

El acceso a los servicios de salud durante el primer año de la Pandemia COVID-19: las experiencias y miradas de un equipo de salud público del primer nivel de atención

Betina Freidin -*freidinbetina@gmail.com*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales (UBA) - Carrera de Sociología (FSOC-UBA)

Matías Salvador Ballesteros -*matiballesteros@yahoo.com.ar*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales (UBA) - Carrera de Sociología (FSOC-UBA)

Agustín David Wilner -*awilner@sociales.uba.ar*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales (UBA) - Carrera de Sociología (FSOC-UBA) - Carrera de Sociología (FSOC-UBA)

Mercedes Krause -*merkrause@gmail.com*

Investigaciones Gino Germani FSOC-UBA) - Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) - Carrera de Sociología (FSOC-UBA)

Recibido: 16-06-2022

Aprobado: 12-09-2022

Resumen: Con la irrupción de la Pandemia COVID-19 en marzo de 2020 se reorganizaron los servicios de salud en los distintos niveles de atención, lo que implicó cambios en las prioridades sanitarias y en las modalidades de atención. Paralelamente, las medidas implementadas por el gobierno para disminuir la circulación comunitaria del virus

impactaron negativamente en las condiciones de vida de amplios sectores de la población. A partir de entrevistas en profundidad realizadas con profesionales de la salud de un centro de atención primaria público de un barrio de clase popular del conurbano bonaerense, en este artículo damos cuenta de las dificultades en el acceso a los servicios de salud públicos que se generaron y amplificaron durante el primer año de la pandemia. Sus testimonios refieren al primer nivel de atención, así como a servicios de mayor complejidad de gestión municipal y provincial con los que el centro de salud trabaja en red. Asimismo, analizamos cómo desde sus visiones la pandemia y las medidas de aislamiento afectaron las condiciones de vida de los vecinos del barrio con sus consecuencias para su salud psicofísica.

Palabras clave: Pandemia COVID-19; acceso a los servicios de salud; atención primaria; conurbano bonaerense

Abstract: With the outbreak of the COVID-19 pandemic in March 2020, health services were reorganized, followed by changes in public health priorities and health care provision modalities. In parallel, policies implemented to reducing the spread of the virus had a negative impact in the living conditions of vast population groups. Based on in-depth qualitative interviews conducted with primary care workers who worked in a working-class neighborhood located in the outskirts of Buenos Aires city, in this article we address the difficulties, either new ones or amplified, to access to public health services in the first year of the pandemic. Their testimonies refer to primary care services but also to more complex ones, under the dependence of both state and local administration, with which they should work in an articulated way. We also analyze how, from their views, the pandemic and the confinement months affected the neighbors' living conditions and their physical and mental health.

Keywords: COVID-19 pandemic; access to health services; primary care; Buenos Aires periphery

Introducción

La irrupción de la pandemia COVID-19 en marzo de 2020 constituyó una emergencia sanitaria con un gran impacto en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante un virus desconocido y de alta transmisión comunitaria. Por las políticas de aislamiento y de cierre de actividades implementadas en los distintos contextos nacionales y subnacionales durante el año 2020¹, la pandemia también tuvo profundas consecuencias económicas y sociales que amplificaron las desigualdades sociales y deterioraron las condiciones de vida de los grupos sociales más vulnerables en términos laborales, materiales y territoriales (PAHO/WHO 2020, Salvia 2020, Diez- Roux 2020).

Varios relevamientos realizados en nuestro país documentaron la capacidad de respuesta del sistema sanitario en los distintos niveles de atención, subsistemas y jurisdicciones, y el impacto socioeconómico y para la salud de la población de las políticas de aislamiento preventivo impuestas a lo largo del país, y en particular, para los hogares con mayores niveles de precariedad laboral y de hábitat en el Conurbano bonaerense (Comisión de Ciencias Sociales-Relevamiento COVID-19, 2020, ICO, 2020; Ariovich et al. 2021, Ernst y Mourelo 2020, Donza y Poy 2021, Maceira y Cyunel 2021, Colella et al. 2021, Freidin et al. 2021). En este artículo, a partir de entrevistas en profundidad con profesionales de la salud de un centro de atención primaria público de un barrio de clase popular del norte del conurbano bonaerense realizadas de manera remota durante el último trimestre del 2020, analizamos las dificultades en el acceso a los servicios de salud que se generaron y profundizaron durante el primer año de la pandemia. Sus testimonios refieren al primer nivel de atención así como a servicios de mayor complejidad de gestión municipal y provincial con los que el centro de salud trabaja en red. Asimismo, y de manera complementaria, analizamos cómo desde sus visiones la pandemia y las medidas de

¹ El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) establecido por el gobierno nacional el 20 de marzo significó el confinamiento de la población en sus viviendas o en el lugar en que se encontraban, la abstención de concurrir a sus lugares de trabajo y restricciones para la circulación, con la excepción de las personas afectadas a actividades y servicios considerados esenciales en el contexto de la emergencia sanitaria. Los plazos de su vigencia fueron extendiéndose según la situación epidemiológica en las distintas jurisdicciones a lo largo del año, estableciéndose excepciones progresivas al confinamiento (y retrocesos, según fases de administración del aislamiento) para actividades económicas, profesionales, comerciales y culturales y para el uso de los espacios públicos con fines recreativos. El 7 de noviembre de 2020, cuando la situación epidemiológica mostraba un sostenido descenso de casos y del ritmo de transmisión comunitaria del virus, el gobierno nacional dispuso el “Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (DISPO), en reemplazo del aislamiento. El área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) quedó incluida en esta nueva disposición hasta fines del año 2020.

aislamiento afectaron las condiciones de vida de los vecinos del barrio con sus consecuencias para su salud psicofísica.

Los servicios de salud durante la pandemia

Con la irrupción de la pandemia se esperaba que el primer nivel de atención constituyera un pilar fundamental como puerta de entrada al sistema sanitario y primer eslabón de la red asistencial para dar las respuestas clínicas frente al nuevo virus. Los servicios del primer nivel tendrían que diferenciar entre los pacientes con síntomas respiratorios a aquellos con COVID-19, haciendo un diagnóstico temprano y ayudando a los grupos de riesgo a manejar la ansiedad que generaba el nuevo virus (WHO 2020:1). Para cumplir esta función los equipos de salud tendrían que contar con el apoyo de las autoridades sanitarias con el fin de aumentar la capacidad resolutive y asegurar la adaptación de los servicios al nuevo contexto para atender las necesidades de los grupos vulnerables, incluyendo entre ellos a los niños, adultos mayores y personas con condiciones de salud preexistentes. Asimismo debería asegurarse la continuidad de servicios esenciales para reducir el riesgo de muertes evitables (WHO 2020).

En Argentina, y como sucedió en otros contextos nacionales (Diez Roux 2020, Rosebaum 2020), el cambio en las prioridades sanitarias por la pandemia y los protocolos de atención implementados dificultaron el acceso a la atención para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles crónicas y factores de riesgo que tienen una importante carga en la morbi-mortalidad de la población. Desde el sector salud se expresó la preocupación por lo que denominó la “otra” pandemia, en referencia a las consecuencias adversas de la postergación de cuidados y de la atención de pacientes con enfermedades de base y de las actividades de prevención desde la aparición del nuevo virus. Para mediados del 2020, se advertía que en el primer nivel de atención puede resolverse el 80% de las necesidades de salud de las personas de todas las edades y etapas de la vida, pero que para ese momento de evolución de la pandemia, se habían reducido sus actividades

entre un 20 y 30%, con un descenso de las consultas por enfermedades agudas y crónicas mayor al 60%².

La emergencia sanitaria producida por el COVID-19 complejizó la situación crítica que atravesaba el sistema de salud argentino en un contexto más amplio de crisis socioeconómica, e implicó la reorganización de los servicios en los distintos niveles de atención y subsistemas público, privado y de la seguridad social para dar prioridad a la pandemia. Junto con la reorganización de los servicios de APS, en el segundo nivel de atención, como lo muestra el relevamiento realizado por Maceira, Olaviaga e Iñaga (2021), las estructuras hospitalarias públicas que acumulaban décadas de desinversión debieron readecuarse y reorganizarse rápidamente anticipándose a la transmisión comunitaria del virus. En 2020 el subsector público concentraba el 77% de las camas de internación, y del total de camas sólo el 30% correspondían a cuidados intensivos, según la información relevada por los autores. La pandemia puso en evidencia la necesidad de inversión y de actualización en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, así como la presencia de grandes disparidades entre provincias en los recursos sanitarios disponibles, en una coyuntura en la que debieron aumentar las camas críticas y de internación. Quedó asimismo afectada la atención ambulatoria, porque numerosos establecimientos se centraron únicamente en la atención del COVID-19, mientras que aquellos que mantuvieron la oferta de la atención no COVID-19 vieron una gran disminución de la demanda por el miedo de la población al contagio, afectando la continuidad e integralidad de la atención; aunque luego de las restricciones iniciales también se implementó la teleconsulta y la receta electrónica para incentivar la demanda no expuesta (Maceira et al., 2021:14-15). Dicho informe también remarca que el trabajo en red de los efectores de salud se vio afectado, especialmente en las áreas de salud mental y salud sexual y reproductiva, aunque algunas jurisdicciones mejoraron la articulación asistencial a través de la interconsulta digital.

Para marzo de 2020 el primer nivel de atención del sector público en la provincia de Buenos Aires presentaba importantes falencias. Estudios previos realizados en el

² Impacto de la Pandemia COVID sobre el sistema de salud argentino, 24 de agosto de 2020, disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud/situacion-de-los-trabajadores-de-la-salud-durante-la-pandemia-de-covid-19>.

Conurbano mostraban las restricciones presupuestarias, de insumos y recursos humanos, con la especificidad local propia de cada Municipio y región sanitaria, que afectaban la capacidad de dar respuesta asistencial y mantener las actividades de prevención y promoción de la salud en el territorio, propias de la APS. Se sumaban las condiciones precarizadas de contratación de gran parte del personal y los bajos sueldos, junto con el deterioro de las condiciones de vida de los sectores populares con la pérdida de puestos formales de trabajo, el desempleo y el aumento de la pobreza que incrementaban la demanda de atención en los servicios públicos (Ceriani y Kanterewicz 2019, Chiara 2019, Crojethovic y Ariovich 2018, Freidin et al. 2020, Salvia 2019).

Con la irrupción de la pandemia, en el Conurbano Bonaerense se suspendieron actividades de promoción y prevención en el primer nivel de atención público, hubo restricciones para el seguimiento de pacientes crónicos y para la salud materno-infantil, y se implementaron algunas estrategias para la atención remota. Se sumaron faltantes de medicamentos de programas nacionales y provinciales y de vacunas del calendario oficial, y la brecha tecnológica complicó implementar dispositivos de telemedicina (Comisión de Ciencias Sociales-Relevamiento COVID-19 2020, ICO 2020:21-22, Freidin et al. 2021, Ariovich, Crojethovic y Jiménez 2021).

Las condiciones de vida en los barrios populares del conurbano bonaerense durante la pandemia

La emergencia sanitaria encontró al país con un mercado laboral con una alta tasa de desempleo, especialmente entre los jóvenes, y con una alta informalidad de la economía que genera trabajos precarios y desprotegidos para gran parte de la población ocupada. Las mujeres se vieron afectadas especialmente por la disrupción socioeconómica al estar sobre-representadas en actividades de servicios y por la carga de cuidado en el hogar (Ernst y Mourelo 2020:3). La disminución de la actividad económica y la caída del empleo en el contexto de la crisis sanitaria produjeron una fuerte disminución de ingresos; especialmente en los hogares pobres o cercanos a la línea de pobreza, con integrantes que trabajaban mayormente en la construcción, el comercio y el servicio doméstico no registrado (Ernst y Mourelo 2020:8-9). Particularmente afectados resultaron los

trabajadores informales con hijos mayores de 18 años que están excluidos de la Asignación Universal por Hijo (AUH), uno de los principales mecanismos de protección social no contributivos, y los independientes monotributistas que no cuentan con seguro de desempleo ni con la cobertura de enfermedad profesional (Ernst y Mourelo 2020:15). Los datos de la encuesta nacional de tipo panel relevada por el ODSA muestran que en el período 2017-2020 se incrementó la pobreza entre los/as trabajadores/as que vivían en hogares del estrato trabajador integrado y del estrato marginal, los que residían en el Conurbano Bonaerense, y entre las mujeres y trabajadores/as en edades centrales (35-59 años). En el año 2020 los trabajadores/as con baja educación formal, de origen extranjero, con niños/as en su hogar y con empleos precarios/as fueron quienes tuvieron más chances de pasar a ser pobres por sus ingresos (Donza y Poy 2021:8).

En el conurbano de Buenos Aires las condiciones del hábitat en los barrios populares también evidenciaron las profundas desigualdades en el derecho a la ciudad y en las posibilidades de cuidado. Las condiciones de las viviendas dificultaron el cumplimiento del ASPO; al déficit habitacional se sumó la incapacidad de pago de alquileres y servicios, circunstancias que agravaron conflictos familiares y la violencia de géneros y hacia las infancias (Collela et al. 2021, Maceira y Cyunel 2021, UNICEF 2020). Asimismo, y vinculado con las condiciones del hábitat, se vio dificultada la movilidad fuera de los barrios para satisfacer necesidades cotidianas de ingresos, abastecimiento de alimentos y otros consumos. Ello llevó a algunas intervenciones públicas provinciales y municipales, que con mayor y menor éxito, buscaron acercar algunos de los servicios al territorio y la activación de las redes barriales que en conjunto con organizaciones territoriales y políticas buscaron brindar asistencias y soportes comunitarios a los hogares con mayores necesidades, y facilitaron también articular reclamos ante las autoridades (Colella et al. 2021, Ariovich et al. 2021, Aparicio et al. 2020).

Perspectiva analítica sobre el acceso a los servicios de salud

La búsqueda de atención y el acceso a los servicios de salud son procesos dinámicos, interactivos y adaptativos que se configuran a lo largo del tiempo (Ricketts y Goldsmith 2005). Intervienen en ellos las características de los servicios sanitarios, las experiencias

previas de atención de los usuarios, de su grupo familiar y de sus redes interpersonales y los recursos personales y familiares. Acceder a los servicios requiere de un trabajo por parte de los potenciales usuarios, que puede ser mayor o menor en términos de esfuerzo y complejidad, e implica el conocimiento de la oferta disponible y contar con recursos, tales como acceso a medios de transporte y tiempo laboral flexible (Dixon-Woods et al. 2006). La satisfacción con la atención recibida, así como el conocimiento adquirido sobre cómo transitar por los servicios, inciden en las subsecuentes búsquedas de atención; y los procesos de elegibilidad y “permeabilidad” (cuán facilitada u obstaculizada se encuentra la utilización de los servicios) de los distintos efectores asimismo pueden constituir barreras para el acceso y generar frustración para los potenciales usuarios desalentando el uso subsecuente (Ricketts y Goldsmith 2005, Dixon-Woods, et al. 2006, Freidin et al. 2019). En este proceso que se retroalimenta, los usuarios aprenden de sus experiencias previas de utilización y aceptan o rechazan la atención que reciben en la medida en que tienen otras opciones para elegir, aunque sean mínimas (Ricketts y Goldsmith 2005).

El acceso a los servicios de salud se conceptualiza a partir de la interrelación entre las características y necesidades de la población y los recursos y la organización de los servicios (Andersen 1995, Frenk 1985). La existencia de efectores de salud no implica que la población pueda acceder efectivamente a la atención, distinguiéndose la disponibilidad potencial (la coexistencia de una población en tiempo y espacio con los servicios) de la efectiva (la atención provista) (Andersen 1995). En este sentido, la noción de accesibilidad es relacional y refiere al ajuste entre las necesidades de salud de la población y los recursos sanitarios disponibles (Frenk 1985). Siguiendo a este autor, una noción amplia de la accesibilidad tiene en cuenta las creencias en salud de la población, la percepción de la necesidad de atención y la confianza en el sistema sanitario, factores que a su vez se consideran entre los determinantes de la utilización de los servicios sanitarios.

En el proceso de la búsqueda de atención pueden presentarse múltiples barreras u obstáculos que afectan el acceso, la continuidad y la integralidad de la atención, repercutiendo en el estado de salud de la población (Restrepo-Zea et al. 2014, Ricketts y Goldsmith 2005, Guagliardo 2004, entre otros). Los obstáculos pueden ser organizativos

(horarios de atención, procedimientos administrativos, tiempos de espera), económicos (los costos del proceso de atención), de disponibilidad de profesionales y efectores, y de accesibilidad geográfica (relación entre la ubicación de los usuarios potenciales y de los efectores). En el marco de la atención primaria de la salud, Starfield (2001) distingue varias dimensiones para analizar la accesibilidad a los servicios sanitarios, siendo los efectores del primer nivel el contacto inicial o puerta de entrada al sistema en articulación con los otros efectores de la red asistencial, según la amplitud y gama de la oferta de servicios, que permitan a través de la coordinación entre los servicios la continuidad e integralidad de la atención. Siguiendo a Chiara (2016) estas dimensiones permiten analizar el proceso de atención en sus relaciones con el territorio. Desde una perspectiva de equidad, los sistemas de salud deben garantizar el derecho a la atención integral y continua, removiendo las barreras que reproducen desigualdades sociales en salud y daños evitables (Bianco y Grigaitis 2005).

La pandemia constituyó un escenario de emergencia en el que se modificaron las prioridades sanitarias y se reorganizó la operatoria de los servicios de los distintos establecimientos de la red asistencial. Esto implicó un desajuste entre las experiencias y conocimientos previos de los usuarios y las nuevas condiciones de acceso y elegibilidad para la atención en los distintos niveles del sistema sanitario. Estos cambios afectaron especialmente a las personas con condiciones crónicas de salud y factores de riesgo, quienes requieren de un contacto más frecuente con los servicios de salud. A su vez, algunas condiciones de base incrementaron el riesgo de gravedad y muerte frente al COVID-19, por lo que los obstáculos que se presentaron para la atención oportuna, continua e integral fueron particularmente perjudiciales para este grupo de pacientes. Se sumaron las dificultades para movilizarse producto del ASPO, especialmente para quienes dependían del transporte público, incrementándose las barreras espaciales o geográficas en el acceso a los servicios y en la continuidad de la atención. Los cambios en las modalidades y protocolos de atención por COVID-19 sumaron obstáculos organizativos; a la vez que la introducción de dispositivos de teleconsulta requirió mayores recursos y capacidades

tecnológicas tanto para los equipos de salud como para los usuarios en un contexto de grandes disparidades sociales producto de la brecha digital.

Aspectos metodológicos

Los datos de este artículo provienen de entrevistas cualitativas semi-estructuradas realizadas a integrantes del equipo de salud de un Centro de Atención Primaria (CAPS) público de un barrio de clase popular del conurbano norte de Buenos Aires. El municipio corresponde a la región sanitaria V. Se trata de un barrio en el que veníamos realizando trabajo de campo sobre el cuidado de la salud previo a la pandemia, entrevistando a integrantes del equipo de salud de dicho centro, referentes barriales, y vecinas y vecinos³.

Durante el primer año de la pandemia, entre fines de octubre y mediados de diciembre 2020, realizamos entrevistas cualitativas semi-estructuradas de manera virtual mediante las plataformas Zoom y Meet, que duraron entre una hora y una hora y media. Entrevistamos a dos médicas generalistas, dos trabajadores sociales, una enfermera, una pediatra, una odontóloga y una agente sanitaria. Una de las entrevistadas también estaba a cargo de la dirección del CAPS. Con la excepción de un trabajador social todas las entrevistadas fueron mujeres, por lo que los datos reunidos reflejan casi en su totalidad las experiencias y visiones de integrantes mujeres del equipo de salud. Cabe aclarar que la mayoría del staff del CAP son mujeres. Realizamos el trabajo de campo virtual en un período de un sostenido descenso de casos de COVID-19 en el AMBA, y antes que se diera inicio a la vacunación del personal de salud en el país. La investigación previa la pandemia que veníamos realizando en el barrio y con el equipo de salud nos permitió establecer lazos de confianza que facilitaron recontactar al personal en el año 2020. Del personal contactado, tres de ellos no aceptaron hacer la entrevista por falta de tiempo (una empleada administrativa, un médico generalista y una pediatra).

Si bien las entrevistas remotas facilitan concertar los encuentros también presentan limitaciones. La disponibilidad de tecnología, de datos móviles y la conectividad pueden

³ Proyectos UBACyT 20020170100024 y PICT 1391, ambos dirigidos por Betina Freidin en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires.

constituir barreras. En nuestro caso, el personal entrevistado se conectó en su mayoría desde sus hogares, y cuando lo hicieron desde el CAPS, la conectividad fue muy inestable lo que dificultó el diálogo en varios momentos. Asimismo, la privacidad durante la situación de entrevista puede ser difícil de lograr en encuentros realizados desde el hogar o los lugares de trabajo. En nuestro caso pudo preservarse en ambas circunstancias.

Incorporamos de manera complementaria en el análisis, información reunida en un conversatorio sobre APS en el contexto de la pandemia que realizamos con dos médicas generalistas en agosto de 2020; una de ellas trabajaba en un CAPS de otro Municipio de la región sanitaria V, y su colega en un hospital de la ciudad de Buenos Aires. El conversatorio con las médicas generalistas se realizó en el marco de la presentación del libro *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires*, de nuestra autoría. El libro cubrió las experiencias del equipo de salud del CAPS con anterioridad a la pandemia. Su presentación constituyó una oportunidad para entablar una conversación colectiva con las médicas sobre continuidades y interrupciones en el trabajo de APS en el AMBA durante el primer año de la pandemia.

Utilizamos un formulario de consentimiento informado que leímos al inicio de cada entrevista, solicitando autorización para grabar el audio. Desgrabamos las entrevistas de manera completa y *verbatim*, y las analizamos siguiendo la estrategia del análisis temático mediante la codificación de los materiales reunidos, fichas resumen y matrices (Freidin 2017). Asimismo, grabamos y transcribimos el conversatorio y codificamos el material reunido siguiendo ejes temáticos y códigos comunes a los utilizados para analizar las entrevistas. Los nombres de las personas entrevistadas fueron cambiados para mantener el anonimato, omitimos asimismo identificar el CAPS, la localidad y el barrio.

La reorganización del CAPS durante el primer año de la pandemia

Siguiendo las directivas municipales, el 20 de marzo de 2020 el CAPS cerró sus puertas por seis días. Cuando retomó sus actividades lo hizo con un horario y personal muy reducido: una médica generalista, una enfermera, dos empleadas administrativas y la encargada de la farmacia. La farmacia se reabrió para la entrega de medicación para

pacientes crónicos empadronados y el retiro de anticonceptivos y de leche. Se agregó un servicio muy reducido de demanda espontánea para urgencias, se implementó el protocolo para casos de sospecha de COVID-19, y parte del personal quedó afectado a distintos operativos de testeo en el territorio organizados por las autoridades nacionales y municipales. Se restringió la presencia de los residentes de medicina general y trabajo social, que completaban su formación de postgrado en el CAPS, lo que afectó la capacidad de respuesta asistencial y de gestión de recursos. Se suspendió el servicio de odontología de niños y adultos, quedando una única odontóloga trabajando en el CAPS a cargo de la bioseguridad y para ayudar a cubrir otras múltiples tareas. Las postas sanitarias ubicadas en las zonas de mayor vulnerabilidad socio-sanitaria donde trabajaba parte del equipo de salud permanecieron cerradas durante el 2020, quedando suspendidos los consultorios y los talleres de promoción de la salud que allí se realizaban. Las vecinas voluntarias que colaboran en ellas, sin embargo, siguieron en contacto con la población. Marta, agente sanitaria, destaca la tarea que realizaron en el barrio para brindar información sobre el funcionamiento del CAPS, gestionando turnos y acceso a múltiples recursos, especialmente para familias aisladas por contagio.

Antes de la pandemia la caída de cobertura de obra social por el aumento del desempleo y la precarización laboral había incrementado la demanda de atención en el CAPS. El equipo de salud describía el escenario de trabajo como de “*desborde asistencial*”, sin un incremento acorde en los recursos humanos, con puestos vacantes y licencias sin cubrir, lo que limitaba la capacidad de respuesta asistencial y, sobre todo, el trabajo preventivo y de promoción en el territorio propio de APS (Freidin et al. 2020). Durante la pandemia, además de atender la emergencia del COVID-19 y las urgencias que se canalizaban por demanda espontánea, parte del equipo continuó con servicios asistenciales esenciales para la población “sana”, que de acuerdo a las directivas provinciales quedó inicialmente restringida a la atención de embarazadas, púerperas, recién nacidos y bebés de hasta 6 meses, asesoría por ILE (interrupción legal del embarazo), y a continuar con el calendario oficial de vacunación de niños y adultos. Recién para septiembre de 2020 se pudo organizar la demanda espontánea durante la mañana para una cantidad limitada de

pacientes y se abrió a la tarde la agenda para algunos turnos programados espaciados para pacientes crónicos y controles de salud de niños hasta dos años. Durante esos meses, siguieron las directivas de la Secretaría de Salud para redirigir la atención de guardia a los dos hospitales municipales y a otros tres hospitales de nivel intermedio a una mayor distancia del barrio. La reorganización del trabajo de la red de efectores y los cambios de horarios de atención en el CAPS implicaron un mayor esfuerzo de traslado para los vecinos, en un momento en el que la circulación estuvo muy restringida.

Para fines de octubre de 2020 estaban retomando el servicio de salud de la mujer con talleres de métodos anticonceptivos y días para realización de PAP que se articularon con móviles sanitarios en el territorio. Tuvieron que *“rearmar la demanda”* de cuidado preventivo ginecológico que había quedado rezagado por la reprogramación de la atención en el CAPS en los primeros meses de 2020, pero también por las nuevas preocupaciones y prioridades que impuso la pandemia para la población. La discontinuidad en la provisión de algunos métodos anticonceptivos durante varios meses, especialmente los inyectables, ocurrió en paralelo con el aumento de consultas por ILE. Para diciembre de 2020 algunos servicios continuaban postergados, como el seguimiento del *“niño sano”* mayor de dos años que, aunque con turnos y días muy restringidos de atención, anteriormente se brindaba en las postas, especialmente para la firma de libretas para la AUH. Si bien se prorrogaron los plazos durante 2020, esta tarea buscó centralizarse en gran parte en el CAPS. Los consultorios de odontología seguían suspendidos. También permanecían cerradas las postas, donde con muchas limitaciones edilicias y de recursos humanos con anterioridad a la pandemia se trataba de dar continuidad al trabajo extramural a través de talleres para niños, niñas y adolescentes y consultas colectivas interdisciplinarias.

La atención por COVID-19

La atención de casos con sospecha de COVID-19 fue cambiando según las directivas y protocolos y los recursos propios y de derivación de gestión local y provincial con los que contaba el CAPS. Durante los primeros meses, el CAPS no realizaba hisopados y era muy difícil poder conseguir un lugar donde derivar los casos sospechosos: *“era una pelea para*

encontrar turnos para hisopar” (Dirección). Siguiendo los protocolos elaborados por el Municipio a las personas con síntomas compatibles con COVID-19 se les indicaba aislamiento por diez días. Desde el CAPS les realizaban el seguimiento a distancia inicialmente por vía telefónica y luego con la aplicación de WhatsApp. Posteriormente se comenzaron a realizar hisopados en el centro. Si un paciente necesitaba hisoparse y no quedaban más turnos, los vecinos tenían que ir a establecimientos ubicados en otros barrios que contaran con cupo. Tener que trasladarse complicaba la accesibilidad e implicaba una mayor exposición al contagio, principalmente para quienes dependían del transporte público.

Los operativos de testeo en el territorio tampoco daban abasto para satisfacer la demanda. Claudia, médica generalista que participó en dos operativos, cuenta que esta situación generaba desesperación en la gente, “había cupo para cien personas y teníamos una fila de doscientos, sintomáticos, ahí en pleno pico fue (...), la gente estaba desesperada por el hisopado”. La no realización del hisopado ante la sospecha de COVID-19 debido a las dificultades para conseguir turnos, o por la distancia a los centros de testeo, podía acarrear dos tipos de consecuencias negativas. Debido a que las personas no tenían confirmación de estar contagiadas, era más probable que quienes lo estaban no se aislaran y contagiaran a otros. Pero también podía darse la situación inversa, es decir, que una persona que no estuviera contagiada se aislara durante varios días innecesariamente. Esto último tenía consecuencias negativas para la dinámica familiar, particularmente para la población con trabajos precarios, sin licencias pagas por enfermedad y que dependía del trabajo diario para subsistir. En este sentido, la “desesperación” para hisoparse se entiende en parte por la necesidad de saber si era necesario aislarse, además de para saber si estaban cursando la enfermedad.

Otro problema, sobre todo en los primeros meses, estuvo vinculado con los reiterados cambios en los protocolos para los testeos no siempre eran aceptados o comprendidos por los pacientes. Lo repentino de las modificaciones en ocasiones generaba que se le indique a un paciente que debía hisoparse un día y al siguiente que no le

correspondía. Esto contribuía al clima generalizado de confusión y generaba malestar en la población que se expresaba al equipo de salud:

Me acuerdo de haber llamado a un paciente un día para decirle que al día siguiente venga a hisoparse (...) y al otro día llamarlo y decirle: «Mire, cambió el protocolo hace dos horas, usted hoy no venga, porque ya no es necesario hisoparse». Eso nos pasaba todo el tiempo; nos sigue pasando (...) Y la gente me decía... bueno, todo lo que nos han dicho y lo que no nos han dicho... (Claudia, médica generalista).

Como contracara de lo anterior, desde la Dirección del CAPS se señala que cuando ya habían disminuido los casos de infectados, no llegaban a cubrirse los turnos que disponía el CAPS para testeos. También que muchos de los testeos que realizaban no estaban vinculados con síntomas sino con exigencias que debían cumplir para poder volver a trabajar o viajar a otra provincia u otro país, en el caso de migrantes. Si bien uno de los motivos de la poca cantidad de testeos realizados era la baja en la cantidad de casos, también se lo vincula con el hecho que parte de la población no quería concurrir a hisoparse por temor a estar infectado y tener que aislarse, con las consecuencias económicas para el hogar, “aislarte diez días, que todo tu grupo familiar se aisle, que vos no puedas ir a laburar, entonces también si la persona no está con síntomas graves, por ahí no se hisopaba” (Dirección).

La atención de los pacientes crónicos y en tratamiento

Durante la pandemia se agudizó el problema de larga data de la insuficiente provisión de medicación e insumos provenientes de programas nacionales y provinciales, especialmente, pero no sólo, para pacientes diabéticos y que no se alcanzan a suplir con las compras municipales (Freidin et al. 2020). La posibilidad de adquirir la medicación faltante en la farmacia central del municipio quedó restringida a casos excepcionales y bajo procedimientos más burocratizados de autorización que los habituales, a lo que se sumaron las barreras que impuso el ASPO para la circulación de la población. Un cambio en la gestión municipal del empadronamiento de nuevos pacientes crónicos que pasó a estar centralizado por la Secretaría de Salud generó una mayor restricción no sólo para quienes

sólo contaban con la cobertura pública, sino también para pacientes con cobertura de obra social y del PAMI que por cercanía geográfica y trabas burocráticas para acceder a las consultas y tratamiento preferían atenderse en el CAPS y evitar los costos y el tiempo de traslado a otra localidad, incluyendo la CABA. La falta de algunos medicamentos esenciales y su reemplazo por otros fármacos según los “vaivenes” en las partidas que iban recibiendo complicaron el seguimiento de los tratamientos durante la pandemia, un obstáculo que aunque recurrente antes de 2020, agregaba incertidumbre y dificultades para los pacientes crónicos, que a su vez tenían mayor riesgo de complicaciones frente al nuevo virus.

Inicialmente la gente con enfermedades de base dejó de concurrir al CAPS por las restricciones a la circulación y por la reorganización del CAPS. Se sumó la falta de información en el barrio sobre si el centro había reabierto y bajo qué modalidad, y la que circulaba de manera confusa a través del boca en boca y en las redes sociales, “al principio fue muy terapia de shock, “no salga”. Y la gente después quizás ni sabía: «Ah, yo pensé que seguía cerrado», te decían” (Lucía, médica generalista). El miedo al contagio del COVID-19, junto el rumor que se difundió en el barrio de sospecha de un caso de contagio entre el personal ni bien iniciada la pandemia, también retrajo a la gente a ir al CAPS, “te lo decían: «No quiero salir, no voy a buscar ni la medicación». Después cuando empezaron a volver te decían eso: «No, dos meses no vine porque tenía miedo, no quería salir” (Claudia, médica generalista). Sin embargo, con el correr de los días el mayor conocimiento público de las comorbilidades que incrementaban el riesgo de complicaciones frente al COVID-19 llevó a algunos pacientes hipertensos y diabéticos a buscar medicación tras haber discontinuado los tratamientos por mucho tiempo. Esta circunstancia generó una demanda no prevista y un trabajo adicional de gestión del personal a cargo para la revisión de los padrones para regularizar su situación.

En la demanda espontánea también se evidenció el agravamiento de condiciones de salud crónicas que hubieran podido evitarse con atención médica oportuna. Llegaban pacientes con patologías respiratorias de base y diabetes “tronados” por falta de seguimiento, lo que llevó a buscar dispositivos para recaptarlos con seguimiento presencial y remoto:

El paciente EPOC que llegaba, llegaba bastante hecho fruta, ya para internarlo, y por ahí ni era COVID, era por su patología de base. (...) Pie diabéticos, que estaban para amputar, y que nos dábamos cuenta, «Che, hay que hacer el seguimiento, bueno, yo a este paciente lo voy a tener que seguir, lo cito el jueves que viene, que venga, y lo veo por no respiratorio». Y después al otro jueves cuando, decías: «Bueno, lo voy a llamar por teléfono», y ya teníamos el celular, entonces le hacíamos la videollamada. Y así decías: «Bueno, si le puedo hacer la videollamada a él, le hago la videollamada al otro, que vino por farmacia a buscar y que no sabe cómo colocarse la nueva insulina», entonces ahí empezabas a captar (Lucía, médica generalista).

Si bien los obstáculos para las derivaciones a otros efectores de la red asistencial para consultas con especialistas y estudios complementarios eran frecuentes antes de la pandemia varios se amplificaron con la crisis sanitaria, y también surgieron otros nuevos por la reorganización espacial de los servicios. Por ejemplo, durante los primeros meses de 2020, el extraccionista que concurría al CAPS una vez por semana para luego llevar las muestras a los laboratorios de los hospitales de referencia, dejó de hacerlo en el centro de salud y se trasladó al polideportivo municipal, distante a varias cuadras y accesible a través de un cruce de ruta por un puente si se va caminando. La modificación implicó tiempos y desplazamientos adicionales para los pacientes, especialmente para quienes viven en el “fondo” del barrio con menor accesibilidad al transporte público y menor disponibilidad de un medio propio. Por varios meses tampoco pudieron hacerse estudios de laboratorio en las guardias de los hospitales más cercanos por los protocolos COVID-19. Se fueron habilitando guardias en hospitales intermedios en otras localidades que contaban con el servicio de laboratorio, lo que generó mayor tiempo de gestión para los médicos para conseguir turnos, la complicación del traslado para los pacientes y demoras en diagnósticos y tratamientos.

La articulación con la red de efectores municipales para realizar estudios complementarios de imagen también presentó muchos obstáculos durante la pandemia. Lucía, médica generalista, refiere a la “odisea” que atravesaron pacientes crónicos con condiciones de salud graves que estaban en tratamiento o en etapa de control. A las deficiencias previas a la pandemia del segundo nivel del municipio para acceder a especialistas, estudios diagnósticos y tratamientos (Freidin et al. 2020, 2021), se sumaron

los horarios de atención reducidos, la disminución de personal por el mecanismo de cohortes rotativas que se implementaron en el segundo nivel, las licencias de profesionales que se encontraban entre los grupos de riesgo y por casos de contagios, y los servicios suspendidos: “el paciente que realmente requería de un acceso al sistema de salud y no lo tuvo en pandemia, es terrible lo vulnerado que está hoy en día, terrible lo que se deterioró” (Lucía, médica generalista). Comenta el caso de una paciente oncológica diagnosticada con un melanoma maligno y que también es diabética. Para marzo de 2020 se encontraba haciendo el tratamiento de quimioterapia en un hospital público de la CABA, donde también la habían diagnosticado. La deficiente oferta y calidad de la atención en el municipio de servicios especializados llevó a la propia paciente a buscar alternativas para poder acceder a una mejor y más rápida atención, pese al esfuerzo de los traslados. A las molestias e incertidumbre propias del tratamiento por su enfermedad se sumaba el largo tiempo de viaje y la incomodidad de tener que trasladarse hasta la ciudad para completar el tratamiento de quimioterapia y realizar las consultas con los especialistas:

Acá [en el municipio] no tenemos un servicio oncológico como la gente. Para el tiempo en que ella transitó hasta llegar al diagnóstico de melanoma maligno hubiera sido tarde que se quede en [el hospital provincial de referencia]. La paciente misma se dio cuenta, se fue sola a Capital. Y ahí: diagnóstico, biopsia, cirugía, quimio, adentro, entró como por un tubo. Mientras tanto aquí dio vueltas en el sistema [del municipio] uno o dos meses (Lucía, médica generalista).

Durante la pandemia, en una oportunidad como la paciente tenía fiebre no le administraron la quimioterapia, y pese a que no encuadraba en un caso sospechoso de COVID la aislaron e hisoparon. El resultado del test de hisopado nunca llegó al CAPS y retrasó el tratamiento oncológico. Las dificultades para hacerse estudios de control de imagen también fueron parte de su *odisea* durante la pandemia. Habilitadas legalmente las órdenes digitales por la emergencia COVID-19, cuando solicitó turno para una tomografía en un centro de diagnóstico de la red municipal, no la aceptaron porque estaba incompleta. Una situación que podría haberse resuelto en el propio establecimiento o comunicándose con el CAPS en el momento y pidiendo el envío por WhatsApp de una nueva orden para que

la paciente no perdiera el turno y tuviera que volver al CAPS a buscarla, postergando el estudio.

El caso relatado por Lucía pone en evidencia cómo algunos obstáculos para acceder a la atención oportuna de enfermedades de base se amplificaron durante la pandemia. A los déficits de la oferta local de servicios especializados en el segundo nivel y en la coordinación asistencial entre los distintos servicios de la red se sumó la falta de voluntad del personal para resolver una dificultad burocrática, con los tiempos de espera adicionales y la angustia para la paciente, la que además al tener que deambular por los servicios se exponía al contagio del virus.

Los cambios en las prioridades de atención en el segundo nivel también tuvieron consecuencias para pacientes pediátricos que se encontraban en tratamiento. La pediatra entrevistada relata un caso de vulnerabilidad extrema que describe como de abandono por parte del sistema de salud. Se trata de una madre con discapacidad y desempleada que tiene dos hijos también con discapacidades. Ella necesitaba la receta de la psiquiatra del hospital materno-infantil para comprar nuevamente de su bolsillo la medicación para uno de sus hijos y también hacer una consulta para evaluar la posibilidad de medicar al hermano. Como no daban turnos para consultas psiquiátricas no pudo conseguir la receta, aun cuando la profesional estaba en el hospital. La mujer tuvo que trasladarse al CAPS y allí fue la pediatra quién se la prescribió:

Como que esa persona está abandonada total (...). La mamá me vino a pedir la receta para uno y ahí de paso me comenta que el otro hijo estaba deprimido. Entonces le digo: «Bueno, ¿y la psiquiatra?», «Sí, la vi hoy, me dijo que no está trabajando, que no está atendiendo», «Pero ¿dónde la viste?», «En el hospital». «¿Y qué te dijo?», «No, que no están atendiendo». «Y bueno, pero él es su paciente, ¿no te podía hacer la receta de la medicación?», «No». (...) O sea, que le habló en la cara y en vez de escribirle como le estaba escribiendo yo en el pasillo, directamente: «No, no hay turnos», no sé qué. «Bueno, vení que yo te la hago, y para el otro lo tiene que ver ella y hacerle un diagnóstico, primero» (Gimena, pediatra).

Vemos también en este caso cómo los actores del sistema de salud, junto con las barreras organizacionales exacerbadas durante la pandemia, pudieron restringir aún más el acceso o bien facilitar la atención para familias con múltiples necesidades de salud y

vulnerabilidades sociales. Son pequeños márgenes de acción y discrecionalidad (Lipsky 2010, Maynard-Moody y Muscheno 2012) que, aun en el escenario de emergencia sanitaria que implicó un gran trastocamiento del trabajo de los equipos de salud y en las prioridades de atención, y en un contexto de agotamiento del personal de salud, podrían ayudar a resolver una necesidad de cuidado. Siguiendo a Dixon-Woods et al. (2006), escenarios institucionales, actores e imperativos sanitarios de la coyuntura conspiraron para amplificar vulnerabilidades frente al derecho a la salud de niños y adultos. La madre no logró acceder a una consulta psiquiátrica para su hijo que se encontraba en tratamiento, y su otro hijo tampoco recibió un diagnóstico teniendo síntomas de sufrimiento psíquico durante el aislamiento.

La situación descrita por Gimena encuadra en un marco más generalizado de postergación del cuidado de pacientes que necesitaron continuidad e integralidad en la atención y transitar por los distintos niveles de la red asistencial pública. Es a este escenario de inequidad para acceder a un cuidado oportuno que requiere de una adecuada coordinación asistencial al que hicieron referencia las médicas generalistas en el conversatorio sobre APS que mantuvimos en agosto del 2020:

En esta reorganización de los servicios muchas personas que venían siendo atendidas por otros centros de salud, o por segundos niveles del municipio, quedaron medio... no expulsadas pero sí sin atención en ese segundo nivel, quedaron boyando, digamos, tratando de recibir atención en el primer nivel o médicos que pudieran verlo (...). Entonces a la complejidad y a la urgencia de las situaciones que ya se veían en el primer nivel prepandemia, se suma estar trabajando sin un segundo nivel que quizás acompaña a la situación compleja que no es de primer nivel. Por eso traigo esto de pacientes complejos que no son de un primer nivel de atención y que quedaron sin posibilidad de referenciarse. ¿Por qué? Porque el segundo nivel quedó abocado al COVID (Graciela, médica generalista que trabaja en otro CAPS del conurbano).

Pacientes de PAMI también sufrieron postergaciones y desatención por muchos meses y recurrieron al sector público. Marta, agente sanitaria, describió el caso de una vecina cuyos padres vieron agravadas enfermedades crónicas por la imposibilidad de hacer consultas presenciales y estudios complementarios. Desde el CAPS trataron de contener y

asistir las situaciones más urgentes en un escenario de trabajo de por sí ya muy restrictivo para la atención de la población en su área programática, y que deberían resolverse en otro subsector del sistema sanitario:

El médico de cabecera no los atiende [presencialmente], siguen tomando los medicamentos pero no podés atender la enfermedad crónica. Sin ir más lejos, ayer [14/12/2020] me habló una chica del barrio, que me dijo: «¿Qué hago con mi papá? Tiene diabetes –dice– y yo veo que no está bien». Tenía a su mamá internada, porque había llamado varias veces a PAMI y la había llevado, inclusive, y no, le decían que no, que ahora cuando se abra todo, que tiene que esperar, y qué sé yo, y entra a vomitar sangre porque tiene una úlcera en el estómago. Si la hubieran atendido cuando empezó con el problema, no hubiera llegado a estar como estuvo. Y ahora ella me decía «tengo miedo de que a mi papá le pase lo mismo, que lo dejen estar» (...). Ella a la mamá no la llevó al centro de salud porque decía que le corresponde PAMI, pero PAMI no está haciendo las cosas bien. (...) Con el asunto de la pandemia los médicos te mandaban las recetas por video también, por teléfono, pero no te daban turno con el médico de cabecera. Tenías que llamar a la ambulancia, que a veces venía y a veces no venía. (...) Y lo que me dijeron a mí [en el CAPS], que yo me acerco y pregunto qué podemos hacer con esta persona, me dicen, bueno, si está descompuesto, si se siente mal, con dolor o estuvo descompuesto, que lo traiga por demanda que lo van a ver ellos. Están muy acotados, muy pocos médicos, y la demanda es muy grande, pero bueno, atajan lo que sea como puedan, ¿no?, es una persona que alguien la tiene que ver estos días (Marta, agente sanitaria).

Así como se amplificó la cadena de obstáculos para acceder a la atención presencial de adultos y niños con condiciones crónicas y en tratamiento durante la pandemia, también se abrieron algunas oportunidades para hacer derivaciones con algunos especialistas de los hospitales del municipio. La virtualización de la gestión de turnos desde el CAPS facilitó la coordinación asistencial entre los efectores, en algunos casos.

La atención remota improvisada: el caos inicial y los dispositivos híbridos

La atención remota se utilizó en el CAPS inicialmente para el seguimiento de pacientes con COVID-19, el *triage* de casos sospechosos y para todo tipo de consultas. El dispositivo luego se extendió para el seguimiento de pacientes adultos crónicos, consultas de trabajo social y psicológicas. La estrategia tuvo que adaptarse a lo que era viable, y

además de la atención por teléfono de línea, quedó restringida a la aplicación gratuita de WhatsApp que se utilizó para la comunicación vía mensaje de texto, audio y videollamada. Esta innovación sin una planificación previa requirió aprendizajes sobre la marcha para el equipo de salud, sin contar con la tecnología adecuada y con escasez de personal. Como en los restantes CAPS del Municipio, hasta diciembre de 2020 disponían de un único celular junto con la aplicación Web WhatsApp, no todas las computadoras del CAPS tenían conexión a internet y la conexión era de mala calidad⁴. La atención remota contribuyó a la sensación de caos y de saturación del personal a medida que se fue extendiendo sin la capacidad institucional ni la logística necesaria. El dispositivo resultó en gran parte ineficaz para responder al volumen de consultas y generó malestar entre los pacientes y quienes buscaban información de todo tipo:

Era una locura, no bajaban los ochenta chats, no terminabas nunca de contestar y ya tenías ochenta pendientes, sesenta pendientes. «Nunca me contestan», la gente te puteaba (...)...ni siquiera teníamos internet en todas las computadoras de los consultorios, a veces. (...).». Y había gente que te mandaba audio y audio y audio y audio (Lucía, médica generalista).

Esto llevó al equipo de salud buscar nuevas herramientas, también precarias, como la versión “negocios” de la aplicación, por no contar con ningún recurso institucional adicional para la gestión del trabajo remoto. Buscaban así poder ordenar un poco la recepción y tener una mayor capacidad de respuesta:

Entonces el paciente decía: «Hola», y le salía una que dice: «Se comunicó con el centro de salud de [x], por favor deje su nombre, su DNI y su consulta. No podemos escuchar audios, no llame». Y después lo poníamos en el estado, que no llamen, porque si no todo el tiempo alguien te llamaba y te cortaba el mensaje que estabas escribiendo, caótico (Lucía, médica generalista).

La atención por telemedicina estuvo también limitada por la brecha digital en el acceso a tecnología y conectividad en los sectores populares, como se visibilizó en otras áreas como la educación y el trabajo. Las desigualdades se evidenciaron, y amplificaron,

⁴ En 2017 solo un 43,6% de los CAPS del conurbano de Buenos Aires tenían una conexión a internet en buen estado y el 39,8% no tenía conexión (Red pública de Salud AMBA 2017: 57).

doblemente. Por un lado, en la utilización diferencial de dispositivos de telemedicina en los distintos subsistemas de salud, y lugares donde están emplazados los establecimientos, por la capacidad instalada de herramientas tecnológicas y por la capacitación y experiencia previa del personal en su utilización (Maceira et al., 2021). Por otro lado, muchos hogares disponían de un solo celular para el grupo familiar y sólo contaban con datos móviles. Se agregaban en algunos pocos casos la poca familiaridad para el envío de estudios u órdenes a través de la aplicación de WhatsApp. Esto dificultó las consultas médicas remotas pero también la solicitud de turnos en otros efectores por parte de los mismos pacientes, “te traen el celular para que vos les saques el turno para pedir las tomografías y eso, a veces se los sacamos nosotros, porque no manejan mandar una foto algunos pacientes. Pero son los menos, la mayoría te pueden mandar fotos de los estudios que se hicieron, te contestan con audio, aunque sea, viste, las consultas” (Claudia, médica generalista).

Pese a todas estas dificultades e improvisaciones, con el correr de los meses la telemedicina se constituyó en una herramienta complementaria para el seguimiento de pacientes crónicos adultos. Para noviembre de 2020 el equipo estaba planificando la implementación de dispositivos híbridos que combinaran consultas remotas con presenciales más cortas. La meta era poder ampliar la capacidad de respuesta frente a la alta demanda y cubrir necesidades de atención que habían sido postergadas, respetando los protocolos para el uso seguro de los espacios.

Las consecuencias de la pandemia para la salud bucodental

La atención odontológica no fue considerada un servicio esencial por las autoridades sanitarias en el inicio de la pandemia. Cuando fue habilitada resultó muy afectada por el alto riesgo de contagio que implicaba la práctica odontológica, para la que se establecieron protocolos específicos en las distintas jurisdicciones durante las distintas fases de la pandemia⁵. Previa a la pandemia, el servicio de odontología del CAPS se organizaba en tres

⁵ En la provincia de Buenos Aires se elaboró el *Protocolo para la atención odontológica dentro de la Provincia de Buenos Aires, en la etapa de fases de apertura*, a cargo de la Dirección de Salud Bucal de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud provincial.

días de atención pediátrica, dos días de atención para adultos y uno para la atención de embarazadas. Con la irrupción de la pandemia solo una odontopediatra quedó trabajando en el CAPS, de los tres odontólogos del equipo, quedando a cargo de la bioseguridad y de otras múltiples tareas.

La suspensión de la atención se debió a las dificultades para cumplir con las condiciones que exigía el protocolo “ideal” que para Silvia, la odontopediatra entrevistada, resultaba inalcanzable con los recursos financieros municipales y profesionales disponibles. El protocolo implicaba el uso de autoclave, un equipo de protección personal (EPP) para cada paciente y uno para el profesional por paciente, y disponer de un asistente para evitar contaminar el resto del instrumental, además de contar con desinfectantes “carísimos”. Durante la entrevista Silvia planteó la necesidad de retorno a la atención con protocolos “posibles” de ser implementados en el CAPS por la saturación de la guardia del Hospital Odontológico municipal que atendía solo urgencias y que “*estuvo explotada*”. La saturación de la demanda y la falta de personal en dicho efector quedaron reflejadas en el relato de Marta, agente sanitaria. Cuenta la experiencia de una vecina que asistió para una extracción de muela, intervención que no pudieron realizarse: “le dijo la odontóloga «mirá, tendría que hacerte una [radiografía] panorámica». «Bueno, hacémela». «No, no puedo porque tengo mucha gente y estoy sola».

Además de su trabajo en el CAPS, Silvia se desempeña en un centro odontológico público de un municipio aledaño. Si bien allí la atención se vio limitada, la suspensión no fue total y adoptaron un esquema bimodal que consistía en hacer un seguimiento telefónico más amplio de los pacientes pediátricos, citando presencialmente a los que más lo necesitaran:

A los que nos comentaban que habían estado con dolor durante estos meses que no hubo atención, se los citaba para evaluarlos (...), llamábamos a los que estaban más complicados y los veíamos (Silvia, odontopediatra).

Las condiciones de atención también distaban de ser las ideales en dicho efector. Tenían que optar por realizar extracciones en lugar de intervenciones más conservadoras para evitar prolongar la atención con citas posteriores y así reducir el riesgo de contagio por

COVID-19. Silvia explica que esta situación era menos perjudicial para los pacientes pediátricos cuando las extracciones eran de piezas temporarias, evitando el efecto que tiene la pérdida de una pieza permanente sobre la autoestima de un paciente adulto, pero que asimismo podrían haberse evitado:

He tenido que hacer extracciones porque no podía permitir hacer un tratamiento de conducto, que en niños se llama diferente, ¿no?, pero que necesita seguimientos y controles periódicos, porque le hacés la apertura o le hacés el tratamiento, pero tienen que volver otra vez para control, y otra vez para obturar, y otra vez... y así, entonces evitamos exponer papá y niño, y hacemos la extracción (Silvia, odontopediatra).

La odontopediatra considera que la salud bucal de la población empeoró mucho debido a la ruptura de las rutinas diarias de descanso y alimentación durante el aislamiento preventivo y por los obstáculos para la atención. Resalta el carácter iatrogénico de la atención odontológica durante la pandemia por el aumento de las intervenciones “*mutilantes*”, en detrimento de prácticas preventivas y conservadoras:

[en el hospital] por lo que yo sé, creo que recibían más de cien personas por día en la guardia. Y directamente no se arreglaba, se extraía. Con lo cual ya empezaron a hacer atención mutilante, cuando uno lo que buscaba [antes] era la prevención y la restauración (Silvia, odontopediatra).

Hacia fines de 2020 la situación epidemiológica permitía al equipo de salud pensar la vuelta a la atención odontológica en el CAPS. Se sumaban las expectativas del inicio del plan de vacunación contra el COVID-19. Aunque retornaría una odontóloga adicional, los recursos profesionales seguirían siendo reducidos comparados con la situación previa a la pandemia. En este escenario restrictivo, se buscaba priorizar la atención preventiva de niños, postergando aún más la de los adultos.

Estallidos de problemáticas de salud mental y socio-familiares

De acuerdo a las directivas provinciales, durante la pandemia los equipos interdisciplinarios de los CAPS y de gestión intersectorial debían identificar y garantizar el

seguimiento de personas con alta vulnerabilidad psicosocial, entre ellas víctimas de violencia de género, adultos mayores con derechos vulnerados y personas en situación de calle.⁶

El ASPO agravó la capacidad de subsistencia de los sectores más vulnerables del barrio. Para el mes de abril ya se habían perdido fuentes precarias e informales de trabajo -que afectaron masivamente a las mujeres trabajando en servicio doméstico-, hubo una reducción horaria en trabajos manuales como carpintería o mantenimiento, y cerraron algunos negocios. También se redujeron las posibilidades de circulación para quienes salían a “rebuscárselas” en carros o vivían al día mediante trabajos ocasionales de albañilería o jardinería en el barrio y en urbanizaciones cerradas cercanas. En consecuencia, muchas familias pasaron a depender en mayor medida de políticas de contención social y de organizaciones barriales para acceder a alimentos y otras mercaderías, y de acciones solidarias de los vecinos, que de todas formas resultaban insuficientes. Por el aislamiento asimismo se perdieron espacios de interacción cotidiana, actividades recreativas e institucionales que constituían soportes emocionales, afectivos y también materiales. Las condiciones habitacionales en las zonas más postergadas, además, hacían que el confinamiento agravara situaciones de violencia de género y familiar.

En el CAPS, en un primer momento la mirada biologicista sobre la pandemia se enfocó en el riesgo de contagio, pero al prolongarse el confinamiento el equipo de salud comenzó a notar los “coletazos” para la salud mental, con cuadros de ansiedad y depresión y descompensaciones en un contexto de incertidumbre y angustia generalizada. Personas con problemáticas previas hicieron crisis, y emergieron nuevas situaciones en un contexto sanitario con serias dificultades para acceder a la atención psicológica y psiquiátrica:

Adultas o adultos que también en el contexto de pandemia volvieron a hacer crisis, por la situación de encierro o por la situación de irrupción de su cotidianidad, de la normalidad, donde tenían espacios sociales, incluso, redes sociales, redes, digamos, de contención en el territorio o en el municipio, y en el contexto de pandemia, bueno, obviamente, esas

⁶ Documento técnico *Atención Primaria de Salud en el caso de la actual pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19)*, Información actualizada al 13/4/2020, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

situaciones también algunas emergen y estallan, ¿no?, y hacen crisis” (Esteban, trabajador social).

Las problemáticas de violencia de género y doméstica se agravaron durante el ASPO, “estamos trabajando muchísimo en situaciones urgentes, gravísimas, que, bueno, están empezando a caer, ¿no?, después de esta pandemia, después de tantos meses, digamos, la semana pasada llegaron por consultorio situaciones que terminamos denunciándolas” (Dirección). Con una clara distorsión de la intervención social propia de APS, se tuvieron que abocar a intervenir en situaciones extremas, como en el acompañamiento de mujeres que debían abandonar su domicilio y vivir en refugios municipales, y por autolesiones e intentos de suicidio en adolescentes y jóvenes:

La verdad que nosotros, como centro de atención primaria, tenemos otros objetivos para la comunidad, pero la realidad es que si hoy, así como en su momento el COVID fue como el principal protagonista, y bueno, hoy también, pero hoy quizás está un poco más tranqui, hoy las situaciones de... desde trabajo social, son urgentes” (Dirección).

Para el equipo de salud, el “estallido” de problemáticas de salud mental que estaban viendo para diciembre de 2020 fue una consecuencia social de la pandemia. No obstante, las falencias institucionales y la reorganización de los servicios fueron un agravante: falta de recursos humanos en el área de salud mental, con una sola psicóloga y un trabajador social trabajando 16 horas semanales en el CAPS; cambios en las prioridades de atención y el cierre de las postas sanitarias; y dificultades para derivaciones en el segundo nivel. La ausencia de presencialidad en las escuelas y otras instituciones que normalmente “*miran*” al barrio, y con las que trabajaban en articulación, también contribuyó a la invisibilización de situaciones de vulnerabilidad y a su agravamiento. Es decir, se complejizó la identificación, el abordaje y la derivación de situaciones socio-familiares y de salud mental así como el seguimiento de situaciones previas debido al debilitamiento de la red institucional.

La falta de presencialidad en las escuelas significó que los contactos de los niños, niñas, adolescentes y sus familias con los orientadores escolares y sociales fueran más escasos. Las entregas mensuales de mercadería en las escuelas funcionaron a veces como

oportunidades de toma de conocimiento de las problemáticas que se iban generando, o de cómo iban evolucionando durante la pandemia:

Una vez por mes se entregaba mercadería para las familias que lo requirieran; muchas veces detectaron situaciones, o... situaciones que venían de una manera, detectaron que habían vuelto a una situación aguda, en el espacio de entrega de la mercadería de la escuela. Entonces ahí es donde articulaban con nosotros y nos planteaban: mirá, tenemos una situación equis, de un chico que venía de determinada manera, nos llega que hubo un intento de suicidio en este mes o en estos meses, con autolesiones, bueno, entonces ahí también, abordábamos en conjunto con el equipo de orientación una estrategia para esa situación (...) era una vía de entrada de las cuestiones de salud mental, sobre todo con adolescentes” (Esteban, trabajador social).

Otras veces las escuelas lograron detectar situaciones sociofamiliares a través de los estudiantes: “algún colegio también pudo haber tirado el caso. «Mirá, me preocupa esta llamada de esta nena a la preceptora, pasó esto»” (Lucía, médica generalista). Para algunas familias, a su vez, la no presencialidad significó una mayor desorientación, quedando las dificultades de sus hijos desatendidas y los procesos de diagnóstico y tratamiento interrumpidos:

En la escuela sostenían esa continuidad, familias por ahí que les costaba o que les cuesta sostener el tratamiento de sus hijos, la rigurosidad, digamos, de llevarlo a los turnos, hacer los trámites, porque también es muy difícil, o sea, hoy por hoy, imagínense, un diagnóstico interdisciplinario, para un chico, para detectar que tiene, no sé, pongámosle algún nombre de los que están de moda ahora, TGD, y, es una complejidad que puede llevar un año. Tiene que pasar por neurología, psiquiatría, psicología, hacerle tal estudio, el neurólogo te manda a hacer el estudio de sueño, después psiquiatría (...). Entonces esas situaciones estallaron en el contexto de pandemia” (Esteban, trabajador social).

Detectadas las demandas no resultaba fácil realizar las derivaciones hacia los otros niveles de intervención institucional. Las Direcciones de Género y de Infancia habían disminuido su presencia en el territorio y su capacidad de recepción e intervención mediante la atención remota y con intermitencias debido a recurrentes olas de contagios de COVID-19 de su personal. La Dirección de Discapacidad del Municipio cerró completamente su atención presencial. Desde la Dirección del CAPS se criticó fuertemente

la ausencia de estos sostenes institucionales, en un momento en que el CAPS no daba abasto y estaba priorizando la atención del COVID-19.

Las dificultades en la articulación con los dos establecimientos de referencia en salud mental continuaron siendo las mismas que antes de la pandemia: la alta demanda hacía muy difícil la admisión de nuevos pacientes y el seguimiento de los que estaban en tratamiento, los faltantes de psicofármacos provocaban descompensaciones, y las falencias en la guardia psiquiátrica dejaba a la deriva a pacientes que requerían internación o una intervención urgente (Freidin et al. 2020). Hacia fines del 2020 en el CAPS sin embargo habían podido empezar a implementar dispositivos de seguimiento interdisciplinario de algunos pacientes en coordinación con el segundo nivel, “pacientes que ya están insertos en el circuito de salud mental del Municipio, y que llegan al centro de salud una vez por mes para el acompañamiento, ver cómo siguen, si requiere alguna otra intervención de otra profesión del centro” (Dirección).

Conclusiones

Con la irrupción de la pandemia COVID- 19 se generaron importantes cambios en la operatoria del CAPS y en los establecimientos de referencia, algunos de los cuales implicaron el cierre o una fuerte limitación para el acceso a distintos servicios. Si bien hacia fines del 2020 varios de los servicios habían retomado la atención de forma similar a la pre-pandemia, otros permanecían funcionando con restricciones, o continuaban suspendidos. Con relación a los pacientes crónicos, se agudizaron las problemáticas de faltantes de medicación y de articulación entre efectores, a lo que se le sumó que muchos dejaron de asistir al CAPS por temor a contagiarse de COVID-19, por las restricciones para la circulación y/o por desconocimiento sobre la modalidad de funcionamiento del CAPS. Con el correr de los meses en la demanda espontánea fue recurrente ver a pacientes con condiciones de salud agravadas por falta de atención lo que llevó a que se busquen dispositivos híbridos el seguimiento. Como contrapartida, el riesgo de complicaciones frente al COVID-19 debido a comorbilidades generó que algunos pacientes vuelvan a buscar medicación tras haber discontinuado tratamientos por mucho tiempo, generando una demanda no prevista en un contexto de faltantes de fármacos e insumos de programas nacionales y provinciales. Al

tiempo, que el acercamiento al CAPS de estos grupos abrió la posibilidad de recaptación para buscar dar continuidad a la atención.

Aunque la incorporación de dispositivos de telemedicina resultó útil para el seguimiento de pacientes crónicos adultos, la falta de planificación y de recursos institucionales para su implementación, así como las dificultades de acceso a dispositivos de comunicación digital para muchos pacientes limitó su alcance. Además contribuyó a incrementar la sensación de caos y la saturación del personal y generó malestar entre los pacientes ante el volumen de consultas que no llegaban a poder responder, contando con recursos tecnológicos y humanos muy insuficientes. Se reprodujeron así desventajas en el acceso a los dispositivos digitales que se fueron implementando, producto de la desigual capacidad tecnológica y logística de los efectores en los distintos subsistemas del sistema sanitario (y en el interior de ellos) y de la brecha digital en los hogares de sectores populares.

Nuestro estudio muestra asimismo un aspecto de salud pública que ha sido menos visibilizado en los estudios cualitativos realizados durante el primer año de la pandemia: las consecuencias negativas para la salud bucodental. En el caso analizado, la falta de un primer nivel de atención odontológico por imposibilidad financiera y de recursos humanos para seguir el protocolo de práctica segura y de turnos para consultas programadas en el hospital especializado produjo la saturación de la guardia hospitalaria. Trabajos cuantitativos previos a la pandemia indicaban que en Argentina era muy frecuente la necesidad de realizar pagos “de bolsillo” para acceder a la consulta odontológica, siendo un servicio de salud en el que se utilizaba el sector privado en una proporción mucho más alta que en otros, producto de las barreras en el acceso (Ballesteros 2015). Los sectores populares eran quienes en menor medida accedían a consultas (Ballesteros 2014) y quienes tenían peores estados de salud bucodental (Yankilevich et al. 1993; Dho et al 2013; Dho 2015). Nuestro estudio muestra un agravamiento de la situación en usuarios de los servicios públicos, con el aumento de la atención “mutilante” de niños y adultos y el deterioro de la salud bucal de gran parte de la población que buscaba atención en el sector público. Este fue otro saldo negativo en el derecho a la salud que dejó el primer año de la pandemia.

Respecto de la atención por COVID-19, se destacan las dificultades para realizar hisopados y la “desesperación” de la población para acceder a ellos. Como contracara, algunas personas evitaban testearse por las consecuencias económicas de un posible aislamiento. A su vez, los cambios constantes en los protocolos para el testeo agregaban confusión e incertidumbre para la población.

El aislamiento extendido en el marco de las condiciones de vida y hábitat de muchos hogares del barrio generó un “estallido” de problemáticas de salud mental y la agudización de las situaciones de violencia de género y familiar. A la insuficiencia de recursos humanos en salud mental y de trabajo social en el CAPS para intervenir, se sumó la falta de recursos en el segundo nivel y dificultades para la articulación con las Direcciones de Género, Infancia y Discapacidad. La falta de presencialidad escolar también disminuyó la capacidad de orientación y acompañamiento de las familias, y de articulación con los distintos actores institucionales.

En síntesis, acorde a los testimonios del equipo de salud, se modificaron percepciones y prioridades de cuidado por parte de la población, lo que en algunos casos produjo la postergación de consultas y en otros una mayor demanda de atención. Desde el punto de vista de la reorganización del funcionamiento de los servicios, la emergencia sanitaria generó nuevos obstáculos en el acceso y amplificó muchos de los existentes. Se incrementaron las barreras para una atención oportuna, integral y continua, especialmente para pacientes con condiciones crónicas, generando agravamientos evitables, así como situaciones de abandono institucional de pacientes complejos, niños y adultos, que necesitaron transitar por los distintos niveles de atención de la red asistencial del sector público. En términos generales, los protocolos, requerimientos burocráticos y cambios en la operatoria de otros efectores restringieron vías de resolución de demandas que podían gestionarse desde el CAPS, y su “permeabilidad” ante las necesidades de atención de la población por fuera del COVID-19. Paradójicamente, en algunos pocos casos, se facilitó el acceso a servicios de mayor complejidad a través de mecanismos precarios y ocasionales de referencia desde el CAPS mediante la virtualización de la gestión de trámites. Por otro lado, las modificaciones en el funcionamiento de los servicios implicaron que el

conocimiento previo de los usuarios para acceder a la atención tuviera menor peso. En ocasiones, este conocimiento puede resultar esencial para que el acceso se efectivice, ya sea a través de los vínculos entre los usuarios y el equipo de salud, o porque algún servicio permite acceder más rápidamente a la atención. En el contexto de restricciones para la movilidad y para la atención para patologías por fuera del COVID-19, el margen de acción de los usuarios para lograr su “elegibilidad” se redujo enormemente.

Asimismo se suspendieron en el CAPS actividades extramurales de promoción de la salud con abordajes interdisciplinarios que se realizaba en las postas —que ya eran muy limitadas antes de la pandemia— en momentos en que se agravaron las condiciones de vida y las necesidades de cuidado integral de gran parte de la población del barrio. Se vieron en consecuencia postergadas intervenciones de promoción de la salud y de prevención primaria, incluyendo las de salud mental, propias de la APS (Bianco y Grigaitis, 2005).

Nuestro estudio cubrió el año 2020, y el trabajo de campo se realizó cuando ya había finalizado la primera ola de la pandemia en el país y aún no habían llegado las primeras vacunas contra el COVID-19. De especial interés será contar con otros estudios de caso con fines comparativos, dada la heterogeneidad en la composición y modalidades de trabajo de los CAPS en las distintas jurisdicciones del país (Stolkiner et al. 2011). Asimismo, esperamos que el presente artículo complemente a otros estudios cualitativos que cubran el acceso a los servicios de salud durante el período posterior de la pandemia y cómo fue vivenciado por los trabajadores de la salud del primer nivel de atención del sector público.

Bibliografía

- Andersen, Ronald 1995. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?" *Health and Social Behavior*, 36 (1):1-10.
- Aparicio, Matías, Sofía Bilbao, María Saenz Valenzuela, Taly Barán Attias 2020. "Entre barbijos, ollas populares y grupos de WhatsApp: mujeres, salud y cuidados ante el COVID-19 en los barrios del Gran Buenos Aires, Argentina". *Tessituras*, 81(1):279-302.
- Ariovich, Ana, María Crojethovic y Carlos Jiménez 2021. "Aislamiento y atención no COVID-19 en el primer nivel en la Región Sanitaria V", en R. Carmona (comp.) *El conurbano*

bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Ballesteros, Matías Salvador 2014. *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani. Recuperado de <http://iigg sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/22/2019/11/dji41.pdf>

Ballesteros, Matías Salvador 2015. "Diferentes obstáculos financieros en la consulta con profesionales de la salud en Argentina". *Revista de Salud Pública*, 19: 59-68.

Bianco, Jorge, y Laura Grigaitis 2005. "Atención primaria de la salud: una reflexión desde las ciencias sociales". *Salud y Población*, 4: 14-21.

Ceriani, Leticia y Luciana Kanterewicz 2019. "La salud en tiempos de ajuste. Un acercamiento a conocer cómo está afectando la política económica actual la salud de las y los argentinos". *Márgenes: Revista de Economía Política*, V(5): 117-132.

Chiara, Magdalena 2016. "Territorio, políticas públicas y salud: hacia la construcción de un enfoque multidimensional". *Revista Gerencia Políticas de Salud*, 15 (30): 10-22.

Chiara, Magdanlena (2019) "El derecho a la salud bajo amenaza", *Voces en el Fénix*, 9 (77): 60-67.

Colella, Viviana., Eduardo Reese, Marcela D´Liberis, Lucas Dombroski, Leonardo Fernández, Luciana Manildo, y María de los Ángeles Sola Álvarez 2021. "Entre la crisis sociosanitaria y la emergencia urbano-habitacional", en R. Carmona (comp.) *El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19 2020. *Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN*. MINCYT-CONICET-AGENCIA. Recuperado de: https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/Informe_Final_Covid-Cs.Sociales.pdf

- Crojethovic, María y Ana Ariovich 2018. "Las redes de salud en el territorio del Gran Buenos Aires: el desafío de la coordinación de servicios de salud". *Revista Internacional de Organizaciones*, 20:169-195.
- Dho, María Silvina 2015. "Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33 (3): 361-369.
- Dho, María Silvina, Vilma Vila y Alberto Palladino 2013. "Situación de salud bucal de pacientes mayores de 18 años". Cátedra Práctica Clínica Preventiva I, Facultad de Odontología UNNE, Argentina, 2010. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 24 (2): 214-231.
- Diez Roux, Ana 2020. "Population Health in the Time of COVID-19: Confirmations and Revelations". *The Milbank Quarterly*, 98 (3): 629-640. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12474>.
- Dixon-Woods, Mary, Debbie Cavers, Shona Agarwal, Ellen Annandale, Antony Arthur, Janet Harvey, Ron Hsu, Savita Katbamna, Richard Olsen, Lucy Smith, Richard Riley y Alex Sutton 2006. "Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups." *BMC Medical Research Methodology*, 6 (35): 1-13.
- Donza, Eduardo y Santiago Poy 2021. *Efectos de la pandemia COVID-19 sobre la dinámica del trabajo en la argentina urbana. Una mirada crítica sobre el impacto heterogéneo del actual escenario tras una década de estancamiento económico (2010-2020)*. Documento Estadístico– Barómetro de la Deuda Social Argentina. Buenos Aires: Educa. Recuperado de <https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2021/2021-OBSERVATORIO-Documento-Estadistico-Trabajo.pdf>
- East, Sol, Tim Laurence y Elva López Mourelo 2020. *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. OIT Argentina, ONU Mujeres Argentina y

UNFPA Argentina. Recuperado de
https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/wcms_754614.pdf

Ernst, C. y López Mourelo, E. 2020. *El COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: impacto y respuestas de política*. Recuperado de
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_740742.pdf

Frenk, Julio. 1985. "El concepto y la medición de la accesibilidad." *Salud Pública de México*, 27 (5): 438-453.

Freidin, Betina 2017. "El uso de despliegues visuales en el análisis de datos cualitativos: ¿Para qué y cómo los diseñamos?" en P. Borda, V. Dabenigno, B. Freidin y M. Güelman (comp.) *Estrategias para el análisis de datos cualitativos*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Freidin, Betina, Matías Salvador Ballesteros y Agustín Wilner 2019. "Navegando por los servicios de salud públicos: experiencias de mujeres de sectores populares en la periferia de Buenos Aires." *Saúde e Sociedade*, 28: 73-86.

Freidin, Betina, Matías Salvador Ballesteros, Mercedes Krause, Agustín Wilner, y Ana Vinistky 2020. *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires*. Buenos Aires: Teseo.

Freidin, Betina; Wilner, Agustín; Krause, Mercedes; Ballesteros, Matías Salvador 2021. "Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires." *Población & Sociedad*, 28: 138 - 167

Guagliardo, Mark 2004. "Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and challenges". *International Journal of Health Geographics*, 3:1-13.

Instituto del Conurbano (ICO) 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*. UNGS. Recuperado de:

<https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/El-Conurbano-en-cuarentena.-Segundo-informe.pdf>

Lipsky, Michael 2010. *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

Maceira, Daniel, Sofía Olaviaga y Valeria Iñarra 2021. *La reorganización de los servicios de salud. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina*. Buenos Aires: Fundar. Recuperado de <https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2021/06/Fundar-La-reorganizacion-de-los-servicios-de-salud.pdf>

Maceira, Verónica y Victoria Cyunel 2021. "Problemáticas socioterritoriales y conflicto social en el conurbano bonaerense y resto de la Región Metropolitana de Buenos Aires durante el ASPO", en R. Carmona (comp.), *El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento. Recuperado de <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/Publicaciones/Libro-El-conurbano-bonaerense-en-pandemia.pdf>

Maynard-Moody, Steven y Musheno, Michael 2012. "Social Equities and Inequities in Practice: Street-Level Workers as Agents and Pragmatists." *Public Administration Review*, 72(s1): S16–S23.

PAHO/WHO 2020. "Response to COVID-19 Outbreak. In the Region of the Americas". Version 3, 28 August 2020. Recuperado de: <https://www.paho.org/en/file/71377/download?token=y9VUYtpo>.

Red Pública de Salud AMBA 2017. *Análisis de situación de salud: propuesta de mejora*. Buenos Aires: Mimeo.

Restrepo-Zea, Jairo, Constanza Silva-Maya, Federico Andarade-Rivas y Robert Dover 2014. "Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín", Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13 (27): 242-265.

- Ricketts, Thomas y Laurie Goldsmith 2005. "Access in health services research: The battle of the frameworks". *Nursing Outlook*, 53(6):274–280.
- Rosebaum, Lisa 2020. "The Untold Toll: The Pandemic's Effects of Covid-19". *New England Journal of Medicine*, 382 (4): 268-271.
- Salvia, Agustín 2020. *Algo más que una pandemia sanitaria*, Serie Pensar la Pandemia: Observatorio social del Coronavirus. No. 15. Buenos Aires: CLACSO.
- Salvia, Agustín (coord.) 2019. "Informe técnico: condiciones de la salud en el área metropolitana de Buenos Aires." Buenos Aires: ODSA, UCA y Defensoría de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9080/1/informe-condiciones-salud-buenos-aires.pdf>
- Starfield, Barbara 2001- *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología* (pp. 425-47). Barcelona: Masson.
- Stolkiner, Alicia, Yanina Comes y Pamela Garbus 2011. "Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina." *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2807-2816.
- UNICEF (2020) *El impacto de la pandemia covid-19 en las familias con niñas, niños y adolescentes.* Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/8646/file/tapa.pdf>
- WHO 2020. *Role of primary care in the COVID-19 response*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>.
- Yankilevich, Elba Rosa Luna Maldonado, Susana Dorronsoro de Cattoni, Lila Susana Cornejo y Luis José Battellino 1993. "Distribución de la caries dental en niños preescolares en una región urbana, Argentina, 1992." *Revista de saúde pública*, 27:436-444.