

Acceso a los servicios sanitarios y condiciones de vida de la clase popular: la mirada de un equipo de salud en el conurbano bonaerense durante la Pandemia COVID-19

Betina Freidin, CONICET-IIGG-UBA
Matías Ballesteros, CONICET-IIGG-UBA
Mercedes Krause, IIGG-UBA
Agustín Wilner, CONICET-IIGG-UBA

Resumen

Con la irrupción de la Pandemia COVID-19 en marzo de 2020 se decretó en el país el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). El ASPO, que se prolongó hasta principios de noviembre de 2020 en el AMBA, impactó profundamente en las condiciones de vida de la clase popular, con importantes consecuencias para la salud psicofísica. Se reorganizaron los servicios de salud en los distintos niveles de atención para afrontar la crisis sanitaria generada por la nueva enfermedad, lo que implicó cambios en las prioridades de atención. A partir de entrevistas en profundidad realizadas con profesionales de la salud de un centro de atención primaria de un barrio de clase popular del conurbano bonaerense, y con informantes claves del barrio, realizadas de manera remota durante el año 2020, en esta ponencia damos cuenta de las dificultades en el acceso a los servicios de salud que se generaron y profundizaron durante la pandemia. Asimismo analizamos cómo desde sus visiones la pandemia y las medidas de aislamiento implementadas afectaron la salud y las posibilidades de cuidado de lxs vecinxs del barrio por fuera del sistema sanitario.

Introducción

La irrupción de la pandemia COVID-19, declarada por la OMS en marzo de 2020, representa una emergencia sanitaria con un profundo impacto en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante un virus desconocido y de alta transmisión comunitaria. Por las políticas de aislamiento y de cierre de actividades implementadas en los distintos contextos nacionales y subnacionales en 2020, la pandemia también tuvo profundas consecuencias económicas y sociales que amplificaron las desigualdades en las condiciones de vida de los grupos sociales más vulnerables (PAHO/WHO, 2020).

Varios trabajos realizados en nuestro país documentaron la capacidad de respuesta diferencial del sistema sanitario en los distintos niveles de atención, subsistemas y jurisdicciones; así como el impacto socioeconómico y para la salud de la población, más allá del COVID-19, de las políticas de aislamiento impuestas a lo largo del país, y en particular, para los hogares con mayor vulnerabilidad laboral y de hábitat en el Conurbano bonaerense (Maceira et al., 2021; Comisión de Ciencias Sociales-Relevamiento COVID-19, 2020; ICO, 2020; Ariovich et al. 2021; Ernst y Mourelo, 2020; Donza y Poy, 2021; Maceira y Cyunel, 2021; Colella et al. 2021, Freidin et al., 2021).

El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) establecido por el gobierno nacional el 20 de marzo significó el confinamiento de la población en sus viviendas o en el lugar en que se encontraban, la abstención de concurrir a sus lugares de trabajo y

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

A partir de entrevistas en profundidad realizadas con profesionales de la salud de un centro de atención primaria público de un barrio de clase popular del conurbano realizadas de manera remota durante el año 2020, en esta ponencia analizamos las dificultades en el acceso a los servicios de salud que se generaron y profundizaron durante la pandemia. Asimismo analizamos cómo desde sus visiones la pandemia y las medidas de aislamiento afectaron las condiciones de vida de los vecinos del barrio con sus consecuencias para la salud psicofísica y las posibilidades de cuidado por fuera del sistema sanitario.

Perspectiva conceptual

Las condiciones de vida de la población estructuran necesidades de salud a partir de la determinación del proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado (PESEAC). En el espacio urbano, los modos de vida colectivos y barriales, en conjunción con los estilos de vida individuales, configuran perfiles epidemiológicos específicos para los distintos grupos sociales (Breilh, 2010). Phelan et al. (2010) consideran que la posición social es la causa fundamental de las desigualdades en salud, ya que determina el acceso a recursos materiales, sociales y cognitivos para el cuidado y la capacidad de acción frente a problemas de salud. Por su efecto en las condiciones de vida, especialmente en los sectores de menores recursos, la pandemia amplificó las desigualdades sociales en salud. Las mayores dificultades para cumplir con el aislamiento por las condiciones de hábitat, mayor vulnerabilidad laboral y de desplazamiento, la pérdida de ingresos y/o cobertura de salud implicaron desventajas en las posibilidades de cuidado por fuera del sistema de salud y para acceder a los servicios sanitarios.

El acceso a los servicios de salud actúa como un determinante del PSEAC (ALAMES, 2008). Este puede conceptualizarse a través de las características y necesidades de la población, la organización de los servicios, o por una combinación de ambos (Andersen, 1995; Frenk, 1985). La existencia de efectores de salud no implica que la población pueda acceder efectivamente a la atención, distinguiéndose la disponibilidad potencial (la coexistencia de una población en tiempo y espacio con los servicios) de la efectiva (la atención provista) (Andersen, 1995). En el proceso de la búsqueda de atención pueden presentarse múltiples barreras u obstáculos (Restrepo-Zea et al., 2014; Ricketts y Goldsmith, 2005; entre otros). Existen obstáculos organizativos (horarios de atención, procedimientos administrativos, tiempos de espera), económicas (el costo del proceso de atención), de disponibilidad de profesionales y efectores; y en la accesibilidad geográfica (relación entre la ubicación de los usuarios potenciales y de los efectores). Los obstáculos afectan a la continuidad y la integralidad de la atención, repercutiendo en el estado de

salud de los potenciales usuarios. La irrupción de la pandemia impuso un escenario complejo y adverso para el acceso a la atención en el sector público. El cierre temporal de algunos efectores, el recorte de horarios de atención y la disminución del personal implicaron cambios de peso en la organización y disponibilidad de los servicios. Los cambios en las modalidades de atención sumaron obstáculos, a la vez que la atención virtual requirió mayores recursos y capacidades tanto de los profesionales como de los usuarios. Guagliardo (2004) integra las dimensiones de disponibilidad y accesibilidad en el concepto de “accesibilidad espacial”. En esta línea, a las restricciones para la atención de los efectores cercanos en el contexto de la pandemia se suman las dificultades para movilizarse producto del ASPO, especialmente para quienes dependen del transporte público. De este modo, la pandemia reforzó la vulnerabilidad grupos sociales con mayores desventajas e impactó negativamente en sus capacidades para acceder a la atención para satisfacer sus necesidades de salud.

La búsqueda de atención y el acceso son procesos dinámicos y adaptativos. Intervienen asimismo las experiencias previas de atención, las redes de conocidos y los recursos personales y familiares (Ricketts y Goldsmith, 2005). No obstante, las modificaciones en la organización de los servicios durante la pandemia implicaron un desajuste entre las experiencias y conocimientos previos de los usuarios y las nuevas condiciones de acceso y elegibilidad. Se ven afectados especialmente quienes padecen enfermedades crónicas, quienes requieren de un contacto más frecuente con los servicios de salud, que se suma a las prácticas preventivas recomendadas para su vida cotidiana (Freidin et al., 2020). A su vez, algunas comorbilidades y factores de riesgo incrementan el riesgo de gravedad y muerte frente al COVID-19, por lo que los obstáculos que se presentaron en la continuidad e integralidad de la atención son particularmente perjudiciales para este grupo de pacientes.

Nuestro estudio

Los datos de esta ponencia provienen de entrevistas cualitativas a integrantes del equipo de salud de un CAPS público ubicado en un barrio de clase popular del conurbano norte de Buenos Aires¹. El municipio corresponde a la región sanitaria V. Realizamos entrevistas virtuales que duraron entre una hora y una hora y media, desde fines de octubre y mediados de diciembre 2020 (a dos médicas generalistas, dos trabajadorxs sociales, una enfermera, una pediatra, una odontóloga y a una agente sanitaria). Anteriormente, hacia fines de abril de 2020, entrevistamos a una referente barrial cuyo testimonio complementa los reunidos con el equipo de salud. También incorporamos en el análisis información de un conversatorio sobre APS en el contexto de la pandemia que realizamos con dos médicas generalistas en agosto de 2020; una de ellas trabajaba en un CAPS de otro Municipio de la región sanitaria V y su colega en un hospital de CABA. Desgrabamos las entrevistas de manera completa y *verbatim* y las analizamos siguiendo la estrategia del análisis temático. Omitimos identificar la localidad y el barrio; los nombres de lxs entrevistados fueron cambiados para mantener el anonimato.

La reorganización del CAPS durante la pandemia

¹ Esta ponencia es parte de los proyectos UBACYT 20020170100024 y PICT 1391 que venimos desarrollando en el barrio, con sede en el Instituto Gino Germani de la UBA.

El 20 de marzo de 2020 el CAPS cerró sus puertas por seis días. Cuando retomó sus actividades, lo hizo con un horario y personal muy reducido: una médica generalista, una enfermera, dos empleadas administrativas y la encargada de la farmacia (antes de la pandemia el equipo, incluyendo a los residentes de medicina general y trabajo social y personal administrativo y de limpieza, rondaba los 50 integrantes). La farmacia se reabrió para la entrega de medicación para pacientes crónicos empadronados y el retiro de anticonceptivos y de leche. Se agregó un servicio reducido de demanda espontánea para urgencias, se implementó el protocolo para casos de sospecha de COVID-19, y parte del personal quedó afectado a los operativos DETECTAR coordinados por el MSAL y a los organizados por el municipio.

Se restringió la presencia de los residentes lo que afectó la capacidad de respuesta asistencial y de gestión de recursos. Se suspendió el servicio de odontología de niños y adultos por la imposibilidad de cumplir con el protocolo de higiene, quedando una única odontóloga trabajando en el CAPS a cargo de la bioseguridad y para ayudar a cubrir otras múltiples tareas. Las cinco postas sanitarias ubicadas en las zonas de mayor vulnerabilidad socio-sanitaria donde trabajaba parte del equipo de CAPS también permanecieron cerradas durante el 2020, quedando suspendidos la atención en consultorios y los talleres de promoción de la salud que allí se realizaban. Las vecinas voluntarias que colaboran en ellas, sin embargo, siguieron en contacto con la población. Marta, agente sanitaria, destaca la tarea de articulación que realizaron para brindar información y tratar de dar respuesta a las múltiples necesidades de lxs vecinxs durante la pandemia.

Antes de la pandemia la caída de cobertura de obra social por el aumento del desempleo y la precarización laboral había incrementado la demanda de atención en el CAPS. El equipo de salud describía el escenario de trabajo como de “*desborde asistencial*”, sin un incremento acorde en los recursos humanos y con puestos vacantes y licencias sin cubrir, lo que limitaba la capacidad de respuesta asistencial y sobre todo el trabajo preventivo y de promoción en el territorio propio de APS (Freidin et al., 2020a).

Durante la pandemia, además de atender la emergencia del COVID-19 en el CAPS y las urgencias que se canalizaban por demanda espontánea, parte del equipo continuó los con servicios asistenciales esenciales para la población “sana”, que quedaron inicialmente restringidos a la atención de embarazadas, puérperas, recién nacidos y bebés de hasta 6 meses, asesoría por ILE, y a continuar con el calendario oficial de vacunación de niños y adultos. Estos servicios se brindaron en un polideportivo municipal cercano.

Fue recién en septiembre, ya con el equipo reunificado en un solo edificio, que se organizó la demanda espontánea durante la mañana para una cantidad limitada de pacientes y se abrió a la tarde la agenda de turnos programados espaciados para pacientes crónicos y controles de salud de niños hasta dos años. Siguió las directivas de la Secretaría de Salud para redirigir la atención de guardia a los dos hospitales municipales y a otros tres hospitales de nivel intermedio a una mayor distancia del barrio. La reorganización del trabajo de la red de efectores implicó para los vecinos y vecinas un mayor esfuerzo de traslado si necesitaban atención de urgencias por la tarde.

Para fines de octubre de 2020 se encontraban rearmando los servicios de salud de la mujer con talleres de métodos anticonceptivos y días para realización de PAP que se articularon con el trabajo en territorio con móviles sanitarios. Para diciembre algunos servicios continuaban postergados, como el seguimiento de “niño sano” mayor de dos años que, aunque con turnos y días muy restringidos de atención, podía hacerse en las postas

anteriormente, especialmente para la firma de libretas para la AUH, que si bien se prorrogaron los plazos durante 2020, buscó centralizarse en el CAPS. Tampoco se habían reabierto los consultorios de odontología.

La atención por COVID-19 en el CAPS y en el centro municipal de aislamiento

La atención de la población con sospecha de COVID-19 fue cambiando según se iban modificando los protocolos y los recursos (propios y de derivación) con los que contaba el CAPS. En los primeros meses, el CAPS no realizaba hisopados y era muy difícil poder conseguir un lugar donde derivar los casos sospechosos: *“era una pelea para encontrar turnos para hisopar”* (Dirección). Siguiendo los protocolos elaborados por el Municipio y teniendo en cuenta las características edilicias del CAPS, a las personas con síntomas compatibles de COVID-19 se los atendía a través de una reja y se les indicaba aislamiento por diez días. Desde el CAPS les realizaban el seguimiento a distancia inicialmente por vía telefónica y luego por una única línea de WhatsApp. Después de los primeros meses se comenzó a hisopar en el CAPS, primero dos veces por semana, luego una vez por semana y posteriormente cada dos. Según Lucía, médica generalista, la lógica de disminuir la frecuencia de los hisopados en los establecimientos dependientes del municipio estuvo relacionada con racionar recursos *“la Secretaría de Salud dijo que eran muchos centros de salud y que era mucho recurso que se gastaba, entonces disminuyó los centros que hisopan”*. Si un paciente necesitaba hisoparse en una semana que no daban turnos en el CAPS, o si no había más turnos, los vecinos tenían que ir a establecimientos ubicados en otros barrios que contaran con cupo. Esto implicaba que debían trasladarse lo que complicaba el acceso e implicaba mayor exposición al contagio, principalmente para quienes debían utilizar un transporte público.

También se realizaron algunos operativos Detectar en el barrio. Se hacían en coordinación con el Centro de Salud por lo que se les podía avisar a las personas con síntomas compatibles que fueran a hisoparse allí. Sin embargo, los operativos no daban abasto para hisopar a toda la población. Claudia, médica generalista que participó en dos operativos, cuenta que en uno de ellos no alcanzaban los turnos y la gente estaba *“desesperada por el hisopado”*:

Y después hace poco fui a otro también, que se volvió a hacer en el barrio, donde había cupo para cien personas y teníamos una fila de doscientos, sintomáticos, ahí en pleno pico fue (...), la gente desesperada por el hisopado.

La no realización de hisopados ante la sospecha de COVID-19 debido a las dificultades de conseguir turnos o por la distancia a los centros donde se hacía el testeo podía tener dos tipos de consecuencias negativas. Debido a que las personas no tenían confirmación de si estaban contagiadas era más probable que quienes lo estaban no hicieran el aislamiento y por lo tanto contagiaran a otros. Pero también podía darse la situación inversa, es decir, que una persona que no estuviera contagiada se aislara durante diez días sin necesitarlo. Si bien esta segunda opción era menos grave en términos de salud pública, tenía consecuencias negativas para la salud y las dinámicas familiares, particularmente entre la población con trabajo precario, sin licencias pagas por enfermedad y que depende del trabajo diario para subsistir. En este sentido, la “desesperación” para hisoparse se entiende en parte por la

necesidad de saber si era necesario aislarse, además de para saber si estaban cursando la enfermedad.

Otro problema, sobre todo en los primeros meses, estuvo vinculado con los reiterados cambios en los protocolos para los testeos. Por ejemplo, en un momento se consideró que si la persona había perdido el olfato (anosmia) y tenía alteraciones relacionadas con la percepción del gusto (disgeusia), no debían hisoparse ya que se los consideraba caso positivo y debía aislarse. Los cambios en los protocolos y la indicación de no hisoparse no siempre era aceptada o comprendida por los pacientes. Además, debido a lo repentino que eran los cambios en ocasiones generaba que le indiquen a un paciente que debía hisoparse un día y al día siguiente que no le correspondía. Esto contribuía al clima generalizado de confusión y generaba malestar entre los pacientes:

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

Como contracara de lo anterior, desde la dirección se señala que cuando ya habían disminuido notablemente los casos de infectados, no llegaban a cubrirse los turnos que disponía el CAPS para la realización de hisopados. Además, que muchos de los test que se realizaban no estaban vinculados con la presencia de síntomas, sino con exigencias que debían cumplir para poder volver a trabajar o viajar a otra provincia u otro país. Si bien desde la Dirección se señala que uno de los motivos de la poca cantidad de tests realizados era la baja de casos, también se lo vincula con el hecho que parte de la población no quería hisoparse por temor a ser positivos y tener que aislarse, con las consecuencias económicas para el hogar, *“porque implica aislarte diez días, que todo tu grupo familiar se aisle, que vos no puedas ir a laburar, entonces también si la persona no está con síntomas graves, por ahí no se hisopa”*.

Algunos de los pacientes que cursaban la enfermedad con síntomas leves sin la necesidad de una internación hospitalaria y que no podían aislarse en su vivienda eran trasladados a un centro de aislamiento municipal. Liliana, enfermera del CAPS trabajó allí los fines de semana. Cuenta que varios de quienes fueron allí trasladados tenían enfermedades crónicas y experimentaban angustia y depresión debido a la situación de aislamiento. Pero también destaca que los pacientes se apoyaban mutuamente (*“se acompañaban, se daban aliento, se prestaban el teléfono”*), así como ayudaban a las enfermeras cuando estaban sobrepasadas de trabajo. También señala que los casos en que algún paciente se descompensaba realizaban la derivación a través del servicio de ambulancia municipal, que actuaba con celeridad. Debido al protocolo, los profesionales debían evitar en lo posible el contacto físico con los pacientes. Esto impedía algo tan básico como abrazar a una persona que se sentía angustiada y no contaba con el apoyo familiar. Liliana cuenta el caso de paciente que tuvo que ser derivada, con quien no siguió el protocolo para contenerla emocionalmente:

Me pasó que una mujer la tuve que derivar en ambulancia, porque le costaba respirar, y se largó a llorar muy, muy angustiada. Y bueno, y yo dije: «Ya fue, tengo

camisolín, tengo todo», la abracé a la mujer, qué voy a hacer, no voy tampoco a... no sé, a negarle un abrazo a una persona, si un abrazo con camisolín, con todo lo que tenía, no me iba a contagiar. Como que no podía ver a la persona ahí llorando angustiada, sola, teniendo que irse con su bolsito al hospital” (Liliana, enfermera).

La atención de los pacientes crónicos y en tratamiento durante la pandemia

Durante la pandemia se agudizó el problema de larga data de la insuficiente provisión de medicación e insumos provenientes de programas nacionales y provinciales, especialmente, pero no sólo, para pacientes diabéticos que son insulino-dependientes y que no se alcanzan a suplir con las compras municipales (Freidin et al. 2020). La posibilidad de adquirir la medicación faltante en la farmacia central quedó restringida a casos excepcionales y bajo procedimientos más burocratizados de autorización que los habituales, a lo que se sumaron las barreras que impuso el ASPO para la circulación de la población. Se sumó un cambio en la gestión del empadronamiento de nuevos pacientes crónicos que pasó a estar centralizado por la Secretaría de Salud, lo que generó una mayor restricción no sólo para quienes sólo contaban con la cobertura pública, sino también para pacientes con cobertura de obra social y del PAMI que por cercanía geográfica y trabas burocráticas preferían atenderse en el CAPS y evitar los costos y el tiempo de traslado a otra localidad, e inclusive a CABA, para acceder a las consultas y tratamientos. Como sucedía anteriormente, la falta de algunos medicamentos esenciales y su reemplazo por otros fármacos según los “vaivenes” en las partidas que iban recibiendo complicaron el seguimiento de los tratamientos durante la pandemia, un obstáculo que aunque recurrente antes de 2020, agregaba incertidumbre y dificultades para los pacientes crónicos, que a su vez tenían mayor riesgo de complicaciones frente al nuevo virus.

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

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

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

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

La articulación con la red de efectores para realizar estudios complementarios de imagen también presentó muchos obstáculos durante la pandemia. Lucía refiere a la “odisea” que atravesaron pacientes crónicos con condiciones de salud graves que estaban en tratamiento o en etapa de control. A las deficiencias previas a la pandemia del segundo nivel del municipio para acceder a especialistas, estudios y tratamientos (Freidin et al. 2020 a y b), se sumaron los horarios de atención reducidos, la disminución de personal por el mecanismo de cohortes rotativas, las licencias y los casos de contagio, y los servicios suspendidos:

El paciente que realmente requería de un acceso al sistema de salud y no lo tuvo en pandemia, es terrible lo vulnerado que está hoy en día, terrible lo que se deterioró. Con esos por ahí sí tengo contacto, qué sé yo, y son dos o tres ejemplos que te ponen la piel de gallina (Lucía, médica generalista).

Comenta el caso de una paciente oncológica diagnosticada con un melanoma maligno en el talón y que también es diabética. Para marzo de 2020 se encontraba haciendo el tratamiento de quimioterapia en un hospital público de CABA, donde también la habían diagnosticado. La deficiente oferta y calidad de la atención en el municipio de servicios especializados llevó a la propia paciente a buscar alternativas para poder acceder a una mejor y más rápida atención, pese al esfuerzo de los traslados para completar un tratamiento prolongado. A las

molestias e incertidumbre propias de la enfermedad y del tratamiento se sumaba el largo tiempo de viaje y la incomodidad de tener que trasladarse hasta la ciudad para completar los ciclos de quimioterapia y realizar las consultas con los especialistas,

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

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

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

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

Como que esa persona está abandonada total; paciente crónico. Crónico, dentro de lo que un niño puede ser crónico, ¿no? La mamá me vino a pedir la receta para uno y ahí de paso me comenta que el otro hijo estaba deprimido. Entonces le digo: «Bueno, ¿y la psiquiatra?», «Sí, la vi hoy, me dijo que no está trabajando, que no está atendiendo», «Pero ¿dónde la viste?», «En el hospital». O sea que estaba ahí ella presente. «¿Y qué te dijo?», «No, que no están atendiendo». «Y bueno, pero él es su paciente, ¿no te podía hacer la receta de la medicación?», «No». (...) O sea, que le habló en la cara y en vez de escribirle como le estaba escribiendo yo en el

pasillo, directamente: «No, no hay turnos», no sé qué. «Bueno, vení que yo te la hago, y para el otro lo tiene que ver ella y hacerle un diagnóstico, primero». Así fue (Gimena, pediatra).

Vemos también en este caso cómo los actores del sistema de salud, junto con las barreras organizacionales exacerbadas durante la pandemia, pueden por acción u omisión, restringir aun más el acceso o bien facilitar la atención en el escenario de la emergencia sanitaria para familias con múltiples necesidades de salud y vulnerabilidades sociales. La madre no solo no logró acceder a una consulta psiquiátrica para su hijo que estaba en tratamiento, sino que su otro hijo tampoco recibió atención ni un diagnóstico de la especialista teniendo síntomas de sufrimiento psíquico durante el aislamiento.

La escena descrita por Gimena encuadra en un marco más generalizado de postergación del cuidado de pacientes que necesitaron continuidad en la atención y transitar por los distintos niveles de la red asistencial pública. Fueron muchos los que quedaron a la deriva por las restricciones impuestas en el segundo nivel que reorientaron la atención hacia el COVID-19 y por los protocolos implementados para evitar el contagio en los establecimientos de salud. Es a este escenario de inequidad para acceder a un cuidado continuo e integral al que hicieron referencia las médicas generalistas en el conversatorio sobre APS que mantuvimos en agosto del 2020:

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

Por otra parte, en el CAPS, la posibilidad de recaptar pacientes crónicos pediátricos se vio limitada no solo por las prioridades de atención impuestas por las autoridades sanitarias en el área de pediatría sino también por la modalidad previa de trabajo. Si bien había una agenda de turnos reservados para niños con patologías de base, en la práctica muchos de ellos se asignaban para controles de niño sano por la falta de turnos en general, y porque podían hacerse en las postas algunos de los seguimientos. Tampoco disponían de un programa con una aplicación que les permitiera filtrarlos de manera automática en la base de historias clínicas. Esto hacía muy dificultoso rastrear los casos a través de la agenda del año anterior para volverlos a contactar durante la pandemia. Requería revisar caso por caso en la historia clínica digital, lo que resultaba inviable y dificultaba implementar dispositivos de telemedicina que se habían empezado a ensayar con adultos. La situación descrita evidencia como las improvisaciones para racionar los turnos en un escenario laboral previo caracterizado por el desborde asistencial y de tener que administrar una “sábana corta” (Freidin et al., 2020) repercutió en la capacidad de respuesta durante la emergencia sanitaria, contribuyendo a generar postergaciones y discontinuidades en el

cuidado de pacientes con problemas de salud preexistentes. En la charla con las dos médicas que mantuvimos durante agosto de 2020, una de ellas mencionó el efecto de falencias previas relacionadas con las TIC que de haberse atendido oportunamente hubieran facilitado una mejor gestión de las necesidades de atención de los pacientes crónicos durante la pandemia en los CAPS: “*todas esas como microgestiones salen a la luz en estos momentos (...) somos las que tenemos que, de alguna forma, recibir todas esas situaciones complejas que con herramientas de gestión pequeñas se resolverían*”.

Pacientes de PAMI también sufrieron postergaciones y desatención por muchos meses y recurrieron al sector público. Marta, describió el caso de una vecina cuyos padres vieron agravadas enfermedades crónicas por la imposibilidad de hacer consultas presenciales y estudios complementarios. Desde el CAPS trataron de contener y asistir las situaciones más urgentes en un escenario de por sí muy restrictivo para la atención de la población en su área programática:

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

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

La atención remota: del caos inicial a buscar dispositivos híbridos

La atención remota con dispositivos de telemedicina se utilizó en el CAPS inicialmente para el seguimiento de pacientes con COVID, el *triage* de casos sospechosos y todo tipo de consultas. El dispositivo luego se extendió para el seguimiento de pacientes adultos

crónicos. La estrategia tuvo que adaptarse a lo que era viable. Y además de la atención por teléfono de línea, quedó restringida a la aplicación gratuita de WhatsApp que se utilizó para la comunicación vía mensaje de texto, audio y videollamada. Se trató de una innovación en el CAPS sin una planificación previa que requirió aprendizajes por parte de los pacientes y del equipo, sin contar con la tecnología adecuada. Como en los restantes CAPS del Municipio, hasta diciembre de 2020 disponían de un único celular y la posibilidad de utilizar la aplicación Web WhatsApp, pero no todas las computadoras del CAPS tenían conexión a internet y la conexión era de mala calidad². La innovación contribuyó a la sensación de caos y de saturación del personal a medida que se fue extendiendo el uso improvisado de la telemedicina sin la capacidad institucional ni la logística necesaria. El dispositivo resultó en gran parte ineficaz para responder al volumen de consultas y generó mucho malestar entre los pacientes y quienes buscaban información de todo tipo:

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

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

Entonces el paciente decía: «Hola», y le salía una que dice: «Se comunicó con el centro de salud de Troncos, por favor deje su nombre, su DNI y su consulta. No podemos escuchar audios, no llame». Y después lo poníamos en el estado, que no llamen, porque si no todo el tiempo alguien te llamaba y te cortaba el mensaje que estabas escribiendo, caótico. (...) Ya el sistema funcionaba mal, y obviamente no iba nadie de mantenimiento a arreglar. Y aparte el teléfono (Lucía, médica generalista).

La atención por telemedicina también estuvo limitada por la brecha digital en el acceso a tecnología y conectividad para los sectores populares, como se visibilizaron en otras áreas como la educación y el trabajo cuando la vida social en gran medida se virtualizó. Las desigualdades se evidenciaron doblemente. Por un lado, en la utilización diferencial de *e-health* en los distintos subsistemas de salud, y lugares donde están emplazados los establecimientos, por la capacidad instalada de herramientas tecnológicas para hacer telemedicina y por la capacitación y experiencia previa del personal en su utilización. Por el otro, en la posibilidad de su utilización para los distintos grupos sociales. En muchos hogares solo disponían de un solo celular para todo el grupo familiar y sólo contaban de datos móviles para conectarse por internet para videollamadas, audios o

² Los problemas en la conectividad a internet de los establecimientos del primer nivel de atención del conurbano bonaerense son generalizados. En 2017 solo un 43,6% tenía una conexión a internet en buen estado y el 39,8% no tenía conexión a internet (Red pública de Salud AMBA, 2017: 57).

mensajes de texto, en zonas en las que el servicio suele ser muy defectuoso. Se agregaban en algunos pocos casos la poca familiaridad para el envío de archivos con estudios u órdenes a través de la aplicación de WhatsApp. Esto dificultó las consultas remotas pero también la solicitud de turnos en otros efectores por parte de los mismos pacientes: *“los pacientes te traen el celular para que vos les saques el turno para pedir las tomografías y eso, a veces se los sacamos nosotros, porque no manejan mandar una foto algunos pacientes. Pero son los menos, la mayoría te pueden mandar fotos de los estudios que se hicieron, te contestan con audio, aunque sea, viste, las consultas”* (Claudia, médica generalista). Pero, aun con todas estas dificultades e improvisaciones, la telemedicina se constituyó en una herramienta complementaria útil para el seguimiento de pacientes crónicos adultos. Para noviembre de 2020 estaban pensando en modalidades híbridas de atención que combinaran dispositivos a distancia con consultas presenciales más cortas por el espaciamiento de los turnos que impuso la pandemia. La meta era poder ampliar la capacidad de respuesta frente a la alta demanda respetando los protocolos para el uso seguro de los espacios.

Acceso a la atención odontológica

Previo a la pandemia, el servicio de odontología del CAPS se organizaba en tres días de atención pediátrica, dos días de atención para adultos y uno para atención de embarazadas. Durante la pandemia solo una odontopediatra quedó trabajando en el CAPS a cargo de la bioseguridad y de múltiples tareas administrativas.

La atención odontológica fue una de las más afectadas durante la pandemia. Inicialmente no fue considerado un servicio esencial por las autoridades sanitarias, y posteriormente, por el alto riesgo de contagio que implica la práctica odontológica, se establecieron estrictos protocolos para la atención, imposibles de seguir por su alto costo en el CAPS. La suspensión de la atención se debió, a las dificultades para cumplir con las condiciones que exigía el protocolo “ideal”, que para Silvia, la odontopediatra, resultaba inalcanzable para los recursos municipales. El protocolo implicaba el uso de autoclave, un equipo de protección personal (EPP) para cada paciente y uno para el profesional por paciente, y disponer de un asistente para evitar contaminar el resto del instrumental, además de contar con desinfectantes “carísimos”. Silvia argumentó a favor de un retorno a la atención dentro de lo “posible”. En esta línea, consideraba importante retomar la atención de urgencia a raíz de demandas que recibió el CAPS durante los meses anteriores a la entrevista y por la saturación de la guardia del Hospital Odontológico municipal, *“que estuvo explotada y sigue explotada”*.

La saturación de la demanda en el Hospital Odontológico queda reflejada en el relato de Marta. Cuenta la experiencia de una vecina que asistió allí para una extracción de muela, intervención que no le realizaron por falta de personal: *“le dijo «mirá —la odontóloga— mirá, tendría que hacerte una [radiografía] panorámica». «Bueno, hacémela». «No, no puedo porque tengo mucha gente y estoy sola». Era la única que había y había un montón de gente”*. Además de su trabajo en el CAPS, Silvia se desempeña en un centro odontológico público de un municipio aledaño. Si bien allí la atención se vio limitada, la suspensión no fue total y adoptaron un esquema bimodal que consistía en hacer un seguimiento telefónico más amplio de los pacientes pediátricos, citando presencialmente a los que más lo necesitaran:

Ahí lo que hacíamos era llamar a los pacientes, preguntarles cómo estaban (...); a los pacientes que nos comentaban que habían estado con dolor durante estos meses que no hubo atención, se los citaba para evaluarlos,(...), llamábamos a los que estaban más complicados y los veíamos.

Sin embargo, las condiciones de atención distaban de ser ideales en este efector. Tenían que optar por realizar extracciones en lugar de intervenciones más conservadoras para evitar la prolongación de la atención en encuentros posteriores y reducir el contacto y el riesgo de contagio. Silvia explica que esta situación era menos perjudicial para los pacientes pediátricos, porque las extracciones eran de piezas temporarias, evitando el efecto que tiene la extracción de una pieza permanente sobre la autoestima de un paciente adulto, pero que aun así podrían haberse evitado en otro contexto:

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

Las palabras de Silvia reflejan las limitaciones para brindar atención odontológica en el contexto de la pandemia y sus consecuencias sobre la salud bucodental de la población cuya única cobertura era la pública. Al respecto, explica que en el CAPS debía a veces limitarse a la indicación de medicación para asistir a los pacientes que se acercaban allí aunque estaba suspendido el servicio, además de referirlos al Hospital. Infiere que *“el estado bucal empeoró muchísimo”* por la ruptura de las rutinas diarias durante los primeros meses de la pandemia (que impactan en los hábitos de higiene cotidianos, de alimentación y descanso) y por los obstáculos para la atención. Por su conocimiento sobre lo ocurrido en otros efectores, resalta el carácter iatrogénico de la atención bucodental durante la pandemia por el aumento de la atención “mutilante”, en detrimento de prácticas preventivas y más conservadoras:

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

Hacia fin de 2020 la situación epidemiológica permitía pensar la vuelta a la atención odontológica en el CAPS. Se sumaban las expectativas por el comienzo del plan de vacunación contra el COVID-19. Aunque retornaría una odontóloga adicional, la carga horaria seguiría reducida comparada con la situación previa a la pandemia. Por eso la intención era priorizar la atención preventiva de niños, postergando todavía la atención de adultos.

Agudización de las problemáticas de salud mental y socio-familiares

Con muchos hogares del barrio viviendo en condiciones de pobreza estructural, durante la crisis socioeconómica de 2018 y 2019 empeoraron sus condiciones de vida por la pérdida de puestos de trabajo formales y la cobertura de obra social y la reducción de ingresos, entre otras problemáticas, y recurrieron en mayor medida al CAPS buscando asistencia médica y social (Freidin et al., 2020). En 2020, el ASPO agravó la capacidad de subsistencia de los sectores más vulnerables del barrio. Debido a las restricciones para la circulación y a las actividades permitidas, ya en abril se perdieron fuentes precarias de trabajo e ingresos -que afectaron masivamente a las mujeres trabajando en servicio doméstico-, hubo una reducción horaria en trabajos manuales como carpintería o mantenimiento, y cerraron algunos negocios. Además, se redujo las posibilidades de circulación para quienes salían a “rebuscárselas” en carros o vivían al día mediante changas ocasionales de albañilería o jardinería en el barrio y en urbanizaciones cerradas cercanas. En consecuencia, muchas familias perdieron autonomía en términos de la propia subsistencia, pasando a depender en mayor medida de políticas de contención social y de organizaciones barriales para acceder a alimentos y otras mercaderías, y que de todas formas resultaban insuficientes. Se sumó la suba excesiva de los precios en comercios minoristas del barrio, disminuyendo aún más la capacidad de compra de los hogares. También se perdieron por el aislamiento espacios de interacción cotidiana, actividades recreativas e institucionales que constituían soportes emocionales, afectivos y muchas veces materiales. Las condiciones habitacionales, en las zonas más postergadas del barrio, además, hacían que el confinamiento fuera insalubre, con hacinamiento y sin servicios básicos y, en algunos casos, con mayor exposición a la violencia de género y familiar.

Las condiciones de vida y el aislamiento se vincularon con el agravamiento de las problemáticas de salud mental. Como explica Lucía -médica generalista-, en un primer momento una mirada biologicista sobre la pandemia se enfocó en el riesgo de contagio, pero al prolongarse el aislamiento comenzaron a notar los “coletazos” que traía la pandemia en términos de salud mental, generando ansiedad, depresión y descompensaciones en un contexto de alta incertidumbre y angustia generalizada:

Y el hecho de este aislamiento tan prolongado también el tema de los vínculos viste, de lo afectivo, de sentir que no podés salir, digamos, como todo eso empezó... Y gente que venía carreteando prepandemia, la pandemia la terminó como de profundizar en los procesos que cada uno venía haciendo, digamos, porque no había herramientas para salir, porque estaba todo cortado, porque no podías ni siquiera juntarte con un amigo a... No podías salir a trabajar, no se puede las salidas recreativas, no podías reencontrarte con tus vínculos, digamos, no podías seguir adelante con tu cotidiano”(Lucía).

Personas con problemáticas de salud mental volvieron a hacer crisis y emergieron nuevas situaciones en un contexto sanitario con serias dificultades para acceder a la atención psicológica y psiquiátrica:

Adultas o adultos que también en el contexto de pandemia volvieron a crisis, a hacer crisis, por la situación de encierro o por la situación de irrupción de su cotidianeidad, de la normalidad, donde tenían espacios sociales, incluso, redes

sociales, redes, digamos, de contención en el territorio o en el municipio, y en el contexto de pandemia, bueno, obviamente, esas situaciones también algunas emergen y estallan, ¿no?, y hacen crisis” (Esteban, trabajador social).

Las problemáticas de violencia de género y doméstica también se agravaron durante el ASPO. Para fin de año estaban llegando denuncias al CAPS por medio de los agentes territoriales, o directamente por la policía local, *“estamos trabajando muchísimo en situaciones urgentes, gravísimas, que, bueno, están empezando a caer, ¿no?, después de esta pandemia, después de tantos meses, digamos, la semana pasada llegaron por consultorio situaciones que terminamos denunciándolas”* (Dirección). Se abocaron entonces a intervenir en las situaciones extremas, como episodios de violencia graves, el acompañamiento de mujeres que debían abandonar su domicilio y vivir en refugios municipales, y autolesiones e intentos de suicidio en adolescentes y jóvenes. Las intervenciones en salud mental y en situaciones socio-familiares también resultaban prioritarias en el marco de la atención de quienes que se acercaban espontáneamente al CAPS:

No es lo ideal, la verdad que nosotros, como centro de atención primaria, tenemos otros objetivos para la comunidad, pero la realidad es que si hoy, así como en su momento el COVID fue como el principal protagonista, y bueno, hoy también, pero hoy quizás está un poco más tranquilo, hoy las situaciones de... desde trabajo social te digo, son urgentes” (Dirección).

Para la Dirección la principal causa del “estallido” en las problemáticas de salud mental y sociofamiliares que estaban viendo en diciembre de 2020 fue las consecuencias sociales de la primera ola de la pandemia. No obstante, la falta de recursos humanos en salud mental y trabajo social, junto con los cambios en las prioridades y servicios del CAPS y el cierre de las postas sanitarias distribuidas por las zonas más relegadas del barrio pudo ser un agravante. El cierre de las escuelas y otras instituciones que normalmente “miran” al barrio, también contribuyó a la invisibilización de situaciones de vulnerabilidad y a su agravamiento. Es decir, se complejizó la identificación, el abordaje y la derivación de situaciones sociofamiliares y de salud mental generadas por la cuarentena, así como el seguimiento de situaciones de vulnerabilidad previas, debido a un debilitamiento institucional de la red de actores e instituciones que habían interrumpido la presencialidad o directamente su atención. En particular, la suspensión de la presencialidad en las escuelas significó que los contactos de los niños, las niñas y sus familias con los orientadores escolares y sociales fueran más escasos. Las entregas mensuales de mercadería en las escuelas funcionaron a veces como oportunidades de encuentro y toma de conocimiento de los problemas específicos que se iban generando, o de cómo iban evolucionando con la pandemia:

Una vez por mes se entregaba también mercadería para las familias que lo requirieran; muchas veces detectaron situaciones, o... no detectaron situaciones, sino situaciones que venían de una manera, detectaron que habían vuelto a una situación aguda, en el espacio de entrega de la mercadería de la escuela, ¿me explico? Entonces ahí es donde articulaban con nosotros y nos planteaban: mirá, tenemos una situación equis, de un chico que venía de determinada manera, nos

llega que hubo un intento de suicidio en este mes o en estos meses, con autolesiones, bueno, entonces ahí también, abordábamos en conjunto con el equipo de orientación una estrategia para esa situación (...) era una vía de entrada de las cuestiones de salud mental, sobre todo con adolescentes” (Esteban, trabajador social).

Otras veces las escuelas lograron detectar situaciones sociofamiliares a través de llamados de estudiantes: *“algún colegio también pudo haber tirado el caso. «Che, mirá, me preocupa esta llamada de esta nena a la preceptora, pasó esto»”* (Lucía, médica generalista). Para las familias, a su vez, el cierre de las escuelas significó una mayor desorientación, quedando muchas veces las dificultades de sus hijos desatendidas y los procesos de diagnóstico y tratamiento interrumpidos, provocando la agudización de los trastornos:

Niños también, que venían con un seguimiento desde la escuela, digamos, al no estar ese ámbito, muchas situaciones, o algunas, se agudizaron. O porque no continuaron con los tratamientos, o porque se les dificultaba la continuidad de los tratamientos. Muchas veces las familias en la escuela la sostenían esa continuidad, familias por ahí que les costaba o que les cuesta sostener el tratamiento de sus hijos, la rigurosidad, digamos, de llevarlo a los turnos, hacer los trámites, porque también, nada, es muy difícil, o sea, hoy por hoy, imagínense, un diagnóstico, digamos, interdisciplinario, para un chico, para detectar que tiene, no sé, pongámosle algún nombre de los que están de moda ahora, TGD, y, es una complejidad que puede llevar un año. Tiene que pasar por neurología, psiquiatría, psicología, hacerle tal estudio, el neurólogo te manda a hacer el estudio de sueño, bueno, después psiquiatría por ahí médica, bueno, es una evaluación que puede llevar incluso meses o un año, entonces esas situaciones estallaron en el contexto de pandemia” (Esteban, trabajador social).

Una vez detectadas estas demandas por parte del CAPS y otras organizaciones territoriales no se lograban canalizar fácilmente hacia el segundo nivel de atención municipal -al que debían referir el tratamiento de estas situaciones complejas. Las Direcciones de Género y de Infancia habían disminuido su presencia en el territorio y su capacidad de recepción y de intervención mediante la atención remota y con intermitencias debido a recurrentes olas de contagios de COVID-19 de su personal. Por su parte, la atención psiquiátrica en los efectores de referencia, y la provisión de psicofármacos, quedó disminuida y las dificultades en la articulación con los dos establecimientos de referencia en salud mental continuaron siendo las mismas que antes de la pandemia: la alta demanda hacía muy difícil la admisión de nuevos casos y el seguimiento, los faltantes de psicofármacos provocaban descompensaciones, y las falencias en la guardia psiquiátrica dejaba a la deriva a pacientes que requieren internación o una intervención urgente (Freidin et al., 2020). La Dirección de Discapacidad del Municipio cerró completamente su atención presencial. Desde la Dirección del CAPS se criticó fuertemente la ausencia de estos otros sostenes institucionales, en un momento en que el CAPS no daba abasto y estaba priorizando la atención del COVID-19,

Conclusiones

La irrupción de la pandemia se dio en el marco de una profunda crisis del sistema sanitario, debido a procesos de largo alcance pero también a la crisis socioeconómica y a cambios en el sector que se produjeron en los años previos. Como respuesta a la aparición del COVID-19 se generaron importantes cambios en la organización del CAPS y de los establecimientos de referencia, algunos de los cuales implicaron el cierre o una fuerte limitación para el acceso a distintos servicios. Si bien hacia fines del 2020 varios de los servicios habían retomado la atención de forma similar a la pre-pandemia, otros permanecían funcionando con restricciones, o seguían suspendidos. Con relación a los pacientes crónicos, se agudizaron las problemáticas de faltantes de medicación y de articulación entre efectores, a lo que se le sumó que muchos dejaron de asistir al CAPS por temor a contagiarse de COVID-19, por las restricciones para la circulación y/o por desconocimiento sobre la reapertura del CAPS. Con el correr de los meses en la demanda espontánea fue recurrente ver a pacientes con condiciones de salud agravadas por falta de atención médica lo que llevó a que se busquen dispositivos híbridos de seguimiento. Como contrapartida, el riesgo de complicaciones frente al COVID-19 debido a comorbilidades generó que algunos pacientes vuelvan a buscar medicación tras haber discontinuado tratamientos por mucho tiempo, generando una demanda no prevista en un contexto de faltantes. Por otro lado, el servicio de odontología permanecía cerrado hacia fines de 2020. La consecuencia de la falta de un primer nivel de atención odontológico y de turnos para consultas programadas en el hospital especializado fue la saturación de la guardia, con el aumento de la atención “mutilante” de niños y adultos y el deterioro de la salud bucodental de gran parte de la población que dependía del acceso al sector público.

El aislamiento extendido en el marco de las condiciones de vida en muchos hogares del barrio generó un agravamiento o “estallido” de problemáticas de salud mental. También produjo un agravamiento de las situaciones de violencia de género y familiar. En las entrevistas se destacan la escasez de recursos humanos en salud mental y de trabajo social en el CAPS para dar respuestas y contención, pero también la falta de recursos especializados en el segundo nivel y las falencias en la articulación. La no presencialidad en las escuelas fue un agravante ya que constituye un soporte fundamental para las familias.

Respecto de la atención por COVID-19, se destacan las dificultades que hubo para realizar hisopados y la “desesperación” de la población para acceder a ellos. También, que los cambios constantes en los protocolos para el testeo agregaban confusión e incertidumbre para la población del barrio. Como contracara, se señala que algunas personas no querían testearse por las consecuencias económicas de un posible aislamiento.

La incorporación de dispositivos de telemedicina resultó útil para algunos servicios, como el seguimiento de pacientes crónicos adultos. Sin embargo, la falta de planificación y de recursos para su incorporación, así como las dificultades de acceso a dispositivos de comunicación vía Internet para algunos pacientes limitó el alcance de esta estrategia impulsada por las autoridades sanitarias. Además incrementó la sensación de caos y saturación del personal y generó malestar entre los pacientes ante el volumen de consultas que no llegaban a poder responder, contando con recursos tecnológicos y humanos muy insuficientes.

En síntesis, destacamos que la irrupción de la pandemia generó nuevos obstáculos para acceder a los servicios de salud y amplificó muchos de los existentes. Además, modificó percepciones y prioridades de cuidado de parte de la población, lo que en algunos

casos produjo la postergación de consultas. Todo lo anterior incrementó las barreras para el acceso a una atención oportuna, integral y continua, especialmente para pacientes con condiciones crónicas, generando agravamientos evitables, así como situaciones de abandono de pacientes complejos que necesitaron transitar por los distintos servicios de la red asistencial. Paradójicamente, en algunos pocos casos, se facilitó el acceso a servicios de mayor complejidad a través de mecanismos precarios y ocasionales de referencia desde el CAPS que la virtualización de la gestión habilitó. Asimismo se suspendieron las actividades de promoción que se realizaban en las postas --que ya eran muy limitadas antes de la pandemia— en momentos en que se agravaban las condiciones de vida y las necesidades de cuidado de gran parte de la población del barrio.

Bibliografía

ALAMES (2008) Documento para la discusión, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México, 30 de septiembre-2 de octubre.

Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Health and Social Behavior*, 36 (1), 1-10.

Ariovich, A., M. Crojethovic y C. Jiménez (2021) Aislamiento y atención no COVID-19 en el primer nivel en la Región Sanitaria V, en R. Carmona (comp.), El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimension Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento.

Breilh, J. (2010) La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano, *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101

Colella V., E. Reese, M. D'Liberis, L. Dombroski, L. Fernández, L. Manildo, y M. Sola Álvarez (2021), Entre la crisis sociosanitaria y la emergencia urbano-habitacional, en R. Carmona (comp.), El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimension Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento.

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

Donza, E y Santiago Poy (2021) Efectos de la pandemia COVID-19 sobre la dinámica del trabajo en la Argentina urbana. Una mirada crítica sobre el impacto heterogéneo del actual escenario tras una década de estancamiento económico (2010-2020). Documento Estadístico– Barómetro de la Deuda Social Argentina. Buenos Aires: Educa.

East, S., Laurence, T. y López Mourelo, E. (2020) *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. OIT Argentina, ONU Mujeres Argentina y UNFPA Argentina.

Freidin, B., A. Wilner, M. Krause, M. Ballesteros (2021) "Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires", *Revista Población y Sociedad*, en prensa.

Freidin, B., M. Ballesteros, M. Krause, A. Wilner y A. Vinitisky (2020 a). *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires*. Buenos Aires: Editerial Teseo.

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

Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3, 1–13.

Instituto del Conurbano (ICO) (2020). *El conurbano en la cuarentena II. Informe del segundo relevamiento a referentes de los barrios populares del Conurbano Bonaerense en el contexto de aislamiento social obligatorio*. UNGS. Recuperado de: <https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/El-Conurbano-en-cuarentena.-Segundo-informe.pdf>

Maceira, D., S. Olaviaga y V. Iñarra (2021) La reorganización de los servicios de salud. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina. Buenos Aires: Fundar.

Maceira, V. y V. Cyunel (2021) Problemáticas socioterritoriales y conflicto social en el conurbano bonaerense y resto de la Región Metropolitana de Buenos Aires durante el ASPO, en R. Carmona (comp.), *El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimension* Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento.

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

Phelan J., Link B., Tehranifar P. (2010) Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence and policy implications, *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 28-40.

Red Pública de Salud AMBA (2017). Análisis de situación de salud: propuesta de mejora [mimeo].

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

Ricketts, T. C., & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274–280.