

# **Repensando las prácticas de Prevención, Promoción y Educación para la Salud (PPEpS) en contexto de pandemia.**

Claudia Lomagno y Pablo Dimaro.

Cita:

Claudia Lomagno y Pablo Dimaro (2021). *Repensando las prácticas de Prevención, Promoción y Educación para la Salud (PPEpS) en contexto de pandemia. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/580>

## Repensando las prácticas de Prevención, Promoción y Educación para la Salud (PPEpS) en contexto de pandemia

Claudia Lomagno

Pablo Dimaro

### 1. Nuestras prácticas interpeladas en momentos extraordinarios

La irrupción de la pandemia del COVID 19 y la implementación del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, nos ha exigido transformar muchas de las prácticas en PPEpS que se volvieron irrealizables en los términos en los que las conocíamos y las gestionamos e implementamos en la Residencia de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS).

La primera respuesta que se organizó desde el sistema de salud, hospitalocéntrica y priorizando la necesidad de atención asistencial compleja, implicó el esfuerzo en los equipos de salud en el territorio de dar entidad a las imprescindibles nuevas prácticas de cuidado propias del primer nivel de atención desde un enfoque de salud integral, articulando la educación, prevención, promoción y clínica ampliada.

**Esta situación requirió salir de una primera parálisis producto de un contexto tan disruptivo e incierto, y poner en juego la creatividad para generar nuevos dispositivos que permitan seguir trabajando en función de las necesidades y el alojamiento de la población desde una perspectiva de cuidado. 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, creímos imprescindible orientar el trabajo en PPEpS en función de atender y asistir al padecimiento subjetivo y comunitario que surgió en ese momento.**

### 2. La gestión de la formación en pandemia

Desde la Coordinación de la RIEPS fue necesario gestionar la incertidumbre ante la irrupción de nuevas prácticas: recrear nuestros dispositivos de formación y gestión. En parte por la virtualización de muchas instancias de intercambio y formación pero, fundamentalmente, para poder otorgarle sentido a las nuevas prácticas que se fueron configurando en el terreno.

Este camino implicó un acompañamiento sostenido con los equipos locales, en el que fueron surgiendo estrategias de abordaje y dispositivos de cuidado.

Uno de los dispositivos de cuidado que diseñamos en este contexto fue la construcción de una sistematización de las tareas nuevas que se habían configurado vertiginosamente por la

emergencia sanitaria y que fueron necesarias pensar y otorgarle sentido. Se intentó articular colectivamente experiencias de la práctica con teorías y perspectivas que sustentan nuestro campo, enraizadas en el nuevo y cambiante conocimiento científico que iba generando en torno al Covid 19 y en los aportes que las ciencias sociales podían hacer en el nuevo escenario.

Podríamos ubicar las raíces de esta sistematización en tres decisiones fundantes que se tomaron desde la Coordinación como una forma de garantizar un marco de estabilidad ante tanta incertidumbre.

La primera, fue la de sostener y cuidar el espacio de formación de la residencia de los días Martes. Esto implicaba recrear en la modalidad virtual muchas de las actividades que estaban programadas e ir incorporando actividades de capacitación e intercambio en relación a la pandemia. Se decidió ir abordando las temáticas relacionadas a la pandemia, imprescindibles ante una patología nueva que exigía prácticas nuevas, sin que esto debilitara los cursos y capacitaciones estructurantes de la residencia.

La segunda, fue pedir a cada sede la elaboración de un registro semanal de prácticas que incluya: “¿Qué nuevas necesidades aparecieron por parte de la comunidad y el efector?, ¿Cuáles fueron los aportes de la EPS? y ¿Cuáles fueron los aprendizajes?”. Este registro atendía a varios propósitos: por un lado, ante la dificultad para planificar las actividades semanales en un contexto tan incierto, la idea era que este registro funcione como una agenda ex post que recupere las prácticas realizadas y su sentido, por otro, que sea parte de un ejercicio grupal de articulación de teoría y práctica semanal, y por último, que vaya sentando las bases para la sistematización y evaluación de las intervenciones.

La tercera intervención desde la coordinación fue la de proponer en cada sede la realización de una “ronda”, instancia de frecuencia diaria o semanal, según las necesidades de cada equipo, en la que se pueda elaborar el impacto subjetivo de la pandemia en relación a la transformación de las tareas.

### **3. Una producción desde la construcción colectiva de conocimiento**

La sistematización de las prácticas no es una práctica nueva en la RIEPS. Es una tarea que implementa la gestión de la residencia fundamentada en distintas dimensiones que guían la formación y la capacitación en servicio.

En su dimensión epistemológica orientada a la construcción de conocimiento científico sobre problemáticas sociales y atendiendo las demandas comunitarias. Se trabaja sobre la praxis que muestra el conocimiento no como contemplación sino como apropiación del mundo. Se guía en un aprendizaje a través de la práctica y buscando el conocimiento en la medida que se crea y comprende a través de la teorización. Lo concreto y lo abstracto se complementan

y explican mutuamente, de la misma manera que se articulan el todo y las partes para una mejor comprensión de la realidad. (Lucarelli, 2009).

En su dimensión metodológica la formación y la capacitación en servicio es desarrollada desde una pedagogía problematizadora facilitadora de la construcción colectiva de conocimiento y de la articulación teoría- práctica, promoviendo avances en la apropiación significativa de conceptos básicos relativos al área de conocimiento y en la teorización a partir de la empiria, a través de la generación de nuevas categorías de análisis. De manera paralela, se profundiza en la utilización de técnicas de recolección y análisis de información empírica.

Así los procesos de enseñanza y aprendizaje procuran la articulación teórico-empírica. Reflexión y acción como unidad indisoluble, como par constitutivo de la misma y por lo tanto imprescindible. La negación de uno de los elementos del par desvirtúa la praxis, transformándola en activismo o un subjetivismo, siendo cualquiera de los dos una forma errónea de captar la realidad. La tensión entre este par dialéctico es una cuestión que constantemente se repite en toda práctica social y no escapa a ella las prácticas de salud.

Es por todo lo transitado que en el nuevo contexto de incertidumbre se evaluó como un pilar esta forma de trabajo y así poder tramitar nuevos conocimientos y nuevas prácticas que se imponían de forma vertiginosa.

Planificamos desde la gestión la incertidumbre a la luz de este nuevo evento, inédito, que irrumpió en la cotidianeidad de todos y nos obligó a reprogramar nuestras actividades y repensar nuestras prácticas. Nos preguntamos: ¿cómo contener, desde una perspectiva de una pedagogía del cuidado, los impactos subjetivos y cognitivos de este escenario? Nos guió la convicción que era necesaria una participación activa de todos los actores y una intervención que favoreciera la construcción de un conocimiento colectivo sobre el nuevo entorno cotidiano y el aprendizaje progresivo por las nuevas acciones, para facilitar el análisis del medio social, político, económico trastocado por la pandemia y la acción común sobre los nuevos problemas de la vida cotidiana y las nuevas prácticas en salud.

En este marco iniciamos un proceso de sistematización en el que ubicamos los siguientes hitos:

- 1) Inicio de elaboración de **registros semanales de prácticas**. Con el paso de las semanas se transformaron en quincenales. (Abril 2020)
- 2) **Articulación teórico práctica por sedes “Abordajes desde la PPEpS en la Pandemia del COVID 19”** en la que se propuso trabajar a partir de un documento elaborado por la residencia en el año 2015 denominado “Aportes específicos de la EpS

en emergencias”, en el que se conceptualiza la experiencia de participación en acciones posteriores a las inundaciones ocurridas en la Ciudad de La Plata y Barrio Mitre de la Ciudad de Buenos Aires. Intentamos recuperar algunas reflexiones y prácticas planteadas en otras situaciones de emergencia. (Abril 2020)

- 3) **Intersedes Virtual “Abordajes desde la PPEpS en la Pandemia del COVID 19”**: en la que cada equipo compartió lo trabajado en la articulación teórico práctica marcando puntos de continuidad y ruptura entre la situación actual y la relatada en el documento del 2015.(Abril 2020)
- 4) **Intersedes “Abordajes desde la PPEpS en la Pandemia del COVID 19 con eje en la Salud Mental”**: invitada Susana Chames. (Mayo 2020)
- 5) **Articulación teórico práctica por sedes** relacionada a lo compartido por la invitada en la intersedes. (Mayo 2020)
- 6) **Intersedes “Procesos de cuidado y alojamiento en las prácticas de PPEpS en pandemia”**: en la que los equipos compartieron e intercambiaron sobre lo que habían trabajado en la Articulación teórico práctica. (Mayo 2020)
- 7) Elaboración primera versión **“Aportes (en construcción) desde la Prevención, Promoción y Educación para la Salud (PPEpS) en contexto de pandemia”** (Mayo 2020)
- 8) **Articulación teórico práctica de síntesis**: trabajo con registros semanales/quincenales, lectura del documento “Aportes (en construcción) desde la PPEpS en contexto de pandemia” y sugerencia de aportes, actividades o perspectivas para incorporar. (Junio 2020)
- 9) Elaboración **“Aportes (en 2a versión) desde la Prevención, Promoción y Educación para la Salud (PPEpS) en contexto de pandemia”** (Agosto 2020)

La elaboración de la segunda versión del documento fue un punto de llegada muy importante en el proceso, pero de ningún modo es el cierre. Se conformó un proceso abierto y dinámico en el que intentamos ir recuperando los aprendizajes que nos deja este contexto tan desafiante. Con este escrito intentamos reflejar un producto de horas de trabajo y reflexión del colectivo de la residencia<sup>1</sup>, en conjunto con muchísimxs profesionales de distintos CeSACs y Áreas Programáticas.

El resultado nos permite compartir posibles aportes del campo de la Prevención, Promoción y Educación para la Salud (PPEpS) frente a la actual pandemia del COVID 19. Se recorre distintos ejes en los que podemos ubicar reflexiones e intervenciones de la PPEpS en este contexto de pandemia: perspectivas de derecho, género e interculturalidad; perspectiva de cuidado; intersectorialidad, redes y gestión;

---

<sup>1</sup> Residentes, Jefxs de residentes, Instructorxs, Coordinadorxs Locales, Referentes Docentes.

epidemiología comunitaria y relevamientos; y comunicación. Dejamos para el final el eje comunicación ya que lo consideramos transversal a todos los demás, debido a que, dadas las condiciones de distanciamiento y la necesidad de virtualizar las relaciones, muchas de las propuestas planteadas se concretan en última instancia en actos de comunicación en salud.

### **3.1 Perspectivas de derecho, género e interculturalidad**

Desde la RIEPS tomamos estas tres perspectivas como enfoques transversales en todas nuestras prácticas de intervención y de capacitación. Creemos que son perspectivas fundamentales a la hora de desnaturalizar las desigualdades en salud, analizar su matriz histórica y visibilizar su posible agudización en este contexto de pandemia.

La reorganización del sistema de salud en función de la pandemia exige pensar en los aspectos que se desdibujan habitualmente ante la emergencia: la gravedad de la pandemia tiende a ser una fuerza centrífuga que termina yendo en desmedro de otras problemáticas de salud, tanto desde la respuesta del sistema como desde la concepción de la población. Nos resultó imprescindible identificar en las situaciones problemáticas aquellos aspectos que constitúan una vulneración de **derechos** y crear nuevas modalidades de trabajo para seguir garantizando distintas prácticas relacionadas con el derecho a la salud, por ejemplo, la entrega de leche, la medicación para personas con ECNT, la vacunación, el acceso a MAC e ILE y la continuidad de las acciones de PPEpS frente otros problemas de salud como la epidemia de Dengue.

En este sentido, estamos realizando acciones de promoción de derechos, facilitando como primer paso el acceso a la información. Por ejemplo, consideramos importante trabajar en la socialización del vocabulario técnico que circula en el ámbito de la salud en este contexto, aclarando conceptos como “transmisión comunitaria”, “contacto estrecho”, “caso sospechoso”, etc.

Otra de las acciones identificadas desde esta perspectiva, es cómo acompañar el acceso a la atención y la resolución de los problemas que refieren las personas y/o comunidades, acercando los recursos disponibles, considerando que cualquier persona afectada por una situación de emergencia es ante todo un sujeto de derechos.

Un aprendizaje que rescatamos es que ante situaciones de emergencia, en las articulaciones comunitarias e institucionales necesarias, hay que tomar como base el problema y los diferentes actores intervinientes reconociendo la especificidad de cada uno en el marco de la intersectorialidad y complementareidad. Esto implica estar advertidos, con prácticas institucionales y comunitarias a veces habituales, acerca de situaciones de “ganancia con la emergencia”: prácticas de caridad, beneficencia o aquellas que son más habituales relacionadas con lógicas de interés y capitalización político partidaria. Como

equipos intervinientes debemos aprender a transitar estas tensiones focalizándonos en la protección de los derechos de las personas afectadas y las prácticas que contribuyan a ello.

Trabajar en este contexto con una **perspectiva de género** implica pensar los cuidados y su responsabilidad históricamente asignada a las mujeres. En un momento en el que la vida cotidiana se centra mayormente en el “hogar”, y los cuidados pasan a un primer plano en la agenda pública, es necesario generar materiales e intervenciones que inviten a reflexionar sobre quién/es se responsabiliza/n por los mismos y apunten a construir relaciones igualitarias.

Otro aspecto imprescindible desde esta perspectiva es trabajar para que en la reorganización de las tareas de los equipos de salud se siga garantizando el acceso a MAC e ILE como actividades esenciales durante la pandemia.

También es importante para los equipos de salud estar advertidxs sobre cómo la situación de aislamiento deja en extrema vulneración a las víctimas de violencia de género cuando se encuentran conviviendo con su agresor. Es necesario recabar los recursos existentes en relación al tema y pensar en el nivel local intervenciones específicas para prevenir y acompañar estas situaciones.

La irrupción de la pandemia centró la atención fuertemente en comprender las características del virus y su forma de transmisión. Creemos que esta tendencia derivó en el refuerzo de un quehacer característico en el ámbito de la salud relacionado con la hegemonía del saber biomédico y las intervenciones estandarizadas. Si bien es fundamental basarnos en este conocimiento para tener parámetros comunes que nos guíen en la práctica, es importante tener presente la perspectiva de **Interculturalidad**, no exclusivamente ligada a lo étnico, sino entendiéndola como el diálogo con un otrx, contemplando que cada persona encarna aspectos históricos, culturales y sociales de los grupos por los cuales ha transitado a lo largo de su vida

Entender la interculturalidad de esta forma, nos hace prestar atención, por ejemplo, al encuentro intergeneracional elaborando propuestas que incorporen las voces de lxs adultxs mayorxs, lxs adolescentes y lxs niñxs, o al encuentro entre distintos campos disciplinares y sus diferentes miradas dentro del equipo de salud.

Creemos que es imprescindible problematizar las prácticas de PPEpS desde una dimensión histórica y analizar cómo se fueron incorporando las representaciones, experiencias y necesidades de la población como elementos centrales para su eficacia. Esto implica recuperar la escucha como una forma de entender el punto de vista del otrx a partir de una actitud de “extrañamiento” para atender la variedad de interpretaciones, las interacciones entre distintas concepciones y modos de conocer la realidad.

### 3.2 Perspectiva de cuidado

Las características de esta situación nos obligan a pensar nuevas formas de alojar al otro. La recomendación para la población de acercarse a los efectores de salud solo cuando sea extremadamente necesario nos coloca, a los profesionales de la salud, en una situación inusual en la que es necesario encontrar nuevas formas de vincularnos. Es importante que estas prácticas no pierdan de vista la incorporación de las “tecnologías blandas” que plantea Emerson Merhy (2008) para habilitar la producción de espacios de “amparo, acogida, responsabilización y vínculo” (p. 6).

Tenemos que tener en cuenta que 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, entendiendo que en ese momento tanto habilitar la palabra, como gestionar un turno o dejar un número de teléfono, forman parte de la restitución de la integridad de esa persona. 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, ayudar, contener son también intervenciones que favorecen a la reconstitución de la cotidianeidad del afectado. En este sentido, considerar y respetar el tiempo subjetivo de la persona, teniendo en cuenta que las temporalidades varían de acuerdo a la historia de cada sujeto, es fundamental.

Consideramos que tanto relevar y promover pautas de cuidado respecto a diferentes aspectos de la vida cotidiana de las personas como el lavado de manos, la confección y uso de tapabocas, el manejo de alimentos, etc., cómo construir espacios propicios para la recuperación y la restitución de la cotidianeidad son prácticas importantes para producir cuidados. Es relevante pensar en intervenciones que integren diferentes aspectos de la vida cotidiana de las personas, relacionadas a la salud integral en general y a la salud mental en particular, como la creación y mantenimiento de rutinas (con flexibilidad), sostener hábitos de sueño y alimentación, mantener vínculos y redes sociales, realizar alguna actividad física y desarrollar actividades placenteras.

En este sentido hemos propuesto a los grupos con los que seguimos manteniendo vinculación virtual, y para la divulgación general, un recursoro de actividades que permitan ligar/simbolizar/bordear lo que ocurre, como por ejemplo, propuestas de



promoción de las lecturas y juegos<sup>2</sup>. Los mismos constituyen tanto dispositivos de promoción de la salud como de prevención de daños mayores. Es interesante pensar como posible destinatario de estas propuestas también al equipo de salud.

Consideramos necesario trabajar para que el equipo de salud potencie su capacidad como “escuchadorxs” para acompañar en este momento. En este sentido estamos abordando la atención telefónica en donde destacamos el uso y la disposición de la voz que demuestra un estar disponibles para lo que el/la otrx necesita<sup>3</sup>. En las consultas por redes sociales, ponemos atención en la importancia de pensar la presencialidad desde la virtualidad reconsiderando a las personas con quienes nos vinculamos desde la subjetividad misma, un ejemplo de esto es llamar por el nombre a las personas y presentarnos en cada nueva ocasión.

Otro aspecto es relevar y promover pautas de prevención y cuidado para lxs trabajadorxs de la salud. No solo en lo referido a las condiciones adecuadas de trabajo y al buen uso de los Equipos de Protección Personal (EPP) sino también a las afectaciones subjetivas en función del contexto.

Pensar la contención como una tarea que se debe dar también al interior de cada equipo para tramitar los efectos de estas situaciones y permitir la continuidad de las intervenciones. Es importante garantizar espacios de intercambio sobre cómo nos atraviesa la situación en lo singular y como equipo, y qué inquietudes se generan en relación a la tarea en este contexto (rondas). **Hay que procurar que estos espacios no queden solo en lo catártico sino también que puedan ir poniendo el eje en la tarea.**

Consideramos que no hay que descuidar el trabajo sobre “el momento posterior de la emergencia”. La experiencia de trabajo en contextos de desastres deja de manifiesto como una de las lecciones aprendidas la importancia de preparar el momento post. Es por eso que creemos en la necesidad de desplegar dispositivos de capacitación que preparen a los equipos para que puedan contener, no naturalizar los síntomas y estar atentxs a fin de detectar los riesgos. Pensando, por ejemplo, en cómo promover espacios de encuentro entre las personas afectadas que habiliten el diálogo entre pares como forma de tramitar lo ocurrido.

### 3.3 Gestión, redes e intersectorialidad

En la organización del **triage** estamos trabajando para acompañar en una mirada integral de la problemática. Nos preocupa no perder de vista ese primer contacto como una oportunidad de encuentro con la población, e incorporar preguntas que tiendan a alojar el

---

<sup>2</sup> Se puede acceder a distintos recursos de juego y lectura en el Blog de la RIEPS a través del siguiente link: [Recursos de juego y lecturas para transitar la cuarentena](#)

<sup>3</sup> Aprendizajes del encuentro de capacitación para la RIEPS de la lic. Susana Chames.

miedo ante la enfermedad y la pandemia o la angustia que puede causar el aislamiento y sus consecuencias. Si hay espacio suficiente para garantizar el distanciamiento social, tratamos de aprovechar ese momento para realizar acciones de PPEpS pensando en un formato adaptado de las “charlas en sala de espera”.

La fragmentación institucional constituye un obstáculo para realizar intervenciones adecuadas y para la gestión integral de la emergencia. Las acciones de PPEpS pueden aportar en la creación y fortalecimiento de redes entre organizaciones y actores de distintos sectores. Por las características de la pandemia hay una priorización del trabajo virtual y en redes sociales, por eso vemos como importante, mantener el contacto y la comunicación con otros equipos que están trabajando en cuestiones similares para no replicar acciones y mecanismos de fragmentación institucional que deriven en mensajes confusos o contradictorios.

En función de este objetivo es útil construir un listado de instituciones y actores de salud de mayor nivel de atención que ofrezcan alguna asistencia para la emergencia (con direcciones, horarios, teléfonos, servicios) para referenciar a la población y favorecer la articulación.

También realizar un mapeo de organizaciones y otros actores sociales del barrio para poder identificar recursos y necesidades. Es importante poner atención a los nuevos actores y redes que surgen en este contexto, por ejemplo mapear actores o redes que intentan dar respuesta a la emergencia alimentaria. Escuchar las demandas de estos actores es clave para poder pensar nuestros aportes específicos desde la PPEpS en estas situaciones.

Otro aspecto relevante es acompañar desde el equipo de salud a referentes comunitarios y/o vecinos para garantizar la accesibilidad a actores de salud u otras instituciones en las situaciones de emergencia o de cuidado integral de la población que puedan ameritar presencialidad (atención de febriles, acceso a subsidios, denuncia de situaciones de violencia, etc).

En los casos que haya un trabajo previo de articulación con escuelas sostener el vínculo para analizar la posibilidad de continuar trabajando de manera virtual los contenidos planificados, e incorporar temáticas que cobran aún más relevancia en este contexto (violencia de género, vínculos, sexting, etc).

Para el desarrollo de todas estas actividades es necesario trabajar como equipos de salud en el fortalecimiento de nuestras “redes internas”, favoreciendo la comunicación, realizando adaptación de los protocolos a las realidades locales, facilitando circuitos de atención acordados entre todos los miembros del equipo e implementando los instrumentos de registro más adecuados. Con motivo de la organización de los profesionales por cohortes de trabajo, es necesario implementar mecanismos de

comunicación entre cohortes y recuperar la importancia de sostener tanto las reuniones de equipo generales como las de los diferentes sub equipos<sup>4</sup>.

### **3.4 Epidemiología comunitaria y Relevamientos**

Algunos instrumentos que hemos puesto en marcha para mejorar los relevamientos fueron tanto la elaboración de mapas georreferenciados con recursos comunitarios, especialmente los que atienden la emergencia en sus consecuencias laborales y comunitarias, como de las personas con riesgos específicos como las que asisten a grupos de prevención específica (ECNT, envejecimiento activo, etc) y las que se pueden identificar con la información disponible en la Historia Electrónica de Salud Integral.

Uno de los desafíos de trabajo es la participación en los operativos DETECTAR, PosDETECTAR y el seguimiento de “contactos estrechos”. Aprendimos que es muy importante abordar estos espacios con una mirada amplia que ayude a poner palabra y crear vínculos para evitar que esta tarea se convierta en un conjunto de procedimientos rígidos y estandarizados. Es sumamente importante la manera en que nos presentamos ante la población en estas situaciones, como así también poder establecer el encuadre de la visita o del contacto telefónico y generar un cierto nivel de empatía que facilite el desarrollo de las acciones. De la misma manera en el cierre de la intervención es bueno realizar una síntesis de lo trabajado, estableciendo en conjunto con el/la destinatario/s el plan de acción a seguir. Otro aspecto que resaltamos es cómo se potencia esta tarea cuando se articula con las organizaciones territoriales que tienen vínculo con los vecinos. Esto facilita la detección y la comunicación y por lo tanto, la efectividad de la búsqueda activa de casos sospechosos y contactos estrechos.

Debido a que una gran parte de nuestra tarea está centrada en la comunicación a distancia, tenemos que aprovechar cada oportunidad de encuentro presencial con la población para indagar en las prácticas y usos comunicacionales que tienen los distintos grupos. Además no debemos descuidar las preguntas por otros problemas de salud derivados o agudizados por el aislamiento. En este sentido, debemos formular y/o revisar los instrumentos de relevamiento de acuerdo a los objetivos que tengamos: si se busca relevar usos y costumbres comunicacionales, los impactos de la emergencia en la salud de la población, los aspectos saludables y potenciadores, las necesidades materiales, etc. En este proceso debemos tener en cuenta los siguientes aspectos: detallar las formas en que serán formuladas las preguntas y repreguntas, evitar la utilización de términos ambiguos, incluir la observación como forma de relevamiento, indagar en los procedimientos empleados por las personas y sobre sus percepciones.

---

<sup>4</sup> Se puede acceder a distintos instrumentos y herramientas para la organización del trabajo en el Blog de la RIEPS a través del siguiente link: [Instrumentos y herramientas para la organización del trabajo](#)

En los casos en que se establezcan nuevas vías de contacto con la población, como por ejemplo redes sociales o mail institucional, es posible realizar un relevamiento y análisis de las consultas. Siendo esto una gran oportunidad para conocer, categorizar y priorizar sus necesidades y demandas, y así generar propuestas de intervención orientadas a las mismas.

Otra tarea que hemos abordado en articulación con lxs referentes de Promoción y Protección de algunas Áreas Programáticas es la elaboración de una gacetilla epidemiológica, de actualización semanal o quincenal, en la que se sintetice información relevante y actualizada respecto al COVID.

Creemos que cuando se gestionan e implementan relevamientos, se debe estar advertido acerca de posibles usos de la información: qué tipo de información se releva y por qué, quién sistematizará la información, qué información se tendrá disponible, cómo se planea difundir esta información.

### **3.5 Comunicación**

Este es el eje transversal sobre el cual intentamos elaborar nuevas formas de comunicación en salud que incorporen las perspectivas mencionadas anteriormente.

La complejidad de esta línea de trabajo implica la necesidad de crear dentro del equipo de salud de cada efector un equipo matricial de comunicación interdisciplinario que pueda trabajar en diferentes aspectos, teniendo en cuenta tanto la comunicación con la población como la comunicación al interior del equipo de salud.

Una de las perspectivas que consideramos a la hora de pensar esta línea de trabajo es la de “comunicación de riesgo”. Según este enfoque es central el diálogo con la ciudadanía para brindarle información necesaria que permita tomar las mejores decisiones durante una emergencia (Ministerio de Salud de la Nación, 2016)

Es importante contar con una planificación de la comunicación que incluya las distintas estrategias que se van a emplear en cada momento, y detalle para cada estrategia: a qué público pretendemos llegar, qué tipo de información vamos a compartir y cuáles serían sus ventajas y desventajas.

Aportes que hemos sistematizado, hasta el momento, desde nuestras prácticas en este eje:

- Aprovechar los espacios de encuentro para identificar los modos, circuitos y soportes de circulación de la información en la vida cotidiana de la comunidad, pensando como “oportunidades perdidas” aquellos encuentros presenciales en los que no propongamos habilitar una vía de comunicación virtual.
- Incorporar nuevos canales de comunicación a los ya existentes. La actual pandemia nos desafía a incorporar el uso de las redes sociales como parte de la tarea cotidiana. En

ese sentido es importante comprender el lenguaje propio de cada red social (Facebook, Instagram, Youtube, Whats app, etc) y entender que no basta con abrir un canal de comunicación y subir información, sino que es necesario realizar un trabajo para posicionar a ese medio como relevante para las personas a las que queremos llegar. Por ejemplo, en el caso de un Facebook de un CeSAC podemos promocionar la página en grupos de Facebook que se encuentren relacionados a la vida cotidiana del barrio.

- Compartir saberes y capacitarse en el uso de nuevas tecnologías. Hacer un análisis de las distintas redes sociales para identificar, por ejemplo, cuáles permiten el intercambio a través de comentarios y mensajes y cuáles permiten generar grupos para continuar realizando encuentros de manera virtual.
- Realizar un trabajo de sistematización de materiales de comunicación disponibles y que se consideran de interés para compartir<sup>5</sup>.
- Problematizar la forma de comunicar la transmisión del virus y las medidas de cuidado, intentando no recaer en discursos que responsabilicen a las personas individualmente. Pensar que ciertos discursos posibilitan representaciones y prácticas sociales estigmatizantes<sup>6</sup>.
- Participar en la elaboración de materiales de comunicación para la población en sus distintos soportes o formatos. Es interesante explorar distintos formatos: flyers, audios, videos que pueden incluir la participación de profesionales. A la hora de realizarlos creemos que es importante tener en cuenta las dimensiones mencionadas anteriormente, así como los diferentes usos del lenguaje, la claridad y la cantidad de información y la estética elegida.
- Identificar medios de comunicación barriales, como radios comunitarias, con los que se pueda ir actualizando la información, incorporando las características propias de lo local.
- No perder de vista la importancia que sigue teniendo el llamado telefónico en algunos sectores de la población e intentar generar estrategias comunitarias de comunicación para los grupos poblacionales que encuentran barreras en el acceso a las redes o internet.
- Encontrar lugares novedosos para colocar cartelería sobre temas relevantes. En lugar de colocarlos en sala de espera pensar en sitios que se encuentren abiertos al público y que tengan cierta circulación de personas (farmacias, comercios habilitados, cajeros automáticos, etc)
- En barrios con edificios de propiedad horizontal, trabajar con lxs encargadxs aportando materiales con información clara y confiable para que puedan hacerla llegar a lxs

---

<sup>5</sup> Se puede acceder a distintos materiales de comunicación en salud relacionados a la pandemia en el blog de la RIEPS a través del siguiente link: [Comunicación en salud en tiempos de pandemia](#)

<sup>6</sup> Video sobre estigmatización y coronavirus disponible en: <http://rieips.blogspot.com/2020/06/estigmatizacion-y-coronavirus.html>

habitantes de esas viviendas.

- Trabajar en la organización y sistematización de la información relevante para el equipo de salud. Se torna necesario realizar un trabajo previo a la difusión de los protocolos en el equipo, tanto para identificar actualizaciones como para realizar adaptaciones locales si se consideran necesarias. Una particularidad de esta pandemia es el exceso de información que llega a través de distintas fuentes y que puede agotar y confundir también al equipo de salud. Es importante organizar esta información y planificar momentos de trabajo de todo el equipo con estos materiales, ya que no debemos dar por sentado que solo por la existencia de un protocolo automáticamente se va a reflejar en las prácticas.
- Colaborar en la capacitación entre compañerxs de administración y otrxs equipos intervinientes en cuanto a las medidas recomendadas, los modos de transmitir la información, la observación y el registro.
- Sistematizar y registrar estas prácticas que reemplazan mucho de lo que se venía realizando de manera presencial con nuevas modalidades. En este punto se busca recuperar los modos en que se fueron resolviendo los problemas a la vez que sugerir recomendaciones surgidas de la experiencia. Esta sistematización permite planificar estrategias de mejora para futuras intervenciones.

#### **4. Reflexiones para seguir trabajando**

Un eje que atraviesa este documento, y que recuperamos de la bibliografía existente en materia de emergencias, urgencias y desastres, es la idea de poder encuadrar las intervenciones en distintos momentos: el antes, el durante y el después. Pensar temporalmente nos ayudó a ordenar nuestro proceso de trabajo.

El antes ha funcionado como reconstrucción ya que lo abrupto del cambio de prácticas puso en tensión la planificación como anticipación a la acción. Se funcionó como un “vamos viendo” y se ordenó, pudiendo anticipar estratégicamente “lo qué hacer”, después de algunas semanas de “hacer”.

El durante se va ordenando desde **un espacio para trabajar en cada equipo sobre el malestar y los atravesamientos subjetivos. Dar lugar a estas instancias para poder producir implica dar sentido a las prácticas ya que en el nuevo contexto este sentido muchas veces se desdibuja. Producir en salud prácticas de cuidado debe tener presente este aspecto sin dejar de vislumbrar que lxs trabajadorxs de la salud debemos producir cuidado para otrxs.** Sistematizar las prácticas nos va permitiendo evaluar el proceso.

El después: desafío e incertidumbre. Pero ensayamos algunos marcadores que podemos anticipar.

Estos aportes han surgido de la reflexión de las prácticas que hemos puesto en marcha en las distintas sedes de la residencia, y se anclan en distintos dispositivos de intervención que de ninguna manera son acabados. Tampoco son generalizados ni homogéneos: se están desarrollando en algunos efectores y no se implementan igual en todos ellos. Los facilitadores y los obstáculos con los que nos encontramos en la tarea cotidiana en pandemia están relacionados a la organización preexistente en cada equipo de salud.

### Bibliografía

- *Blog de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud*. Disponible en: <http://rieeps.blogspot.com/>
- Chames, S. (2017). *Los pies en la tierra*. Revista Letra Urbana Edición N° 36. Bs. As.
- Llosa S., Lomagno C. y Sirvent M. T. (2005). *Docencia, investigación y extensión universitaria: algunas experiencias de construcción colectiva de conocimientos*. Cuadernos de Publicaciones de la Facultad de Filosofía y Letras (OPFYL) UBA. Bs. As.
- Lomagno C. Y otros (1996) *La retroalimentación en investigación como espacio de construcción colectiva de conocimiento: la experiencia en la Facultad de Odontología de la UBA*. Ponencia Congreso Internacional de Innovaciones Educativas en Odontología; Bs. As.
- 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 N° 31 del Instituto de Investigaciones en Ciencias de La Educación. UBA. Bs. As.
- Lucarelli, Elisa; Finkelstein, Claudia (2009). *Prácticas de enseñanza y prácticas profesionales: un problema de la Didáctica Universitaria*. Revista Diálogo Educativo, vol. 12, núm. 35, 2012, pp. 17-32 Pontificia Universidade Católica do Paraná Paraná, Brasil Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id>
- Merhy, E. (2008). *La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud. Una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia*. Universidad de Nuevo México. México.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Salud, comunicación y desastres: guía básica para la comunicación de riesgo en Argentina*. Bs. As.
- RIEPS. (2015). *Aportes específicos de la EpS en emergencias*. Mimeo. Bs. As.