

El triage: desafíos y aprendizajes de un equipo de salud.

Luisina Miniaci y Stephanie Lifszyc.

Cita:

Luisina Miniaci y Stephanie Lifszyc (2021). *El triage: desafíos y aprendizajes de un equipo de salud*. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/220>

EL TRIAGE: DESAFÍOS Y APRENDIZAJES DE UN EQUIPO DE SALUD

1-RESUMEN

La pandemia COVID-19 generó reorganizaciones en el sistema de salud, demandando mayores niveles de coordinación y trabajo en equipo. El ingreso a los efectores de salud estuvo mediado por el triage con la finalidad de extremar los cuidados con los usuarios y hacia el personal de salud. Éste consiste en detectar personas con posibles síntomas de COVID-19 y realizar orientaciones a los diferentes servicios de salud, convirtiéndose en un dispositivo central en torno a la accesibilidad.

Este trabajo tiene como objetivo reconstruir el proceso de conformación de un equipo a cargo del triage en un centro de salud de la región norte de la CABA. Para ello, se analizarán los datos obtenidos a partir de una sistematización de experiencia para la cual se realizaron entrevistas a profesionales del efector. Éstas recuperan las sensaciones previas a la inserción en el triage, las estrategias generadas para optimizar la organización de la tarea y el reconocimiento de sus aportes disciplinares.

Desde la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), nos interesa dar cuenta de los desafíos, tensiones y aprendizajes que implicó esta experiencia. Así, esperamos contribuir al fortalecimiento del trabajo en equipo para generar respuestas integrales a las demandas de la población.

2-INTRODUCCIÓN

En el marco de la actual pandemia de COVID-19, en marzo del 2020, se implementó a nivel nacional un aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) para toda la población, con la intención de disminuir la circulación y así, la propagación de la enfermedad. Dado que debía garantizarse la atención en Centros de Salud y Hospitales, se realizó una reorganización del sistema de salud para disminuir las posibilidades de contagio de COVID-19 en dichas instituciones. Entre otras medidas, se estableció un dispositivo denominado triage, en todos los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) con el objetivo de, por un lado, detectar personas con posibles síntomas de la enfermedad en cuestión y, por otro, realizar las orientaciones necesarias hacia los diferentes servicios del efector u otras instituciones relacionadas.

En el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°12, ubicado en la zona norte de la CABA, la implementación de dicho dispositivo fue un desafío para todo el equipo ya que repercutió en la organización de la atención del efector e implicó un cambio drástico en las tareas llevadas a cabo por los profesionales de la salud.

Esta ponencia, realizada por la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), tiene como objetivo reconstruir el proceso de conformación del equipo a cargo del triage y las tensiones y aprendizajes derivados de la construcción de esta modalidad de atención. Para ello, se tomará como fuente de información una sistematización de experiencias, que reconstruye todo el proceso de trabajo y cuenta con diferentes entrevistas a profesionales del efector. Éstas recuperan los siguientes ejes de análisis: las sensaciones previas a la inserción en el triage, las estrategias generadas para optimizar la organización de la tarea, el reconocimiento de sus aportes disciplinares y los aprendizajes resultantes a partir de un trabajo de reflexión colectivo y participativo.

3- MARCO TEÓRICO

El sistema de salud de CABA está organizado en distintos niveles de atención acorde a la normativa vigente. El CeSAC es uno de los efectores comprendidos dentro del primer nivel. Según la Ley Básica de Salud N°153 del año 1999, comprende “todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias”. Asimismo, establece que entre sus competencias se encuentran: constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención; garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales; realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquellas comprendidas en el primer nivel, según la capacidad de resolución establecida para cada efector; y promover la participación comunitaria.

Esta división de diferentes niveles de atención en relación a la capacidad resolutoria se enmarca dentro de la estrategia de *atención primaria de la salud (APS)*, que tiene como objetivo lograr el mayor nivel de salud posible a partir de la integración de los diferentes servicios de salud y la atención sobre los determinantes sociales de la salud. Es importante destacar que para llevar adelante esta estrategia, los profesionales de la salud deben realizar caminos de forma artesanal para integrar estos niveles en el marco de un sistema de salud fragmentado como es el argentino (Rovere, 2016). En este sentido, resulta interesante pensar las múltiples puertas de ingreso al sistema de salud como así también las diferentes barreras que operan.

La *accesibilidad*, a diferencia de otras concepciones que ponen el foco solo en la oferta o en la demanda, refiere al vínculo que se construye entre usuarios y servicios de salud, teniendo en cuenta las representaciones, prácticas y discursos de la población

conjuntamente con las condiciones, discursos y prácticas de los servicios (Barcala y Stolkiner, 2000). Según Stolkiner (2000), existen cuatro dimensiones o barreras que obstaculizan la accesibilidad: la dimensión geográfica, que se refiere a un accidente geográfico o una barrera construida por el hombre; la administrativa, que tiene que ver con las dificultades producidas por la organización de los servicios; la económica, que se vincula con la falta de recursos económicos de la población y, por último, la simbólica. La autora Comes (2004) refiere con ésta al aspecto más relacional, entendiéndose como la posibilidad subjetiva que tienen los usuarios de “obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos” (citado en Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008, p. 264).

Antes de comenzar con la descripción propiamente del triage, resulta imprescindible problematizar qué entendemos por *dispositivo*. Foucault (1994) presenta a este concepto como una herramienta que permite dar cuenta de la realidad social en diferentes momentos históricos. Su definición se centra en la capacidad productora de sujeciones y sentidos, que se construyen de manera permanente e inacabada. Se trata entonces de un conjunto heterogéneo de elementos que establecen una red e implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, leyes, proposiciones filosóficas, morales, etc. En su definición, el dispositivo tiene una función de control en tanto supone una cierta manipulación de las relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección: para bloquearlas, estabilizarlas o utilizarlas. Siguiendo esta línea, Agamben (2011) profundiza en este concepto al afirmar que al desarrollo de los dispositivos le corresponde un desarrollo de los procesos de subjetivación, afirmando que “el dispositivo tiene la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (p.257). Por ello, según el autor, también es una máquina de gobierno. Simultáneamente, Agamben (2011) indaga sobre la posibilidad de oponerse al modelado o control de un dispositivo. Para ello retoma el concepto de “profanación”, que entiende como la posibilidad de reapropiación colectiva de lo instituido socialmente de los dispositivos que trascienden y se les imponen a las personas. Entendemos que podría existir la posibilidad de crear y recrear dispositivos que reviertan las relaciones de poder hegemónicas y puedan plantear caminos emancipatorios de las mismas.

Adentrándonos en el campo de la salud y la educación, el autor Sousa Campos (1998) retoma la definición de dispositivo de Barembliitt (1992): "dispositivo es un montaje o artificio

productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo radical" (p.151). Entiende a los dispositivos como arreglos organizacionales:

“como combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que no forman parte de la estructura de las organizaciones. Serían artificios que se introducen con el objetivo de instaurar algún proceso nuevo (...). Cuando se anhelan cambios o asimismo el refuerzo de algún comportamiento, se acostumbra a utilizar dispositivos para intervenir en la realidad cotidiana de los servicios.” (Sousa Campos, 1998, p.1 y 2).

Así, cuando se habla de dispositivo en salud, es necesario realizar un profundo análisis para comprender qué relaciones de poder establece y qué tipo de subjetividades está produciendo/reproduciendo. En tanto arreglo organizativo, el dispositivo requiere de diferentes condiciones para su funcionamiento: espacios, tiempos, personas, recursos materiales, ambientes propicios, acuerdos teóricos y técnicos (Souto et al., 1999).

El *triage*, según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020), es “un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esto permite una gestión del riesgo clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas” (p.1). Este sistema de selección es muy utilizado en las urgencias y guardias para optimizar los tiempos y recursos, permitiendo una correcta clasificación de la demanda en función de la urgencia. Si bien el triage viene siendo utilizado hace mucho tiempo con un enfoque marcadamente biomédico, en el contexto de pandemia ha sido recuperado como una forma de organizar la circulación en los efectores de salud y reducir contagios. La presente ponencia tiene por objetivo dar a conocer los diferentes aportes que se pueden realizar desde este dispositivo a partir de una *perspectiva integral de la salud*.

La mirada integral en salud se basa en analizar la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de los sujetos y grupos concretos en tanto configurados por el entrecruzamiento de procesos biológicos, económicos, políticos, ideológicos, culturales y subjetivos (Grigaitis, 2005). De esta forma, la salud pensada tradicionalmente como el arte de curar, incorpora una visión dinámica a partir la dimensión del cuidado como un eje que orienta la relación entre lxs usuarixs y lxs trabajadorxs de la salud, posibilitada a partir del encuentro y el reconocimiento del otrx como un sujeto de derechos y a la salud como el resultado del ejercicio de los mismos.

El *cuidado* no se vehiculiza sólo a partir de la dimensión afectiva y vincular, sino también a partir de los modos en que se organizan los servicios de salud. Es una instancia ética de priorización de las necesidades de lxs usuarixs, en la que la empatía, el miramiento y el buen trato resultan fundamentales para la instauración de vínculos y modos de organización que aboguen y materialicen el cumplimiento del derecho a la salud (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014).

A su vez, la salud no puede ser responsabilidad de un único sector de gobierno, sino que debe sustentarse en vínculos intersectoriales que garanticen el *derecho a la salud* de forma integral, incluyendo la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación y ambiente. Esta concepción implica que no sólo se debe dar respuesta a las demandas de atención de la enfermedad, sino que se deben abordar integralmente sus determinantes a través de estrategias de promoción de la salud con bases intersectoriales, tal como lo establece la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Nº 153/99)

La implementación del triage en los efectores de salud supuso un encuentro directo con ciertas necesidades de la población muchas veces invisibilizadas y ahora agudizadas por la pandemia. Ante esto, fue necesario fortalecer el trabajo en equipo mediante el establecimiento de acuerdos que garantizaran una adecuada atención en el marco de un contexto signado por restricciones que obstaculizaban la accesibilidad al sistema de salud.

Teniendo en cuenta que los problemas de salud tienen múltiples dimensiones y demandan un abordaje integral, el trabajo en equipo aparece como una estrategia necesaria. Tal como menciona De la Aldea (2000), las intervenciones en salud son más ricas cuando se piensan y se ponen en práctica en equipos. *El trabajo en equipo* supone, por un lado, el establecimiento de objetivos comunes, un marco de acuerdos ideológicos y la organización en torno a una tarea compartida. Por el otro, implica una división del trabajo entre sus miembros, considerando el bagaje que cada unx de sus integrantes pone en juego (cultura, conocimientos, habilidades, actitudes, modos de ser particulares) en función de la intervención. De La Aldea (2000), destaca que el trabajo en equipo cuenta con la potencia de pensar y actuar con otrxs, transformando a las personas involucradas.

Un equipo de trabajo conjuga diversas perspectivas y disciplinas para mirar el problema dada la complejidad de la realidad, como así también permite regular la relación de cada persona con la realidad. La conformación de equipos, y el trabajo interdisciplinario, no se constituye de manera espontánea en las instituciones, sino que requiere de una construcción en conjunto. Si el equipo se constituye como equipo interdisciplinario, se potencia una mirada integral de la salud y la intervención se enriquece. La *interdisciplina*

supone partir de los problemas, atendiendo su complejidad, y no de las disciplinas dadas y del aporte fragmentado que puedan brindar. El equipo interdisciplinario demanda una organización que distribuya tareas y responsabilidades en función del problema que convoca a la intervención y no en relación al peso o tradición de cada profesión (Stolkiner, 2005). Tomando la implementación del dispositivo de triage en el CeSAC N°12 en el marco de un contexto de pandemia, analizaremos la experiencia de conformación del equipo de trabajo a través de los conceptos previamente mencionados.

4- METODOLOGÍA

Desde la RIEPS llevamos a cabo una sistematización sobre la experiencia de implementación del dispositivo de triage en el CeSAC N°12. Para ello, propusimos como eje el proceso de construcción de la modalidad de atención de dicho dispositivo.

La sistematización de experiencia se trata de una herramienta metodológica que permite, a partir de la reconstrucción de lo sucedido, identificar aprendizajes y desafíos de la práctica. La posibilidad de recuperar lo acontecido a lo largo de la experiencia de trabajo facilita el reconocimiento de los diferentes factores intervinientes en el proceso y la interrelación entre los mismos. De esta manera, es factible producir y apropiarse de los aprendizajes y sentidos que emergen de la sistematización, enriqueciéndose a partir de la teoría y orientándose hacia la práctica con una perspectiva transformadora (Jara Holliday, 2009). Tal como mencionan Barnechea y Morgan (2010), estas reconstrucciones presentan cierta unidad entre quien actúa y quien reflexiona sobre lo acontecido, lo que permite no sólo entender algo, sino también poder accionar sobre la práctica con el objetivo de hacerlo mejor.

Para realizar la sistematización, utilizamos como fuente de información los registros de la tarea, materiales e instrumentos de trabajo, el intercambio de mensajes de trabajadorxs del CeSAC, registros de reuniones de equipo y entrevistas a otrxs profesionales que ocurrieron desde Marzo de 2020 hasta Noviembre 2020, período que se tomó para la sistematización. La producción resultante fue puesta en común a fines de Mayo del 2021 con el resto del equipo de salud del CeSAC, dando lugar a debates y reflexiones sobre lo ocurrido. Este encuentro fue registrado y permitió retroalimentar lo ya producido, condensado en esta ponencia. El presente escrito es el resultado de un trabajo colectivo que permitió “una visión común sobre el proceso vivido, sus aciertos y errores, sus límites y posibilidades, aportando cohesión y coherencia grupal y posibilitando la autoformación de las personas que desarrollan la intervención” (Barnechea y Morgan, 2010, p.105).

5- ANÁLISIS

5.1- Breve historización del dispositivo del triage en el centro de salud

En marzo del año 2020, a partir de los primeros casos de personas con COVID-19 en Argentina, se implementó un Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) con el objetivo de disminuir la circulación y así, los contagios. En el CeSAC N°12 se llevaron a cabo una serie de medidas para reorganizar la modalidad de trabajo con el fin de acompañar la reducción de contagios y, al mismo tiempo, favorecer el acceso al sistema de salud. Dentro de estas estrategias efectuadas, se comenzó a construir un dispositivo de triage en el ingreso al efector de salud.

En un primer momento, el triage era sostenido por profesionales médicos de planta permanente y residentes del CeSAC, dado que se consideraba que era una tarea que requería de conocimientos médicos para su adecuada implementación. Las tareas consistían en: la toma de temperatura; realización del cuestionario para admitir el ingreso de la gente a partir de detectar o no síntomas asociados de COVID; derivaciones al Hospital o a las Unidades Febriles de Urgencia (UFUs) u operativos Detectar; organización para el ingreso de las personas en forma ordenada y de las filas de espera para los diferentes servicios; entrega de leche y de métodos anticonceptivos. En aquel momento, se vio un considerable descenso de la circulación de personas en la vía pública y también en el Centro de Salud.

Durante los meses de abril y mayo, desde el Ministerio de Salud de CABA, se determinó la necesidad de establecer cohortes para reducir la posibilidad de contagios entre los profesionales de la salud y así garantizar la continuidad de la atención en el efector. De esta forma, el equipo de salud se dividió en dos grupos alternando una semana de trabajo presencial y otra de modalidad remota. Así, comenzaron a acordarse ciertos criterios para la organización y comunicación entre ambos grupos, cómo la elaboración de carpetas para otorgar turnos y entregas recetas. En este sentido el grupo de whatsapp de todo el equipo del CeSAC sirvió para intercambiar criterios e ir modificandolos a partir de las diferentes dinámicas que se iban sucediendo, tanto las provenientes del contexto que se estaba viviendo y las propias del centro de salud.

Además el equipo de salud debía ocuparse de otras tareas derivadas de la emergencia sanitaria como participar de dispositivos territoriales de testeo y seguimiento, como el DetectAR, o responder el mail y teléfono del CeSAC.

En estos momentos, las medidas más restrictivas a la circulación comenzaron a flexibilizarse y esto implicó un aumento de la demanda de atención, lo que supuso la reducción de médicxs destinadxs a sostener el triage. Por tal razón, fue necesario incorporar a profesionales de otras disciplinas a participar del dispositivo. Esta incorporación generó sensaciones de miedo y de incertidumbre en relación a las incumbencias disciplinares. Sin embargo, se comenzaron a evidenciar nuevas demandas por parte de la población que desafiaron al equipo de salud, visibilizaron padecimientos generados a partir de la pandemia, más allá de lo biomédico y permitió el comienzo de un trabajo en equipo para buscar formas de responder a esas demandas. Estas problemáticas estaban relacionadas con situaciones de violencia de género, necesidad alimentaria, angustia, depresión, soledad, entre otras.

Así, la modalidad de atención ya no se limitaba sólo a un cuestionario para detectar síntomas de COVID-19, sino que se esforzaba por recuperar y responder a la multiplicidad de necesidades relacionadas con la salud, teniendo como objetivo facilitar la accesibilidad al sistema y otras instituciones relacionadas. La incorporación de preguntas más amplias sobre el motivo de la consulta dio lugar a la confección de listados de recursos comunitarios e institucionales de diversos sectores. Esto implicó relevar el funcionamiento de otras instituciones de referencia en el barrio, las modalidades de atención de los servicios activos en el centro de salud y en el hospital, y las vías de comunicación. De esta manera, lxs profesionales afectados al triage, desarrollamos capacidades de escucha y empatía, capacitación sobre la entrega de métodos anticonceptivos y de entrega de leche, elaboración de cartelería y materiales comunicacionales adaptables a los vertiginosos cambios que se vivían y desarrollo de espacios de cuidado para el personal de salud. Además, implicó para aquellxs profesionales no médicxs, la capacitación sobre el uso de elementos de protección personal.

Paralelamente, desde la residencia nos preguntamos cómo poder hacer más cálido el tránsito de lxs usuarixs por el efector de salud en un contexto en que abundaban y abundan protocolos, distanciamiento social y elementos de protección personal. Entre las estrategias que nos dimos, además del lugar central de la escucha y la empatía, intentamos anticipar y explicar el sentido de ciertos protocolos, y realizar cartelería *amigable* en una de las puertas del Centro de Salud que se encontraba limitada. Intentamos llevar algunas de estas miradas y preguntas al resto del equipo del CeSAC.

Ante los cambios suscitados por las nuevas tareas requeridas en el triage, lxs profesionales demandamos reuniones de equipo que permitieran una mejor organización del trabajo. De esta forma, las reuniones de equipo del CeSAC fueron los espacios privilegiados para

discutir estos asuntos. Estos encuentros permitieron estrechar los vínculos entre lxs profesionales, problematizar diversas situaciones de la práctica y tensionar diferentes concepciones de salud. Así, se fueron estableciendo acuerdos que permitieron aunar criterios y comenzar a consolidar el trabajo en equipo.

Estos intercambios, sin embargo, no estuvieron exentos de tensiones y requirieron aceptar que, sobre algunas cuestiones, no era posible llegar a un acuerdo. El mayor desacuerdo que se generó al comienzo de la pandemia fue la gran diferencia de organización del trabajo entre una cohorte y la otra. Esto generaba dificultades a la hora de orientar a lxs usuarixs que debían recurrir al Centro de Salud cuando se encontraba presencialmente la otra cohorte. Esto se acrecentaba con la existencia de una cierta resistencia de algunxs profesionales a que su agenda de turnos sea organizada por el equipo que se encontraba realizando tareas en el triage. Por otro lado, había discusiones sobre cuáles eran las funciones esenciales a garantizar en el triage: se debatía si la entrega de métodos anticonceptivos y leche se debería hacer en este marco, si debía realizarse todos los días o bien limitar su horario. Para algunxs, la posibilidad de entregar leche sin limitación horaria significaba promover una mayor accesibilidad al recurso por parte de la población. Quienes sostenían lo contrario, argumentaban que eran muchas las tareas que ya se realizaban desde el triage y que debían reducirse, y/o que la entrega en un día y horario específico podría significar tener un espacio de mayor intercambio con quienes se acercaban al Centro de Salud, mejorando la calidad de la atención.

Paralelamente a estas reuniones, fue necesario crear grupos de WhatsApp por cohortes, para facilitar la circulación de información y resolver situaciones en lo cotidiano, y realizar un protocolo en donde condensar los acuerdos comunes que se iban generando. Asimismo, se elaboraron materiales de uso interno que permitieron organizar la tarea, tales como: listados con los horarios de atención de lxs profesionales y de quienes estarían en el triage; recursoros para brindar a la comunidad información sobre diferentes servicios relacionados con salud mental, urgencias odontológicas, comedores barriales, atención a situaciones de violencia de género, etc.

En septiembre y octubre, se comenzaron a flexibilizar las medidas del ASPO. Llegado a este punto, el personal de salud se encontraba visiblemente agotado, en parte, por la energía dispuesta en la reorganización de los servicios para enfrentar los desafíos derivados de la pandemia y, por otra parte, por la suspensión de las licencias desde que se decretó la emergencia sanitaria. Esto hizo necesario realizar reuniones de equipo de todo el CeSAC con el objetivo de estrechar la comunicación entre las cohortes, participando profesionales de ambos grupos. En esta ocasión, se actualizaron los criterios comunes y se

reorganizaron los horarios de atención en el triage para evitar la sobrecarga de lxs profesionales.

En el mes de noviembre, superado el pico de casos de ese momento y decretado el fin del ASPO, se finalizó la división por cohortes y se recuperaron las licencias, con su consecuente cambio en la disponibilidad de profesionales para sostener la atención y el triage. Este momento coincide con el ingreso de rotantes del IAR¹ al triage y el comienzo de la elaboración de la sistematización de esta experiencia.

En los meses de abril y mayo del 2021, con el aumento de casos y nuevamente la suspensión de las licencias, se reincorporaron lxs profesionales que estaban con licencias ordinarias y aquellxs profesionales con factores de riesgo que ya se encontraban vacunadxs. En este contexto, se realizó la puesta en común de la sistematización preliminar realizada por la RIEPS. Esto implicó una reunión de equipo en donde, a través de la presentación de los aspectos principales derivados de las entrevistas realizadas. En la misma se debatieron y complejizaron las reflexiones en torno a los procesos de trabajo resultantes de la construcción conjunta. Así, haciendo eje en la modalidad de atención del triage, se abordaron las percepciones y sensaciones en el momento de inserción al dispositivo, la multiplicidad de tareas realizadas y la conformación del equipo interdisciplinario de trabajo. De esta manera, fue posible identificar los aprendizajes significativos y los nuevos desafíos derivados de la implementación del triage.

5.2- Percepciones y sensaciones de lxs profesionales al insertarse en el triage

Al comienzo de la pandemia, con las incertidumbres y falta de conocimiento sobre el COVID-19 y las medidas de protección, trabajar en un efector de salud generaba miedo. Esto se acrecentaba cuando había que realizar tareas en el triage, en donde había una mayor circulación de personas. De las entrevistas realizadas a lxs profesionales, surge que las primeras sensaciones al ser convocadxs al dispositivo giraron en torno a la incertidumbre, angustia, desprotección y, fundamentalmente al miedo al contagio de familiares y conocidos.

A esto se le sumaba una gran incomodidad ante las nuevas tareas asignadas que implicaban relegar las actividades que venían realizando y disponer de su tiempo para el trabajo en el triage, contestar mails y teléfono, participar del DetectAR, etc. Así una de las profesionales entrevistada menciona que “a lo largo de esta actividad fui sintiendo que mi

¹ El Internado Anual Rotatorio (IAR) es la última etapa en la carrera de medicina, en el cual se realizan las prácticas pre-profesionales

quehacer profesional se había desdibujado y se había convertido en una tarea más relacionado a lo administrativo” (Entrevista realizada a Lic. en Psicopedagogía).

Por otro lado, participar en el triage implicaba ser el primer contacto de lxs usuarixs con el centro de salud. Las demandas eran sumamente heterogéneas y , tal como refiere una de las profesionales, “cada persona era una caja de pandora. Podía ser algo simple o algo muy complejo”. A lxs profesionales les generaba una gran ansiedad tratar de resolver las diversas demandas que llegaban, para las cuales muchas veces no había respuesta o recursos necesarios, teniendo en cuenta que las derivaciones a otras especialidades estaban dificultadas por la reducción de la atención de estos servicios y que se transitaba un contexto de emergencia social, además de sanitaria.

Con el paso del tiempo, lxs profesionales visualizaron que esas sensaciones comenzaron a estar acompañadas por una mayor contención entre lxs compañerxs: “la sensación al principio fue de incertidumbre y un poco de miedo pero también enseguida se sintió un clima de compañerismo trabajando en equipo”, aclara una de las profesionales entrevistadas. Esto permitió la construcción de respuestas colectivas y creativas para dar respuesta a problemas complejos, lo que permitió, en palabras de una de las profesionales, “la posibilidad de retroalimentarnos, de motivarnos, de lograr acuerdos, ensamble que funcionó muy bien y bajó la ansiedad y la angustia”. Poco a poco se iba construyendo la idea de que el trabajo en equipo es una dimensión fundamental para favorecer el ejercicio de la salud, desde una mirada integral, y a la vez, para el cuidado de lxs profesionales de la salud, más aún en este contexto.

La necesidad de construir un dispositivo de cero, en el que participaba la totalidad de lxs profesionales que asistían presencialmente, se presentó como una oportunidad en un contexto de crisis para estrechar los vínculos entre lxs trabajadorxs del efector y construir una modalidad de trabajo común sobre esta tarea compartida.

5.3-Interdisciplina y conformación del equipo de trabajo

Con la incorporación de profesionales no médicxs, y ante las nuevas demandas de la población, la totalidad de lxs profesionales del CeSAC comenzamos a hacernos nuevas preguntas sobre esta tarea común. Si bien, en un primer momento lxs profesionales percibían que su disciplina se desdibujaba en “tareas administrativas”, con estos nuevos desafíos se comenzaron a esbozar posibles y diversos aportes disciplinares en pos de un abordaje integral.

Desde esta modalidad de trabajo, muchxs profesionales comenzamos a autopercebirnos dentro de un conjunto y no como un individuo que presta sus servicios disciplinares de forma aislada. Los conocimientos eran valorados en torno a los problemas que presentaban lxs sujetxs, y no segmentados de acuerdo a sus campos disciplinares. Partiendo de esta visión, se comenzó a tejer un trabajo en donde los aportes se hacían visibles en función del problema que convocaba a la intervención. En el desarrollo mismo de la tarea, los aportes específicos se fueron definiendo junto con el lugar de cada unx dentro del equipo.

Así, si bien las primeras sensaciones al ingresar al triage giraron en torno a la pérdida de la identidad disciplinar, en las entrevistas a lxs profesionales, se evidencian aportes relacionados a algunas disciplinas y cómo éstos contribuyen a la construcción de un trabajo en equipo, interdisciplinario y dentro de la estrategia de APS.

Las profesionales en relación a la Psicopedagogía destacan la empatía y la “posibilidad de humanizar la atención, entender y contener situaciones de desbordes cuando la demanda excede o que no se puede satisfacer plenamente la misma”; “ayudar a pensar y concientizar sobre la necesidad de cuidado personal y del otro, asumiendo actitudes de responsabilidad”; “escuchar y contener a quienes fueran receptivos y sobre todo busqué ser pedagógica respecto a las medidas de cuidado y responsabilidad social en Pandemia”.

El contexto de pandemia presenta y evidencia padecimientos que van más allá de lo físico y se traducen en situaciones de desborde, para lo cual lxs profesionales a cargo del triage debieron prepararse para brindar contención. Al respecto, una psicopedagoga entrevistada, enumerando las tareas del dispositivo, remarca la de “escuchar y sonreír con los ojos y contener la bronca ante, a veces, las injustas recriminaciones tratando de entender que quien está en triage es la "cara visible" del Estado para garantizar el derecho a la Salud”.

Las profesiones de Odontología remarcan “aportar al cumplimiento de las Normas de Bioseguridad y al trabajo en equipo”; “hablar del riesgo de contagio de COVID que implica la atención odontológica por la aerolización, el trabajo con fluidos de vías aéreas superiores y la cercanía entre el odontólogo y el paciente”; “también el aporte de medidas de bioseguridad y de cuidado específico para prevenir el coronavirus (especialmente el distanciamiento social que mucho no se cumple)”.

Por último, desde el Trabajo Social resaltan la función de acompañamiento, de derivación y orientación en recursos sociales y comunitarios como una tarea fundamental que contemple la estrecha vinculación entre las condiciones de vida de lxs sujetxs y su salud.

5.4- Aprendizajes y nuevas preguntas

Del trabajo en el triage se construyeron diversos y significativos aprendizajes. Éstos giran en torno al conocimiento de las necesidades y demandas de la comunidad local, al desarrollo de la empatía y un abordaje integral hacia los procesos de salud de las personas que se acercan, como así también al conocimiento del funcionamiento y organización del CeSAC y al trabajo en equipo.

En relación a la comunidad, se menciona que el “trabajar en la trinchera” (entrevista a Lic. en Psicopedagogía), permitió tener un conocimiento más acabado del perfil de la población que se acerca al CeSAC y sus demandas. Asimismo, en el contexto marcado por la pandemia refieren cómo lxs profesionales de salud “podemos hacer mucho simplemente con atenderlos amablemente u orientarlos” ante las sensaciones de preocupación e incertidumbre de las personas. A su vez, reconocer los diversos recursos comunitarios permitió reconocer la necesidad de trabajar en red para responder a las problemáticas complejas que se relacionan con la salud.

Además de saber más sobre la comunidad, estar en el triage permitió conocer incluso mejor el funcionamiento del centro de salud. Lxs profesionales entrevistadxs remarcan que pudieron conocer cómo trabaja cada profesional, cada servicio, varias de las actividades que se realizan en el efector, y la dinámica de la institución desde que una persona ingresa por la puerta, solicita un turno, hasta que se retira. Esto permitió desarrollar la empatía en muchxs profesionales que comprendieron las situaciones de desborde que se dan en el consultorio, vinculándolas con todo el proceso que deben atravesar lxs usuarixs hasta estar sentadxs frente a ellxs.

Por último, uno de los mayores aprendizajes que resaltaron varixs entrevistadxs del CeSAC es la potencia del trabajo en equipo. En este sentido, el desafiante espacio del triage constituyó un espacio de encuentro. Habilitó a conocerse y estrechar vínculos, a conocer más sobre las tareas que realizan otrxs, afianzar los lazos y desarrollar dispositivos de intervención que permitan un abordaje integral a partir de la singularidad de los problemas y demandas y de los aportes dentro de un trabajo interdisciplinario, generando conocimientos compartidos.

Al respecto, y englobando todos estos aprendizajes, una de las profesionales resume en el encuentro de socialización de la sistematización del triage que:

“se evidencian las dificultades en torno a la satisfacción de la demanda en un contexto de limitación de recursos y cómo el trabajo en equipo funcionó como un elemento protector y de cuidado para aceptar los límites de la realidad, pero no obstante, también para favorecer el trabajo en red entre los profesionales y la concreción de salidas creativas para dar respuestas en un

contexto de incertidumbre y constante transformación” (Registro de la presentación de sistematización preliminar).

En ese mismo encuentro lxs profesionales reflexionaron sobre cómo la pandemia se convirtió en un motor de cambio, “en una buena experiencia en la que hice cosas que no imaginaba que podía hacer” (entrevista a profesional de Odontología). Esto permitió problematizar y desnaturalizar diversas situaciones del acontecer cotidiano, favoreciendo la puesta en marcha de acciones transformadoras, donde la construcción colectiva resulta imprescindible.

Cabe mencionar, por último, que este afianzamiento vincular facilitó el armado de dos equipos ampliados e interdisciplinarios para dar respuesta a dos líneas prioritarias para el primer nivel de atención, que se vieron particularmente afectadas en el marco de la emergencia sanitaria. Estos dos equipos se estructuraron bajo las grandes problemáticas de salud sexual y las enfermedades crónicas no transmisibles, y se presentan como dos caminos para continuar con el desafío de fortalecer el equipo de trabajo en el centro de salud.

6- REFLEXIONES FINALES

La irrupción de la pandemia actual de COVID-19 implicó una reorganización de los establecimientos de salud, visibilizando problemas históricos del sistema relacionados a su fragmentación, su mirada biomédica, su dificultad en torno a la construcción de trabajo interdisciplinario, los diversos problemas en torno a la accesibilidad y la escasa promoción del trabajo comunitario y la participación social.

En este contexto, los equipos de salud debieron responsabilizarse en asumir esas dificultades históricas, sumado a las exigencias de la emergencia sanitaria que implicaba la propagación del COVID-19 y el posible colapso de la estructura sanitaria.

Sin embargo, estos desafíos se convirtieron en la posibilidad, casi obligatoria, para sostenerse y trabajar en equipo y en red. En el CeSAC N°12, la construcción conjunta de un dispositivo central para el cuidado y la evitación de la propagación de la enfermedad, denominado triage, permitió evidenciar la diversidad de demandas más allá del COVID-19 y así la necesaria mirada integral de la salud y el fortalecimiento del vínculo con la comunidad. En esta línea, se reforzó el rol de lxs profesionales de la salud en el primer nivel de atención dentro de la estrategia de APS, permitiendo desarrollar capacidades de acompañamiento y orientación dentro de todo el sistema de salud; y el desarrollo de diferentes habilidades relacionadas con la empatía, la contención, la referenciación, la

facilitación de la accesibilidad al sistema y el ejercicio de diferentes derechos. Así, se motivó la reflexión en torno al insoslayable conocimiento del funcionamiento y organización del centro de salud, los servicios y talleres existentes y los circuitos de atención de todo el sistema para desarrollar las tareas de orientación. Por último, permitió visibilizar la relevancia del trabajo interdisciplinario construido a partir de los problemas para evitar reduccionismos y garantizar la atención integral de los procesos de salud.

Así, se trasluce cómo el trabajo en equipo funciona como un elemento fundamental de cuidado para la población y para lxs mismxs trabajadorxs de la salud. Queda el desafío de continuar fortaleciendo el trabajo en equipo, entendido como el trabajo sobre una tarea compartida que permite el desarrollo del proceso grupal y la construcción de acciones colectivas y creativas que permitan procesos de transformación, aún en contextos de angustiante incertidumbre y crisis.

Esperamos, con esta ponencia, motivar a lxs trabajadorxs de la salud a trabajar en equipo y dar pruebas de cómo la potencia colectiva puede transformar cuestiones que se piensan como problemas recurrentes del sistema de salud argentino.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2011). *¿Qué es un dispositivo?*. Sociológica (México), 26(73), 249-264. Recuperado en 02 de julio de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010&lng=es&tlng=es.
- Barcala, A. & Stolkiner, A. (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. La salud en crisis: Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken.
- Barembly, G. (1992). *Compendio de Análise Institucional e Outras Correntes*. Brasil: Ed. R.
- Barnechea García M, Morgan Tirado ML (2021) *La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica*. Revista Tendencias & Retos N°15. Bogotá.
- Bianco, J. & Grigaitis, L. (2005). *Atención primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales*. En: Revista Salud y Población (4)
- Comes, Y; Czerniecki, S; Garbus, P; Mauro, M; Solitario, R; Sotelo, R; Stolkiner, A & Vázquez, A (2004). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. En: Anuario de Investigaciones, vol. V, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- De la aldea, E. (2000). *El equipo de trabajo, el trabajo en equipo*. Buenos Aires: Mimeo.
- De Sousa Campos, G. (1998) *Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud*. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/365625317/Equipos-Matriciales-de-Referencia-y-Apoyo-Especializado>.
- Elichiry, N. (2009) *La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. En Escuela y aprendizajes: trabajos de psicología educacional. Buenos Aires: Manantial.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*, Gallimard, Paris, vol. IV.
- Gaidulewicz, L. (1999). *El concepto de dispositivo en el pensamiento de Foucault*. En: Souto, Martha. Et. al. Grupos y dispositivos de formación. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). *Dispositivos de Intervención en Educación para la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Jara Holliday O (2009) *La sistematización de experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano. Una aproximación histórica*. Revista Diálogos de Saberes N° 3. Caracas. Septiembre- Diciembre.
- Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. En: Anuario de Investigaciones. vol. XXI, XXI. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. [consultado: 2/7/2021] Disponible en el Repositorio Digital

Institucional de la Universidad de Buenos Aires:
<<http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>>

•Ministerio de Salud (2020). *Covid-19 Recomendaciones Para La Implementación De Triage, Argentina*. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-04/0000001849cnt-covid-19_recomendaciones-implementacion-triage.pdf

•Rovere, M. (2006) *El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades*. Revista "Debate Público. Reflexión en Trabajo Social". Año 6 N°12, Buenos Aires.

•Souto, M; Barbier, J; Cattaneo, L.; Coronel, M; Gaidulewicz, L; Goggi, N & Mazza, D (1999). *Grupos y dispositivos de formación*. Buenos Aires: Novedades Educativas.

•Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. Conferencia presentada en las XI Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología. "Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina Hoy". Octubre. Posadas, Misiones, Argentina.