evitar que las personas se alejaran de sus casas. Ofrecieron difundir la actividad en las manzanas cercanas, recepcionar la demanda y organizar un sistema de turnos. Pero la suspensión de actividades comunitarias incluía a la vacunación antigripal, de modo que las/os referentes implementaron su propuesta pero citando a las/os vecinas/as en la sede del CAPS. También facilitaron la vacunación a domicilio, identificando a las personas que tenían dificultades para movilizarse y acompañando al equipo de salud.

La organización de la vacunación antigripal mostró las limitaciones impuestas por el ASPO a la participación comunitaria en la prevención de la salud. Es posible pensar que si la actividad se hubiera efectuado en las instituciones, hubiera resultado más accesible. Pero la fortaleza del vínculo entre el equipo de salud y las/os referentes, y la flexibilidad de ambos, permitieron encontrar modos de trabajar en conjunto y superar las dificultades. La capacidad de las/os referentes para acercarse a las familias a la atención de la salud continuó siendo muy valiosa durante la gestión de la pandemia.

LOS CAMBIOS EN LA INTERVENCIÓN GRUPAL: EL GRUPO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

El grupo de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (en especial diabetes e hipertensión) comenzó a funcionar en mayo de 2019, en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención

y Control de las Enfermedades no Transmisibles. Sus integrantes concurrían una vez por semana al CAPS, donde efectuaban distintos controles de salud (medición de peso, glucemia, presión arterial), realizaban actividades físicas y luego participaban del espacio grupal, donde compartían sus vivencias en torno al autocuidado. Como explicó Pichón Riviere (1975), la tarea en el grupo consistía en promover la cooperación entre las personas para generar vínculos que pudieran brindar apoyo psicosocial en el grupo familiar, reforzar el autocuidado y el de su entorno. A fines de 2019, la mayoría de las personas había logrado bajar de peso y controlar los niveles de glucemia.

Aunque en el ASPO se mantuvo la atención del servicio de enfermería y de clínica médica, las reuniones grupales se interrumpieron. Con dificultades, ya que la conectividad variaba entre las/os integrantes del grupo, el equipo decidió mantener la comunicación a través de una aplicación de mensajes para telefonía móvil. Cabe señalar que a fines de 2019, el equipo debatió sobre la conveniencia del uso de TICS debido a la posibilidad de que se desdibujara el encuentro semanal como espacio para compartir experiencias. Pero en el ASPO, se las utilizó para compartir mensajes preventivos, videos de prácticas de ejercicios físicos, juegos, música y narraciones. De esta manera, se sostuvo la motivación del grupo para el autocuidado e incluso, se descubrieron nuevas habilidades (por ejemplo, escribir cuentos o cocinar). El equipo se comunicó con cada miembro del grupo en forma individual, lo que les permitió intervenir ante la angustia que muchos de ellos sentían ante la prolongación del aislamiento y la posibilidad de contraer el virus. Aún la distancia, los vínculos entre las/os participantes del grupo siguió manteniéndose mediante una nueva forma de relacionarse, de modo tal que la cooperación entre ellos continuó siendo una fuente de protección y fortaleza.

LA ASISTENCIA DE LAS PERSONAS CON COVID

La atención de personas con COVID fue cambiando a medida que fue creciendo la demanda. En abril de 2020, el Municipio había centralizado la atención por COVID. Se conformó un equipo que

recibió las consultas a través de una línea telefónica gratuita. El equipo se ocupó de una variedad de tareas: coordinar la asistencia médica a domicilio, efectuar el seguimiento remoto de las personas con COVID y en caso de ser necesario, gestionar la provisión de alimentos, solicitar la internación en centros de aislamiento, otorgar certificados que debían presentarse en lugares de trabajo, etc.

En mayo, el equipo solicitó al CAPS que efectuara el seguimiento de la internación domiciliaria de algunas personas con COVID o que eran contactos estrechos de personas que lo habían contraído. Se indicó que se reforzaran pautas de cuidado y que el equipo del CAPS se comunicara diariamente con ellas. Esta indicación generó el interrogante sobre el modo en que sería recibida la intervención, ya que se trataba tanto de una medida de cuidado como de control, tendiente a verificar que se cumpliera estrictamente el aislamiento.

Como lo había hecho con el grupo de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, el equipo decidió comunicarse a través de las aplicaciones de mensajería para teléfonos móviles. Esta decisión brindó cierta seguridad, tanto para las personas atendidas como para las profesionales, de que existiría una forma de estar en contacto frente al agravamiento de los síntomas, dadas las dificultades que a veces surgían al llamar a los servicios de emergencias. Pero esta decisión tuvo otra consecuencia: la comunicación dejaba de ser unidireccional y se retroalimentaba. Cuando lo creían conveniente, las personas atendidas podían repreguntar sobre pautas de cuidado, transmitir las consultas de otros familiares o plantear nuevas preocupaciones o necesidades. La disponibilidad del equipo facilitó que se generara una relación de confianza, aún de forma remota. De esta forma, más que sentirse en una situación de control, las familias explicaron que se sintieron acompañadas.

A mediados de junio, los vecinos comenzaron a acercarse al CAPS porque no podían comunicarse con los teléfonos de urgencias, lo que llevó al equipo a evaluar su situación y coordinar con el equipo central la atención a domicilio. Pero nuevamente, el aumento de la demanda fue tal que resultó más conveniente citar para el testeo a los vecinos en el CAPS, lo que permitía atender a mayor número de personas en menos tiempo. Dado que el equipo

del CAPS había efectuado el primer contacto con las familias, continuó ocupándose del seguimiento, que en poco tiempo constituyó su principal actividad (las personas que fueron atendidas por COVID pasaron de 8 en mayo, a 62 en junio, 178 en julio, 264 en agosto y 209 en setiembre).

Las/os referentes de las instituciones no gubernamentales continuaron facilitando el acceso de sus vecinas/os a la atención por COVID. Tanto el equipo como las/os referentes fueron atendiendo las consultas a medida que se presentaban, aún fuera de los horarios de trabajo, para no demorar la confirmación del diagnóstico e informar sobre los cuidados en el aislamiento domiciliario. La inmediatez de la respuesta, si bien extendía la jornada laboral del equipo, ayudaba a cortar la cadena de contagios en forma oportuna y brindar sostén a las familias, aún a la distancia.

El primer contacto entre las personas con COVID se efectuaba generalmente de modo no presencial. Cuestiones que podían inferirse con la mirada (como el estado de ánimo, la edad, las características corporales) debieron preguntarse. En caso que las personas se acercaran al CAPS, era posible tener el recuerdo de un breve encuentro, donde parte de la comunicación no verbal se perdía por la distancia y el uso de mascarillas. En estos momentos, las personas se encontraban enfrentando el temor frente al COVID, no sólo por sí mismas, sino también por la posibilidad de contagiar a familiares y amigos, sobre todo si se trataba de niñas/os o personas que se encontraban entre los grupos con alto riesgo de contraer formas graves de la enfermedad (personas mayores de 65 años o con problemas crónicos de salud). El equipo enfrentó el desafío de brindar contención emocional a través de las TICS.

Se trataba de una experiencia novedosa e inquietante, porque hasta entonces, el vínculo con las personas que se atendían se construía en la interacción cara a cara. Se perdía la comunicación no verbal, la posibilidad de transmitir y contener emociones sin palabras, con sonrisas, abrazos o miradas. Había que enfocarse en la forma en que se entablaba la comunicación verbal: las entonaciones de voz, las pausas, los silencios. Una comunicación mediatizada por el uso de telefonía celular, que estaba condicionada por la calidad de la señal de que se disponía.

Una de las premisas principales del trabajo en la clínica de la urgencia consiste en introducir un espacio-tiempo, que permite elaborar y reflexionar acerca de lo que urgencia a las personas que consultan. Es decir, que allí donde todo parecía ser inmediatez y premura, donde se propuso un tiempo para comprender la situación (Sotelo, 2007). El acompañamiento tuvo varias dimensiones: por un lado, fue necesario identificar a quienes podían constituirse en la voz de cada organización familiar, pero también fue importante dar lugar a diversidad de las voces de quienes integraban las familias, para poder evaluar las inquietudes, temores, puntos de angustia y ansiedad de cada una/o, dado que estos sentimientos y emociones se relacionaban con una multiplicidad de situaciones (la conformación de su familia, sus creencias, sus conceptos de salud y enfermedad, la situación económica, etc.) Se ofreció una escucha orientada en el caso por caso, con el objetivo de vislumbrar qué angustiaba o movilizaba en cada una/o la posibilidad de contagio y desde ahí poder intervenir.

Esta forma de trabajo implicó la inclusión del equipo en las redes personales de las personas con COVID. Con la preocupación por la posibilidad de haber transmitido el virus, solicitaban que el equipo se comunicara con las personas con las que habían tenido contacto pero que no convivían con ellos: compañeros de trabajo, amigos, padres. Aunque a veces, sólo se trataba de llevar tranquilidad, porque el contacto se había producido varios días antes de la aparición de síntomas y no era necesario indicar el aislamiento, otras se trataba de incluirlas en el seguimiento, solicitar el testeo. y más tarde, considerarlas como personas con COVID. Esta inclusión se extendió más allá del tiempo de tratamiento. Aún después del alta, las personas atendidas se comunicaban con el equipo si alguna persona que conocían presentaba síntomas acordes con el COVID o solicitaban asistencia para la continuidad de la atención de la salud durante el ASPO.

La irrupción del COVID transformó el modo en que el equipo construía tanto la interdisciplina como la relación con las personas que atendía. Sin embargo fue posible, encontrar nuevos modos de construir el vínculo con ellas y sostener la atención psicosocial.

REFLEXIONES FINALES

Como situación crítica, la emergencia sanitaria mostró de modo más evidente las tensiones presentes en la APS. En el ASPO, la definición de la esencialidad se limitó a las dimensiones biológicas de la salud, lo que reforzó la matriz biomédica y selectiva de la APS. En consecuencia, en las primeras semanas del ASPO, la atención psicosocial no fue considerada esencial, soslayando el padecimiento que causaban tanto la preocupación por las consecuencias sociales del aislamiento como la percepción de la pandemia como catastrófica.

En el aislamiento, el equipo recurrió a las tecnologías de la información y comunicación (TICS) para mantener la comunicación con las personas que atendía. De esta manera fue posible intervenir para fortalecer la cooperación en el grupo de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, mantener la motivación para el autocuidado y contener los temores frente al COVID.

El trabajo en red constituyó un eje de la intervención. Las redes de profesionales no sólo fueron necesarias para compartir información y canalizar demandas, sino también para la contención entre pares, que se encontraban intentando dar respuesta a distintas situaciones problemáticas a la distancia. Asimismo, la red institucional del CAPS estaba conformada por referentes con una fuerte inserción barrial, que actuaron como puentes entre las/los vecinas/as y los equipos de asistencia. La preocupación de cada miembro de la red por mantener actualizada la información sobre los cambios en los modos de atención de las instituciones con las que se relacionaba, permitió canalizar las distintas demandas de la población.

La tensión entre modelos centralizados y descentralizados de gestión atravesó la organización de la atención sanitaria en el territorio. La centralización tenía por objetivo limitar el desplazamiento de las personas con COVID, evitando que tuvieran contacto con quienes concurrían por otras patologías a los distintos efectores de salud. Pero esta forma de gestión restringía la participación de las organizaciones sociales en la implementación de las acciones preventivas. La fortaleza del vínculo previo entre ellas y el CAPS permitió que se encontraran formas de trabajo en conjunto y que

continuaran facilitando el acceso de la población a la salud. Por su inserción territorial, el CAPS recibió las consultas de las vecinas/os que no podían comunicarse con el servicio de emergencias. Ante el aumento de la demanda, la atención debió descentralizarse y el equipo psicosocial se ocupó de la atención remota de las personas con COVID y sus familias.

Las TICS fueron el principal canal de comunicación que posibilitó los contactos. Este modo de trabajo implicó un desafío para el equipo, que solía construir sus vínculos en la interacción cara a cara. Pero también supuso un desafío porque las profesionales debieron combinar el trabajo presencial y el no presencial, el teletrabajo con el trabajo doméstico y el de cuidados, lo que sumó stress y extendió la jornada laboral.

La atención por COVID se incorporó como objeto de intervención del equipo psicosocial. La relación con las personas con COVID y sus familias estaba atravesada por la tensión entre el control y el cuidado. Si bien las profesionales instaban a las personas con COVID y a sus familias a mantener el aislamiento de modo estricto, su

predisposición a responder las consultas aún por fuera del horario de trabajo y a facilitar la resolución de los problemas que se iban presentando ayudaron a construir, en la mayor parte de los casos, una relación de confianza, permitiendo la atención de sus contactos estrechos. Se trataba de una intervención en la urgencia, en la que las personas se encontraban atemorizadas tanto por la posibilidad de haber contraído el virus como de transmitirlo. La escucha atenta del equipo, la apertura de un espacio para la expresión de temores y necesidades y la predisposición para buscar respuestas, permitieron seguir construyendo redes, facilitando la circulación de recursos y sentidos sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

Se trató de volver a encontrar en medio de la pandemia un nuevo camino para poder habilitarnos como profesionales y desde ese lugar asistir a la población. Pero no fue sin dar un rodeo que implicó perplejidad inicial, reflexión, reorganización, reestructuración como procesos no lineales sino al modo de espiral, para reencontrar sorprendentemente el mismo horizonte que no es otro que el intento de mitigar el padecimiento social.

BIBLIOGRAFÍA

- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5 (1), 27-47. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/229/218>
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología* 34 (46), 123-143. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/25710>
- Bertolotto, A., Fuks, A. y Rovere M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36 (94), 362-374. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a09v36n94.pdf>
- Bulcourf, P. y Cardozo, N. (2020). La pandemia del COVID 19: Pensar al Estado en un marco de incertidumbre y complejidad. *Metapolítica*, 24 (109), 44-53. Recuperado de <http://metapolitica.blogspot.com/2020/06/numero-especial-que-podemos-decir-desde.html>
- Clemente, A. (1995). Estrategia de vida y adaptación al riesgo. *Cuadernos de Trabajo Social*. Año 1.
- Dabas, E. (2001). Redes sociales: niveles de abordaje en la intervención y organización en red. *Panorama*. Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/71292/345905/file%20>
- Elizalde, C. y Maglione, C. (2014). Las redes como parte de la solución y como problema. En: Clemente, A. (Coord.), *Territorios Urbanos y Pobreza Persistente* (pp. 185-216). Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Galante, A., Pelle, R., Jaime L. y Pereyra, E. (setiembre, 2020). Si pudiera te abrazaría: los cambios en la atención del equipo psicosocial de un centro de atención primaria de la salud, ante la emergencia sanitaria por COVID 19. En Lehner, P., Ponce, M., Adissi, G. y Rojo, M. (Coord.), *Formación y Condiciones de Trabajo en Salud. XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
- Galante A., Rossi D., Goltzman P. y Pawlowicz M.P. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Escenarios*, 14, 113-121.
- Ginés González García: Me preocupa más el dengue que el coronavirus. (5 de febrero de 2020). *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/245676-gines-gonzalez-garcia-me-preocupa-mas-el-dengue-que-el-coron>
- Giniger N. (2020). Teletrabajo. Modalidad de trabajo en pandemia. *Observatorio Latinoamericano y Caribeño*, Año 1. Vol. 4, 24-39. Recuperado de <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/observatoriolatinoamericano/article/view/5451/4850>
- Instituto del Conurbano. (Abril de 2020). *El Conurbano en la Cuarentena II. Informe del segundo relevamiento a referentes de los barrios populares del Conurbano Bonaerense en el contexto de aislamiento social obligatorio*. Recuperado de <http://observatorioconurbano.uns.edu.ar/Publicaciones/El-Conurbano-en-la-cuarentena.-Segundo-informe.pdf>
- Johnson M. C., Saletti-Cuesta, L. y Tuma, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl.1):2447-2456. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/csc/2020.v25suppl1/2447-2456/es>
- Lafit J. (2016). Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud. *Cátedra Medicina Social*. FTS.UNLP. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lafit_jimena_ficha_de_catedra_%20APS.%20-Ficha%20de%20C3%A1tedra-.pdf
- Laurell, a. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. En *Cuadernos Médicos Sociales* 37. CESS.
- Ministerio de Economía de la República Argentina. (Junio de 2020). *Presupuesto General de la Administración Nacional. Ejercicio 2021. Informe de Avance al Honorable Congreso de la Nación*. Recuperado de https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/info_avance/2021.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata.
- Organización Mundial de la Salud (2003). El brote de SRAS ha sido contenido en todo el mundo. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr56/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2020): *Novel Coronavirus. Representación OPS/OMS Argentina* Actualiza-

ción 03-08-2020 – 2 PM, Recuperado de: www.paho.org/arg/coronavirus

Petrucci, A., Cazzaniga, S., Sosa, F.; Salazar, L.; Pieruzzini, R., Villagra, V. y Puntin, L. (2014) Territorialidades. Miradas desde el Trabajo Social. *XXVII Congreso Nacional de Trabajo Social*. Recuperado de: <https://issuu.com/faapss/denocs/petrucci>

Pichón, R. (1975). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Presidencia de la Nación Argentina. Decreto 297/2020 Aislamiento social, preventivo y Obligatorio. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Rossi, D, Pawlowicz., M.P. y Zunino Singh, D.(2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos*

de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud. Buenos Aires: Intercambios.

Rovere, M. (2006). *Redes En Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. Rosario: El Agora. Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario. Instituto de la Salud “Juan Lazarte”. Recuperado de <https://elagoraasociacioncivil.wordpress.com/2015/05/06/redes-en-salud-los-grupos-las-instituciones-la-comunidad>

Sotelo I. (2007). *Clínica de la urgencia* Buenos Aires: JCE Ediciones.

Vasco Uribe, a. (1987). *Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad*. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín.

