

Más allá del Covid: una mirada sobre la experiencia de trabajo en el Playón de Chacarita en contexto de pandemia.

Julián Asiner y Martín Bresnal.

Cita:

Julián Asiner y Martín Bresnal (2021). *Más allá del Covid: una mirada sobre la experiencia de trabajo en el Playón de Chacarita en contexto de pandemia. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/216>

Más allá del Covid: una mirada sobre la experiencia de trabajo en el Playón de Chacarita en contexto de pandemia

Julián Ismael Asiner. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Hospital Tornú. julianasiner@gmail.com

Martín Facundo Bresnal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires. Hospital Tornú. martin.bresnal@gmail.com

1. Introducción

“Más allá del Covid” resume la experiencia de trabajo de profesionales de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) en el barrio Playón de Chacarita en el marco de los dispositivos Detectar y Post-Detectar, diseñados para abordar la emergencia sanitaria desatada por la pandemia de Covid-19. Este fue el escenario para una inmersión en la compleja realidad barrial, que presentó ante el equipo de salud el desafío de abordar una serie de demandas y necesidades múltiples, algunas históricas, otras creadas y/o agravadas por la pandemia. Cómo se conjugó el encuentro entre una perspectiva integral de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados (PSEAC¹) y la estrategia oficial de intervención sanitaria es la pregunta que buscamos responder con este trabajo, a través de un análisis cuanti-cualitativo que nos llevó a reflexionar acerca de la fragmentación del sistema sanitario y las barreras a la accesibilidad, así como del rol que los profesionales podemos asumir en la construcción de articulaciones posibles y de vínculos con la población que den lugar a una defensa del derecho a la salud en su integralidad. Para reconstruir esta experiencia, se combinaron diferentes técnicas y metodologías, desde un análisis cuantitativo de los seguimientos realizados por el equipo hasta la construcción de viñetas, que reflejaron la interpretación de los profesionales de la salud acerca de sus propias prácticas y de los conflictos que en ellas emergieron entre las demandas de la población y los límites de las políticas públicas.

Nos planteamos como objetivos evidenciar y sistematizar las dimensiones de salud más allá del Covid-19 que se abordaron en el trabajo realizado en el seguimiento telefónico a habitantes del Playón de Chacarita con Covid-19 y en las recorridas realizadas en el barrio y dar cuenta de los facilitadores y obstaculizadores en términos de accesibilidad, continuidad

¹ La perspectiva de salud integral entiende a la misma como parte de un PSEAC y la define como un proceso dinámico y dialéctico, socialmente construido en el que intervienen, articulados de manera compleja, condicionantes biológicos, psicológicos, ambientales, económicos, culturales, políticos, de clase, género, etnia, edad, entre otros (GCABA-RIEPS, 2015). Para comprender el PSEAC es necesario considerar las determinaciones sociales, es decir, las condiciones sociales que “se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder (...) estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad” (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002, p. 131).

de cuidados y referencia y contrarreferencia. De las problemáticas que hallamos, daremos cuenta de cuáles fueron las acciones emprendidas por el equipo de salud frente a ellas y nos adentraremos en algunos ejemplos particulares, que seleccionamos para ilustrar la multiplicidad de dimensiones y conflictos que se encadenan en el devenir de las situaciones a tratar.

En este sentido, consideramos que el presente trabajo describe las prácticas de atención integrada e integral² y de orientación comunitaria con énfasis en la prevención y promoción que llevó a cabo el equipo de salud, en tanto elementos esenciales de la Atención Primaria de la Salud (APS) (OPS, 2008). Asimismo, el análisis cuali-cuantitativo de las situaciones seleccionadas nos permite comprender aspectos relacionados a la accesibilidad, entendida como una relación entre los servicios y lxs sujetxs en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (Comes et al., 2006). Por último, entendemos que las actividades realizadas forman parte de una perspectiva que considera que el trabajo con lógica territorial implica “un pensar situado, donde las coordenadas que marcan su cartografía son socioculturales y espaciales, pero también nos hablan de ritualidad, significaciones y vida cotidiana” (Carballeda, 2015, p. 2).

2. La pandemia en el Playón

El Playón de Chararita o “Barrio Fraga” está ubicado en los terrenos adyacentes a la Estación “Federico Lacroze” del Ferrocarril Urquiza. El barrio, construido originariamente por los trabajadores del ferrocarril, se fue ampliando a partir de diversas oleadas migratorias, conociendo una importante expansión durante la crisis del año 2001. Actualmente, se encuentra atravesado por un proceso de urbanización, que implicó la demolición de numerosas casas y la construcción de nuevos edificios por parte del Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC). Según el último censo realizado en el barrio en el año 2016, viven en el Playón de Chacarita 2764 personas (IVC, 2016), aunque se estima que en la actualidad ese número se eleva a más de 4000.

El 28 de mayo del 2020, se notificó la primera persona con resultado positivo de Covid-19 en el Playón de Chacarita y luego la segunda, dos días después. Esto motivó que el 1 de junio se ponga en marcha en el barrio un trabajo sistemático de búsqueda de personas con posibilidad de tener Covid-19 y contactos estrechos, a fin de hacer las derivaciones

² La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa (OPS, 2008). Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.

pertinentes a las Unidades Febriles de Urgencia (UFU), propiciar el pronto diagnóstico, la correcta atención y el aislamiento de las personas infectadas en hospital o instituciones extrahospitalarias.

A los contactos estrechos se les indicó aislamiento y se les realizó un seguimiento diario, siendo testeados ante la aparición de síntomas o bien al séptimo día del último contacto con el caso positivo. La búsqueda implicó la realización de recorridas puerta a puerta en el barrio, que a su vez complementaron la promoción de prácticas de cuidado que se venía propiciando desde la posta de desinfección y el trailer sanitario instalados en la entrada del Playón.

A fines de junio se instaló en la Escuela Técnica N°32 (a media cuadra del barrio) el dispositivo Detectar Chacarita. Durante dos días se realizaron los hisopados en un trailer exclusivo para ello. Luego se continuó el trabajo, haciendo base en dicha institución e incorporando equipos destinados a la búsqueda en el resto del barrio de Chacarita. A partir de agosto se incorporaron los test de saliva destinados a los contactos estrechos asintomáticos, evitando así la derivación de los mismos a las UFU.

La realización de recorridas diarias por el Playón de Chacarita fue la ocasión para la escucha, relevamiento, atención, derivación y problematización de una gran multiplicidad de demandas expresadas por la población. Muchas de ellas anteceden a la pandemia de Covid-19 y otras co-ocurren y se vieron agudizadas por las circunstancias que impone la misma. Desde una mirada que contempla las condiciones de vida y las dimensiones psico-sociales como parte de una perspectiva integral de los PSEAC, el equipo de salud fue alojando estos padeceres y conflictos, pensando alternativas con la población y articulando con diferentes instituciones y profesionales para dar una respuesta a aquellos que podían ser resueltos aún en el marco de la pandemia.

Cabe destacar que esta labor se realizó en simultáneo a la búsqueda de casos y contactos estrechos, por parte de lxs mismxs profesionales que estaban abocados a esas tareas. Estas iniciativas llevaron a problematizar el encuadre de los operativos Detectar y Post-Detectar, centrado en la búsqueda activa de casos y contactos estrechos y el cumplimiento de pautas de higiene y aislamiento, lo que puede llegar a relegar otras cuestiones de salud “no Covid”. Como residencia interdisciplinaria de educación y promoción de la salud, nuestro aporte fue alojar y acompañar otras demandas y necesidades.

3. Abordaje metodológico

Implementaremos una triangulación metodológica, para lo cual combinamos el análisis cuantitativo con una mirada cualitativa que profundiza en determinados aspectos, necesidades y articulaciones que en la práctica se suceden de forma imbricada. A través de

pequeñas narraciones, a modo de viñeta, recuperamos la interpretación que lxs profesionales realizan de su propia labor.

El equipo de salud asignado al Playón de la Chacarita, en el marco del operativo Detectar realizó, entre otras tareas, llamados telefónicos de seguimiento y recorridas en el barrio con posteriores registros escritos de dichas actividades. De un total de 492 llamados de seguimiento a la población con Covid-19 realizados en el período comprendido entre el 03/06/20 y el 18/08/20, seleccionamos todos aquellos en los que se dejó registro de alguna dimensión de la salud más allá de los síntomas del Covid-19, la búsqueda de contactos y las pautas de aislamiento e higiene. No incluimos los pedidos de alimentos y productos de limpieza al IVC. A su vez, incorporamos 22 registros de las recorridas realizadas por uno de los autores de esta ponencia.

De esta manera, analizamos los registros de 60 llamados y 22 consultas de las recorridas que cumplen los criterios mencionados y evidenciamos 101 situaciones/problemáticas de salud (77 a partir de los llamados y 24 de las recorridas). Agrupamos a las mismas en categorías diseñadas ad hoc y realizamos un análisis cuantitativo de la frecuencia de aparición de cada una con el fin de evidenciar la diversidad de demandas de la población y su prevalencia. En una segunda instancia, analizamos los procesos de referencia y contrarreferencia³, para lo cual establecimos grados de articulación, que definimos de la siguiente manera: grado 1 es aquel en el que se informa a la persona sobre el efector de salud al que podría acceder para satisfacer su demanda, dejando un número de teléfono o dirección; grado 2 cuando hay un diálogo con el profesional al que se deriva y se gestiona un turno; grado 3 si se contacta nuevamente a la persona luego del turno o intervención; y grado 4 en caso de existir contrarreferencia.

Por último, seleccionamos 8 situaciones de la muestra de llamados y recorridas estudiadas anteriormente. En estos registros, narrados por el profesional mencionado, buscamos analizar con mayor profundidad la identificación de facilitadores y obstaculizadores en relación a la accesibilidad, la atención integrada e integral y la continuidad de cuidados. Las viñetas consisten en un relato situado breve y constituyen una técnica de registro y estandarización de lo observado que permite captar no sólo la referencia explícita de las personas sino también sus percepciones, opiniones, creencias o actitudes en los propios escenarios y situaciones en que se desenvuelven (Barter y Renold, 1999). En ellas, modificamos los nombres reales de las personas con el fin de resguardar su identidad.

³ Un sistema de referencia y contrarreferencia constituye una herramienta que pone a disposición de lxs trabajadorxs de salud criterios y procedimientos homogéneos que permiten canalizar la demanda por servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, brinde respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor da al prestador que remitió (Pardo, 2008).

Este abordaje retoma aportes de la etnometodología, que entiende que lo social está construyéndose permanentemente y dirige la mirada hacia los mecanismos de producción de la realidad social, a partir del lenguaje (Vieytes, 2004). Por su parte, también se nutre de la fenomenología, que en tanto filosofía de la experiencia se aboca a la investigación sobre la experiencia vivida. “Más que observar, los investigadores utilizan su propia percepción, poniendo atención a expresiones faciales y corporales, tono de voz o silencio” (Van Manen, 2002). En esta línea, las viñetas se distinguen de otros instrumentos de recolección de datos, ya que es el investigador quien las produce con los datos en terreno. Tanto al expresar como al interpretar la experiencia, las narrativas son intermediarias del mundo interno de los pensamientos y sentimientos, y por otra parte, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones (Iser, 1978). El análisis de las narrativas como práctica social y estética se conecta con el creciente trabajo de la antropología médica centrado en la dimensión performativa (Laderman y Roseman, 1996). En esta perspectiva, el científico social no se borra de la escena para colocarse como observador objetivo e imparcial, sino que su voz se confunde con la de sus interlocutores transformando la realidad en coordenadas espacio temporales precisas al coger los testimonios (Behar, 1996).

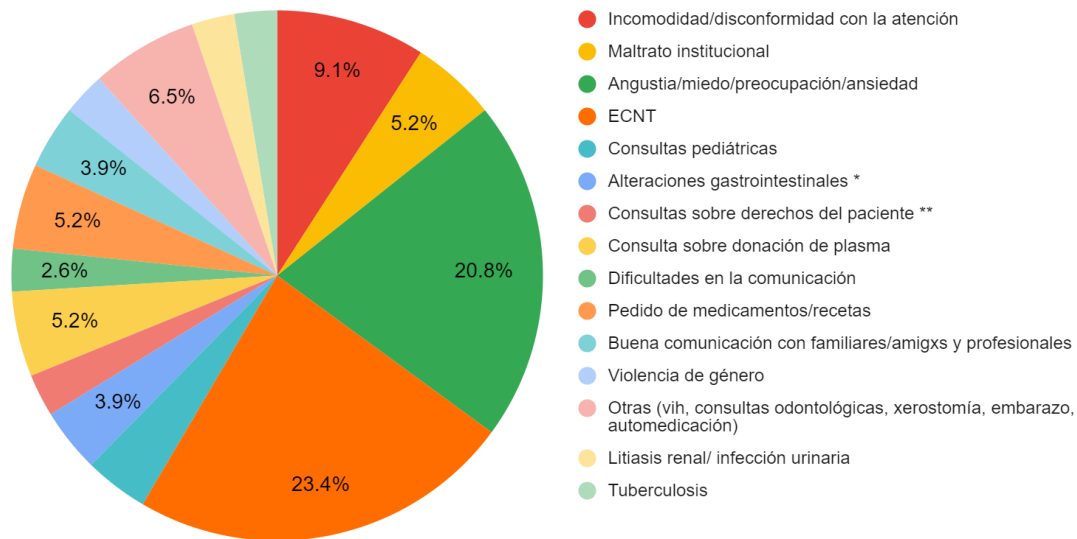
4. Resultados

4.1 Llamados telefónicos de seguimiento a personas con Covid-19

Un primer recuento de las problemáticas abordadas da cuenta de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las situaciones de miedo, angustia, ansiedad y preocupación, y de incomodidad y enojo con la atención. Estas tres categorías juntas representan más del 50% de las situaciones de salud registradas en los llamados (23,4% de ECNT, 20,8% de angustia/miedo/preocupación/ansiedad, y 9,1% de incomodidad/enojo con la atención).

Situaciones de salud registradas en los llamados de seguimiento a la población con Covid19 en el Playón de Chacarita en el período comprendido entre el 03/06/20 y el 18/08/20

n= 77



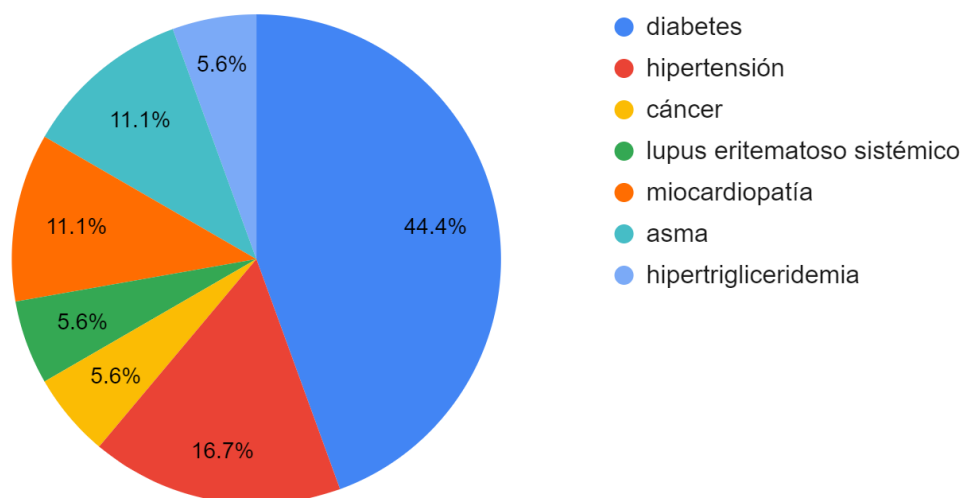
* Incluye diarreas agudas y crónicas, y constipación. En el caso de la diarrea, se la consideró como síntoma de caso sospechoso de covid a partir del 1 de agosto (Ministerio de Salud de la Nación). En este estudio, incluimos aquellos registros en los que se la menciona con anterioridad a dicha fecha.

** Derechos establecidos en la Ley 26.529: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Cabe aclarar que en nuestra perspectiva de trabajo no nos referimos a la población con el término "paciente".

En cuanto a las 18 ECNT registradas, diabetes (44,4%) e hipertensión (16,7%) fueron las más prevalentes.

ECNT registradas en los llamados de seguimiento a la población con Covid19 en el Playón de Chacarita entre el 03/06/20 y el 18/08/20

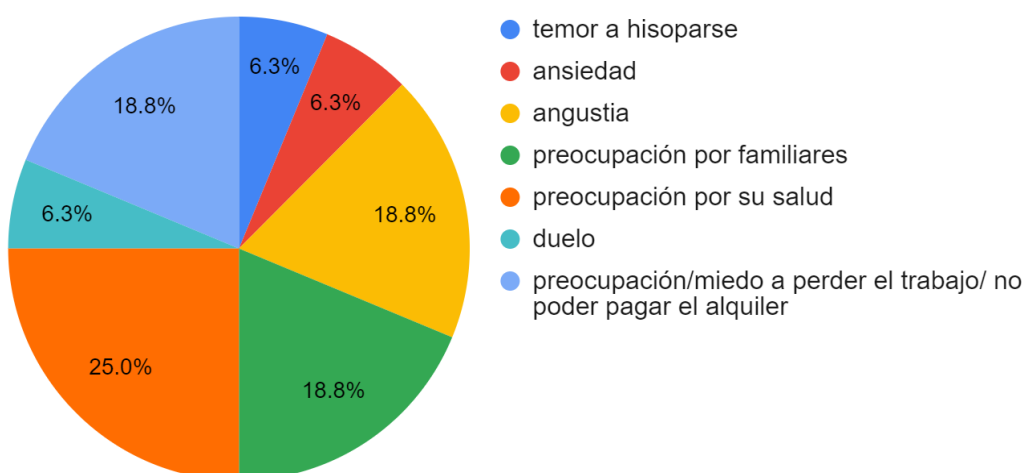
n= 18



Por su parte, dentro de la categoría angustia/miedo/preocupación/ansiedad registramos 16 situaciones en total, de las cuales la preocupación por la propia salud representa un 25%, seguida por la preocupación o miedo a perder el trabajo o no poder pagar el alquiler, y las situaciones de angustia y de preocupación relacionadas a la salud de lxs familiares (18,8% cada una).

Situaciones de angustia/miedo/preocupación/ansiedad registradas en los llamados de seguimiento a la población del Playón de Chacarita entre el 03/06/20 y el 18/08/20

n= 16

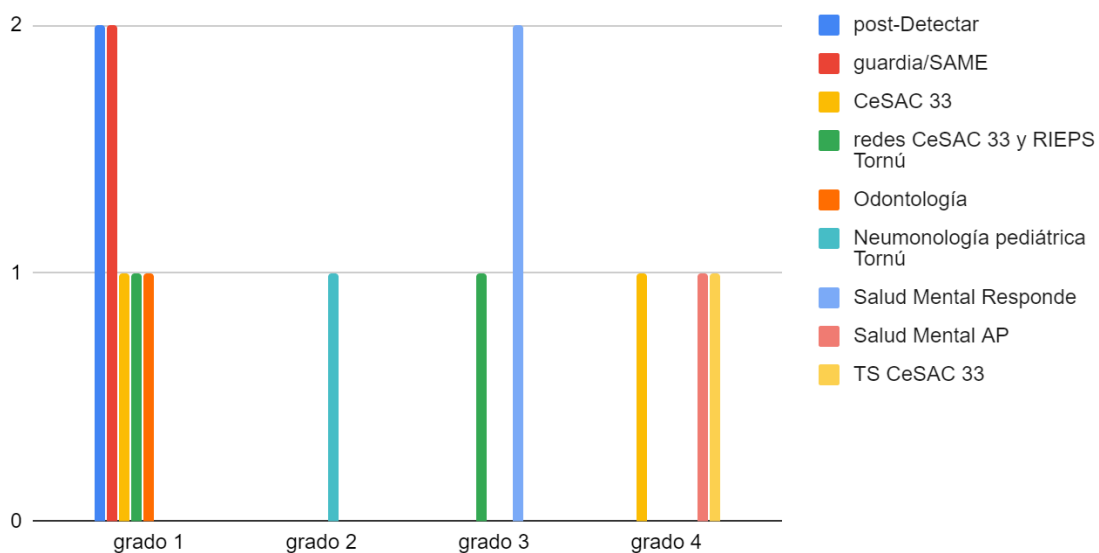


Luego analizamos las 14 articulaciones registradas y las agrupamos de acuerdo al servicio al que se derivó, categorizándolas en los cuatro grados de articulación descritos

anteriormente. El post-Detectar, la guardia del hospital (con intervención o no del SAME), el Programa Salud Mental Responde y el CeSAC 33 fueron los efectores/dispositivos más referenciados. En cuanto a los grados de articulación, la mitad de las articulaciones corresponden al grado 1, habiéndose referenciado al propio post-Detectar y a la guardia del Hospital la mayoría de las veces dentro de esta categoría. Por su parte, registramos 3 articulaciones (21,4%) en las que existió una contrarreferencia: con el CeSAC 33, con Salud Mental del Área Programática y con una trabajadora social (TS) del CeSAC 33.

Articulaciones realizadas en los llamados de seguimiento a la población del Playón de Chacarita entre el 03/06/20 y el 18/08/20

n= 14

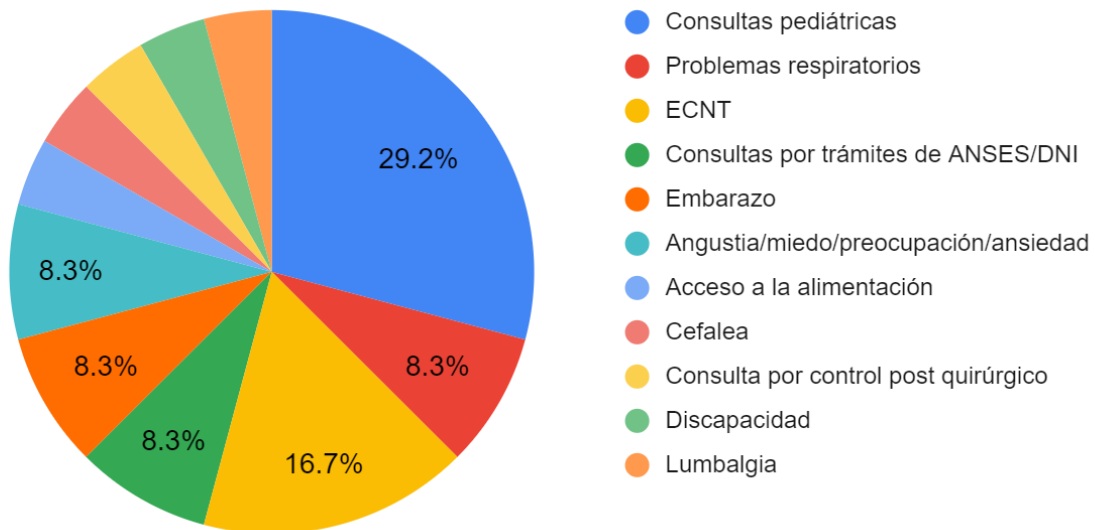


4.2 Recorridas realizadas por el profesional de la RIEPS

En las 22 consultas analizadas, registramos 24 situaciones de salud, siendo las pediátricas y las ECNT las más prevalentes (29,2% y 16,7% del total, respectivamente).

Situaciones de la salud relevadas en las recorridas en el Playón de Chacarita entre el 03/06/20 y el 18/08/20

n=24



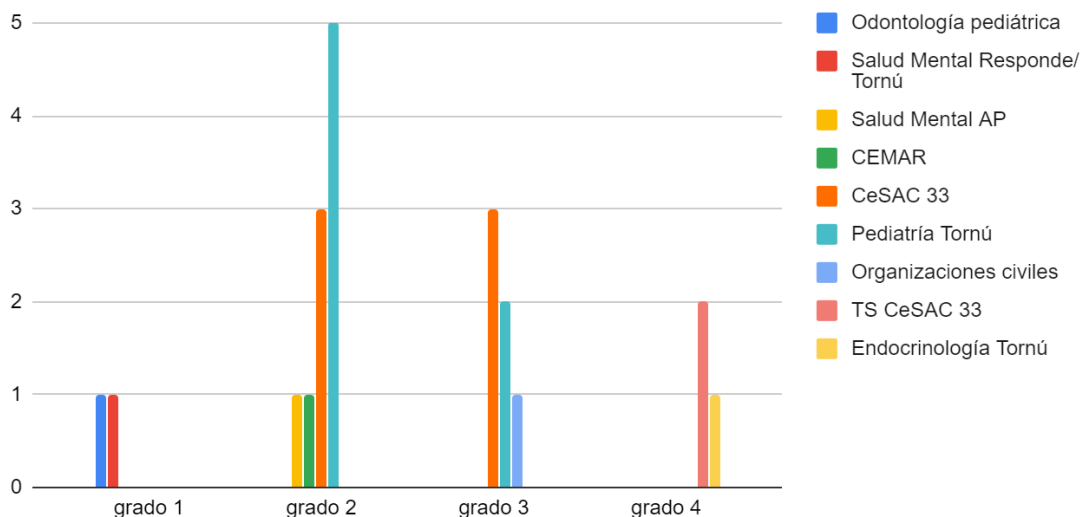
Dentro de las 8 consultas por pediatría, el control y seguimiento de enfermedades respiratorias no relacionadas al Covid-19 ocupan el 37,5%, siendo las de mayor frecuencia. También se abordaron situaciones relacionadas a la comensalidad⁴, la salud mental y el desarrollo, entre otras. Por su parte, dentro de las ECNT, en la mayoría de los casos se referenció a Medicina General y en otros, a cardiología, neurología, endocrinología y a control post-quirúrgico al equipo que había realizado la intervención.

En relación a las articulaciones en las situaciones de recorrida de la muestra, registramos 21 en total, de las cuales la mayoría corresponden al Servicio de Pediatría y Adolescencia del Hospital Tornú (28,5%), en consonancia con el porcentaje de la demanda registrada. En cuanto a los grados de las articulaciones, prácticamente el 50% corresponde al grado 2. A su vez, 28,5% son de grado 3 y 9,5%, de grado 1. En el 14,2% existió contrarreferencia (grado 4). Los mayores grados de articulación se dieron con el CeSAC 33, en particular con una trabajadora social del mismo, con endocrinología y pediatría del Hospital Tornú y con organizaciones civiles relacionadas al reparto de viandas y bolsones de alimentos.

⁴ “Es el espacio simbólico en el que el grupo social comparte y transmite sus valores y sentidos sociales, es decir su identidad cultural. En la comensalidad se establecen, refuerzan y reeditan en cada comida las relaciones que sostienen a la familia y a la sociedad. Desde hace algunas décadas se ha constituido en uno de los conceptos principales de la antropología alimentaria, ya que permite abarcar a la alimentación en su dimensión social y cultural.” (García Barthe, 2014, p.219)

Articulaciones realizadas a partir de las recorridas llevadas a cabo por un profesional RIEPS en el Playón de Chacarita entre el 03/06/20 y el 18/08/20

n= 21



4.3 Análisis de las viñetas

A partir de lo registrado en las ocho viñetas seleccionadas, analizamos aspectos facilitadores y obstaculizadores de la accesibilidad, la continuidad de cuidados y los procesos de referencia y contrarreferencia. Estos obstaculizadores y facilitadores nos permitieron agrupar dicho registro, hallando recurrencias que serán explicitadas a continuación.

En la mayoría de las viñetas que analizamos, se abrieron nuevos canales de comunicación (teléfono, whatsapp, email) entre la población y lxs profesionales de la salud. Esto posibilitó una continuidad en los cuidados, a partir del acompañamiento desarrollando una comunicación fluida. En los registros analizados para este facilitador, prevalece el tratamiento y/o seguimiento de personas con ECNT y la solicitud de turnos para especialidades:

“Tiempo después me comunico con Rocío para saber cómo se sentía y si había accedido al turno en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (CEMAR) 1; me dice que la llamaron y tiene turno de cardiología para esta semana.” (Viñeta de Rocío).

“Se manejan por mail (pacientes pueden enviar sus consultas). (...) Unos días más tarde, una de las coordinadoras me cuenta que la atendieron en endocrinología” (Viñeta de Carla y Facundo).

Las nuevas formas de comunicación que se instalaron con la pandemia, se extendieron a otras patologías preexistentes no covid, favoreciendo y ampliando el acceso a la atención de salud. Frente a estas nuevas modalidades, se incrementó el diálogo entre profesionales y, asimismo, la fluidez en el intercambio entre el equipo coordinador y quienes realizan las recorridas y llamadas, lo que permitió la gestión en la atención de temáticas como violencia de género:

“A raíz de lo que hablamos, una compañera del equipo coordinador realiza una llamada de seguimiento a María. (...) Leo los registros que siguieron a mis llamados y hablo con mi compañera. Me cuenta que ha estado en contacto con María” (Viñeta de María y Hernán).

En cuanto a este aspecto, se hace evidente en los relatos, un grado de articulación mínimo necesario entre profesionales para dar respuestas oportunas a las demandas, aumentando los intercambios entre profesionales:

“El 14/7 recibo un mail de la hija de Esteban preguntándome si había podido conseguir el turno porque hasta ese momento nadie lo había llamado. Me comunico nuevamente con el equipo coordinador y con la jefa de residentes de Medicina General y ambxs nos comunicamos con el director del CeSAC 33, informando esta situación y solicitando que le asignen un turno” (Viñeta de Esteban).

Otro aspecto de la accesibilidad que se visibilizó fue el acompañamiento desde el equipo de salud a referentes comunitarios y/o vecinxs:

“Meses después, me llama para solicitar un turno con clínica médica para un familiar con síntomas de diabetes, con ginecología para una compañera de trabajo y me pone en contacto con una vecina en una situación de interrupción legal del embarazo. Gestiono las articulaciones correspondientes” (Viñeta de Marta).

En varios de los registros seleccionados, la apertura del equipo alojó el apoyo al autocuidado, albergando los saberes y estrategias implementadas por las personas. Es decir, la autoatención como estrategia primaria de las personas o conjuntos sociales fue respetada y alojada a través de la escucha activa:

“Estos días Marta tomó decocción de jengibre, cebollas, ajo y limón para aliviar la tos. Y aspirina cada 12 h. Se siente bien y se encuentra sin síntomas hace una semana” (Viñeta de Marta).

“Profundizo acerca de las estrategias que pone en práctica y comenta que ahora agarra la moto y se va porque se conoce y sabe que puede terminar mal. Hablamos al respecto” (Viñeta de María y Hernán).

De esta manera, la puesta en acto del apoyo al autocuidado, tanto alojando los saberes y prácticas implementadas por las personas así como también acordando pautas en relación a los PSEAC, en lugar de exigir el cumplimiento de meras indicaciones, ha promovido la accesibilidad y la continuidad de cuidados.

El último punto que encontramos de manera repetida en las viñetas es la construcción conjunta de la demanda y de estrategias de intervención. La construcción de la misma es parte de un proceso que implica un incremento en los grados de autonomía que pone en juego lo intersubjetivo:

“Le parece bien poder hablar de esto con algún profesional: ‘sería una ayuda’, dice” (Viñeta de María y Hernán).

“Lo noto con dificultad para respirar. Ambos consideramos que sería importante ver a un médico. Me comunico con el equipo coordinador y enviamos un taxi para que vaya al Hospital Tornú” (Viñeta de Pablo y Matías).

No sólo se da cuenta de una necesidad, sino que también se piensan estrategias posibles en conjunto para resolver la situación problemática.

Por otro lado, identificamos una serie de barreras que impiden o dificultan el encuentro de la población con los servicios de salud. En primer lugar, las demoras en la entrega de los turnos han sido una barrera de dicha accesibilidad.

“Envío mail al CEMAR para gestionar turno. Frente a la demora en la respuesta, junto a una coordinadora del equipo nos volvemos a contactar y finalmente contestan el mail” (Viñeta de Rocío).

Por otro lado, la fragmentación propia del sistema de salud en general y del subsistema público en particular, agravada por el contexto de pandemia, y las sucesivas reasignaciones de tareas operaron como claros obstáculos a la accesibilidad, la continuidad de cuidados y al sistema de referencia y contrarreferencia:

“María dijo que se sentía tan contenida por los profesionales que la llamaron que agradecía cada vez, comentando que ya la habían llamado, al punto tal que en un momento la dejaron de llamar y quedó medio sola” (Viñeta de María y Hernán).

5. Discusión

Un primer dato es que solo en el 12,2% de los 492 llamados analizados se registró una dimensión de salud más allá del Covid-19. Esto podría responder a la orientación del Operativo Detectar y Post-Detectar, focalizada en la signosintomatología de dicha infección, la búsqueda de contactos y las pautas de aislamiento. Lo mencionado anteriormente puede invisibilizar o no alojar diversas demandas y dimensiones de la salud desde una perspectiva de integralidad. Al respecto, consideramos que dicha coyuntura acrecentó diversas problemáticas pre-existentes, que afectan los PSEAC, algunas de las cuales abordaremos en la presente discusión.

Una primera lectura de los resultados obtenidos nos permite conocer las diversas demandas que ha presentado la población del Playón de Chacarita en relación a la salud, en términos

integrales. En este sentido, evidenciamos que las ECNT fueron las más prevalentes (21,7% del total de situaciones relevadas entre llamadas y recorridas). Su abordaje fue puesto en jaque por el Covid-19 y las viñetas analizadas dan cuenta del esfuerzo de lxs profesionales por sostener o reanudar un seguimiento y acompañamiento a la población y evidencian aspectos facilitadores y obstaculizadores de la atención de personas tanto con ECNT como con otras problemáticas de salud (violencia de género, angustia, precariedad habitacional, etc.) en el contexto de la pandemia actual.

Con respecto al seguimiento, entendemos que las recorridas por el barrio y las llamadas telefónicas a personas con Covid-19 constituyeron una oportunidad para la puesta en práctica del acompañamiento periódico mencionado y la construcción de un vínculo de confianza con la población. Al mismo tiempo, la utilización de nuevas tecnologías de la información y la comunicación, como el envío de mensajes de texto, WhatsApp y correos electrónicos facilitaron dicha tarea. Algo a destacar es que estos nuevos canales de comunicación tuvieron como respaldo el conocimiento e intercambio previo con la población, generando un vínculo directo, de confianza, con lxs integrantes del equipo de salud.

Consideramos que este vínculo fue un gran punto de apoyo para facilitar la accesibilidad, permitiendo la apropiación de esos nuevos canales, que vehiculizaron la comunicación con la población y también entre lxs profesionales. A través de las viñetas, se puede observar cómo varias personas se valieron de esos vínculos y esos canales para realizar nuevas consultas por diversos temas a posteriori, referidas tanto a ellas mismas como a otras personas del barrio. En este punto, podríamos decir que a través de este vínculo con el equipo, estas personas se constituyeron en referentes y articuladoras de estrategias para las problemáticas de otras. Las situaciones presentadas anteriormente evidencian claramente que el acompañamiento desde el equipo de salud a referentes comunitarios y/o vecinx operó como facilitador para garantizar la accesibilidad a efectores de salud u otras instituciones en las situaciones de emergencia o de cuidado integral de la población (RIEPS, 2020). A su vez, consideramos que el intercambio fluido entre el equipo coordinador y quienes realizan las recorridas y llamadas resulta fundamental para la toma de decisiones, el seguimiento de las situaciones y, por lo tanto, la continuidad de los cuidados. En consonancia con lo planteado anteriormente, el modelo MAPEC de Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles expresa que:

“Para lograr una mejor atención de personas con condiciones crónicas, el sistema de salud debería reorganizarse, dejar de centrarse exclusivamente en las patologías agudas y evitar la fragmentación de los procesos de atención. (...) Se necesitan, entonces, respuestas más integrales de los sistemas de salud que permitan la articulación entre efectores y entre programas, con refuerzo en la

cobertura y la accesibilidad, mejorando la capacidad resolutive en el primer nivel de atención” (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

En este sentido, consideramos fundamentales los aportes de la Prevención, Promoción y Educación para la Salud (PPEpS), tal como las entiende la RIEPS⁵, en las actividades analizadas en el presente trabajo. Al respecto, observamos que la fragmentación institucional y las sucesivas reasignaciones de tareas constituyeron un obstáculo para realizar intervenciones adecuadas y para la gestión integral de la emergencia. Aquí, la discontinuidad de lxs profesionales en las tareas asignadas operó como una barrera a la accesibilidad. Las acciones de PPEpS pueden entonces aportar en la creación y fortalecimiento de redes entre organizaciones y efectores de distintos sectores (RIEPS, 2020). En este sentido destacamos el trabajo realizado por la RIEPS con anterioridad al inicio del Detectar: habíamos elaborado un listado de instituciones y efectores de salud que están atendiendo las diversas problemáticas de salud (con direcciones, horarios, teléfonos, servicios) para referenciar a la población y favorecer la articulación. También contábamos con un mapeo de organizaciones y otrxs actores sociales del barrio para poder identificar recursos, sobre todo en relación a la emergencia alimentaria y la violencia de género. Estas herramientas facilitaron el trabajo desarrollado en las recorridas y las llamadas telefónicas, en tanto permitieron referenciar a la población y propiciar la accesibilidad.

A su vez, las viñetas seleccionadas evidencian que habilitar la palabra, gestionar un turno o dejar un número de teléfono, formó parte de la restitución de la integridad de las personas. En este sentido, estas primeras intervenciones deben buscar ser ordenadoras ante el caos imperante pensando en la emergencia como una situación inesperada que desborda nuestra capacidad habitual de reacción. Acompañar y contener son también intervenciones que favorecen a la reconstitución de la cotidianeidad del afectadx (RIEPS, 2020).

En cuanto a los obstáculos identificados, coincidimos con lo mencionado en el modelo MAPEC para el abordaje de ECNT:

“La ausencia de un sistema referencia-contrarreferencia es una de las principales barreras identificadas en los servicios de salud para la atención y seguimiento adecuado de personas con ECNT. Es frecuente que al realizar una interconsulta a un nivel de mayor complejidad, la única constancia con la que se cuente, como

⁵ La emergencia asistencial muchas veces invisibiliza y no considera cuestiones relevantes que se amplían desde una mirada de salud integral: las nuevas demandas que están desarrollándose a consecuencia del aislamiento, del miedo, de la vida cotidiana cambiante, de la incertidumbre, así como también los desafíos de la atención a los problemas de salud preexistentes. Por todo lo antedicho, creemos imprescindible orientar el trabajo en PPEpS en función de atender y asistir al padecimiento subjetivo y comunitario que surge en este momento. (RIEPS, 2020)

contrarreferencia, sea a través de mecanismos informales, como el simple relato de la persona” (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Este último tipo de articulación es lo que definimos como tercer grado de articulación, y es el que encontramos en un cuarto de las articulaciones realizadas, mientras que la contrarreferencia (cuarto grado de articulación de acuerdo a la categorización que presentamos en este trabajo) solo ocurrió en el 17,4% y provino desde Salud Mental del Área Programática, de una trabajadora social del CeSAC 33 y de la residencia de Medicina General y Familiar, actorxs cercanos al equipo interviniente y con quienes la RIEPS ha trabajado en distintas oportunidades.

Asimismo, existe mayor grado de articulación registrado a partir de las recorridas en comparación con los llamados telefónicos. Dicha diferencia se podría deber al hecho de que a través de las recorridas se logró garantizar cierta continuidad de los cuidados con un seguimiento/acompañamiento por parte del mismx profesional. Un factor a tener en cuenta para la interpretación de dicha diferencia es el hecho de que los registros de las recorridas provienen de un solo profesional, residente de la RIEPS, mientras que en las llamadas analizadas también se incluyeron las realizadas por otrxs profesionales, con diversas perspectivas de trabajo.

A su vez, en relación al conocimiento de las estrategias desarrolladas por la población frente a las diversas problemáticas, nos encontramos con situaciones en las que podemos observar, entre otras cuestiones, la adversidad de los escenarios frente a los cuales las personas se vieron obligadas a posponer ciertas necesidades, siendo vulnerados su integridad y sus derechos, encontrándose con barreras económicas y con la fragmentación y burocratización de los efectores y las instituciones. Esto mismo termina operando como obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud en la mayoría de las situaciones analizadas, siendo una característica estructural con la que tensionan las diversas estrategias pensadas por los equipos de salud y por la población.

Por otra parte, en relación al trabajo realizado con las situaciones de violencia de género, resultó fundamental apuntar a que las derivaciones sean cuidadas y tener en cuenta que uno de los recursos principales son las redes familiares y sociales de la mujer así como sus propias estrategias de cuidado (Collado y Cremona, 2019). En la situación de una de las viñetas analizadas (cuyos detalles desarrollados en el registro, decidimos resguardar) evidenciamos, nuevamente, que la fragmentación del sistema de salud, agravada en este contexto, operó en contra. Sin embargo, destacamos el diálogo entre lxs profesionales del equipo que se comunicaron con ella y el sistema de registros implementado, lo que propició

el seguimiento y acompañamiento. Un aspecto más a resaltar en esta intervención, así como en otras, es el proceso de construcción de una demanda⁶.

En este sentido, una escucha activa que aloje la multidimensionalidad del proceso se convierte en la principal herramienta de trabajo. Esto resulta fundamental, sobre todo, en el trabajo con las situaciones de angustia/miedo/preocupación/ansiedad, que constituyen la segunda dimensión de salud más prevalente dentro de las demandas de la población del Playón⁷ (17,8% del total de situaciones relevadas entre llamados y recorridas).

Por último, en diversas situaciones analizadas, nos encontramos frente a la vulneración de derechos económicos, sociales y culturales, agravados por la pandemia. Es así que el derecho a la vivienda, al trabajo, a la salud, por mencionar algunos, se ve amenazado y muchas veces obturado por situaciones de pérdida del trabajo, la ausencia de políticas para abordar la situación de los inquilinatos informales⁸, los manejos poco claros en la asignación de viviendas, el maltrato institucional, la violencia de género, la falta de acceso a la medicación y/o atención, entre otras. En este sentido, realizamos acciones de promoción de derechos, facilitando como primer paso el acceso a la información. Otra de las acciones desarrollada desde esta perspectiva fue acompañar el acceso a la atención y la resolución de los problemas que refieren las personas, acercando los recursos disponibles, considerando que cualquier persona afectada por una situación de emergencia es ante todo un sujeto de derechos (RIEPS, 2020).

En síntesis, a través de este abordaje cuanti-cualitativo pudimos observar que frente a la fragmentación del sistema de salud y en un contexto en el que las prácticas se han centralizado en torno al Covid-19, desplazando la atención de otras problemáticas, la combinación de una escucha activa con el trabajo de articulación realizado ha facilitado la accesibilidad frente a diversas barreras. Esto permitió identificar necesidades y demandas y

⁶ Retomamos lo que expresa Lomagno (2012) en relación a que “de la identificación de la existencia de una carencia al pasaje de reconocimiento subjetivo de una necesidad, a la búsqueda de un satisfactor y a la expresión, ya sea individual o colectiva de una demanda, acaece un proceso complejo que implica numerosos aprendizajes sociales. Una trama de factores sociopolíticos, económicos y procesos de construcción de sentidos y representaciones colectivas se entretajan a lo largo de la vida de los individuos y grupos, facilitando o inhibiendo este proceso.” (Lomagno, 2012, p. 29)

⁷ “(...) en las situaciones de emergencia uno de los grandes impactos se da a nivel de la salud mental de las poblaciones, entendida en un sentido amplio y como parte de la salud integral. Desde esta consideración, es importante sostener las vinculaciones con las personas con las que venimos trabajando y restablecer un contacto novedoso en su forma para que la población pueda seguir contando con una referencia. Una vez restablecido este contacto, debemos tener una escucha de sus necesidades en este nuevo contexto para poder asistirlos y acompañarlos en lo que necesiten.” (RIEPS, 2020, p.4)

⁸ En el caso de los alquileres acordados a través de contratos formales, el Decreto 320/2020 del Poder Ejecutivo Nacional dispuso el congelamiento de precios y la suspensión de los desalojos hasta el 31 de enero de 2021. Pero distinto es el caso del mercado informal de alquileres en villas y asentamientos, donde las condiciones se pactan de palabra por lo que sus inquilinxs quedan en una situación de desprotección.

construir un dispositivo de encuentro con la población, de acuerdo a las realidades locales. Consideramos que esto constituyó una puesta en acto de la integralidad y transversalidad de la Atención Primaria de la Salud en el escenario planteado por el operativo Detectar y Post-Detectar, ampliando y enriqueciendo su alcance en términos de accesibilidad e integralidad.

6. Referencias bibliográficas

Barter, C. y Renold, E. (1999). The use of vignettes in qualitative research. *Social Research Update*, 25. <https://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU25.html>

Behar, R. (1996). *The vulnerable observer: Anthropology that breaks your heart*. Boston: Beacon.

Carballeda, A. (2015). El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Revista Margen*, (76).

Comes, Y. et al. (2006). El concepto de accesibilidad y la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología, UBA. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-209

Collado, I. y Cremona, L. (2019). *Sugerencias para la atención de situaciones de violencia de género hacia las mujeres*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Residencia de Trabajo Social del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú.

GCABA-RIEPS (2015). *Programa docente de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, 128-136.

Iser, W. (1978). *The act of reading: A theory of aesthetic response*. Baltimore: Johns Hopkins University.

IVC (2016). *Censo 2016 Playón Chacarita. Informe final*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto de Vivienda de la Ciudad.

Laderman, C. y Roseman, M. (Eds.) (1996). *The performance of healing*. New York: Routledge.

Lomagno, C. (2012). Cartografía de la construcción de demandas por condiciones habitacionales en el barrio de La Boca. Una experiencia de educación de adultos desde la perspectiva de la educación popular y la animación sociocultural. *Revista del IICE*, 32, 27-38.

Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles - modelo MAPEC*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

OPS (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C.: OPS.

Pardo, L. et.al. (2008). Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría. Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Revista Médica Uruguaya*, (24). 69-82.

RIEPS (2020). *Aportes (en 2a versión) desde la Prevención, Promoción y Educación para la Salud (PPEpS) en contexto de pandemia. Nuestras prácticas interpeladas en momentos extraordinarios*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: RIEPS.

Van Manen, M. (2002). *Writing in the dark. Phenomenological studies in interpretive inquiry*. Londres, Ontario: Althouse.

Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones*. Mercado y sociedad. Buenos Aires: De las ciencias.