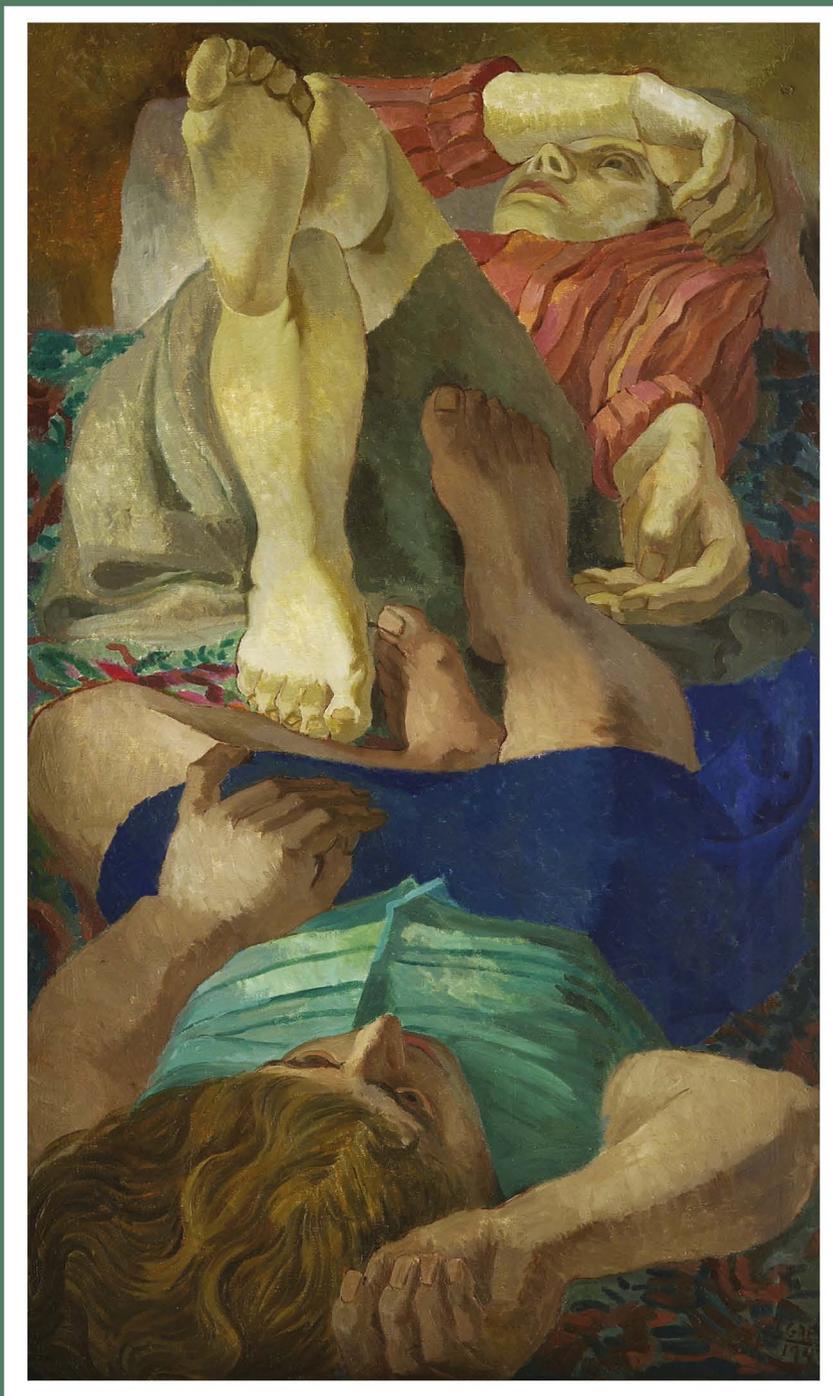


# Investigación en Salud



# Investigación en Salud

Comité Editorial

## Editora

Adriana Huerta

## Editores Asociados

María del Rosario Maidana

Cristian Godoy

Cecilia Moyano

Abel Morabito

Mario Chavero

## Asesores Científicos

Aronna, Alicia	(Argentina)
Barradas Barata, Rita	(Brasil)
Bonazzola, Pablo	(Argentina)
Briceño León, Roberto	(Venezuela)
Bronfman Pertzovsky, Mario N.	(México)
Calabrese, Alberto E. S.	(Argentina)
Caroli, Guillermo	(Argentina)
Cassanho Foster, Aldaisa	(Brasil)
Cohn, Amelia	(Brasil)
Coimbra, Carlos E. A. (Jr.)	(Brasil)
De Mendoza, Diego	(Argentina)
De Sousa Campos, Gastao W.	(Brasil)
Franco Agudelo, Saúl	(Colombia)
Fuks Sadovky, Saúl I.	(Argentina)
Galende, Emiliano	(Argentina)
Goldbaum, Moisés	(Brasil)
Lattes, Alfredo E.	(Argentina)
Lede, Roberto	(Argentina)
Litvoc, Julio	(Brasil)
Menéndez Spina, Eduardo L.	(México)
Onocko Campos, Roxana	(Brasil)
Pantelides, Edith A.	(Argentina)
Proietti, Fernando A.	(Brasil)
Rohlf's Barbosa, Izabella	(España)
Rovere, Mario	(Argentina)
Ruffino Netto, Antonio	(Brasil)
Sánchez Cabaco, Antonio	(España)
Schapira, Marta V.	(Argentina)
Stolkiner, Alicia I.	(Argentina)
Zaldúa, Graciela.	(Argentina)

Dr. Pablo Javkin  
Intendente Municipal

Dr. Leonardo Caruana  
Secretario de Salud Pública

Adriana Huerta  
Coordinadora Area Investigación en Salud

Propietaria  
Secretaría de Salud Pública  
Director  
Dr. Leonardo Caruana

Edición: 2020-2021  
Diseño: Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública  
ISSN:2796-8456



**FIGURAS - 1942**

**Juan Grela (1914-1992)**

**Oleo sobre tela.**

**99 x 59 x 2 cm**

**Coleccion privada-Flia. Grela Correa**

Nació en la provincia de Tucumán en 1914. A los 10 años su familia se radicó en Rosario donde residió hasta su fallecimiento, el 11 de noviembre de 1992. Antonio Berni fue su maestro en pintura; José Planas Casas y Gustavo Cochet en grabado.

Desde 1939 participó en numerosas exposiciones individuales, colectivas, en salones y museos del país. Paralelamente a su actividad creativa, desarrolló una importante labor de enseñanza en su casa taller, por donde pasaron varias generaciones de artistas. Desde muy joven integró diversas agrupaciones: Mutualidad Popular De Estudiantes y Artistas Plásticos de Rosario, Agrupación Arte Nuevo, Plásticos Independientes de Rosario, Grupo de Grabadores de Rosario, Centro de Grabadores de Rosario e integró el Núcleo fundacional del Grupo Litoral. Aunque perteneció a diferentes grupos, la obra de Grela se redefine en una búsqueda individual reflexionando permanentemente sobre el tema, la forma y el color. En la formulación de su discurso estético crítico, tomó como referente a Antonio Berni, padre de la Mutualidad y a Joaquín Torres García, de quién aprehendió las premisas estéticas filosóficas del Universalismo Constructivo que guiaron su producción entre mediados de la década del 50 y durante la década del 60.

Asiduo conferencista, dedicó muchos años de su vida al estudio y la investigación artística, siendo autor de trabajos exegéticos, como los dedicados al "Guernica" de Picasso, base de sus recordadas conferencias en la facultad de Filosofía de Buenos Aires, Instituto de Historia del Arte y en la Asociación "Ver y Estimar". Su obra se encuentra representada en colecciones oficiales y privadas del país y del exterior.

El Gobierno Municipal de la ciudad de Rosario, lo designó Ciudadano Ilustre en mérito a su labor creadora.

En agosto del 2007, el Museo Castagnino-Macro de Rosario realizó la muestra antologica "Homenaje a Juan Grela" curada por Nancy Rojas. En setiembre del 2011, el Museo Rosa Galisteo de Rodriguez de la ciudad de Santa Fe realizó la muestra "Juan Grela, del realismo intimista a la abstracción total", curada por Nancy Rojas.

Juan Grela, artista y hombre cuya obra de arte fue "entregarse heroicamente a una vocación por amor y sin pensar, ni calcular otros dividendos de los que surjan de ese amor".\*

*Agradecemos a la Familia de Juan Grela el permitirnos reproducir esta obra.*

\*Dr Isidoro Slulitel, uno de los mas importantes mecenas que ha tenido la ciudad de Rosario.



# Editorial

*Detrás de la mafia y de la policía.  
detrás del Mesías y de Wall Street.  
Detrás del Columbia y de la heroína.  
detrás de Goliat y de David.  
Detrás, está la gente  
con sus pequeños temas,  
sus pequeños problemas,  
sus pequeños amores.  
Con sus pequeños sueldos,  
sus pequeñas campañas,  
sus pequeñas hazañas,  
y sus pequeños errores.*  
SERRAT

Extraño tiempo este, en el que es difícil acertar justamente el uso del tiempo verbal. Se escucha en las conversaciones cotidianas hablar de la Pandemia como un fenómeno que hubiera ocurrido allá lejos en algún momento de la historia, y por momentos sorprende escuchar el presente continuo de la pandemia, en general a punto de partida de la expansión de contagios.

Aun en ámbitos más formales como el de los organismos internacionales, encontramos por un lado documentos como el informe presentado por el Banco Mundial y el PNUD titulado *“Una recuperación desigual: Tomando el pulso de América Latina y el Caribe después de la pandemia”*<sup>✳</sup> que, aunque fechado en noviembre de 2021, señala confusamente un “después” de una pandemia que sigue entre nosotros. Por su parte la OMS (T. Gebreyesus) sigue anunciando una y otra vez que la pandemia “está lejos de terminar”, instando a los gobiernos – con escaso éxito en muchos casos- a sostener medidas de prevención y monitoreo de la evolución de la pandemia, considerando que, frente al desigual acceso a la vacuna que muestra el mapa del mundo, el riesgo de emergencia de mutaciones más virulentas está todo el tiempo al acecho.

En todo caso, y recuperando los aportes del Informe al que se hacía referencia, hay un antes-durante-después de la pandemia en América Latina y particularmente en Argentina que abre un escenario preocupante en materia del cuidado de salud y bienestar de la población. Según el Informe, en nuestro país<sup>□</sup> el 23,5 por ciento de las personas que tenían trabajo antes de la pandemia lo perdió y se duplicó el porcentaje de hogares en situación de inseguridad alimentaria, en comparación con los niveles previos a la pandemia (y no podríamos decir que en la etapa prepandemia estábamos en un momento paradisiaco...). Así las cosas, para el sector salud en particular puede anticiparse la continuidad de escenarios de intenso trabajo donde convergen una

---

✳El informe mencionado se basa en un estudio desarrollado en 2021 a lo largo de 24 países para evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre el bienestar de los hogares de América Latina y el Caribe.

□De acuerdo a los datos aportados en el Informe, nuestro país no está entre los más afectados de América Latina, merced a la amortiguación lograda vía transferencias gubernamentales (IFE, ATP, tarjeta Alimentar, etc.)

nueva ola de COVID (más allá de las otras enfermedades respiratorias) -menos letal pero quizás más extendida en función del relajamiento de las medidas de cuidado-, las problemáticas clínicas crónicas diferidas en su atención producto de las restricciones de la pandemia, y las múltiples y diversas expresiones del sufrimiento psíquico exacerbado en sintonía con la profundización de la crisis económica y social.

En ese marco, la actual revista presenta una diversidad de artículos que giran en torno a diferentes temáticas, las estrategias de abordaje de la TBC, los discursos de organizaciones internacionales en torno a la discapacidad y particularmente investigaciones que abordan el impacto de la pandemia Covid en los trabajadores de salud. Dos aspectos a destacar pueden señalarse respecto de estos últimos: por un lado, lo valorable de haber podido sostener procesos de producción de conocimiento en un contexto tan adverso como el vivido sobre todo, en las primeras olas de la pandemia. Por otro lado, el aporte de insumos para la gestión en diversos aspectos, a saber: condiciones de salud de la propia fuerza de trabajo, problemas de salud de la población señalados por los equipos que fueron desencadenados o agravados por la experiencia de la pandemia, modos de organización del trabajo en salud que pueden fortalecer o debilitar a futuro el sostenimiento de prácticas de cuidado.

Carlos Matus señala la relevancia de *“revolucionar el estilo de hacer política”*, para lo cual propone combinar la ideología con las ciencias advirtiendo los riesgos de desacoplar esas dos dimensiones. Quizás uno de los riesgos importantes sea no advertir que, según Matus, *“lo que va silenciosamente mal pasa desapercibido a pesar de su trascendencia, a diferencia de los pequeños problemas, que se agrandan amplificados por las señales de alarma, la proclividad al inmediatismo y la superficialidad de los medios de comunicación”*<sup>1</sup>. En tal sentido, la historia de producción de conocimiento situado, reflejada en la revista de Investigación de la Secretaría de Salud Pública se sostiene en la apuesta a la articulación de la práctica de Gestión y en general de los procesos de trabajo en Salud con la Producción de Conocimiento.

En lo que hace a los artículos presentados en este número, particularmente los vinculados a la experiencia de la pandemia, la apuesta es también a aportar a la construcción de memoria colectiva. Construcción de memoria colectiva con una doble finalidad, por un lado con un sentido de reconocimiento y visibilización de la multiplicidad de actores que pusieron el cuerpo en un acontecimiento de la magnitud de la pandemia. Por otro lado, con el sentido de instalar un espacio de diálogo y de relación a punto de partida de una experiencia cuyas marcas en los cuerpos y en las subjetividades pueden rastrearse en este presente y seguirán operando en el tiempo por venir.

Adriana Huerta

1 Matus C. (2022) El líder sin estado mayor : la oficina del gobernante / Carlos Matus. - 1ª de. revisada. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.

## Editorial

---

### Artículos Originales

- Impacto del trabajo en la Pandemia Covid -19 en la Salud Mental y estrategias de afrontamiento en equipos de salud de efectores de la red municipal y provincial. **Pág. 9**  
*Huerta, A.; Cisneros, C; Richetti, M.; Labarrere, A.; Saraceni, M. L.*

-Prácticas de Salud Mental en el contexto de Pandemia Covid-19 en un centro de salud municipal desde la perspectiva de los trabajadores. **Pág. 34**  
*Nardone, G.*

-Malestar en los procesos de trabajo de un equipo de centro de salud del primer nivel de atención en Rosario desde la perspectiva de las y los trabajadores. **Pág. 57**  
*Majersky, L.*

-La problemática de la tuberculosis desde una mirada territorial. **Pág. 85**  
*Leguizamo, F.*

### Opiniones

-La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial como territorios arqueológicos donde yacen formaciones discursivas en torno de la Discapacidad. **Pág. 115**  
*Solari, M.*

**Normas de publicación. Pág. 124**



# IMPACTO DEL TRABAJO EN LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EQUIPOS DE SALUD DE EFECTORES DE LA RED MUNICIPAL Y PROVINCIAL DE ROSARIO. ESTUDIO DE CASOS<sup>1</sup>

Adriana Huerta♣, Claudia Cisneros♠, Marcela Ricchetti♥, Alvaro Labarrere♦, María Laura Saraceni☺

## RESUMEN

Desde el comienzo de la pandemia de Covid, una gran cantidad de estudios han demostrado el impacto en la salud mental de los trabajadores de la salud. A pesar de esa evidencia, existe una persistente falta de información sobre las estrategias desarrolladas por los trabajadores de la salud con el fin de construir recursos de protección y medidas prácticas que les permitan hacer frente a sus tareas en un escenario tan adverso. El presente estudio se orientó a indagar las perspectivas de trabajadores de salud en torno al impacto en la salud mental del trabajo en la pandemia, lineamientos de gestión para el cuidado de la salud mental, estrategias de reorganización del trabajo desarrolladas por los propios equipos y estrategias de afrontamiento implementadas ante el malestar subjetivo.

Se desarrolló un abordaje cualitativo realizando entrevistas semiestructuradas individuales y grupales con trabajadores de salud pública hospitalarios y del primer nivel de atención.

## RESULTADOS

Los trabajadores de salud perci-

bieron una falta de planificación centralizada para la provisión de apoyo especializado en salud mental. Las medidas de protección de la salud mental tuvieron que ser creadas en cada lugar, con diferentes características, modalidades y éxito. En su mayoría fueron los propios trabajadores de los efectores con formación especializada en salud mental los que intervinieron cuidando la salud mental de sus compañeros y también la propia. La mayoría de los trabajadores de salud rescata la importancia del apoyo del propio equipo como estrategia clave de contención emocional.

**Palabras clave:** COVID, salud pública, salud mental, trabajadores de salud, estrategias de afrontamiento, estrés.

## SUMMARY

Since the beginning of Covid pandemic a vast amount of studies have demonstrated the impact and effects on mental health of health workers. Despite that evidence, there is a persistent lack of information about the strategies developed by health workers in order to build protective resources and practical measures to make

<sup>1</sup> El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA a proyectos de Investigación 2020-2021, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación en Salud

♣ Médica Psiquiatra. Coordinadora del proyecto. Área de Investigación en Salud. E-mail: huerta.adriana@gmail.com

♠ Antropóloga, miembro del equipo de la Dirección de Información para la Gestión. Minist. de Salud Prov. de Santa Fe

♥ Psicóloga, Hosp. Roque Sáenz Peña.

♦ Psicólogo, Maternidad Martín.

☺ Antropóloga, docente de la Carrera de Medicina General y Familiar.

themselves able to cope with their tasks in such adverse and ominous scenario. This study aims to explore the perspectives of health workers regarding the impact on mental health at work in the pandemic, proposed guidelines for mental health care, work reorganization strategies developed by the teams themselves and strategies of coping implemented in the face of subjective discomfort.

A qualitative approach was developed by conducting semi-structured interviews with public health workers, at the different levels of the public health system.

## RESULTS

Health workers perceived a lack of centralized planning for the provision of specialized mental health support. Mental health protective measures had to be created in each place, with different characteristics, modalities and success. Mostly it was the workers with specialized training in mental health who intervened taking care of the mental health of their colleagues and also their own. Most health workers emphasize the importance of support from one's own team as a key strategy for emotional containment.

**Key Words:** COVID, public health, mental health, health workers, stress, coping strategies.

## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, se ha producido vasto conocimiento a nivel mundial que subraya el fuerte impacto subjetivo en trabajadores de salud que se han desempeñado en este marco. Esto a punto de partida de la confrontación con la posibilidad de la enfermedad y la muerte y con la posibilidad de tener que atravesar esas situaciones en total soledad.

En líneas generales las investigaciones internacionales en torno a la

salud mental de los trabajadores de salud durante el COVID-19, han puesto el acento en la afectación individual de los mismos, estableciendo prevalencias de trastornos psicológicos/psiquiátricos y/o tipo de síntomas asociados al estrés y/o estrés postraumático (1, 2, 3). En menor medida se ha profundizado en las intervenciones implementadas para la protección de la salud mental de los equipos. En efecto, en revisiones sistemáticas realizadas sobre el tema, los autores concluyen que hay escasa literatura al respecto (4), a la vez que bajo nivel de evidencia respecto de la eficacia de las intervenciones implementadas en los distintos países del mundo (5).

Por otro lado, desde las gestiones sanitarias poco se ha explorado en relación a las estrategias desarrolladas por los propios equipos como instancia colectiva de organización del trabajo, para el afrontamiento del malestar derivado del trabajo en pandemia, y los factores que favorecen o entorpecen su capacidad de afrontamiento. En tal sentido, algunos autores han señalado que la cohesión social y la camaradería dentro de los equipos de salud tienen efectos positivos en el bienestar mental individual (6). Por su parte, Wu et al (7) plantean tres elementos centrales para la protección de la salud mental de los equipos de salud: el fomento de liderazgos centrados en la resiliencia, el desarrollo de estrategias de comunicación y transmisión de información actualizada sobre COVID y la generación de dispositivos de apoyo continuo del personal dentro de la propia organización.

Entre los supuestos de partida de esta investigación, se considera que en el caso particular de los trabajadores de salud, estaría en juego un sufrimiento de orden ético ante una situación nueva y dilemática, a saber, que ese oficio que ha conformado la historia de identidad profesional y que

tiene como núcleo central el **cuidado del otro**, en la situación de la pandemia es justamente lo que podría poner en riesgo la propia vida. Esta condición pone en acto una especie de encerrona, si los trabajadores quedan capturados por el miedo al contagio, ponen en riesgo su identidad laboral. Si niegan el miedo y se comprometen con el cuidado del otro, tienen mayor chance de contagiarse y poner en riesgo a sus familias. En acuerdo con ese supuesto, otro supuesto fuerte es que la tramitación y superación de esa situación dilemática es posible a punto de partida del fortalecimiento de lazos solidarios, de confianza y cooperación entre pares de los equipos, vale decir que la salida de la encerrona es por la vía de la construcción colectiva.

En la ciudad de Rosario, el sistema de salud pública local, cuenta con una vasta red de Centros de Salud municipales y provinciales ubicados en los barrios más vulnerables de la ciudad, con población adscripta a cada efector. Esto implica un conocimiento territorial así como vínculos de confianza fuertes entre población y equipos de salud. La red de Centros de Salud se articula con hospitales municipales y provinciales de segundo y tercer nivel de complejidad.

Atendiendo a la relevancia de generar conocimiento del contexto local y nacional respecto a las buenas prácticas para el cuidado de la salud mental de los trabajadores de salud en el marco de la Pandemia de COVID, la presente investigación tiene por objetivo explorar las perspectivas de los gestores y trabajadores de Centros de Salud y Hospitales en torno al impacto en la salud mental del trabajo en la pandemia, lineamientos propuestos para el cuidado de la salud mental, estrategias de reorganización del trabajo desarrolladas por los propios equipos y estrategias de afrontamiento implementadas ante el malestar subjetivo.

En particular, el presente artículo presenta los resultados derivados del estudio de la problemática en el colectivo de trabajadores asistenciales hospitalarios y del primer nivel de atención, difiriendo para un próximo artículo los resultados encontrados en las entrevistas con los trabajadores de gestión.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Explorar las perspectivas de los trabajadores hospitalarios y de Centros de Salud en torno al impacto en la propia salud mental del trabajo en el marco de la pandemia, los lineamientos propuestos para el cuidado de la salud mental, las estrategias de afrontamiento del malestar desarrolladas como equipo de trabajo y los factores que identifican como favorecedores u obstaculizadores del cuidado de la salud mental.

### **Específicos**

1. Describir las modalidades de organización del trabajo desarrolladas por los equipos de salud en el marco de la pandemia.

2. Caracterizar las perspectivas de los equipos en torno a los lineamientos de trabajo propuestos desde las instancias de gestión y estrategias de acompañamiento a los equipos implementadas desde las mismas.

3. Identificar la existencia de vínculos de coordinación/cooperación o mecanismos de fragmentación en la gestión del trabajo.

4. Describir situaciones percibidas por los equipos como generadoras de sufrimiento subjetivo.

5. Caracterizar estrategias desarrolladas por los equipos para el afrontamiento del malestar.

## **ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

La presente propuesta se enmarca en la lógica cualitativa y en el paradigma de la Teoría Crítica. Autores como

Osorio (8) sostienen que esta perspectiva, no sólo se orienta a la comprensión de determinadas situaciones histórico-sociales sino que pretende conformarse como fuerza transformadora en el marco de las contradicciones en juego en los ámbitos estudiados. Este paradigma se inscribe en el proyecto de la Escuela de Frankfurt retomando conceptos de otros desarrollos teóricos como el marxismo, el psicoanálisis, la sociología y la lingüística (9). A la vez, resultaba fundamental para el equipo de investigación recuperar la perspectiva de los actores, trabajadores de salud asistenciales y de gestión, con al menos dos propósitos confluyentes: documentar la experiencia de trabajar en un fenómeno excepcional en la historia de la humanidad como es una pandemia; y que esa documentación, a partir de la propia voz de los actores, contribuya a facilitar la apropiación de sus procesos y productos de trabajo.

Como estrategia investigativa, se desarrolló un estudio de casos. Tal como sostiene Stake (1994), *“el estudio de caso no es la elección de un método sino más bien la elección de un objeto a ser estudiado”*, como estrategia que apunta al estudio de unidades de forma intensiva. Al interior de cada uno de los efectores se conformó una muestra intencional, apuntando a la inclusión de diversos informantes que reflejen la heterogeneidad de los equipos de trabajo institucionales

Siempre que fue posible, según el momento epidemiológico, se priorizaron las instancias de encuentros presenciales, ya sea en entrevistas grupales en el marco de reuniones de equipo o entrevistas individuales. En ambos casos, los ejes de las entrevistas giraron en torno a relevar modalidades de malestar físico y subjetivo percibidos; lineamientos propuestos desde la gestión para la organización del trabajo; estrategias de reorganización de las

prácticas implementadas por los equipos; percepción de los equipos y gestores respecto de las propuestas para el cuidado de su salud mental y estrategias de afrontamiento del malestar desarrolladas por los equipos.

Excepto en un caso, en el que se tomaron registros escritos a pedido del equipo, el resto de las entrevistas fueron grabadas. Se procedió a una codificación abierta del material surgido, identificando de manera inductiva códigos, categorías y temas relevantes.

Previo al inicio del trabajo de campo, y con la aprobación del Comité de Ética, se acordaba con los participantes encuentros destinados a explicar la naturaleza y alcance de la investigación y los resguardos éticos a tomar.

Se desarrollaron entrevistas semi-estructuradas con integrantes de los equipos de cuatro Centros de Salud de los Distritos Sur y Oeste (dos del Distrito Sur y dos del Distrito Oeste) y de dos efectores hospitalarios uno provincial y uno municipal, ambos referencia de la red de CS municipal y provincial de los distritos estudiados.

A los fines del presente artículo, se presentan resultados referidos al colectivo de trabajadores asistenciales del primer nivel de atención y del ámbito hospitalario.

## RESULTADOS

El proceso de trabajo de campo desarrollado en la presente investigación fue adquiriendo modalidades diferentes, en gran medida acompasadas con los diferentes momentos de la pandemia y también con las dinámicas particulares de los distintos equipos/actores institucionales. Así, se fueron alternando instancias de entrevistas de carácter presencial (grupales o individuales) y otras instancias de carácter virtual fundamentalmente para el caso de algunas entrevistas individuales.

Decir que la pandemia nos afecta a todos parece ser una verdad de pe-

rogrullo, y como tal no puede concedérsele una función de velamiento de los modos diferenciales que esa afectación tiene y, sobre todo, de las estrategias que los diferentes sujetos y grupos desarrollan para enfrentarla. Esto, como afirmación válida tanto para los grupos sociales en general como para el colectivo de trabajadores de salud en particular.

La importancia del develamiento de esa trama fina, radica en el hecho de considerar que la pandemia opera como un incisivo analizador que puede mostrar en acto la vida palpitante de las redes de salud, su fuerza y contradicciones, sus capacidades instituyentes y sus lógicas reproductivas.

## LA VOZ DE LOS EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

### EL PRIMER TIEMPO EN EL TERRITORIO

#### ACÁ NO VA A PASAR

Lxs trabajadorxs de CS entrevistadxs señalaban este primer momento de vivencia de la pandemia como algo lejano que no iba a llegar.

*En principio fue un poco de rechazo, estar en una posición de decir que esto nunca iba a llegar, que era algo que estaba pasando en otra parte del mundo, que nosotros en ese momento estábamos atravesados por un montón de otras problemáticas que por ahí poníamos en un nivel de preponderancia mucho más alto. No sé, yo recuerdo una situación muy puntual de estar charlando con una vecina y me decía: "Che, qué pensás de este virus nuevo?" y yo le contestaba, "no, no te preocupes", acá estábamos más preocupados por el dengue porque era pleno verano y había un brote de dengue bárbaro, así que en principio era eso, cierto rechazo y esa posibilidad de pensar que no iba a pasar, que no iba a llegar nunca acá.*

*Trab. CS Provincia*

Y AHORA, ¿QUIÉN PODRÁ DEFENDERLOS?

Superado ese **primer momento**,

podría caracterizarse ese primer tiempo como marcado por un sentimiento de profundo **temor** e **indefensión** atribuible a:

*- La incertidumbre y desconocimiento general del comportamiento del virus y la dinámica que podía tomar la pandemia.*

Se trata de un tiempo habitado fundamentalmente por el bombardeo de imágenes transmitidas reiteradamente en los medios de comunicación que adquirirían una dimensión traumática, vinculadas a la evolución de la pandemia en otros países (particularmente de Europa y aun de países latinoamericanos en los que se acumulaban los cadáveres en pasillos hospitalarios y en las mismas calles de los centros urbanos).

*"...estábamos ahí preparados como para hacer batalla y no llegaba, no llegaba... Me parece que sí, como una palabra que resume: Incertidumbre... a ver qué iba a pasar, cómo actuar realmente. La primera organización era no estar seguros de nada, de cómo poder protegerse, de los elementos..."*

*Trab. CS Municipal*

*"Yo me imaginaba la sala de espera con nuestros pacientes muertos... Refeo..."*

*Trab. CS Municipal*

*- La falta de elementos de protección personal (EPP)*

La falta de acceso o acceso insuficiente a EPP fue una de las causas de angustia y tensión más fuertes vividas en el primer momento de la pandemia, empujando a los equipos de 1° nivel de ambas jurisdicciones a la compra autogestiva de EPP.

*No teníamos elementos de protección, tuvimos que comprarnos nosotros, y llegó un momento en que no había cloro. Tuvimos que hacer una campaña con la gente del barrio... Eso a mí me emocionó muchísimo, la respuesta que hubo...*

*Reunión de equipo- CS Provincial*

*PART.1- Ahora contamos con los EPP, pero no fue al principio de esa manera. Entonces teníamos mucho miedo en relación a eso, - ¿vos por qué te ponés ese barbijo que sabemos que es una cagada?, ponéte el otro... - Ay pero quedan 10 y no sabemos cuándo llegan. - Bueno, usaremos los 10 y cuando se terminen... Eso nos generó mucha discusión...*

*PART. 4: Nos fuimos a comprar...*

*PART. 3: Hasta nos compramos, entonces eso... era incertidumbre y miedo y no sé ... Pero al principio, no teníamos los elementos que teníamos que tener, que duró un tiempo, no sé si fue mucho, ya hace tanto tiempo...*

*Reunión de equipo – CS Municipal*

*- Ausencia de especificaciones escritas respecto a los criterios diagnósticos y orientaciones claras respecto a los modos de organización del trabajo:*

*PART: “Entonces nosotros discutíamos mucho de boca en boca y todo el material para discutir era oral... y generaba más angustia. Eso es lo que nos generaba el debate, porque nosotros teníamos esta información y tal... y el escrito llegaba dos meses después cuando ya teníamos todo resuelto”*

*PART: “La verdad que fue recontra-agotador. Y ahí fuimos...no sé, como que cada uno desde su área, como no había lineamientos claros, porque yo entiendo que nadie los tenía... porque nadie tampoco desde las Direcciones tenía pensando qué tienen que hacer en Odontología, qué tienen que hacer desde Salud Mental, nadie sabía, ninguno sabía qué decirnos...”*

*Reunión de Equipo – CS Municipal*

## **CUIDAME**

Cuida de mis sueños,

Cuida de mi vida.

Cuida a quién te quiere,

Cuida a quién te cuida.

No maltrates nunca mi fragilidad,

Yo seré el abrazo que te alivia.

**PEDRO GUERRA**

miento de los EPP, la percepción de falta claridad y solidez en los lineamientos de trabajo, la no habilitación del trabajo en clusters configuraron algunos de los factores que parecen haber incidido en la falta de confianza en la capacidad de los niveles de gestión de cuidar de sus trabajadores generando importantes niveles de malestar en la medida que la percepción de esa falta de cuidado no solo ponía a los trabajadores en riesgo de contagiarse, sino fundamentalmente, de contagiar a sus seres queridos.

*PART: “Y en eso, yo quiero agregar que era una preocupación nuestra. No era de la gestión. O sea, no estábamos acompañados en eso, ni por los Coordinadores... Digo la gestión, no con nuestro jefe, sino hacia arriba. Digo nadie...Yo por lo menos sentí que no había una preocupación porque estemos cuidados. Como que... por ejemplo, no había suficientes barbijos quirúrgicos, entonces los barbijos quirúrgicos los usábamos los que estaban más expuestos a los pacientes con cosas respiratorias... Pero los demás también estábamos expuestos y no era esa una preocupación para otros sino para nosotros. Por eso en algún momento resolvimos comprar porque dijimos: si había y lo que necesitábamos para estar protegidos era tener eso, bueno vamos y lo compramos... Pero con una soledad en relación a esto, que nos teníamos que arreglar con lo que había y se nos transmitía que era suficiente lo que había y sentíamos que no. Que en realidad lo que pasaba era que no era suficiente pero no había, entonces como que nos decían: “Arréglense con eso”, pero eso nos dejaba expuestos. Eso fue muy angustiante...”*

*PART: “Nos hemos sentido No cuidados. El equipo en ningún momento... Tarde, todo llegaba tarde y muy impuesto y siempre pidiéndonos cosas y sin posibilidad de discusión y de crítica o de interpelación...”*

*Reunión de Equipo – CS Municipal*

*“Todo esto que parece como malo... además como dijiste vos, se le suma el miedo por*

En el ámbito del primer nivel de atención municipal, el no asegura-

*el cuidado de nuestra familia, y también un poco de malestar por cómo han respondido desde la gestión en relación a dificultades que se nos planteaban... cuestiones personales"*

*Reunión de Equipo – CS Municipal*

*PART 1: Ningún centro de salud [municipal] trabajó con esa lógica de burbuja. Sí lo hicieron en los hospitales. En los hospitales, determinadas guardias, determinados servicios han instalado esa lógica...de hecho en CEMAR también, yo me acuerdo los administrativos una semana trabajaba un grupo, otra semana trabajaba otro.*

*PART. 2: Se propuso desde el Centro de Salud que tomáramos esa lógica, lo que pasa es que no se podía sostener fundamentalmente por una cuestión de recursos...porque para eso se necesitaba...*

*PART. 3: Yo creo que eso también es uno de los factores que nos ha desgastado mucho a los que estamos en territorio, ver cómo otros compañeros de salud dentro de la misma Secretaría han tenido cargas dispares, mientras nosotros abrimos, escuchamos, alojamos, atendemos, organizamos el turno, vemos cómo se lo sacamos... y que en el segundo nivel dicen: "Esta semana no trabajo..."*

*Reunión de Equipo – CS Municipal*

En el ámbito del primer nivel provincial, en uno de los Centros bajo estudio, la ausencia lisa y llana de la figura de unx Coordinadorx en los primeros meses de la pandemia, potenció el registro de indefensión.

*PART: Nosotros estuvimos los dos primeros meses de la pandemia sin ninguna interlocución con la gestión. La Coordinación del Nodo estaba acéfala. Eso fue terrible. Llamábamos y no teníamos con quien hablar... Si eso no hubiera pasado, si hubiera habido alguna comunicación desde la gestión, hubiera sido distinto...*

*Reunión de Equipo – CS Provincial*

ESTÁ PASANDO...

Ya iniciada la etapa de aparición y crecimiento veloz de la curva, empieza a tener lugar el registro de un intenso

agotamiento y desgaste. Entre las principales causas de este agotamiento los equipos del primer nivel señalan:

*a. Redefinición de roles que impactan en las identidades profesionales.*

*A mí lo que me pasó..., también valorando el laburo de las compañeras y los compañeros médicos, pero a la vez también como que hubo momentos en los que yo decía: Esto no. Bueno, yo puedo hacer esto y lo otro...-Y lo hemos debatido mucho en el equipo- Puedo contestar un mensaje de teléfono, puedo esto, puedo llamar a un paciente mío que tiene COVID para ver cómo está, pero no puedo decirle que... evaluarle su síntoma orgánico ni darle una indicación ni nada de eso porque no, porque no es mi función, y eso, en varios aspectos, me he sentido como en ese... como teniendo que despejar esto: Esto no, esto no es mi función, esto es una función médica... que no tiene que ver con la voluntad o la buena onda mía de darle una mano al compañero que muchas veces estuvieron muy desbordados (...) Hubo momentos así, en los que tuvimos que ir definiendo eso, que uno puede ampliar y moverse hasta un punto de lo que no es ético, que no es razonable...*

*Reunión de Equipo – CS Municipal*

*Yo creo que fueron dos situaciones que marcaron un punto de inflexión. En principio era qué hacer y cómo seguir adelante con el trabajo por ahí uno está más empapado con APS, yo hace muchos años que estoy trabajando en un centro de atención primaria, cómo llevar a cabo esto del distanciamiento, de tomar una distancia con los usuarios cuando en realidad en la construcción diaria de APS te indica totalmente lo contrario, esa cercanía, esa cuestión de poder estar, ser parte del medio de la persona para poder entenderla. Eso fue bastante, bastante traumático poder implementarlo.*

*Trab. CS Provincial*

*Y esto... la modificación en la atención diaria. Nosotros estamos en atención primaria, bueno, lo que charlamos con los compañeros, y es una charla de todos los días, es que*

*sentimos, por lo menos yo comparto, que me siento muy lejana del trabajo que habitualmente hacía al trabajo que estoy haciendo hoy. Porque se asemeja más a un trabajo de guardia el de hoy (...) Ese espacio de escucha que tiene el médico generalista, esos tiempos que son muy diferentes en la práctica diaria, en este momento hacemos lo que podemos. A mí me estresa un montón eso. Sentir que no estoy brindando lo que puedo, o lo que me gusta o lo que quisiera. ...*

*Trab. CS Provincial*

#### *b. Multiplicación de tareas y funciones laborales*

*Primero, la gran dificultad porque empezamos a tener inconvenientes con bajas en los equipos porque estaban las licencias por cuidado de niños escolarizados. Entonces las horas de psicología disminuían. Horas de odontología. Disminuyeron horas de auxiliares de farmacia. Y eso iba mellando el accionar del equipo. Todos teníamos que multiplicarnos para hacer múltiples cosas a la vez. Yo atendiendo pediatría, atendiendo farmacia cuando no teníamos. Con psicología no podíamos hacer nada porque no teníamos horas. Quedaban cosas dando vueltas, pacientes dando vueltas. La demanda de los pacientes se seguía sosteniendo.*

*Trab. CS Provincial*

*PART: Especialmente con esto de las interconsultas telefónicas fue terrible, porque no sólo tenías que atender al paciente, sino que te llevaba mucho tiempo poder conectarte con el especialista del CEMAR para que te diga cómo hacíamos, si lo iba a ver, si no lo iba a ver, qué tratamiento instaurábamos... Y a veces eran situaciones muy específicas que no eran de nuestra especificidad, entonces realmente nos encontrábamos solos, no sabíamos qué responder... Bueno, eso también te desgastaba, te demandaba mucho tiempo.*

*PART: No podemos hacer todo... Tocar la guitarra, el violín, la flauta...*

*Reunión de equipo – CS Municipal*

#### *c. La soledad en el territorio*

El sentimiento de soledad de los equipos debido al repliegue durante la pandemia de las escasas instituciones del estado que operan en el territorio ha sido un factor agravante del desgaste según manifiestan entrevistadxs del ámbito municipal.

*Part: ...y también a las otras áreas del Estado porque por ahí, eso es un detalle no menor, quedar en la barrera adelante, al frente cuando Desarrollo Social está corrido, cuando Niñez no te atendían el teléfono, estaban en burbuja, los vecinos estaban trabajando.*

*Part: El SPV [Servicio Público de la Vivienda, también dependiente de la jurisdicción municipal] no estaba, entonces nosotros, desde repartir la caja de alimentos hasta hacer una visita, hasta evaluar el COVID o sea, como con mil brazos haciendo otras cosas que el Estado no... La escuela haciendo sólo algo de soporte alimentario pero no mucho más que eso, entonces, cualquier situación que explotara en territorio en relación a cualquier vulneración de derechos de cualquier índole, llegó a los Centros de Salud. Eso también, además del desgaste entre niveles, el desgaste...*

*Solos, totalmente solos...*

*Reunión de equipo – CS Municipal*

A este registro de soledad por el repliegue institucional, se agrega, para algunxs entrevistadxs del ámbito provincial, la pérdida del modo de vinculación que sostenían con el hospital

*Lo más difícil fue esa sensación de soledad, que también tuvo que ver con la falta de red con el hospital... Nosotros veníamos acostumbrados a trabajar en red con el hospital y de golpe, no podíamos derivar pacientes... Para hacer una interconsulta teníamos que mandar un mail o manejanos con Whatsapp...*

#### *d. La espera desesperada de las Ambulancias*

Entrevistadxs de CS provinciales señalan momentos muy estresantes vinculados a la demora en la respuesta de las ambulancias ante la necesidad

de derivaciones.

*Las demoras de la llegada del SIES cuando nosotros pedíamos, y estábamos con un paciente adentro del consultorio COVID más de dos o tres horas. El estrés que eso genera. La situación de llamar y no encontrar respuesta del otro lado, de los sistemas de redes de apoyo, como el SIES. Fue complejo, fue complejo. Y ahora, sigue complejizándose más.*

*Trab. CS Provincial*

En el ámbito provincial, pareciera establecerse cierta diferencia entre las figuras de gestión más centrales (del Ministerio) y la figura de lxs Coordinadorxs Distritales. Así, se expresa malestar ante la ausencia de interlocutores del Nodo y por momentos culpabilización de los equipos ante situaciones de contagio

*Sin ninguna interlocución y te echaban la culpa a vos, que no teníamos los equipos puestos, que no te cuidaste... Los elementos de protección no estaban, los compramos nosotros y te decían "vos no tenías los elementos puestos". Mucho, mucho malestar... Sólo y culpables...*

*Reunión equipo – CS provincial*

Por su parte, otrxs entrevistadxs rescatan los esfuerzos de respuesta de lxs coordinadorxs distritales.

*Todo lo que le fuimos solicitando, creo que se fue cumpliendo con mucha lucha también, por supuesto, ¿no? y con el apoyo de los gremios también. Como cuando por ahí faltaban cosas, como ahora se está dando esa situación, falta de insumos, falta de vacunas. Hablo de lo material. En su momento recursos humanos también. Necesitábamos la llegada de médicos. Tardó pero llegó. Llegaron dos compañeros. Yo debería decir que los reclamos fueron escuchados, ¿sí? A veces las respuestas no llegan en los tiempos que uno quisiera. Pero fueron llegando de algún modo. Y puntualmente, si me preguntan por la coordinación, bueno, casualmente, los*

*otros días, le agradecía a lxs coordinadorxs, porque más allá de esta cuestión de estar tan pendiente de si va a venir el SIES, la demora, y qué se yo, si nosotros nos comunicamos con ellas, aceleramos los tiempos, y demás, siempre hemos tenido respuesta. Siempre nos han atendido el teléfono y han dado la respuesta que necesitábamos. Yo personalmente no tengo nada para decir, al contrario, se lo he agradecido a las chicas, que son las coordinadoras...*

*Trab. CS Provincial*

*e. Esa PUERTA DE NO ENTRADA...Empobrecimiento de la comunicación y el vínculo con los pacientes*

Entrevistadxs de CS provinciales plantean la afectación que les generaba el cambio brusco en el modo de relación con la población al tener que focalizar toda la atención en la discriminación COVID-No COVID.

*Y después también los procesos de atención, esto de tener que restringir un poco la atención, de tener que atender ciertas situaciones que eran "urgentes" entre comillas porque lo eran desde el punto de vista fisiológico pero se dejaban por fuera un montón de otros aspectos subjetivos que creo que eran más urgentes que la urgencia en sí.*

*Trab. CS Provincial*

*Ya solo el hecho de tener que poner un franqueo a la puerta, y los pacientes por fuera de la puerta, cuando en atención primaria el ingreso es como..., nosotros tenemos que estar abiertos a recibir a los pacientes. Decirles: "no, no, no pases", "hasta que no te preguntemos bien no podes pasar". Ya esa puerta de no entrada, ya es una barrera que la sentimos nosotros, los profesionales de la salud, el equipo de salud en general y la sienten los pacientes también. Esto de tener que, cotidianamente, sea por la razón que sea por la que lleguen a la consulta, primero le tenés que preguntar si ¿tuviste fiebre?, ¿tuviste esto?, ¿tuviste lo otro? Esperá porque no podemos. Eso hace hasta que uno tenga que modificar el modo de comunicarse. Creo que hace que pongamos la energía en estar*

*alertas por tantas cosas que nos vamos desinflando en lo que tenemos que poner las energías. Finalmente, cuando llega el paciente, vos tenés ese día, ese ratito que generaste para poder escuchar eso tan importante que tenía que decirte o lo que ibas a trabajar por lo cual lo citaste, vino una pila de sospechosos, tenés que salir corriendo, no lo podés escuchar, le decís que venga otro día. Es es-tresante...*

*Trab. CS Provincial*

Frente a las restricciones de encuentro con la población impuestas por la pandemia, entrevistados de un equipo municipal compartían su estrategia de comunicación "virtual" por la vía de redes y whatsapp como modo de asegurar el acercamiento con la población.

*Bueno, y ahí se nos fue ocurriendo en algún momento... un poco rápido, pero se nos ocurrió esto del contacto virtual, con el teléfono. Abrimos otro..., conseguimos otro teléfono que pudiéramos usar el whatsapp, abrimos una página de Facebook y empezamos a difundir a todos los pacientes eso y... y eso estuvo rebueno. La verdad que eso estuvo bueno. Funcionó un montón en el primer tiempo, fue como poder seguir sosteniendo un lazo, que la gente pudiera vincularse, saber cómo estaban... No sé, preguntarnos cosas... La verdad que eso fue aliviador en un momento y me parece que permitió seguir sosteniendo algo de la confianza, de la disponibilidad, de la cercanía y de... de poder estar ahí para... Funcionó un montón, funciona un montón hoy en día. Ahora se nos vuelve, ahora es otro momento, que a veces se nos vuelve agobiante porque ahora estamos también atendiendo más todo... Pero en ese momento fue como algo...no sé, que fue productivo y fue necesario y permitió decir, bueno, estamos acá, de un modo redistinto, pero bueno, algo está... Y ahí fuimos ubicando, bueno, podemos hacer esto. Y fue aliviador...*

*Reunión de equipo- CS Municipal*

*f. LA SUMA DE TODOS LOS MIEDOS: El contagio y la posibilidad de la muerte*

Sin lugar a dudas, algunos de los momentos más angustiantes enfrentados por los equipos tienen que ver con la aparición de contagios entre los propios compañeros como así también, según el relato de algunxs entrevistadxs, la condición de compañerxs de equipo que perdieron familiares por COVID.

*Lo primero fue, el impacto más grande que yo noté dentro del equipo de salud fue cuando uno de nuestros compañeros, una enfermera, una mucama, primero, fue contacto estrecho de un caso positivo. Y resultó ser después que no pasó nada con esa mucama, se aisló preventivamente. Pero eso fue la hecatombe. Parece que hubiese..., no sé, ahora lo miro para atrás, nos hicimos tanto problema por un contacto estrecho de la mucama. Sí, un gran impacto, comunicaciones entre todos nosotros. Yo preguntando al infectólogo, preguntando a epidemiología qué hacer, cómo nos manejamos con el equipo, ¿cerramos? ¿No cerramos? Con la burbuja, comunicar al equipo...entonces qué hacemos, "yo no estuve en contacto con ella", "yo era contacto estrecho". Ese despelote, de ponerse a pensar fríamente de si fue o no contacto estrecho con la mucama, cuanto tiempo estuve, si estuve utilizando o no el EPP como corresponde: Ese primer caso fue tremendo (...) Después el caso COVID de nuestro enfermero que no se contagió en el centro de salud nuestro sino en el Hospital Privado de Rosario, un enfermero que trabajaba ahí en el Hospital Privado de Rosario... Y ahí también, la hecatombe. Si estuve o no estuve en contacto, si me saqué el barbijo, si tomé una taza de té a menos de medio metro, todas esas cuestiones. Fue bastante complejo todo. El miedo como sensación permanente durante esos momentos de incertidumbre, nerviosismo, irritabilidad, estrés, ¡qué se yo cuantas palabras más ponerles!*

*Trab. CS Provincial*

*g. El difícil arte del vínculo con la población en tiempos de pandemia*

La extensión en el tiempo del fenómeno de la pandemia, la complejidad de la supervivencia de poblaciones vulnerables sumadas a las restricciones de acceso a la atención en el sistema de salud, entre otros factores contribuían a la generación de situaciones de suma tensión en la relación equipos de salud/población.

*Part: Y aparte aguantar también el nivel de violencia... que ya la gente, ya venía directamente, o sea no era que se brotaban, ya venían prepotenteando y maltratando... Poco tolerantes...*

*Part: Claro, vos le decías: "No, andá a tu casa, quedate en tu casa que nosotros vamos a ir" y ya hacé de cuenta que era que le diste una cachetada.*

*Reunión Equipo CS Municipal*

*La población cada vez está peor, atender el teléfono es terrible, te putean, te ponés irascible, la gente está enojada...*

*Reunión Equipo CS Provincial*

## CUIDADOS DE SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES

La cuestión de la contención de salud mental de los trabajadores de salud en el contexto de la pandemia, ha sido un tema amplia y tempranamente planteado en diversas publicaciones a nivel mundial, en virtud de la constatación del impacto psicológico que generaba la pandemia en trabajadores de salud de países orientales y europeos. Consultados sobre la existencia de alguna modalidad de acompañamiento orientado a estos cuidados, las respuestas de lxs entrevistadxs de ambas jurisdicciones, dan cuenta cuanto menos, de un desencuentro entre la oferta realizada desde instancias centrales y las necesidades de los equipos en este aspecto.

Ent: ¿Hubo algún tipo de acompañamiento orientado al cuidado de la salud mental de los equipos?

*Part: Sí, ellos venían todos los días (risas irónicas) [Se refieren a los psicólogos miembros del equipo del CAPS].*

*Part: Creo que al principio se ofreció...*

*Part: No, cuándo fue que vos nos dijiste? Fue en agosto, septiembre?*

*Part: Ahh, sí, pero fue un "si querés, llama..."*

*Part: Sí, habían ofrecido un apoyo psicológico a aquellos que necesitaran... Lamentablemente, fue medio tarde... pero bueno, lo ofrecieron...*

*Reunión equipo CS municipal*

Ent: ¿Y respecto a salud mental, tuvieron en su momento o ahora algún acompañamiento, algún acercamiento, alguna oferta, algún contacto?

*Trab: No, mirá, yo no estoy segura, me parece que desde..., estoy pensando si estoy olvidando..., me parece que desde coordinación del nodo y eso, no nos han ofrecido o yo no me enteré. Del Colegio, si sé que han ofrecido, si era necesario, Colegio Médico, me refiero. Han mandado aviso, mail, inclusive los hemos compartido con los compañeros y demás, pero no que haya llegado alguien al equipo desde coordinación a preguntar. Creo que no...*

*Trab. CS Provincial*

Frente a la angustia y la tensión generada por el contexto de la pandemia, el rol de los lazos de apoyo y contención mutua al interior de los equipos, parece haber sido una pieza maestra que permitió afrontar las tensiones y presiones.

*Al principio no había ninguna directiva, no había ninguna claridad, y gracias al equipo, por cómo es este equipo dijimos: "Nosotros estamos acá, la población está acá, son nuestros pacientes..." y empezamos a organizarnos nosotros mismos.*

*Trab. CS Provincial*

*De todas maneras, más allá de todo lo malo, yo lo que sí puedo decir, que desde mi punto de vista, el equipo siempre funcionó muy bien, y eso es un gran valor, porque en*

otros lados no fue de esa manera. Como que en todo momento vamos mutando y nadie se aferró a su propia especificidad y se negó a hacer otra cosa, y hemos cambiado de roles, hicimos de todo un poco y ...

*Trab. CS Municipal*

Primero y principal creo que esta experiencia nos puso a prueba a todos y segundo creo que lo que destaco es esta capacidad de resiliencia, esto de poder adaptarse y con todas las voces que hay dentro de un equipo, creo que se pudo definir un objetivo claro y decir: "vamos por acá", y creo que fue una de las pocas veces que he visto que todo el equipo de trabajo pueda funcionar justamente como un equipo dejando de lado cada situación particular y poder seguir el objetivo común, cuidándonos y respetando al compañero que estaba al lado y laborando codo a codo.

*Trab. CS Provincial*

Unx entrevistadx del ámbito municipal, pone en valor el encuentro con trabajadorxs de otros CS para intercambiar sus experiencias de organización y de prácticas en el ámbito de la pandemia.

*En salud mental, con los compañeros del Distrito Sur, que veníamos hasta el año pasado como bastante desarmados los encuentros entre nosotros, como que nos costaba... todo el tiempo como que no lográbamos armar un espacio de trabajo, es como que fue necesario, lo sentimos necesario encontrarnos y hubo un momento en que nos encontrábamos cada 15 días, un encuentro virtual, un ratito, aunque sea una hora... Bueno, en qué estaba cada uno, qué estaba pasando, qué estaba haciendo, qué se le había ocurrido, cómo había podido resolver tal cosa, y era re-productivo. Fue muy productivo este año el trabajo con los compañeros, como que fue realmente un espacio de sostén. Yo lo sentí así... sí, y de acompañamiento, como que nos fuimos acompañando. ... Pero en eso, realmente fue un insumo ver qué iban pensando los compañeros, fue enriquecedor, y a la vez qué estaba pasando en los otros*

*equipos. Por ahí yo después lo compartía acá con los compañeros, bueno...en tal lado se les ocurrió tal cosa, en tal otro hicieron esto... Para mí estuvo muy bueno eso.*

*Trab. CS Municipal*

## LA VOZ DE LOS TRABAJADORES HOSPITALARIOS

### LA SUMA DE TODOS LOS MIEDOS...

Al igual que lo recabado en entrevistas con trabajadores del primer nivel de atención, lxs entrevistadxs del espacio hospitalario de ambas jurisdicciones refieren el sentimiento del **miedo** como rasgo común del primer momento de la pandemia, en palabras de algunxs entrevistadxs, inclusive la sensación de caos.

*Trab: Un primer momento de desconocimiento y temor, y yo creo que hasta mala utilización de ese temor.*

Ent: En qué sentido mala utilización?

*Trab: En el sentido del miedo. Yo creo que el miedo... viéndolo ahora, no? En ese momento el miedo fue creo que desmedido, yo lo veo ahora (...) Yo veo mucha gente que optó por el ausentismo por el miedo, muchos con excusas... eso existió pero yo creo que fue en definitiva..., el factor común fue el miedo.*

*Clínicx Hosp. municipal*

*Al principio con mucha incertidumbre, bastante temor y angustia, conociendo esta enfermedad nueva que aparecía. Empezaron a llegar los pacientes infectados y un poco el temor por la posibilidad del contagio y la transmisión.*

*Clínicx Hosp. provincial*

Tal como se ha relevado en otros actores de esta investigación, las imágenes difundidas por los medios de lo que acontecía en otros países fue un fuerte disparador de vivencias traumáticas.

*Se veía un poco todo lo que pasó afuera. Creo que ver lo que se vivía en Italia, en España, el ver los muertos en fosas o cremados porque no tenían lugar donde ponerlos. Creo que eso acá jugó muchísimo en contra,*

*muchísimo, muchísimo en contra, lo masivo que fue, la masividad de las noticias, y lo que se hablaba. Eso creo que para ese momento jugó mucho en contra, al ver todo eso, creo que... si bien nos ayudó en un momento a no paralizarnos y a seguir trabajando para no tener que, como decía L., muertos, compañeros muertos.*

*Enfermería Hosp. Provincial*

En lo que hace a los sectores de clínica en particular, parte del miedo y la incertidumbre tenía que ver con el enfrentamiento con "lo nuevo".

*Preocupada sí, pero estoy tomada por ver pacientes que nunca en mi vida vi, nunca en mi vida vi.*

*Clínix Hosp. Provincial*

*Justo ayer o antes de ayer me acordaba... yo trabajo en la Terapia Intensiva del Hosp. X, inclusive al principio, que se hablaba que parecía un agente tan agresivo como el Ébola prácticamente, y que no podías tener contacto y hablábamos de cajas cerradas para envolver al paciente y un montón de cuestiones que... bueno, hoy se sabe que no es tan así y que generó muchísimo estrés, muchísimo estrés, muchísimo ausentismo... A mí, en lo personal me generó mucha motivación desde lo técnico, desde lo médico. A mí me generó mucha motivación... Digamos, yo lo entiendo, lo vi como una cosa excepcional en la historia de la Medicina y que me tocaba ser parte. Yo lo veía e esa forma, más allá de que tenía miedo...*

*Clínix Hosp. municipal*

### ME TOCA, NO ME TOCA

EL sentimiento del miedo llevó en etapas tempranas de la pandemia cuando comienza la aparición de los primeros casos, a momentos de tensión en el propio personal de salud que debía atender a esos pacientes.

*Después cuando empezaron a llegar los primeros casos también..., que quién los veía, que quién los atendía... Me acuerdo que una de las chicas que hizo el hisopado al primer positivo le regalamos un chocolate (risas).*

*Estuvo asustada diez días "Le dio positivo al que yo hisopé ¿Qué me va a pasar ahora?" y nada, no te va a pasar nada, si te vestiste y usaste todos los elementos...*

*Trab. Guardia Hosp. Municipal*

### CAMBIA, TODO CAMBIA...

Ese primer tiempo, fue también un tiempo febril de lectura de bibliografía y reorganización de los equipos, no solo en términos de la redistribución espacial, desdoblamiento de horarios para no superponer muchos profesionales sino también en términos de incorporación de personal de refuerzo, lo que implicaba además un proceso de adaptación mutua entre los recién ingresados y el personal del staff, tal como lo refieren entrevistadxs del ámbito provincial.

*...yo creo que a partir de marzo a septiembre, que fue que arrancamos con los casos, porque en agosto empezamos con algunos casos pero bueno; el primer período era de preparación, nos pusimos a estudiar y nos pusimos a vincularnos no sólo como clínicos sino con terapia (UTI), la guardia, como viendo como nos íbamos a manejar, como íbamos a hacer y hablando obviamente con la gente que sabía, los infectólogos*

*Clínix Hosp. provincial*

*Esto llevó a que de pasar sala veintiocho personas juntas estuvimos en grupos dispersos por diferentes sectores del hospital y conectarnos por vía zoom. Ya eso genera una interrupción, por ahí del diálogo. O se convirtió el diálogo del pase de sala en una escucha de una persona que hablaba, eso generó como una dispersión de los integrantes del servicio, dispersión en el sentido físico, ¿no es cierto?*

*Clínix Hosp. Provincial*

*Por ejemplo, los residentes habitualmente estábamos a partir de la tarde/noche y fines de semana, eran residentes nada más, los jefes estaban sólo de mañana hasta el mediodía, entonces nos encontramos en la pandemia que no podíamos manejarnos so-*

los, entonces nos incorporaron gente con la especialidad ya hecha para la tarde, para la noche y para los fines de semana. Entonces era armar un grupo nuevo, digamos, porque de los 24 que éramos, más jefa de residentes, más los seis de staff, pasamos a tener diez personas más o más, que algunos conocíamos porque son ex residentes, pero eso fue armarnos como un grupo nuevo intra servicio, que fue mejorando con las diferentes etapas...y con el resto del hospital también.

*Clínix Hosp. Provincial*

Las modificaciones en la infraestructura hospitalaria, como fuera señalado anteriormente también constituían un factor estresante.

*Es decir, ninguna estructura, el día que se construyó, se construyó pensando en el COVID. Entonces es muy difícil, algunos lugares son más fáciles de adaptar y otros menos y todo eso lleva procesos, porque yo digo vamos a abrir una puerta acá y no es que se abre y ya, tienen que venir mantenimiento, tiene que venir el arquitecto para ver si se puede abrir, tiene que venir el contador para ver qué hay que comprar... todas son cosas que llevan tiempo, resoluciones... no es fácil.*

*Trab. Guardia Hospital municipal*

Al interior del propio staff hospitalario, también se produjeron cambios en los modos de vinculación registrados con malestar, tal como lo describe personal de enfermería.

*Part: También, a veces, la merienda nuestra, el momento de descanso, también era un momento donde se tomaba un mate, se compartía un mate con el compañero, y eso también se dejó de lado a raíz de la pandemia.*

*Part: Cambió la convivencia.*

*Part: Cambió la convivencia, y también el hecho de tener barbijo, en las áreas intensivas, sobre todo, que usan el barbijo, la bata, la máscara, las cofias, que sólo a veces se ven los ojos, nada más. La comunicación es muy difícil. Cambió la comunicación.*

*Reunión Enfermería Provincial*

Por su parte, la demora en algunas

adaptaciones de la estructura hospitalaria para brindar seguridad a los trabajadores fue otro factor altamente tensionante desde la perspectiva de enfermería.

*PART: También lo que pasó en la guardia y en la UTI, que se iban a poner sistemas de filtros HEPA y de ventilación presión negativa, que era lo que correspondía. Supuestamente venían de un día para el otro, que era el 9 de julio, 8 o 9 de julio, creo que fue, "ya, ya, la semana que viene empezamos los trabajos, ya, ya". Y hasta septiembre no apareció nada en el hospital. Eso también aumentó el grado de psicosis, de miedo, porque íbamos a trabajar sin el sistema de presión negativa. Guarda, hoy el hospital es uno de los pocos hospitales que tiene presión negativa en todas las salas COVID. Tiene en los boxes de respiratorios de la guardia, la guardia transitoria, que se amplió para terapia intensiva, tiene seis camas tiene presión negativa, la UCO tiene presión negativa, y la UTI se amplió con UTIP y también tiene.*

*PART: Hay que reconocer que ...*

*PART: Está preparado.*

*PART: Se hicieron las cosas.*

*PART: Sobre la marcha, pero se hizo.*

*Reunión enfermería provincial*

Como se señaló anteriormente, el hospital municipal bajo estudio estando ya en proceso el crecimiento de la curva de casos, tuvo que realizar rápidas adaptaciones para pasar de ser un hospital No COVID a Hospital COVID. Este pasaje supuso, entre otras cosas, la implementación de dispositivos y prácticas propias de una terapia intensiva en un efector de baja complejidad.

*Trab.: El Servicio se tuvo que dividir en COVID y No COVID, entonces nos sumó complejidad, nos sumó pacientes. Pasamos a tener 60 o más pacientes y fue una dificultad más. Y ahí tuvimos que hacer cambios internos, que también costaron mucho... no fue fácil...*

*Ent: Y tuvo que haber capacitaciones, entrenamiento del personal para poder afrontar la atención de estos pacientes?*

*Trab: Sí, nosotros hoy terminamos con...*

*sumando mucha... Digamos en una sala donde la complejidad era baja, llegamos a tener pacientes sumamente complejos, al punto de tener pacientes ventilados por varios días. Es decir, pacientes que deberían estar en terapia intensiva estuvieron acá durante muchos días. Esa es una complejidad enorme, y la tuvimos que hacer en poco tiempo y con personal que no estaba capacitado... Eso también sumó mucha ansiedad, mucho miedo y dentro de todo, la respuesta en general fue bastante positiva, con las limitaciones que iba a haber... Pero bueno, la idea central, que fue compartida por Dirección y en general compartida por todos era que, debíamos dar un soporte a la ciudad, que no podían sostener solamente las terapias intensivas.*

*Clínix Hosp. municipal*

#### CONTAR CON LA MIRADA DEL OTRO

Entrevistadxs del ámbito provincial daban cuenta de la importancia del abordaje compartido de los pacientes Covid ante la incertidumbre que generaba una entidad clínica totalmente desconocida.

*La sala está dividida en sectores. Habitualmente, antes, había un staff para cada sector y un grupo de residentes para cada sector. A partir de la pandemia, como hubo áreas que se convirtieron en COVID y áreas que quedaron para pacientes no COVID, lo que se implementó fue la rotación de los staffs para no estar expuestos permanentemente a COVID. Por ejemplo, cada dos semanas rotamos de sala, vemos pacientes diferentes. Entonces, muy probablemente los pacientes no los termine atendiendo un solo profesional, sino que lo atiendan varios. (...) Después a la tarde también hay staff, entonces, si hay que hacer modificaciones o controles se hacen con esos staffs, con esos profesionales. Así que digamos, también con esa tranquilidad, que no lo veo yo sola al paciente, sino que lo ven muchos de mis compañeros. Y bueno, nada, también trabajamos en equipo con enfermería, con el equipo de salud mental. La verdad que en ese sentido la colaboración es amplia.*

*Clínix Hosp. Provincial*

#### LAS DIFICULTADES DEL PROCESO DE TRABAJO: MENÚ A LA CARTA

Parte de la complejidad del escenario de abordaje de los pacientes COVID tenía que ver con la falta de criterios clínicos unificados de tratamiento, lo que impulsó a diferentes servicios y efectores a armar sus propios criterios.

*Yo creo que no hubo homogeneidad. Eso se veía muy claro en los protocolos... no había... eso creo que no ayudaba... A tal punto no ayudaba que creo que en muchos momentos, sobre todo en la segunda ola nos pasó que ya los servicios empezaron a tomar decisiones propias, al día de hoy... hay cuestiones que Nación y Provincia sobre todo tienen muy disociadas. El tema de las altas epidemiológicas, las altas de terapia intensiva, se hicieron muy diferentes... Eso creo que también fue un problemita. Después la utilización de la información, cómo utilizar los trabajos científicos, las drogas... bueno eso fue claramente un problema... el uso de fármacos, al principio la Hidroxicloroquina, la ivermectina, el ibuprofeno..., la falta de ... Y yo creo ahí que es una falla grande de interpretación de la información científica. Una sobreutilización de la información mediática, pero creo que los médicos también tenemos que aprender de eso porque... hubo cosas muy complejas de trabajos que eran pobres...*

*Clínix Hosp. Municipal*

En lo que respecta al personal de enfermería, unx entrevistadx señalaba lo desgastante del proceso de trabajo de la disciplina considerando la necesaria permanencia del personal junto al paciente.

*El trabajo grande es el no COVID, el trabajo de peso, de esfuerzo pero en los pacientes COVID tenés que estar atento porque son re-lábiles, tenés que estar atento, tenés que estar ahí al lado... el enfermero no se puede mover. Para colmo en la segunda ola vinieron pacientes muy jóvenes y re complicados, no hubo tantas urgencias el año pasado como este año, fue terrible, todos menores de 40 años.*

*Enfermería- Hosp. Municipal*

## DEL LADO DE LA VIDA, DEL LADO DE LA MUERTE

Además de las presiones derivadas del incremento de la demanda de internación en las salas hospitalarias, una condición generadora de angustia fue el cambio del perfil de la internación que implicaba la asistencia continua de pacientes graves, en situación de aislamiento y con una vinculación con los familiares mediatizada por un teléfono.

*Creo que es un poco de todo: tristeza, impotencia, cansancio, angustia. Nos pasaba que seguíamos la evolución en terapia ¿Y cómo anda? ¿Y cómo está? ¿Lo intubaron? ¿Lo extubaron? ¿Va a bajar a la sala de nuevo o se murió? Y eso es porque no estábamos acostumbrados a que sea así brusco...en la sala a la mayoría les va bien. Y acá eran semanas que era todo mal, todos los días estar con pacientes críticos que no estaban bien, por ahí el terapeuta tiene otra mentalidad porque está siempre más ahí entre la vida y la muerte. Nosotros éramos más del lado de la vida y bueno, eso también fue duro.*

*Clínix Hosp. provincial*

*Creo que es que te sobrepasa la situación, ese sentimiento de que no está a tu alcance el manejo y de los jefes el no poder hacer nada por el paciente, el saber que va a andar mal porque después de un año y medio de pandemia ya vas viendo y sabes al que le va a ir bien y al que no...no tener muchas herramientas, sentirse impotente, el no poder cambiar un pronóstico...fue y es complicado. Por ejemplo el cambio en los modos de trabajo, nosotros, a diferencia de la terapia, no somos un servicio acostumbrado a dar informes por teléfono. A las familias siempre las veíamos presencial. Estaba el paciente, el familiar y nosotros y hablábamos y charlábamos y ahora era el paciente solo, aislado y teníamos que hablar con la familia por teléfono sin verle la cara, yo he hablado con gente que al día de hoy no conozco y le he dicho que su familiar estaba grave y que lo iba a pasar a terapia intensiva y que probablemente...todo eso te genera cierta impotencia, no poder*

*entender porque no acompañar adecuadamente al paciente y a la familia... un poco de soledad en ese sentido.*

*Clínix Hosp. provincial*

## DECIDIR LO IMPOSIBLE

Un factor de extrema angustia referida por entrevistados del ámbito provincial se vinculaba a la anticipación de un escenario de falta de respiradores en una situación de colapso del sistema, donde tuviera que tomarse la decisión de elegir a qué paciente sostener y a quién sedar para paliar el sufrimiento.

*Trab.: Este último tiempo se generó...pujimos sobre la mesa un problema que no lo habíamos puesto, no lo teníamos...no sé... era difícil ponerlo en palabras porque uno no se imagina esa situación de tener que decidir sobre un paciente que es candidato a un respirador y no lo tiene. Un paciente joven que tiene la chance de andar bien y no tener respirador por la saturación del sistema de salud...como procedés en ese sentido. Las guías de nación y de provincia indicaban una sedación, que el paciente no sufra, que no se muera con falta de aire, entonces una sedación. Pero eso implica estar enfrente del paciente, de la familia y tener que decirles que el paciente se terminaba muriendo por falta de acceso a un respirador. Sentíamos que esa decisión no era responsabilidad nuestra, nosotros no estábamos para sedar a un paciente sino que era una cuestión burocrática porque no se había llegado a equipar de forma correcta los lugares para que haya respiradores para todos. El tema se puso sobre la mesa y se empezó a hablar con dirección, nosotros planteábamos formar un comité o grupo de triage para por ejemplo si teníamos a dos pacientes sanos, uno de 30 otro de 40 y un sólo respirador a quién se lo dábamos. Esa no era una decisión médica, es una decisión para ser tomada en equipo: el clínico, el terapeuta, la abogada del hospital, salud mental, cuidados paliativos, pero eso es lo que más está costando.*

Ent: ¿Y ya se enfrentaron a situaciones así?

*Trab: No, así determinantes no, por suerte siempre aparece un respirador, siempre el paciente aguanta un día más, siempre pasa algo que nunca hemos tenido que tomar una decisión así.*

*Clínic Hosp. provincial*

## LA AFECTACIÓN PARTICULAR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería, modificado a punto de partida del protocolo de cuidados del propio personal también significó altos niveles de estrés y momentos de dilemas éticos.

*Part: Primero se priorizaba el cuidado del enfermero y ningún enfermero tocaba a ningún paciente con COVID sin tener el EPP completo. Entonces a veces también los enfermeros, sobre todo las áreas críticas o en la guardia, donde vos ves al paciente que viene, que lo primero que querés hacer es tirarte encima del paciente y eso también, era como que, no sé si culpa, era una situación de angustia donde ellos también decían, “no, mirá como está el paciente” y vos le decías “no, primero ponete el EPP”, “ponete el barbijo”. Eso también generó...*

*Inv: Tuvieron que aprender eso y lidiar con esa sensación de que se los estaba desatendiendo...*

*Part: Eso fue una parte del año pasado, también. El hecho de decir, “primero nos cuidamos nosotros, y bueno, si el paciente se tiene que morir mientras nosotros nos vestimos, que se muera”, decir eso y vivirlo, eso fue fuerte.*

*Part: Aparte, también, eran pacientes, dentro de todo jóvenes, no tanto el año pasado, pero sí jóvenes respecto del resto de población que nosotros solíamos tener. Eran pacientes sanos, dentro de todo, si bien con un grado de obesidad, o diabético, no era, a veces estaban vigil mucho tiempo. Y entrar en una urgencia y lo primero que tenés que hacer es cambiarte eso generó mucho estrés también, aparte de cierto grado de culpa.*

*Reunión de Enfermería*

Junto con ello, las condiciones de

trabajo del personal de enfermería fueron un telón de fondo que propició el extremo agotamiento y desgaste de ese sector de trabajadores.

*Hubo muchos inconvenientes, muchísimos días de paro de transporte, que eso también dificultaba mucho las coberturas, eso nos complicó. Y ya te digo la importancia, volvemos siempre, uno no quiere salirse de eso, pero tiene que ver con el nivel económico que cada uno tiene, eso tiene que ver con la movilidad que tiene, con la disponibilidad de dinero que tiene. Seguimos, a pesar de la pandemia, los contratos son precarios, pero la modalidad esa del reemplazo del titular sigue demorando la persona tres meses en cobrar. Eso no ha cambiado por los siglos de los siglos. Parece que Santa Fe queda en Pekín. (Risas) Exactamente, sigue estando todo igual.*

*Enfermería hospital provincial*

*Enf: ...todo el grupo es difícil porque todos tienen doble empleo y el que no tiene doble empleo está las 12 horas acá... se complica...*

*Inv: ¿12 horas son?*

*Enf: En realidad son 6 pero muchos hacen las 12 horas o van y vienen cortado. Hay mucha demanda... Vos ves que el personal está agotado, la mayoría con doble empleo y el que no tiene doble empleo hace doble guardia acá porque necesitamos personal...*

*Enfermería hospital municipal*

## NO SOS VOS, SOY YO...

Una situación particularmente estresante ha sido también asistir la internación de compañeros de trabajo.

*Haber tenido que internar compañeros... Eso generó un esfuerzo extra aparte de lo técnico, que es lo humano, los resultados... Hubo presiones en muchos sentidos... Si bien en general uno cree estar preparado para algunas cuestiones, siempre es mejor cuando salen bien ese tipo de cosas, no?*

*Clínic Hospital municipal*

*Part: En el hospital no hubo fallecidos. Si que han quedado con secuelas, algunos.*

*Part: Muchos internados.*

*Part: Actualmente hay una chica internada. Se han ido con oxígeno a la casa. Sí tuvimos casos. Algo de tranquilidad nos dio la vacuna. Nos dio bastante tranquilidad, o algo de seguridad.*

*Enfermería hospital provincial*

En el caso particular de Enfermería, el fantasma de la muerte se corporeizaba de modo consistente y traumático por haber ocurrido varios fallecimientos de enfermeros que trabajaban en diversos efectores de salud.

*Nuestra disciplina lo sufrió bastante, con varios compañeros que fallecieron. Entonces, era una premisa que nosotros teníamos acá, que si Dios nos acompañaba, no nos ocurriría eso. Que nouviésemos que cargar con un compañero que fallezca. Entonces, eso fue lo que priorizamos.*

*Enfermería provincial*

En tal sentido, una estrategia de cuidado desplegada por personal de Enfermería de la provincia tuvo la lógica de solidaridad intergeneracional, por la cual el personal más joven –y en el primer momento de la pandemia catalogado como con menos riesgo frente al COVID- fue asignado a trabajar en áreas más críticas.

*Por eso también se tuvo la colaboración de la gente joven, que trabajan en otras salas y pasaron a las terapias, para que esa gente de más edad y con más posibilidades de... porque en ese momento, viste que la edad estaba alta, la gente que le atacaba y no salía. Así que eso fue una idea base desde que comenzó esto, de protegernos entre nosotros todo lo que se pueda. El trabajo fue terrible...*

*Enfermería provincial*

## LA DISCRIMINACIÓN

La situación de estigmatización vivida por usuarios contagiados por COVID, también atravesó al propio personal de salud.

*Part: Esta la otra parte, cuando yo me agarré COVID por primera vez, la gente tam-*

*poco conocía mucho como era el contagio, y me tuve que ir a aislar a un terreno que tenía afuera. Porque en el edificio me querían comer viva.*

*Inv: ¿Te pasó eso?*

*Part: Me tuve que ir a aislar en Ibarlucea. Al medio del campo.*

*Enfermería provincial*

## EL BIEN PRECIADO DE LAS CAMAS Y AMBULANCIAS

Entrevistadxs del ámbito municipal señalaban otro factor altamente interesante vinculado a la necesidad de traslado de pacientes COVID a efectores de mayor complejidad en circunstancias en que ese recurso era un bien escaso.

*Part: El mayor estrés para nosotros era la impotencia de darle respuesta a la necesidad del paciente o de la institución, según la etapa vivida. Si era sospechoso y debía ser derivado, encontrar una cama Covid, un móvil Covid, porque tenemos que sumarle que no es que digamos tenemos que trasladar a un paciente y puede venir cualquier móvil, según la necesidad del paciente la complejidad del móvil y después ese móvil al ser sospechoso o positivo el paciente trasladado, debía pasar por una higiene, una decontaminación que le llevaba una hora, no podías sacar a un paciente aunque estuviera grave hasta que viniera otra movilidad. El SIES lo que hizo también fue reforzar con algunas ambulancias privadas, según nos contaban, pero todo eso no llegaba a dar abasto, más allá que no vivimos la locura de Europa, en un punto parecía que íbamos a llegar a ese espacio donde no podías dar respuesta. Creo que no llegamos...solamente tuvimos una paciente intubada que cursó su intubación y su alta Covid acá en la Guardia, que requería terapia y a esa señora no se le pudo dar una terapia, la unidad de terapia intensiva, la complejidad, se intubó acá y los médicos de guardia junto con los de clínica pudieron ir llevando adelante el caso de ella, hasta que incluso se fue de alta la señora*

*Part: ese era nuestro mayor estrés, la impotencia porque necesitabas un respaldo y*

a lo mejor el recurso como que se elongaba en el tiempo, la respuesta no era en tiempo y forma digamos...acorde a la necesidad entonces, nos íbamos a las 10 de la noche a las dos de la mañana ...

*Eq. Cuidados Progresivos – Hosp. municipal*

*Una cosa es estrés o un temor de algo que puede venir y otra cosa es estar atendiendo a tres pacientes, que haya otros tres afuera que se tienen que internar y no hay lugar, moviendo a uno para acá, llevás a otro para allá. Capaz estás 8 horas haciendo cosas sin tomar ni un vaso de agua y es desgastante para el cuerpo, incluso en un momento hubo varios médicos que pidieron partir las guardias, hacerlas de 12 en lugar de 24 porque era muy desgastante (...) Cuando no hay lugar te sobrecarga la cabeza con una preocupación que no debería..., si está todo lleno y hay tres afuera que se tienen que internar y no hay donde hacerlos pasar... no hay ni va a haber, preocupa, porque ¿qué va a pasar en un rato? ¿y qué hacemos?...*

*Trab. Guardia Hosp. municipal*

## NO VA MÁS

Diversxs entrevistadxs dan cuenta de un modo descarnado del grado de agotamiento alcanzado en el trabajo en la pandemia.

*Llegó un momento en que estaba bastante desgastado, que llegué a decir... en broma, (risas) en broma pero en el fondo no le veía tanto el lado negativo, lo pensaba realmente como una relajación... digo ¿por qué no vuelco por Circunvalación y me llevan a internar a algún lado unos días y apago el teléfono? Llegó un momento que era así...*

*Trab. Hosp. Municipal*

*...También hacía que no quisiera venir a trabajar, o que tuviera crisis, en mi caso desmayo en la terapia y crisis de angustia por tener que atender pacientes COVID.*

*Trab. Hospital provincial*

*Yo hubo un día que le escribí a él para hacerme una tomografía porque amanecí con una cefalea intensísima escotomas que veía,*

*digo no puede ser síntoma de Covid, tendré que hacerme una tomografía y me dijo vení que yo te la hago, después hice reposo ese día, descansé...*

*Trab. Hosp. Municipal*

## EL LUGAR DE SALUD MENTAL

Tal como se ha visto en actores institucionales de distintos niveles y funciones, las propuestas acompañamiento/contención de salud mental formuladas desde las Direcciones de salud mental tanto municipal como provincial fueron muy escasamente apropiadas por los equipos de salud. En particular en el espacio hospitalario provincial bajo estudio, parece haber tenido un rol clave en el acompañamiento el propio servicio de salud mental del efector. Así, voces de trabajadores de diversos sectores hospitalarios, dan cuenta de la fuerte presencia del servicio y la oferta de acompañamiento permanente no solo a los propios trabajadores sino a pacientes y familiares. Destacan en particular el llamado Dispositivo Situaciones de los Últimos Días (SUD), que habilitaba la visita de familiares a pacientes graves, permitiendo el acompañamiento de trabajadores de salud mental en esta instancia.

*Part: En todo momento, la verdad que salud mental estuvo a disposición. Siempre manifestaron que cualquiera de los compañeros que hubiese necesitado, estaban los teléfonos de la parte de salud mental, y psicología, que podemos hablar.*

*Inv: ¿Y lo aprovecharon algunos compañeros?*

*Part: Algunos, creo que sí hicieron...*

*Part: Algunos de la UTI, sí. Muy pocos.*

*Part: Una chica con ataques de pánico que también...*

*Part: Hubo, hay chicas que se reubicaron, por ataque de pánico, o esos ataques de ansiedad, se las sacó de donde le estaba sucediendo eso.*

*Enfermería Hosp. Provincial*

*¿Algún apoyo para nosotros? Sí, del tema acompañamiento para nosotros, el equipo de salud mental, nosotros trabajamos re bien en el piso de internación con el equipo de salud mental, que estaban las chicas de psicología, psiquiatría y trabajo social más que nada, siempre, siempre, ellos hacen pase de sala todos los días con nosotros, si hay algún problema con los pacientes y después personal, se nos abrió un espacio desde el principio, que si estábamos interesados en querer...había muchos que lo dejaron para el plano personal a lo mejor, haciendo terapia o lo que sea, y se ofreció la herramienta del equipo de salud mental de hacer algo con el personal, que esa herramienta está disponible, eso para nosotros en particular y después ellos acompañando al equipo médico en relación a los pacientes y la familia, si había una situación crítica estaban al lado nuestro para dar el informe a la familia, para comentarles lo que estaba pasando, en el office funciona lo de situación de últimos días que un paciente que no iba ser candidato a pasar a UTI y había que decirle a la familia que probablemente se iba a morir, bueno ellos estaban al lado nuestro, siempre, psicólogas o trabajadoras sociales, siempre e hicieron un teléfono de la flota que lo iban rotando, lo tenían un día cada una y llamaban y estaban siempre o presencial o por teléfono, con la familia, con el paciente o con nosotros.*

*Clínix hosp- provincial*

### CUÁL ES MI ROL??

Tal como manifiesta unx entrevistadx del propio servicio de Salud Mental provincial, la ubicación del rol específico a desempeñar en el marco de la pandemia respondió a un proceso de reflexión/construcción que no estuvo exento de angustia.

*Por otro lado nos reconfiguró como grupo de trabajo, obviamente en las crisis, en las urgencias salen muchas cosas a la luz y nos obligó a repensarnos en el trabajo todo el tiempo. De algún modo nos reuníamos, como podíamos...a mí lo que si me pasó es que por momentos me había sentido muy frustrada porque no sabía qué hacer. En los lugares en*

*donde yo trabajo se había suspendido toda la atención, en ese momento yo estaba en el equipo de obesidad, los pacientes de obesidad son de riesgo, nadie venía al hospital y era todo el tiempo "¿qué hago, qué hago, qué hago?. Era estar pensando qué se podía hacer, aunque sea decir "bueno, yo me encargo de ir a comprar las medialunas"...algo para acompañar a los equipos que sí le estaban poniendo más el cuerpo.*

*Salud mental Hosp. provincial*

### CUÁL ES EL CAMINO

Unx entrevistadx del servicio de salud mental provincial parece ubicar algunos elementos, que quizás aporten las claves para entender el por qué de la no apropiación de las propuestas de acompañamiento generadas desde espacios centrales de Salud Mental. Así, ubica la importancia de "ir a los lugares" antes que esperar la demanda; que tiene que tratarse de alguien "significativo" para ese otro (ser referente de ese espacio), en algún sentido, contar con una historia vincular previa; comprender que a veces se trata de esa presencia que acompaña, más que de hablar de lo que duele.

*Pero bueno se han generado situaciones en el encuentro que han estado buenas y se puede con pequeños gestos recuperar algo del compañerismo...la idea no es "vení y habla conmigo y hacemos un tratamiento con esto que te pasa". Hay médicos que han llamado a compañeros pero de manera informal, fuera del circuito formal previsto. Creo que hay que ir a los lugares, está bueno ir cuando uno es referente. Yo llego a una sala en donde no me conoce nadie ¿por qué se van a poner a hablar conmigo de lo que sienten en ese momento? Y también hay que entender que hay gente que se desconecta de eso mientras trabaja, no piensa "Ay que bajón, se está muriendo gente". Poder justamente escuchar, que es nuestra especificidad.*

*Salud Mental – Hosp. provincial*

En lo que refiere al ámbito municipal algunxs entrevistadx referen

haber percibido con cierta “lejanía” al servicio de salud mental hospitalario, en línea con una lógica de mayor fragmentación que parece atravesar a distintos sectores hospitalarios. En otros casos, simplemente no hubo una apropiación de la propuesta.

*El servicio de Salud Mental, yo ví...esto... una cosa que yo veo alejada, y que en algún momento nos vamos a tener que sentar yo creo que para compartir la experiencia... Quizás por miedo, no sé pero en la primera ola ellos ahí estuvieron mucho más alejados que en la segunda. En la segunda creo que fueron... y creo que pasó con Trabajo Social, pasó con distintos sectores del hospital... Pero era necesario el aprendizaje de la primera ola.*

*Clínix Hosp. Municipal*

*Part: Si, las chicas del grupo de salud mental de acá se ofrecieron. Y en realidad enfermería no tiene mucho tiempo disponible... Ya habían ido con el equipo médico a charlar, pero ellos están a lo mejor menos de 1 hora, más de eso no están adentro (...) Y cuando no están adentro salen un rato a comer o tomar algo y después vuelven a entrar, igualmente los enfermeros saben que si tienen la necesidad un tiempo en algún momento se harán. Antes que yo me fuera de vacaciones nos ofrecieron, sabemos que podemos contar pero sé que la demanda está de parte de los médicos... pero tienen más tiempo...*

*Enfermería Hosp. Municipal*

*Nos ofrecieron charlar con el servicio de acá pero creo que nadie lo utilizo, a lo mejor hubiera servido pero... no optaron por elegirlo.*

*Guardia hosp. Municipal*

Esa lejanía parece corresponderse con la percepción de lxs propixs entrevistadxs del servicio de salud mental respecto de la falta de lineamientos claros de trabajo en el marco de la pandemia.

*La impresión que tengo, en los inicios, y que persiste es de abombamiento. Hemos*

*estado abombados...y seguimos abombados (...) Mira, lineamientos de trabajo en lo que a mí respecta, en lo que hago yo al menos, no podría decir que los hubiera, es mi percepción. No podría decir eso. A ver, mi lectura personal no es muy buena con relación a cómo se pensó el trabajo.*

*Salud Mental hosp. municipal*

Así, en el primer tiempo de la pandemia, parece haber primado un modo de organización ligado al cuidado de los propios trabajadores de salud mental pero sin acertar a ubicar el rol específico que podría desempeñar un servicio de salud mental en este marco.

*Hubieron organizaciones o reorganizaciones, pero te diría más con un carácter infectológico. Por ejemplo, Nosotros nos dividimos en “clusters” porque ahora se dice en inglés (risas), eso se tomó como una medida, una derivación de las medidas de aislamiento personal, ya ni me acuerdo como se dice... Ahora no fueron medidas tomadas en dirección al trabajo con una estrategia pensada en cómo hacer el trabajo que podíamos hacer o que veníamos haciendo dada esta situación nueva. Las medidas tomadas fueron medidas derivadas de un principio infectológico, de distanciarse para no contagiarse. Yo no encuentro muchas posiciones, ni siquiera de colegas, que lean esta pandemia como un problema humano, hay una reducción a pensarlo como un problema infectológico. Eso me ha llamado la atención y me sigue llamando la atención...como una banalización, digamos. Me da mucha impresión oír a psicólogos hablando de infectología.*

*Salud Mental hosp. municipal*

## EL LUGAR DE LAS DIRECCIONES HOSPITALARIAS.

En líneas generales, desde la perspectiva de entrevistadxs hospitalarios de ambas jurisdicciones, el rol reconocido a las direcciones fue de acompañamiento y apoyo más que de conducción/planificación de los procesos de cambio y organización del trabajo que

iban teniendo lugar en los efectores.

*Yo sentí muy fuerte el apoyo de salud mental, trabajo social, dirección, y de todos los equipos, lo que pasa es que para todos significó una etapa nueva de cambio, ansiedad, te repito las mismas sensaciones. Creo que todos lo vivieron así, cada uno desde su lugar. Infectología también lo considero parte del equipo de trabajo, por eso no lo mencioné. Yo ya te digo, por decir de alguna manera, los principales, fueron de dirección, incluso fueron dos gestiones distintas, abarcó dos gestiones.*

*Clínicx hospital provincial*

*Si lo tengo que ver desde ahora, yo creo que el saldo fue muy positivo. Yo creo que la gente terminó... a ver la palabra no sería enganándose... sumándose a una idea que fue bastante conjunta... A ver, en el hospital se logró un nivel de atención muy bueno, pero para eso se dieron muchas cuestiones que coincidieron: que Dirección entendió, que la Contadora en su parte de recursos también lo entendió, que Farmacia lo entendió, Laboratorio lo entendió...*

*Clínicx hospital municipal*

*... con la Dirección, mucho apoyo de la Dirección, de los equipos subiendo el caso en el whatsapp, cada caso dándole priorización a los casos, acá hay un paciente así pero acá hay uno peor, ok listo sale el peor, o sea así, no había otra forma. Se activaron mecanismos, otras herramientas que uno tenía de los libros, como en la guerra. De solucionar tratando de generar el menor daño posible, obviamente era esperar en la Guardia una respuesta de una Terapia Intensiva, no era una pavada*

*Trab- Hospital municipal*

## **DE CARA AL FUTURO:**

### **LA PEDRADA DE LA PANDEMIA...**

Unx entrevistadx del ámbito municipal ubica una cuestión clave de cara al futuro en materia de cuidado de la salud de lxs trabajadorxs de salud, ligada a los efectos a mediano y largo plazo de haber trabajado en la pandemia.

*Y esa es mi mayor duda, qué va a pasar de acá en más... Yo comparo y digo... creo que fue en el 2001 que tuvimos esa pedrada grande a mitad de año? Que quedaron secuelas... se veían autos con secuelas varios años después... Yo creo que las secuelas psicológicas del COVID, se van a ver por un tiempo largo.*

*Trab. Hosp. Municipal*

### **LA ÚLTIMA COPA**

*Part: A ver, yo puedo hablar por la gente más cercana a mí, pero prácticamente yo no conozco médicos que no hayan aumentado la ingesta de alcohol en la pandemia. Eso es claramente, te diría lo más... Después es variable... pero la ingesta de alcohol aumentó mucho... eso sí... Después alguna pastillita para dormir pero en general, el factor más importante asociado es el alcohol, es llamativo, en casi todos...*

*Inv: Y eso está, más allá de tu registro, es algo que es registrado, percibido?*

*Part: Sí, yo hable con muchos y sí, en general sí... Sí porque digamos, casi todos aumentaron... aumentamos, me incluyo, aumentamos el consumo de algo que era ocasional a algo más frecuente. Después habrá que ver qué pasa cuando no esté la pandemia, que pasa cuando estemos liberados de ansiedades, de miedos...es una incógnita. Por eso digo que las secuelas, las vamos a ver más claras en un par de años probablemente.*

*Trab. Hosp. Municipal*

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El tiempo de la pandemia ha sido y es un tiempo potente, y de una particular potencia que paradójicamente abre camino tanto a las más fuertes estrategias de alianza con la vida como a la máxima desolación de las pérdidas y la muerte. En este sentido, la escritura del documento de la presente investigación fue siendo impulsada, al decir de Suely Rolnik (10) *“por los nudos en la garganta”* que se fueron presentando a lo largo del trabajo en pandemia en sintonía con las experiencias más creativas y vitales y las más dolo-

rosas que reflejaron las voces del colectivo de trabajadores de salud.

Como apreciación general de los datos relevados puede sostenerse que la cuestión de la afectación de la salud mental de los trabajadores ha sido un tema que atravesó fuertemente a los propios trabajadores con distintas posibilidades de agendamiento de este problema en el nivel de las gestiones sanitarias; podría decirse que se produjo cuanto menos, un desencuentro entre la lectura de situación de esta problemática por parte de las gestiones centrales, las propuestas que se hicieron para abordar este tema y las necesidades reales percibidas por los trabajadores. Así, las propuestas de acompañamiento remoto (vía teléfono de contacto con especialistas de salud mental) no tuvieron ninguna posibilidad de apropiación por parte de los equipos. Parte de este fracaso puede explicarse por el hecho de no haber tenido en cuenta que el motor de contención fundamental se jugaba en los lazos generados al interior de los propios equipos, entre pares, con una historia y experiencia laboral compartida. Así, la instancia de una comunicación telefónica con un especialista de salud mental representaba una apuesta de contención individual en momentos en que la afectación era de colectivos de trabajo, más allá de las fragilidades singulares que pudieran existir.

Frente al escenario angustioso representado por la pandemia, los diversos testimonios recabados de los equipos de trabajo dan cuenta en la mayoría de los casos, de un sorprendente esfuerzo de apropiación colectiva de una pulsión vital orientada al bien común como estrategia para la preservación de la propia vida y la de los otros. Al respecto, Rolnik concibe "lo común" como *"el campo inmanente de la pulsión vital de un cuerpo social cuando éste la toma en sus manos, de manera tal de direccionarla hacia la*

*creación de modos de existencia para aquello que pide paso"*

En tal sentido, la pandemia ha hecho visible la potencia creativa que palpitaba en las redes mostrando, a pesar del miedo, de las tensiones, de los conflictos, la capacidad de sobreponerse a todo ello dándole un destino ético a la fuerza vital de los trabajadores, en momentos en que, amenazada la propia integridad, podría haberse producido una salida del tipo "sálvese quien pueda", provocando el estallido de las tramas vinculares en los espacios institucionales.

En materia de la contención de salud mental de los trabajadores pueden señalarse algunas líneas generales. Como ocurre en tiempos laborales normales, una necesidad subjetiva de los trabajadores por excelencia tiene que ver con la dinámica del reconocimiento. Según puede concluirse de lo relevado, la dinámica del reconocimiento operó fuertemente en una línea horizontal, esto es, entre pares. En el ámbito hospitalario en particular posibilitó en algunos casos el acercamiento y la rápida integración entre servicios que habitualmente funcionaban de manera fragmentada y, en lo que hace a la relación entre niveles, posibilitó la conexión/coordinación conjuntamente con el reconocimiento del trabajo que hace el otro nivel. En el plano del reconocimiento en una línea vertical (vínculo trabajadores/gestores), esto se debería traducir concretamente en algunos actos de gestión precisos, entre otros: la constatación/reconocimiento por parte de las gestiones de las razones legítimas del miedo percibido; la constatación/reconocimiento del esfuerzo realizado. Este último reconocimiento no tiene que ver exclusivamente con actos de enunciación concretos de la valoración de este esfuerzo, de por sí fundamentales, sino además con decisiones específicas en relación a condiciones

de trabajo, a saber, proveer la dotación necesaria de recursos humanos y el reconocimiento económico suficiente que eviten que un trabajador esté doce horas desempeñando un trabajo altamente estresante; que se asegure el descanso. Comprender que, así como en tiempos “normales” de trabajo, la autonomía de los equipos puede ser un valor que da lugar a los procesos más creativos en el campo de salud apuntalando la salud mental de los trabajadores, en tiempos excepcionales como el de pandemia, resulta necesaria la claridad de lineamientos de trabajo transmitida con solidez desde los actores de gestión, como elemento clave para restablecer vínculos de confianza de los equipos hacia la palabra de la gestión. De lo contrario, recordando los planteos de Dejours (11), los trabajadores deben lidiar no solo con sus propios miedos sino también con la desconfianza y la percepción paradójica de ser puestos en riesgo justamente por las figuras responsables de asegurar su cuidado.

Esta línea de reconocimiento proveniente de la gestión, desde la perspectiva de los equipos asistenciales, ha seguido trayectos más oscilantes que van desde la percepción de “apoyo” de los espacios de gestión hasta el registro de lxs gestorxs como figuras que lejos de protegerlos, exacerbaban las presiones y exigencias, desconociendo el agotamiento que estaban viviendo.

El registro del agotamiento, es de una relevancia particular en el mundo del trabajo. El filósofo coreano Byung-Chul-Han (12), habla del “sujeto del rendimiento” para referirse a ese hombre de la modernidad tardía que, ejerciendo su autonomía, es a la vez víctima y victimario. Es el hombre en el que, la presión más dura es la autoexigencia. Justamente apela como ejemplo al de los médicos que recurren a algún tipo de nootrópico para

maximizar su rendimiento. Es el hombre que no puede parar y en quien, el cansancio se vuelve amenaza antes que señal del límite que proporciona el cuerpo y la subjetividad. Tomando esto en cuenta, el fenómeno de la pandemia visibiliza un rol nuclear de lxs gestorxs en lo que hace al cuidado de lxs trabajadorxs, considerando que, en los colectivos de trabajo, es riesgoso dejar a cuenta del registro de cada unx, hasta donde puede dar. En efecto, hay quienes - como puede leerse en El Mercader de Venecia (13)- están dispuestos a entregar una libra de carne del centro de su corazón, así como hay quienes están dispuestos a pedirla, y es función nuclear de la gestión impedir lo uno y lo otro.

## NOTAS FINALES

i Stake R. (1994) “Case Studies”. Handbook of Qualitative Research, California, Sage, en Vasilachis de Gialdino, I. 2006, Estrategias de Investigación cualitativa, España, Gedisa. pp 219.

ii En cada Distrito estudiado se seleccionó un CS de jurisdicción provincial y uno municipal

iii Rolnik S. Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón, 2019

## BIBLIOGRAFÍA

1) Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open. 2020; 3(3):e203976-e.

2) Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain, behavior, and immunity. 2020.

3) Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. Me-

medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research. 2020;26:e923549.

4) Gutiérrez Álvarez A., Almaguer A., Zaldivar Santos E. Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. Versión preimpresa. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/252>

5) Ricci Cabello I., Meneses Echavez JF., Serrano-Ripoll MJ., Fraile-Navarro D., Fiol de Roque MA., Pastor Moreno G. et al. El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales de la salud. Medrxiv, preprint server for health sciences. [consultado 20- 07- 2020]. 1-92. Disponible en: [www.medrxiv.org/cgi/content/short/2020.04.02.20048892v1](http://www.medrxiv.org/cgi/content/short/2020.04.02.20048892v1)

6) Greenberg N. Procedimiento operativo estándar del equipo de salud mental de Nightingale. Versión 2.3. En: Yahya A.S., Khawaja S., Chukwuma J. Staff Morale and Well-Being During the COVID-19 Pandemic. Prim Care Companion CNS Disord 2020;22(3).

7) Wu, A., Connors C., Everly Jr. J. COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. Ann Intern Med. 2020 Jun 16;172(12):822- 823. Disponible en: <https://>

[www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M20-1236?journalCode=aim](http://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M20-1236?journalCode=aim)

8) Osorio N. (2007). La teoría crítica de la sociedad de la escuela de Frankfurt: algunos presupuestos teórico-críticos. Revista Educación y Desarrollo Social, 1 (1), Pp 104-119. En: Gamboa Araya R. El papel de la teoría crítica en la investigación educativa y cualitativa. Revista Electrónica Diálogos Educativos. 21 (11). Pp 48-64.

9) Castañón, J., Hilaro, O., Romero, H. & Sosa, A. (2009). Alternativas teóricas metodológicas para la explicación de los problemas sociales del materialismo histórico dialéctico, estructural funcionalismo, teoría comprensiva y teoría crítica. En Gamboa Araya R. El papel de la teoría crítica en la investigación educativa y cualitativa. Revista Electrónica Diálogos Educativos. 21 (11). Pp 48-64.

10) Rolnik S. Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón, 2019

11) Dejours C., (2006) La banalización de la injusticia social, Topía Editorial, Buenos Aires

12) Han Byung-Chul (2012) La sociedad del cansancio. Herder. Barcelona, España.

13) Shakespeare W. (2012) El mercader de Venecia. Alianza Editorial. 3ª ed. España.

# PRÁCTICAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA EN UN CENTRO DE SALUD MUNICIPAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES

Giana Nardone ♠

## RESUMEN

El presente trabajo intenta abordar el rol que tuvo la salud mental en el contexto de pandemia Covid 19 desde la perspectiva de un equipo de salud del primer nivel de atención, así como indagar las estrategias de trabajo que han podido ser desarrolladas y los obstáculos percibidos para la implementación de las mismas. La estrategia metodológica se inscribe en la lógica cualitativa de tipo exploratorio. Se trabajó con una muestra intencional y diversa que incluyó a trabajadores de diferentes disciplinas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, y para su análisis se procedió a la segmentación y codificación de las mismas. En función del relato de los entrevistados pudo entreverse el predominio de un sesgo biomédico como sustento de la reorganización de los abordajes que se llevaron adelante.

Desde la Dirección de Salud Mental se implementaron diversos dispositivos orientados al acompañamiento de equipos y usuarios. Pese a ello, pareciera haber una escasa o hasta nula apropiación por parte de los equipos de esta oferta percibiendo, por el contrario, haber resuelto en total soledad los modos de organización del trabajo,

atravesando por momentos, etapas de pérdida del sentido del propio trabajo. En función de lo relevado en las entrevistas, los abordajes que se desarrollaron durante la pandemia, fueron posibles por el vínculo previamente construido del equipo con la comunidad y el reconocimiento mutuo. Los lazos de cooperación y coordinación en el equipo han sido claves para el enfrentamiento de la pandemia.

**Palabras clave:** Pandemia Covid 19, Salud Mental, Coordinación, cooperación en el trabajo, Equipo de salud

## SUMMARY

This paper attempts to address the role that mental health had in the context of the Covid 19 pandemic from the perspective of a health team at the first level of care, as well as to investigate the work strategies that have been developed and the perceived obstacles to their implementation. A qualitative approach was developed, with an intentional and diverse sample that included workers from different disciplines. Semi-structured interviews were carried out. They were segmented and encoded for their analysis. Based on the accounts of the interviewees, the predominance of a biomedical bias

could be glimpsed as support for the reorganization of the approaches that were carried out.

Various devices aimed at accompanying teams and users were implemented from the central management of Mental Health. Despite this, there seems to be little or no appropriation by the teams of this offer, perceiving, on the contrary, that they have solved in total solitude the ways of organizing work, going through stages of loss of meaning of their own work. Based on what was revealed in the interviews, the approaches that were developed during the pandemic were possible due to the previously built bond of the team with the community and mutual recognition. The bonds of cooperation and coordination in the team have been relevant to confronting the pandemic.

**Key words:** Covid 19 Pandemic, Mental Health, Coordination, cooperation at work, Health team

## INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación se centró en la interrogación acerca del lugar que tuvo y tiene la Salud Mental en el contexto de la pandemia del Covid 19 en un Centro de Salud de la red municipal, así como indagar las estrategias de trabajo que han podido ser desarrolladas y los obstáculos que fueron percibidos para ese desarrollo desde la perspectiva del propio equipo de Salud.

Como psicóloga concurrente del Programa, inicié mi práctica en Junio de 2019 hasta que en marzo del 2020 con el comienzo de la pandemia por el Coronavirus, debí interrumpir mi asistencia al Centro de Salud, si bien continuamos sosteniendo espacios virtuales de seminarios, producción de conocimiento y encuentros virtuales con mis tutores para poder seguir en contacto con lo que iba aconteciendo en el territorio. En esos intercambios,

durante los primeros meses de decretada la cuarentena, empecé a percibir y escuchar cierta caída de certezas y el surgimiento en algunos trabajadores del Centro de Salud de múltiples interrogantes en términos de “¿qué hacemos nosotros acá?” pregunta que resonó tanto en ellos como en mí y fue el punto de partida de mi problema de investigación. La incertidumbre propia del contexto, la pérdida de la especificidad para algunas disciplinas y las múltiples actividades que debían sostener, parecían dar como resultado cierta ausencia de sentido respecto de las prácticas que intentaban llevar adelante.

Por su parte, los discursos prevalentes, tanto en el nivel de la política sanitaria como de los medios de comunicación, parecían tener como protagonista central al virus con médicos, enfermeros y epidemiólogos como eslabones principales para hacerle frente. A su vez, la decisión del aislamiento como medida sanitaria fundamental para no enfermar y morir, conceptos centrales del discurso tales como “barbijos, respiradores y camas de internación”, y la perspectiva de la llegada de la vacuna como único horizonte posible, proponiendo a los equipos de Centros de Salud su reorganización en función del triage, focalizado en la detección de casos sospechosos, fueron todas condiciones que condujeron a interrogar acerca de las posibilidades y viabilidad de los equipos para el abordaje de la dimensión sociosubjetiva de los padecimientos que tuvieron lugar durante la pandemia.

En este contexto, algunos supuestos de partida llevaron a considerar que el abordaje de la pandemia se redujo centralmente a aspectos biomédicos. Por otro lado, ante la presencia imperante de protocolos ligados a los cuidados para evitar el contagio, se consideró pertinente indagar en torno a los lineamientos de Salud Mental

previstos para el abordaje de los padecimientos subjetivos derivados de la pandemia -y el aislamiento- y relacionado con esto, los modos de organización adoptados por los equipos de salud del primer nivel de atención para dar respuesta a los mismos.

¿Cómo abordaron los equipos las situaciones de violencia de género, consumo problemático, abuso sexual infantil, entre otras problemáticas, cuando todo el foco de atención pareciera haber recaído en el Covid?, ¿Cómo pensaron abordajes e intervenciones que propicien una lectura integral, si por momentos pareciera que el cuidado pasaba por evitar el contagio y la propagación del virus?, ¿Cómo hicieron posible prácticas de sentido para quienes quedaban por fuera del discurso médico imperante en este contexto que impresionaba retroceder a la idea de “Salud como ausencia de enfermedad”?

Sin lugar a dudas, el advenimiento del Covid 19 vino a irrumpir en la vida cotidiana del mundo entero. La inmensa mayoría de los miembros de la población se vio sometida a un corte abrupto de sus quehaceres diarios quedando, en el mejor de los casos, puertas adentro. En octubre de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalaba que *“los Servicios de Salud Mental se están viendo perturbados por la pandemia del COVID-19 en la mayoría de los países”* (1), indicando que el duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo, como así también el aumento de consumo de alcohol o drogas y problemas de insomnio y ansiedad son aspectos que no deberían descuidarse si entendemos que no hay Salud sin Salud Mental.

En el contexto de nuestro país, la pandemia y las medidas políticas tomadas para enfrentarla hicieron que, en forma abrupta, tuvieran que reorganizarse todos los aspectos de la vida cotidiana en consonancia con el

“Aislamiento social, preventivo y obligatorio” dictaminado por el Gobierno Nacional; medida excepcional adoptada en un contexto crítico con el fin de mitigar la expansión de la pandemia. El decreto inicial que da marco al ASPO N°297/2020 resuelve declarar personal esencial dentro de la administración pública al Personal de Salud, Fuerzas de seguridad, Fuerzas Armadas, Actividad migratoria, Servicio Meteorológico Nacional, Bomberos y Control de tráfico aéreo, y deja a criterio de las autoridades de los gobiernos Nacional, Provinciales y Municipales convocar a trabajadoras y trabajadores para garantizar actividades esenciales requeridas por las respectivas autoridades (2).

En el Sector Salud en particular se tomaron medidas tendientes a la reestructuración de hospitales y centros de salud, construcción de hospitales modulares y centros de aislamiento, compra y distribución de elementos de protección personal para los trabajadores, y la implementación del Plan Detectar, entre otros. En el nivel local, los equipos del primer nivel de atención desarrollaron en los primeros momentos de la pandemia una estrategia de inmunización y entrega de medicamentos domiciliaria dirigida a la población de pacientes crónicos .

A comienzos de junio del 2020, miembros de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA) y docentes de la facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) solicitaron que la actividad que desempeñaban sea incluida dentro de las consideradas “esenciales” permitidas en el marco del aislamiento en virtud de las problemáticas de Salud Mental que se evidenciaban en la población (3). Por su parte, Jorge Biglieri, Decano de la Facultad de Psicología de la UBA, envió notas a las autoridades nacionales exponiendo que la toma de decisiones tendría un sesgo biomédi-

co.: *“Se prioriza una sola dimensión, que tiene que ver con enfermarse a partir del punto de vista físico, sin tomar en cuenta el problema psicológico y psicosocial que tiene que ver además con la respuesta sanitaria, que es el aislamiento y el encierro”*(4). Fue recién a cuatro meses de declarada la pandemia de Coronavirus y del inicio del aislamiento obligatorio que, en el parte diario sanitario del día 16 de julio, Hugo Barrionuevo, Director Nacional de Salud Mental, presenta el Plan “Detectar Salud Mental”, los lineamientos generales del mismo consistían en el acompañamiento de un profesional de la Salud Mental a los equipos de rastillaje y testeos de los equipos intervinientes en el “Plan Detectar”, para advertir *“situaciones que puedan ser emocionalmente delicadas en las personas en aislamiento o a la espera de resultados de pruebas de laboratorio, como así también a sus familiares”*. El mismo se complementaría con líneas telefónicas de apoyo (5).

Pasados cinco meses de iniciada la pandemia, referentes del campo de la Salud Mental y las Ciencias Sociales comenzaron a integrar el Comité de Expertos que asesoraban al presidente de la Nación, posibilitando una lectura más integral acerca de las estrategias de cuidado de la población.

### **El lugar de la salud mental**

Como se señaló en párrafos anteriores, este reconocimiento tardó por parte de las autoridades sanitarias, de la problemática de la salud mental indisolublemente ligada a una situación de catástrofe como la pandemia COVID, destaca la necesidad de problematizar el lugar de la Salud Mental en el campo más amplio de las políticas y prácticas en salud.

Un marco de referencia ineludible en tal análisis es sin dudas, la *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones* 26.657 sancionada en el año 2010 (6), considerado su claro enfoque de derechos

humanos y la apuesta a un sistema de salud mental inserto en la comunidad, no centrado en la internación, con un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud y orientado a reforzar, restituir y promover los lazos sociales. En este punto, la sanción de la Ley, modelo excepcional a nivel mundial, fue un mensaje claro que marcó el rumbo de las políticas públicas de Salud Mental. Sin embargo, puede convertirse en letra muerta si no existen prácticas institucionales que lleven adelante procesos de transformación, entendiendo que para que haya cambios reales en los abordajes de Salud Mental, es imprescindible una decisión política que no admita retrocesos, mucho menos en tiempos de pandemia. Esto, si se tienen en cuenta las múltiples expresiones que adquiere el padecimiento ligado a la situación pandémica, en un amplio espectro que va desde las diversas manifestaciones del miedo a la muerte y al contagio, el dolor de las pérdidas de distinto orden (afectivas, económicas) y la exposición incrementada al riesgo de las distintas formas de violencia familiar que acompañan a la situación de aislamiento domiciliario.

Amarante (7) nos invita a pensar el Campo de la Salud Mental y la Atención Psicosocial no como un modelo o sistema cerrado, sino como un proceso social complejo, en movimiento y transformación permanente donde entran en juego distintos actores y dimensiones, que está estrechamente ligado a la construcción de ciudadanía. Dicho campo heterogéneo, interdisciplinario e intersectorial, tal como plantea Galende (8), se sostiene a partir de una ética, ética que considera al sujeto del sufrimiento mental, lo cual implica tener en cuenta su historia, sus experiencias y la dimensión conflictiva que hace a la existencia humana, proponiendo a este sujeto una compren-

sión conjunta del malestar psíquico, esto es su participación en el proceso de atención. Sousa Campos (9) por su parte apunta a una reformulación de la clínica, haciendo énfasis no en el “proceso de cura” sino en el “proceso de invención de la salud” y de la “reproducción social del paciente”. Desde una perspectiva fenomenológica, sale el objeto ontologizado de la medicina (la enfermedad) y entra el enfermo, un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido, influenciado por la perspectiva de ciudadanía activa y de protagonismo, que parte del reconocimiento del paciente como una persona con derechos. Para consolidar esta perspectiva, será necesario superar la fragmentación entre biología, subjetividad y sociabilidad trabajando en proyectos terapéuticos amplios. Así, la clínica del sujeto demanda trabajo en equipo y un hacer comunicativo, justamente dos dimensiones de las prácticas en salud que encontraron un cuello de botella crítico en tiempos de pandemia donde el mandato del distanciamiento operaba en distintas líneas, al interior de los propios equipos de salud y en la interfase equipos/usuarios, con el consiguiente impacto en ese “hacer comunicativo”.

## CONTEXTO DE ESTUDIO

El Centro de Salud en estudio está ubicado en la zona sur de la ciudad de Rosario y forma parte de la Red de Salud Municipal. El modelo de atención que impulsa el municipio está basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Pensar APS como estrategia nos remite fundamentalmente a la idea de una red de recursos y servicios organizada y dispuesta en función de lo que se va leyendo como necesidades de Salud en el territorio. Como plantea Mario Testa (6), el contexto de la Atención Primaria de Salud está dado, en primera instancia, por el Sistema de Salud en que se en-

cuentra inserta. Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la Atención Primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica —diagnóstica y terapéutica— y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena, privilegiándose así una asistencia contextualizada que posibilite la singularización y el reconocimiento del paciente. En el nivel local, el sistema de salud del municipio se configura como una red de efectores de diferentes niveles de complejidad con una fuerte apuesta a la conjugación de responsabilidad-autonomía-compromiso en un vínculo continuo entre los trabajadores de la salud y la población adscrita tal como se señala en la *Propuesta de estrategia para la instalación de transformaciones en el proceso de trabajo de la SSP* (10). En efecto, desde la Secretaría de Salud Pública se promueve que los equipos de salud se organicen en redes de manera que todas las instituciones, servicios y atenciones se complementen y cooperen, formando grupos amplios y plurales, entendiendo que ni un listado de enfermedades ni un paquete de prestaciones alcanzan para cubrir los problemas de salud. Por el contrario, las acciones que se intentarían llevar adelante parten de las necesidades de la población, para lo cual es central la cercanía al lugar donde viven las personas, entendiendo que es allí donde se construyen sus proyectos de vida y se presentan los problemas de salud.

Mediante la conformación de equipos de referencia, los equipos de salud son responsables de las familias que habitan en los territorios abonando a la idea de que el cuidado de la salud sólo puede lograrse a través de esta construcción colectiva.

## OBJETIVOS

General:

- Explorar las estrategias de trabajo en Salud Mental durante la pandemia desarrolladas en un Centro de Salud del primer nivel de atención y obstáculos percibidos, desde la perspectiva del equipo durante el año 2021.

Específicos:

- Conocer modos de organización y prácticas que se llevaron adelante desde el Centro de Salud.

- Describir lineamientos de trabajo en Salud Mental propuestos desde el nivel central y los obstáculos percibidos para el desarrollo de las prácticas en la pandemia.

- Analizar desde la perspectiva de los trabajadores, el impacto de la pandemia en la Salud Mental de los usuarios del centro de salud

## METODOLOGÍA

Se desarrolló un abordaje cualitativo de tipo exploratorio, a partir de los relatos de los distintos trabajadores del equipo de salud. Se trabajó con una muestra intencional y diversa que incluyó a miembros del equipo de diferentes disciplinas, con diversos recorridos, años de trayectoria y cargos en Salud Pública, lo cual hace a la singularidad en la lectura de la situación enriqueciendo el trabajo al escuchar distintos posicionamientos. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas en torno a los siguientes ejes temáticos: prácticas que se desarrollaron en el Centro de Salud en el contexto de pandemia, lineamientos de Salud Mental en el contexto de pandemia, percepciones del equipo respecto del tipo de problemáticas de salud mental que demandaban al efector y obstáculos para su abordaje, percepciones respecto del impacto de la pandemia en la salud mental de usuarios y del propio equipo de salud.

Las entrevistas fueron grabadas

procediendo después a la segmentación y codificación del material a fines de su análisis.

Previo al inicio del trabajo de campo, se discutió con el equipo la temática a abordar en la investigación, consensuando su pertinencia y obteniendo su aval para desarrollarlo. A los fines del resguardo del anonimato, se presentan los testimonios sin identificar perfil profesional del entrevistado que brinda el testimonio.

## RESULTADOS

Se desarrollaron entrevistas con enfermeros, médicos generalistas, psicólogos y trabajadores sociales integrantes del equipo del efector.

Al momento de las entrevistas, la única constante que se mantuvo de parte de la entrevistadora, fue el puntapié inicial que invitaba a que cada uno de los convocados se presentara pudiendo dar cuenta de su recorrido y de su labor en el Centro de Salud. Tomando esto como punto de partida y en función del curso que tomaban las respuestas, se introducía el interrogante acerca de si su práctica se había visto en algún punto modificada en el contexto de pandemia, seguida por la pregunta acerca de la lectura más general que hacían los entrevistados de las prácticas desarrolladas en este contexto.

### Suspensión de las prácticas

La mayoría de los entrevistados señaló la necesidad de diferenciar distintos momentos transcurridos desde el inicio de la pandemia, haciendo referencia a lo "abrupto de la suspensión de las prácticas" en un primer momento:

*"Tendría que historizar un poco porque fueron mutando. Eh desde el principio de la pandemia fue bien hegemónico, modelo médico hegemónico digamos. Era avocarse a Covid, fue muy abrupto como suspendimos turnos, como nos implicamos al 100%*

con cuestiones relativas al Covid, lo cual no está mal pero fue un cimbronazo para todos nosotros.”

*“Al inicio de la pandemia digamos, las prácticas como que se habían como suspendido, digamos.”*

Por su parte, uno de los entrevistados hace referencia a una serie de “mandatos” derivados del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y que dieron marco a las “interrupciones” en las atenciones:

*“Lo que fueron los mandatos es todo lo que se organizó como en sintonía con el ASPO y que tuvo que ver con esto: un día decir bueno interrumpimos todas las atenciones que tenemos, tenemos que trabajar de este modo.”*

Sólo una de las entrevistadas hace alusión a la decisión de “priorización” en el trabajo asistencial, antes que a una interrupción de las atenciones.

*“Antes había como una modalidad más sistemática de abordajes que bueno, eso en la pandemia generó una flexibilización de algunas cuestiones que también me parece que son interesantes y han estado buenas. Igualmente no se ha dejado, incluso en pandemia, de atender. Se hizo una priorización de quienes necesitaban ser atendidos de manera presencial, los llamados telefónicos y demás.”*

### **La primacía de la perspectiva biológica**

Varios de los entrevistados hacen hincapié en una primacía de lo biológico como sustento que sostenía las prácticas.

*“En un momento, sobre todo al inicio de la pandemia estuvo como más estrictamente la atención virada hacia lo orgánico pero bueno, yo después de un tiempo también entendí que tenía que ser así porque lo demandaba la situación y los requerimientos sanitarios.”*

*“Es la cuestión más biológica lo que está primando en este contexto que lleva más de*

*un año y pico.”*

*“La bajada de línea es continuamente... es como que era biologicobiologicobiológico ¿y qué pasa con las otras cosas?”*

*“Nosotros de nuestra parte nos estamos quedando cortos. Yo siento que hacemos un montón de cosas de las que podemos hacer, trabajamos fuertemente en la campaña de vacunación ahora empezamos a pensar esto de que algo hay que hacer con los PAP, hay chicas que no se están controlando y lo hacemos... Las puertas están abiertas en cuanto a todo lo que tiene que ver con todo lo que es la atención pura del proceso de la enfermedad biológica pero nos estamos quedando cortos con todo lo otro y... y yo creo que nos estamos quedando cortos porque no sé, me parece que tenemos hasta un poco de miedo de lo que pueda surgir, digo hay como una falta de diagnóstico. Entonces yo siento que nos estamos quedando cortos desde el acompañamiento del padecimiento.”*

### **Reconfiguración del trabajo en APS: lógica de guardia?**

Todos los entrevistados hacen mención al “triage” como un hito que marca cierto quiebre en la organización de los modos de trabajo, reconfigurando las prácticas mismas. Una entrevistada menciona:

*“Al comenzar la pandemia en marzo del 2020 todos los centros de salud municipales sufren una reestructuración digamos, desde lo edilicio, lo estructural, lo físico, donde lo primordial es que se inaugura lo que se llama “triage” que permite discernir en la entrada de los procesos de atención, porque se configura una sala de atención de cuestiones respiratorias y febriles y aquellos que no tengan esos síntomas compatibles con el Covid bueno, pueden ser atendidos en los consultorios.” (...) Cambió todo, hay muchos cambios en los procesos de atención desde cómo se dispone el centro de salud a partir de un triage y a partir de allí hacer un discernimiento de lo que hay que atender.”*

Algunos entrevistados hacen una

lectura crítica del triage y el modo en que este tipo de abordajes pondría en tensión lógicas históricas de trabajo en APS.

*“El simple hecho de tener un triage rompe con la libre circulación como lógica de un centro de salud, esto es como “sacas un poquito de la lógica del hospital y venis y lo pones acá” para garantizar que el Coronavirus no se te mezcle y eso choca porque no estamos acostumbrados, porque no creo que sea el modo en que queremos laburar pero nos pasa, nos pasa porque tiene que haber un cuidado en el medio pero perdés toda esa cuestión, esa cosa de la atención de familia, de conocer todas estas cuestiones más de la proximidad, de lo cotidiano, de la vida de las personas, como están en sus trabajos, su estabilidad emocional o no, entonces hace un año, un año y medio que no está. Es una atención muy fría, espontánea “vengo, hago tac tac y me voy” y uno como que rechaza eso, ¿viste? Porque no es, no no es APS.”*

*“Y así hay cosas que están quedando relegadas y que van a tener consecuencias, entonces bueno ahí digamos enmarcando: tenemos que hacer esto, tenemos que hacer esto otro, a ver, no había lugar para decir “yo esto no lo hago” porque la pandemia está, es una cosa, hay que abordarla, es lo primero, es lo más urgente pero bueno eso nos condicionó un montón, y pone en tensión viste cuestiones que son construcciones de años de atención primaria, viste? Para qué estamos, qué cosas son importantes que hagamos, sostengamos...”*

*“Yo me la pasaba haciendo, que es lo que siento todavía, un trabajo de guardia y sentí que las consultas que llegan acá son como, no acá, las consultas espontáneas son como más banales, o sea el que debería venir creo que por motu proprio no viene, digamos el que sabe que tiene que controlarse, viene cuando ya estáaa.. que se yo un diabético por ejemplo, no viene, vienen cuando ya estuvieron internados unos días por algo. Creo que la demanda, por lo menos a mí lo que me está llegando, son consultas espontáneas*

*así, más banales, un dolor de algo, una infección en la piel ehh, un trabajo de guardia, donde no se hace un seguimiento digamos a los pacientes”*

Al dispositivo del triage, se sumaron otras acciones que también introdujeron tensiones en el equipo, fundamentalmente debido a que producía una sobrecarga de trabajo sin que estuviera acompañado por ningún tipo de refuerzos profesionales.

*“Después... el tema de hisopar acá, eso fue algo como que nos hizo mucho ruido, en el centro de salud, la de hacer los llamados telefónicos desde acá... Quiero decir, hay cuestiones que eeh nosotros tenemos la posibilidad de hacer una lectura de lo que le pasa, no diría a la gente que vive en el territorio, a las personas más cercanas o bien también tenemos la posibilidad, si es necesario, acercarnos más a alguna situación que no conocemos y contextualizar mejor nuestras intervenciones, tenemos esa posibilidad más claramente que un tipo que está llamando desde una central con una lista a las personas que tiene que llamar. Lo mismo para pensar estas estrategias ligadas a la cuestión del hisopado, de lo que hablábamos recién, respecto del aislamiento. Lo otro..., qué contención?, qué acompañamiento le damos a la familia?, esteee hay ejemplos de situaciones donde estuvo buenísimo que nosotros interviéramos para que sea sostenible el aislamiento, para estas cuestiones. Bueno, pero eh ahí se generó toda una discusión: si éramos nosotros los que teníamos que hacer eso, si nosotros teníamos que seguir haciendo lo que veníamos haciendo y hubo una tercera posición digamos, a la que suscribo, que creo que los equipos se tendrían que haber reforzado en esta situación. No son circunstancias, se tendrían que haber reforzado. Bien podríamos haber trabajado con algún refuerzo que nos ayude y no resienta tanto las otras cosas que la gente necesita porque los primeros meses de pandemia la gente no venía, estaba el ASPO, más o menos se cumplía, pero después cuando la cosa se empezó a abrir, empezó a llegar gente.”*

## **De los lineamientos/Mandatos a la reelaboración de estrategias por el propio equipo**

En varias de las entrevistas, comienza a aparecer cierta diferenciación entre lo que fueron “directivas” “mandatos” más centrales y la necesaria reelaboración/traducción de esas directivas en ajuste con la realidad del escenario local. Una de las entrevistadas plantea:

*“A ver, el lineamiento está, pero sabemos que no, no nos podemos basar estrictamente en esos puntos y ver a esa gente porque sabemos que..., como que no es una matemática que dos más dos es cuatro, acá digamos que surgen un montón de problemáticas que no podemos, que nos tenemos que salir de ese lineamiento por así decir.”*

*“Los modos de organización digamos era una conjugación entre las directivas desde lo que es la gestión que eran universales para el resto de los Centros de Salud, cuestiones que “hay que hacer y hay que hacer” como tener un sector febriles, tener un triage, como ahora en este caso empezar a vacunar, al principio de la pandemia fue ir a poner la antigripal a los pacientes de riesgo, como que había cuestiones que había que hacerlas y no había discusión en relación a eso. Y después hay organizaciones más propias del Centro de Salud.”*

Otro de los profesionales del equipo vuelve a hacer referencia al lugar de los “mandatos” y cómo estos reconfiguraron las prácticas:

*“Bueno fue bastante complejo eso porque estábamos en un momento en el cual digamos, institucionalmente, atravesados por ciertos mandatos que implicaban “bueno tenemos que estar todos dispuestos, de la mejor manera posible, a la atención de la pandemia”. La verdad es que eso, ese mandato reconfiguró un poco el laburo entonces bueno ahí tuvimos que... que... empezar a ver que se yo, la lista de los pacientes, eeh... ver a cuáles seguimos atendiendo, a cuáles les avisábamos que íbamos a poner un...,*

*interrumpir digamos, con cuales seguir trabajando telefónicamente o por otra vía, con qué frecuencia, lo mismo con el dispositivo de Arte 20 del que yo participo, con las compañeras coordinadoras nos pusimos a diseñar una estrategia virtual para seguir en contacto.”*

Otra entrevistada hace referencia a ciertos “lineamientos” planteados desde la Dirección de Centros, dejando entrever cierta dificultad a la hora de llevarlos adelante, a la vez que expresando preocupación por aquello que quedaría por fuera de los lineamientos.

*“Por supuesto que hay lineamientos desde la Dirección de Centros de Salud para... bueno, qué priorizar, por ejemplo controles de embarazo, niños menores de un año, cuestiones de dificultades respiratorias o todos los síntomas compatibles con el Covid, pero bueno en la puerta también es muy difícil discernir eso, qué priorizar.” (...) “Bueno, desde Salud justamente al darle prioridad a, la realidad nos impone eso, a cuestiones de Covid estee, seguramente hay muchas cuestiones, enfermedades crónicas que se fueron profundizando, cuestiones sociosubjetivas por decirlo de alguna manera que seguramente no estamos pudiendo darle el seguimiento que la situación amerita.”*

Uno de los entrevistados, comparte esa preocupación y deja entrever su lectura acerca de que “lo no realizado” y sus posibles consecuencias serían responsabilidad de los niveles de gestión en su función de planificación.

*“Algunas cosas pudimos ir transitando más o menos ajustados a la realidad sanitaria que nos tocó (risas) estee... y más o menos. Si bien hay un montón de prácticas que no se realizaron y que a mí me parece que, es un garrón que no se hayan realizado, por ejemplo que durante un año se hayan suspendido y todavía (hace énfasis), ya llevamos un año y medio, eh por decir, los controles de rutina de salud de la mujer, papanicolaou de screening, no se realiza y eso va a tener*

*consecuencias, pero eso no es una responsabilidad del equipo, eso tiene que ver con una planificación más central de cómo nos disponemos los equipos, cual es la estrategia con la que vamos a enfrentar la pandemia.”*

### **El rol clave del equipo en la reinterpretación de los lineamientos**

Reconocidas estas dificultades, casi unánimemente empiezan a aparecer en los relatos cuestiones que empezaron a ser “posibles”, a punto de partida de la problematización que fue instalando el propio equipo. En efecto el espacio de la reunión de equipo constituyó una instancia de elaboración de estrategias organizativas y a la vez de “retraducción/reinterpretación” de los lineamientos, apuntando a una flexibilización que permitiera un mejor alojamiento de la problemática real de los usuarios.

*“Emmm y después, a medida que fue avanzando la pandemia, a medida en en en, en el proceso, en la prueba y el error fuimos pudiendo como abrir un poco más, esto de bueno “¿a quién afecta el Covid?”, “¿cómo afecta el Covid?”, “¿qué hacer con otras problemáticas del barrio que no tienen necesariamente que ver con Covid y que tienen que estar priorizadas también?”*

*“La verdad que eso, dentro de los márgenes que nos deja esa estrategia, fuimos transitándolo con cierta flexibilidad en relación a poder admitir ciertas situaciones” (...) “en relación al mandato bueno, pudimos hacer bastantes cosas, pudimos flexibilizar. Uno podría haber puesto un cartel en la puerta que dice “acá se atiende COVID” más o menos, porque el mandato daba lugar a eso. Como estaba, por lo menos lo que nos llegaba a nosotros, era algo queeee... (silencio) podría haberse interpretado así. No iba a pasar (risas) pero podría haberse, por los contenidos, viste?”*

*“Y después hay organizaciones más propias del Centro de Salud, que sí dependían un poco de cada centro y de alguna forma, con*

*fallas y todo, yo creo que en las reuniones de equipo pudimos ir planteando y fue ajustándose todo el tiempo al contexto y a esto de, como te decía antes, de prueba y error, hay cosas que por ahí planteamos en las reuniones de equipo de hacer y probamos una semana o dos y vemos que no es tan efectivo. Así que en ese sentido creo que la organización se dio, también como se pudo pero siempre se generó la discusión dentro del Centro de Salud como para ir modificando esas cuestiones.”*

Una entrevistada, señala el cambio de funciones y actividades que atravesó a cada integrante del equipo y el sentido de cooperación que lo hizo posible.

*“Hubo un momento por ahí que la articulación con los compañeros médicos fue como distinta porque estaban muy sobrepasados y bueno los que no estábamos atendiendo febriles estábamos bueno haciendo triage o digamos, se... se fueron cambiando ahí las funciones donde me parece que todo el equipo cooperó en pos de brindar lo que en ese momento pensamos que era lo mejor. Pero después también rápidamente, te diría que a mediados del año pasado ehh se volvió a intentar trabajar en la lógica que nosotros creemos y nada abonamos a eso. Eh sí, se sigue trabajando con médicos de cabecera, con equipos de referencia yo creo que eso no ha cambiado la lógica.”*

Una entrevistada, quien rescata el accionar conjunto del equipo, señala no obstante el riesgo de no poder detenerse a pensar sobre lo que se hace.

*“Ehh, lo interesante, si yo use la palabra “conmover”, conmover es “mover con” y creo que el equipo se fue moviendo junto, como podemos, pero sí creo que, más en este año, creo que vuelvo a insistir a mi mirada pudimos más atravesar las emociones que nos atraviesan, acompañarnos más. Pienso también que hay muchas variables para pensar el contexto de pandemia (...) De lo que estoy segura es de eso, que hacer, hacemos. Lo que no podemos es, seguramente, frenar lo sufi-*

*cientemente para decir “¿cómo seguimos? o ¿cómo vamos? o ¿por donde deberíamos ir?” Es, está bien, lo tenemos encima, pero bueno, es interesante.”*

### **La paradoja de lineamientos que no se inscriben como guía**

Una condición particular a señalar es el reconocimiento que hacen los entrevistados de la existencia de lineamientos formulados desde la Dirección de Centros, a veces nombrados como “mandatos” o “directivas” que no pudieron, no obstante, traducirse en la percepción de acompañamiento al equipo, de guía y respaldo.

*“El cómo está operando el equipo yo creo que lo estamos haciendo con muchísimos aciertos y con muchísimos errores. Tuvimos que aprender a trabajar en esta pandemia que fue devastadora en todos los puntos, de la salud y de la vida misma, tuvo mucho de lo económico, de lo social, de las apoyaturas. Eso, como desventaja, un equipo joven que tuvo que aprender a transitar la pandemia, a desarrollar su disciplina en una pandemia... Y que no tuvo eh eh el mejor apoyo o el máximo apoyo de quienes uno espera, que están en cargos superiores, que puedan tener digamos esa capacidad para guiar y acompañar. Mucho queda ligado a los equipos. Es verdad que los equipos son todos distintos, es verdad que los territorios son todos distintos, nosotros no podemos discutir eso porque es una realidad, pero faltó como una guía central y eso a nosotros, los silencios, el no saber si tengo o no tengo que hacer esta práctica, si puedo o no puedo, uno pierde respaldo porque vos decís: si digo que no ¿quién me respalda? y si digo que sí ¿quién me respalda? Entonces, pierde la guía. Yo creo que eso nos faltó. Entonces yo creo que como equipo tuvimos esas cuestiones: un equipo joven, aprender todos que esta pandemia la teníamos que atravesar y después muchas bajadas de lo que se tenía y no se tenía que hacer pero bajadas y después tendría que haber todo un acompañamiento y ahí yo creo que el equipo quedó muy solo...”*

### **Lineamientos específicos de salud mental**

En función de lo recabado en la mayoría de los entrevistados, en relación a los “mandatos” y “lineamientos” respecto de las prácticas que se llevan adelante, con una preponderancia de la perspectiva biológica atravesando las mismas, se exploró también la perspectiva del equipo en torno a posibles lineamientos en Salud Mental que hubieran sido transmitidos desde la gestión central. La primera entrevistada hacía una diferenciación entre los lineamientos vinculados a la atención COVID y lineamientos para la atención en salud mental en el contexto de la pandemia.

*“Lineamientos que, en lo que respecta al Covid estaban bastante organizados, si bien iban cambiando y, lo que respecta a otras cuestiones, como cuestiones de Salud Mental, fue más confuso para nosotros. A veces sentíamos, o yo particularmente sentía que quedaban a criterio mío algunas definiciones, de pacientes, de continuar o no con un paciente.”*

Otro entrevistado expresa de manera más tajante:

*“No, no hubo lineamientos claros en todo lo que sea no COVID (risas), no hubo lineamientos claros en Salud Mental. Siempre quedó como a cuenta de cada equipo o de lo que se podía pero yo creo que este centro particular ya tiene todo un recorrido previo a la pandemia con discusiones ya saldadas incluso que eso permitió que sea de esta manera, que se pueda seguir trabajando de este modo (...) Hubo algunos protocolos de Nación en algún momento, algún acompañamiento que se hizo el año pasado, en el 2020 desde la Dirección de Salud Mental para acompañar a los equipos eh pero después respecto a cómo pensar, qué atender, cómo atender y demás eso fue algo como construcción del equipo, no hubo lineamientos desde la gestión.”*

Otros entrevistados remarcan en la

misma línea que “lo posible” en materia de abordajes de Salud Mental, fue producto de un posicionamiento al interior del equipo:

*“Eeh mirá, me costaría ponerle ese nombre digamos, el nombre de “lineamientos” porque básicamente hay cuestiones de Salud Mental que no se pueden dejar de lado, ni en el marco de la pandemia. Me parece que dentro de este equipo y de este Centro de Salud, eso siempre estuvo claro. Es un Centro de Salud donde hay, se le da mucho lugar a las cuestiones de salud mental. No se si los llamaría lineamientos, pero si “con el norte de que hay cuestiones que no se pueden dejar de lado, no se pueden cortar abruptamente y hay que continuarlas de algún modo”. Y eso es lo que estuvimos haciendo.”*

*“Los principales lineamientos... Emm... Acá este equipo como que, el abordaje interdisciplinario en lo que es la Salud Mental lo tiene muy bien constituido. Creo que, con el equipo para abordar todos los lineamientos de salud mental está más que claro, eeh...”*

Un entrevistado establece una diferenciación entre “lineamientos” y “acompañamiento” por parte de la Dirección de Salud Mental.

*“Respecto a los lineamientos (silencio) yo creo que hay un acompañamiento. En algunas situaciones que nosotros necesitamos acompañamiento, levantamos el teléfono y hay alguien de Salud Mental que está y eso es muy importante y creo que ese acompañamiento es acorde a la la la situación. Pero bueno, hay cuestiones que son más difíciles, los armados de estrategias, cuando hay que laburar con otras instituciones eh, yo no sé, he tenido que hablar con con distintas personas que forman parte del equipo más central de la Dirección, son personas con las que uno se siente apoyado, sabemos que podemos contar, que nos han ayudado mucho. Y creo que ellos también han ido como construyendo formas de acompañamiento que tienen que ver también con la situación de pandemia. Pero, respecto a “lineamientos” capaz que yo me lo pasé de largo porque soy*

*medio despelotado o no participo de todas las reuniones pero no. Me parece que los lineamientos tienen algo que ver más con algo que fue importante al principio de este año por ejemplo que la Dirección, cuando veíamos que se venía esta segunda ola pudo decir “bueno, no estamos, los pacientes, las personas que se atienden en los centros, no están en la misma situación que el año pasado, las atenciones y los procesos de trabajo ya no son postergables como fue en marzo del 2020, no podemos encarar esto de la misma manera”, en ese sentido los compañeros, las compañeras psicólogas, psiquiatras bueno y quienes estén dentro de los equipos interdisciplinariamente abordando los procesos de atención vinculados a problemáticas que tienen que ver con Salud Mental verán cómo ocuparse de eso y del sostenimiento del triage y esas otras cuestiones, habrá que ver cómo pero no con los trabajadores delegando cosas que hoy, perdón... relegando cosas que hoy no son relegables y no son delegables.”*

Otra de las entrevistadas transmite su lectura y cómo se han ido llevando adelante las prácticas, no sin discusiones ni dificultades en el armado de las estrategias:

*“A ver, entiendo que en un comienzo no aparecieron esos lineamientos con mayor claridad. Recuerdo que los compañeros, con los psicólogos, la psiquiatra, hemos discutido bastante los encuadres porque por entonces era establecer la comunicación, el intercambio con el otro de manera virtual porque eso, la idea era..., había estado suspendido, por decirlo de alguna manera. Pero bueno, seguramente había muchas situaciones que requerían darle continuidad, y era de ese modo, virtualmente yyy bueno, fue algo que hemos pensado bastante cómo sostenerlo, por supuesto que tiene que ver con que el otro, ese otro también tenga acceso a un teléfono, a poder comunicarse. Después, por supuesto los reparos, las medidas de protección porque había situaciones que realmente se sostuvieron siempre en el encuentro mas presencial eh.”*

Un entrevistado, sitúa de que modo la pandemia habría afectado el rol profesional de maneras diferentes en función de las especificidades disciplinares.

*“Creo que a los enfermeros no nos cuestan tanto los cambios, nos adaptamos más rápidamente a los cambios, en estos procesos. Creo que a los que más les costó fueron a las otras especificidades. A la parte social o a la parte de Salud Mental le costó adaptarse a este cambio más biológica, que es lo que hizo esto.”*

Un entrevistado, manifiesta la importancia que hubiera tenido contar con ciertos lineamientos desde la Dirección de Salud Mental vinculados específicamente al sostenimiento de ciertos dispositivos de trabajo con pacientes de salud mental.

*“Desde la Dirección de Salud Mental se debería haber fomentado que se trabajara en las instituciones desde Salud Mental escuchando un poco lo que las instituciones del barrio, los comedores, merenderos, las escuelas, las iglesias, las vecinales tenían para decir y no desde, no tienen que ver con la atención de consultorio de determinada patología o situación subjetiva, privada de un paciente. No, eso no se podía sostener o al menos no se podía sostener en todos los casos.” (...)* *“Pero siempre es desde la creatividad y flexibilidad de los equipos. Se supone que hay mentes que están en otros espacios, otros hemisferios, más tranquilos donde tienen que poder pensar otras cosas. El equipo piensa pero también es difícil pensar porque estás cabalgando mientras atendés lo cotidiano, es difícil sentarse a pensar entonces sí, siento que se quedaron bastantes solos. Siento que no hubo, desde la Dirección, digo así como se bajó que se iban a atender pacientes de tal franja a tal franja porque no podemos descuidar esto, que se iba a vacunar a niño de 0 día de vida hasta los 2 años garantizando sí o sí. Así como se bajó eso, yo creo que hubiera sido muy importante que se piense, que desde la dirección de Salud Mental se hubiera trabajado fuertemente al menos en*

*contener los espacios de encuentro, dispositivos de Arte 20, El puente, hay un montón de dispositivos así. Al menos eso, cómo acompañar a los trabajadores para que esos espacios se abran porque también llevamos años tratando de romper con las prácticas de encierro en salud mental y... ¿le digo a toda la gente que se vaya y se queden encerrados en sus casas? Yo la verdad que no entiendo.”*

Otro de los entrevistados lo pone de manifiesto a modo de deseo:

*“A mí me hubiera gustado, en todo este tiempo, poder participar más de alguna perspectiva de abordaje que tenga que ver con un trabajo más de perspectiva comunitaria.”*

Una trabajadora que se había incorporado recientemente al equipo relata la experiencia -quizás más extrema pero gráfica- del lugar que viene teniendo la Salud Mental en el contexto de pandemia, a partir de su experiencia de trabajo previa en otro Centro de Salud:

*“Un área que estuvo desplazada durante la pandemia, sentí... Como que los chicos estaban abocados a... viste, eramos los médicos haciendo lo nuestro y el resto tratando de reorganizarse haciendo cualquier cosa digamos, lo que se necesite y creo que fue uno de los espacios que estuvo desplazado. Incluso en el Centro de Salud X desapareció el consultorio de psicología porque se lo necesitaba para farmacia, para poder dividir lo febril de lo no febril y lo respiratorio, que se yo..., se necesitó ese consultorio para trasladar algo. Desapareció, se desmanteló el consultorio de Salud Mental.” (...)* *Las chicas -se refiere a las psicólogas de ese Centro- sí, trataron, obviamente la gente lo seguía necesitando, encontraron un espacio donde poder hablar por teléfono con los pacientes, que incluso era afuera, era en el CCB y desde ahí intentaron hacer lo que podían a partir de la demanda de la gente. El que ya estaba desbordado y terminaba llamando. Pero para mí es lo que más se dejó de lado por así decir, o se intentaba decir “no bueno, eso por ahí no es urgente”.*

## Las demandas poblacionales

En relación a las percepciones del propio equipo acerca de las problemáticas por las que demanda la población, en varios casos se hace referencia a consultas biomédicas ligadas prioritariamente a la cuestión Covid - No Covid, pero resulta interesante el registro del equipo de la mediatización del miedo en estas consultas.

*"Ah, lo que más llega sigue siendo eso eh, gente preocupada por si tiene covid, no tiene covid, sigue siendo eso. A principio de año llegaba muchísimo la gente con esta cuestión de la demanda de los controles de salud para los niños, por la escuela y ahí sí se fue mucha gente enojada y había que explicarle viste, estee.. Lo que más llega al centro de salud me parece que tiene que ver con eso."*

*"Modificaciones en la demanda sí, pero bueno por esta cuestión de que la población en general sabe cuáles son los síntomas de Covid y bueno el propio miedo de padecer el Covid hace que se acerquen con un síntoma que capaz que en otro momento ni se acercaban al centro de salud o se tomaban un paracetamol."*

*"Creo que lo que más predomina en este momento es la cuestión más biológica, más sintomática, estemmm yyy, más sintomático covid me refiero, eso es lo que está demandando. Y lo que empieza a aparecer ahora como demanda es el control del paciente crónico."*

Por su parte, otros entrevistados dan cuenta de las demandas ligadas a las diversas pérdidas generadas por el COVID.

*"Yo lo que estoy por lo menos viendo más en el consultorio son cuestiones ligadas como te decía a lo post traumático o duelos complejos en relación a pérdidas de familiares con Covid ehh, mucho trastorno de ansiedad y algunos cuadros también depresivos sobre todo por las pérdidas, en lo laboral, en lo vincular."*

*"Y en relación más particularmente a Salud Mental, sí estoy viendo mucho personas con alguna cuestión de ansiedad, algún trastorno de ansiedad que antes no tenía, sintomática digamos queee, bueno la podríamos enmarcar como en un rasgo un poco generado también por esta pandemia ¿no? Por eso vuelvo a lo que te dije en la primera pregunta digamos, pensar si las consecuencias de la pandemia son solo físicas o qué consecuencias más subjetivas tiene esta pandemia y cómo acompañar eso."*

Una problemática particular, efecto de la pandemia, es señalada en relación a la población de niños y adolescentes y vinculada a la situación de aislamiento

*"Ahora, ya casi post pandemia te diría hay un aumento en el padecimiento como general digamos, están los pacientes que ya eran crónicos y ya venían atravesando algún proceso de atención y mucho padecimiento nuevo queee para mi tiene que ver con la pandemia en sí, no se si con la pandemia o con el aislamiento, todo lo que fue eso. También en los adolescentes ¿no? como mucho desamparo de ese grupo etario con gran padecimiento en el cuerpo, una gravedad de cuestiones autolesivas, como con necesidad de un espacio de contención por fuera de lo que puede ofrecer el Centro de Salud..."*

*"Después respecto a salud mental, el año pasado a mi me llamó mucho la atención que hubo concatenadas algunas situaciones de abuso, que nos llegaron estee bastante juntitas todas, que creo que eso tuvo que ver con esa cuestión endogámica del encerrarnos, la cuestión del encierro en la casa. Y ahora lo que está llegando, algunos pacientes que están llegando vía instituciones eh? A través del Agudo Avila, ayer llamaron del Alberdi, ehhh pacientes más como con cuestiones más disruptivas, ruptura del lazo, quizás más problemáticas vinculadas con la psicosis ... o bueno habrá que ver si ese diagnóstico lo digo así como para que vos te ubiques mas o menos, que a lo mejor que llegan, que pasan por una guardia, con delirios o con alguna*

*cuestión así. Eso ha llegado. También llegan llegan llegan, han llegado algunos pacientes desde La Estación.”*

Otros entrevistados plantean la situación de todas las otras formas de padecimiento que no están llegando al Centro de Salud, problematizando la priorización biológica de la condición Covid que llevaría a no poder escuchar otros problemas relevantes de la población.

*“Hoy lo que más llegan son las cuestiones biológicas. El paciente que se siente mal, porque tiene un dolor, tiene una descompensación de su diabetes, de su presión arterial, porque se tiene que hacer un laboratorio, porque sabe que es diabético y todo los años se hacía entonces viene, digamos llega lo biológico. Lo biológico llega, abre la puerta, entra. Ya sea porque tiene síntomas que tiene que ver con el coronavirus u otra cosa, pero eso llega. Creo que lo que no llega, fuertemente es esto que te venía diciendo, estas otras cuestiones del padecimiento, no llegan ehh creo que la gente sabe que en estos momentos no se está pudiendo escuchar eso y por eso no vienen. No quiere decir que no quieran venir. Porque saben que el lugar está y siempre estuvimos en ese sentido pero es como que hoy, el centro de salud no puede. Hay pacientes que llegan y te dicen “no te quiero venir a molestar porque se que ustedes con todo esto están con mucho lío” yyy entonces ahí vos te das cuenta que quiere, que sabe que el espacio de contención sigue, pero como que la misma comunidad dice “en este momento no vayamos al centro de salud a demandar esto porque no están pudiendo”. Ahí hay un reconocimiento también. Te choca eso porque saben que pueden contar con vos pero no se acercan porque no te quieren molestar, o sienten que no es momento entonces a veces uno se pregunta, del 1 al 10 ¿qué es lo importante? Pero está mucho esto de que si no es algo biológico ahora no voy a molestar yyy eso a mi, como trabajador de la salud me impacta y me duele. Hay un padecimiento que no estamos escuchando.”*

*“Toda esas demandas hace un año que*

*no llegan pero se ven, se ven en angustias, se ven a lo mejor en una consulta donde ese paciente que antes venía con la excusa de tomarse la presión podía abrir un montón de cosas y hoy te las abre cuando se viene a poner su primera dosis o segunda dosis contra el Coronavirus. Entonces vos decis, todo eso, todo eso rico no llega, toda esas sensaciones, yo a veces digo que “uno escucha mucho acá” y a veces es difícil porque vos escuchas y puedes hacer y a veces hay cosas que escuchas y sinceramente sería mejor no escucharlas porque no puedes hacer nada con eso porque no es de tu campo, no es del campo de la salud. Entonces, todo eso no se está escuchando pero ni siquiera lo del campo de la salud, me entendes? Entonces vos decis, todos esos atravesamientos que están pasando en esa casa, porque no es sólo lo biológico digo, hay padecimiento ahí. Y uno no lo está escuchando. Y la pandemia nos trajo eso.”*

Otro entrevistado también en ese sentido se interroga respecto al posicionamiento del propio equipo como posible factor que desalentaría ciertos modos de demanda:

*“No está siendo como siempre laa la demanda esteem, la demanda espontánea. Hay mucha gente que ha ubicado que éste no es un momento para demandar en relación a su atención, en salud mental por lo menos. Yo no sé si hay problemas que no están, yo creo que sí pero me preocupa también si nosotros no estaremos dando un mensaje de que no es tiempo para eso.”*

Un entrevistado hace referencia expresamente a la observación de cierto “retroceso” en pacientes de Salud Mental.

*“...por ahí en este contexto hace que la pandemia al no permitir la grupalidad, al no permitir el trabajo como se tendría que dar con los pacientes de salud mental creo que hace que nosotros entremos por ahí un poco en crisis con eso porque estamos viendo que hay un retroceso en todo lo que se había logrado en la mayoría de la población que se atiende acá en el centro de salud. Lo dicen*

*algunos de los compañeros, que ven que por ahí los chicos que venían al espacio del Arte 20 como que ven algunos retrocesos en algunos, en algunas cuestiones entonces creo que eeh, eso hace que por ahí estemmm por ahí nosotros tengamos que armar a ver qué es lo que podemos hacer para ver cómo podemos trabajar.”*

### **Articulación interinstitucional**

En función de la mención que hacen distintos entrevistados a la existencia de demandas complejas que exceden al sector Salud, se ahondó en la articulación con otros sectores/espacios institucionales. Diversos entrevistados planteaban una lectura crítica de la retracción en pleno momento pandémico de diversas instituciones del estado en los territorios.

*“Y la verdad que la posibilidad de laburar interinstitucionalmente mirá, la verdad que lo que tengo para decir es que en algún momento fueron mejores, en otros no pero creo que siempre fueron más fuertes las instituciones que no pertenecen al Estado que las que sí. O sea, ver en plena pandemia cómo se desmorona un CCB en uno de los territorios más duros de la ciudad que pertenece al Estado es como un Estado que agarra, cierra el bolso y se va, es como el capitán del barco que se sube al gomón y deja que el barco se hunda. Sí claro, estuvimos nosotros, no digo que no, está Salud que también corresponde al Estado, pero no somos la única pata del Estado entonces yo sinceramente ver cómo esos espacios se decontruían así, caían tipo torre y vos decís ¿en el momento más álgido y de mayor necesidad de la población! Siento que se han desmoronado las redes de las propias instituciones de Salud. Nosotros hablamos de trabajar en red, trabajar en red, trabajar en red. Yo a veces digo “la red que te enreda” porque siento fuertemente como se ha desmoronado ese Centro de desarrollo en el peor periodo, en el que más activo yo creo que tendrían que haber estado todos los CCB del municipio pero preguntémonos qué nos pasa a nosotros con la red de Salud Pública cuando entre las mismas instituciones*

*de salud hay desconexión porque perdimos contactos con los hospitales. Tenemos un hospital a 7 cuadras y no tenemos una conexión. Nos desencontramos. Entonces, si uno salía a buscar a la escuela, la encontraba, si uno salía a buscar al comedor en el barrio lo encontraba pero a los otros no. Y eso choca...*

Otra de las entrevistadas señala de manera tajante:

*“Otras instituciones directamente desaparecieron durante la pandemia. Creo que Niñez y la parte de adolescencia fueron las partes que más desaparecieron en pandemia, con qué excusa no sé porque éramos trabajadores todos del mismo lugar.. del barrio...”*

Y otra de sus compañeras refuerza, dejando entrever cierta preocupación respecto de la suspensión de políticas dirigidas a niños y jóvenes.

*“Lo colectivo se sostiene pero de manera diferente, vamos a decir. Para mí, el campo de la infancia, de las juventudes, no. Yo te diría, a mi mirada, no circulan niños en el centro de salud. Los jóvenes, cuando salimos, no los veo mucho. Continúo trabajando con algunos de ellos pero en el marco de una situación puntual, pero bueno eso también tiene que ver con la articulación con otros actores. Vuelvo a insistir, varios dispositivos, varias políticas más que dispositivos, quedan suspendidos.”*

Un entrevistado señala la necesidad de leer la cuestión de la articulación interinstitucional en una línea de tiempo, debido a las diferentes características que habría tenido en diferentes momentos de la pandemia.

*“Eso habría que dividirlo temporalmente. Hubo momentos donde no, donde eso no fue posible donde incluso todas las otras instituciones del Estado han estado cerradas sean escuelas, Niñez, clubes, centros de día, todo eso no estaba y quedó ahí Salud como único eslabón abierto en el territorio. Pero luego, con la apertura, por eso hay que poder ver en qué momento, cuando todo eso empezó*

*a abrir que se yo, ahora se sigue articulando intersectorial e interinstitucionalmente.”*

*“Por supuesto, el poder trabajar con otros también se vio afectado. Vuelvo a*

*insistir, disposiciones más generales pero sobre todo el año pasado hubo un retraimiento de varias áreas del Estado, eso también conmovió la práctica un poco, que hace a la especificidad de Trabajo Social, siguen, permanecen cerrados en el distrito sur el registro civil por ejemplo, imagínate que para aquellas personas que no tengan DNI que hace a la interdependencia de derechos para otros derechos bueno, se arma una cadena ahí que obstaculiza bastante.”*

En esa misma línea, uno de los entrevistados señalaba la concentración en el Centro de Salud de un espectro de demandas que exceden al sector, pero que por la condición de cercanía se dirigen allí.

*“Yo un montón de veces siento que no tengo las herramientas; vienen y te plantean, que se yo, ayer por ejemplo, que el hijo está preso y necesita algo del DNI... yo que te puedo ayudar? Si yo estudié medicina. A ver sé que acá hay una red y tenemos un equipo y nos podemos consultar pero llega un punto... o ponele lo de la vacunación, “no que mi número, que no se pueden inscribir a la página porque su DNI...”. Yo no sé que se hace con el DNI, como cosas muy administrativas o que la falta de alimento, la falta de ropa... que entiendo que hay otras entidades del Estado que lo tienen que resolver y que Salud, o al menos los centros de salud, son la imagen del Estado que más cerca está del barrio y más accesible entonces recae todo acá.”*

Aun al interior del sector salud, la necesidad de contar con “otros”, sin que esté asegurada esa presencia obstaculizaría las posibilidades de respuesta desde el Centro de Salud.

*“Yo ayer justamente lo discutía en la reunión de distrito emmm porque nosotros no podemos pensar sin otros, no nos podemos pensar cómo podríamos ir haciendo*

*una apertura porque nosotros necesitamos del soporte de otros, justamente somos una red entonces yo no puedo ir pensando cómo podemos ir organizándonos en el centro de salud para ver pacientes crónicos, para tener un poco más de apertura si yo no voy a poder conseguir un turno en el segundo nivel. No me puedo pensar sin los otros. Me refiero al segundo nivel y todo lo que sea equipo soporte. Yo no puedo, cuando tenemos restringidos en estos momentos los laboratorios solamente para urgencias, no tenemos para conseguir un turno para ecografía porque solamente se están priorizando las urgencias y en eso, justamente yo ayer lo decía y lo digo siempre, no puedo pensarme en... no podemos pensarnos nosotros como equipo individual, porque si tenemos una apertura vamos a necesitar de otros. Creo que el ir pensándonos más adelante como un espacio más abierto, yyy tenemos que ser todos. Yo no me puedo nunca pensar sin un otro. Y no me refiero solo al hospital, me refiero también al CCB y a todos los otros lugares con los cuales uno trabaja habitualmente que justamente hacen que sea más enriquecedor todo el trabajo.”*

### **Efectos en el equipo del trabajo en pandemia**

Los sentimientos de temor e incertidumbre fueron imperantes en el equipo, sobre todo, en los primeros tiempos de la pandemia.

*“Creo que en un comienzo, frente a lo desconocido, imperaba un espíritu más... Nadie dudó en este equipo de llevar adelante los procesos de atención que se requerían eh. Las sensaciones a mi mirada es eso, al principio con mucha animosidad y después, me da la impresión de que empiezan a aparecer más fuertemente los temores, los miedos, el cansancio, mucha presión, la sumatoria de muchas actividades.”*

*“Al principio creo que la incertidumbre. Creo que la mayor y peor parte fue el año pasado donde creo que la incertidumbre fue lo que generó mucho temor en todos. Creo que esa incertidumbre de no saber qué es lo que va a pasar, como podría llegar todo acá,*

*creo que nos generó mucho... La incertidumbre fue."*

Algunos miembros del equipo, hacen referencia a una preocupación inicial acerca del cómo llevar adelante algunos abordajes de pacientes vulnerables.

*"En un primer momento nos preocupamos mucho por cómo íbamos a darle continuidad a algunos procesos de atención de algunos pacientes que nosotros reconocemos como con cierta vulnerabilidad que no nos parecía un momento para interrumpir el trabajo con con ellos."*

También refiere, al comienzo, momentos de "tensión" por el hecho de correr los mismos riesgos que el resto de la población:

*"Bueno como que fue todo un primer momento de mucha tensión también, porque bueno todo lo que nos implicaba también una cosa ya bastante dicha pero a nosotros también ser parte de la problemática que se estaba atravesando digamos, de la pandemia, entonces estar atravesados por la misma situación que uno debería asistir, que deberíamos asistir es una particularidad que no en todas las situaciones de desastres o catástrofes se da, eh?"*

Otra de las entrevistadas porta hace referencia a un "cansancio generalizado" en el equipo explicando el porqué del mismo.

*"Cansancio" me parece que es una palabra que se escucha mucho por los pasillos del Centro de Salud (risas), en las reuniones también, que tienen que ver con... bueno, ya un año y medio de pandemia, un agotamiento por parte de los médicos, por parte nuestra por estar en diferentes funciones, con toma de decisiones que que que, relativas a salud mental, uno siente que queda a cuenta de uno, si bien obviamente hay otro acompañamiento por parte del equipo, eehh... digamos no hay lineamientos, a mi criterio tan claros, eehh entonces bueno, hay, hay como un cansancio generalizado que me parece que es*

*lógico en esta situación, en este marco."*

Uno de los entrevistados refiere una percepción de "confusión permanente" respecto al modo cotidiano en que había que llevar adelante la labor y el impacto que eso pudo tener en los trabajadores:

*"Mirá te soy muy claro respecto a mi sensación: en los nuevos modos de trabajo, no sentí que hubiera claridad entonces yo venía todos los días a trabajar y no sabía qué era lo que tenía que hacer. Y eso a mi me impactó no solo respecto a mi función sino a mi sentido de utilidad y mis ganas o no de venir, entendés? Porque venir a trabajar sin saber lo que tenés que hacer y que todos los días te lo modifiquen, hay una falta de planeamiento. Entiendo que las pandemias son dinámicas, sí eso es así pero algunos lineamientos tienen que ser claros así como el de la vacunación, hay otros que también tienen que ser claros. Yo, entonces mi sensación es la de confusión permanente. No sé, cuando llego, con qué me encuentro y qué me van a pedir y creo que en el equipo también hay gran parte de eso y hay como un desasosiego bastante importante porque al margen de venir a trabajar y no saber qué es lo que tenés que hacer, hay también una cuestión que tiene que ver con la falta de reconocimiento a lo que después vos hacés."*

Una de las entrevistadas hace referencia a la percepción de soledad del equipo.

*"En este equipo y en los otros en los que yo estoy también, aparece como esta sensación como de soledad, incluso como una cosa que podría ser interpretada más como autogestiva pero que no lo era, que quedaba a cuenta del equipo."*

Un entrevistado reflexiona particularmente respecto del impacto que habría tenido el desdibujamiento del rol profesional, sobre todo en disciplinas no médicas.

*"Hay un sentido de yo le digo "el sentido de la inutilidad" porque si yo hubiese sido fo-*

noaudiólogo y durante un año y medio me dicen que no atienda pacientes ¿qué hago acá? Digo porque a ver, impacta ¿y mi utilidad? ¿para qué estoy? ¡Cómo han desdibujado mi disciplina! ¡Yo tengo un rol acá!" (...)

*Digo me parece como que ahí está el sentido, como que muchos compañeros bollaron y se sintieron desdibujados y yo creo que desde ahí habría que haber hecho más hincapié. Si bien esos compañeros acompañaban en el triage o acompañaban en algún espacio de contención de la sala de espera... Pero bueno había una disciplina, un algo de porqué estoy acá, que no tenía solo que ver con ponerme en la puerta y ver quien viene y quien no viene, digo hay toda una preparación, no?"*

El equipo del Centro de Salud en estudio, atravesó en el transcurso de la pandemia por un cambio de jefatura. En tal sentido, en el relato de varios entrevistados se puede leer este cambio como un efecto de la sobrecarga de actividades del período pandémico, y un intento de resistencia del equipo frente a modos de gestión local percibidos como "mandatos" antes que como construcciones producto del acuerdo colectivo del equipo.

*"Yo hablaba de resistencia en un marco de estemm de que no aparecían descansos y pausas, sino de hacer más actividades de las que se venían haciendo. Esas sensaciones, que no son sensaciones, son efectos de muchas acciones, implicaron un cambio de gestión para este equipo, a mi mirada, justamente ese cambio de gestión permite, permitió expresar otras emociones ehh."*

*"Bueno todo esto costó momentos de mucha crisis digamos, llevó a un cambio de jefatura eh. Parece que más allá de los errores personales que pueda haber cometido la jefa anterior que la llevaron a quedar como enfrentada con algunos compañeros, con unos cuantos, me parece que ahí quedó encarnando eso que te decía, los mandatos, las cuestiones que "hay que hacer" eh y transitar todo eso fue costoso y generó muchos malestares y enojo esteee creo que hubo una cuota de*

*de de errores y posicionamientos y otra cuota que era intrínseca a la situación misma, ehhh yo veo que esos malestares están pero están más acallados quizás eh."*

### **El elixir de la vacunación**

La llegada de la vacuna contra el COVID y la implementación de la campaña de vacunación en los centros de salud, constituye una bisagra, no solo en términos del cuidado de la población sino también, en el apuntalamiento subjetivo de los equipos mediado por la recuperación del sentido del trabajo.

*"Eso trajo un aire de esperanza, por decirlo de alguna manera."*

*"Con la llegada de las vacunas pasó también algo re re interesante que, primero hubo como bastante resistencia porque, con esa sensación de que "¡siempre una función nueva APS!" "¿cómo nos vamos a organizar?" "¿y qué vamos a hacer?" "¡hay que seguir sosteniendo cosas!" y después cuando empezó el proceso de vacunación, que fue muy ehh también abrupto como empezamos, y a mi criterio también desorganizado, eemm pero bueno, le pudimos como encontrar la vuelta a eso, organizándolo de la mejor manera posible."*

*"Ahí apareció digamos también una sensación linda, de esperanza, de la felicidad de la gente cuando se vacuna, del sentido del porqué uno está acá, de poder conocer la población y priorizar también en base a nuestro conocimiento y darle la accesibilidad de la vacuna a gente que, de otra forma no la tiene, entonces si bien empezó (risas) como con cierta resistencia, terminó siendo algo que le dió mucho respiro al centro de salud pero en ese sentido, de volver a bueno, valga la redundancia, dando sentido a la práctica y entender el porqué estamos acá también."*

### **El vínculo con la población**

Varios entrevistados hicieron referencia a la historia vincular previa que tiene el centro de salud con la pobla-

ción a cargo, como una variable determinante a la hora de trabajar y atravesar el tiempo de la pandemia.

*"Y respecto del vínculo del Centro de Salud con la comunidad, un poco como te decía antes, creo que fue emmm a ver, en relación a, ya estaba construido previamente. El Centro de Salud tenía buen vínculo con la comunidad pre pandemia entonces eso también posibilitó todo lo que se hizo en pandemia, incluso esto del principio: el whatsapp, las llamadas telefónicas. Era gente que ya estaba previamente comunicada con el Centro de Salud."*

*"Para mí fue clave eso. Fue clave porque por suerte, a pesar de algunos encontronazos que hemos tenido con algunos pacientes (risas), yo creo que el vínculo que hemos tenido con la población es muy bueno, es muy fluido yyy eeh digamos, es un lugar que yo siento que la población puede confiar y recaer."*

*"Yo creo que el vínculo lo generaron antes de la pandemia entonces, que eso es lo bueno que hizo que no estallen los centros de salud, que no tengamos situaciones de violencia en la puerta porque vienen a solicitar algo, que se pueda escuchar" (...) Hay muy buen vínculo con la población, yo eso lo veo porque si no, yo creo que ya hubiésemos tenido muchas situaciones de violencia, en la puerta, y digamos acá la gente está permeable a escuchar."*

Otros enfatizan en el reconocimiento de la comunidad hacia el Centro de Salud como un lugar de confianza que, en algún punto, permitió que algunas medidas sean posibles:

*"Yo creo que hay un reconocimiento de muchas de las personas que vienen a atenderse de que bueno, este es un lugar a donde hay cierta escucha, hay permeabilidad como para poder plantear un problema, para ser atendido, para ingresar digamos y todo eso va constituyendo un plafond viste? Queee construye cierta confianza, entonces si hay un lugar de confianza no es lo mismo decirle a alguien "mirá no, ahora no te vamos a*

*poder atender porque estamos priorizando la atención de los pacientes covid, tu médico no está atendiendo en el consultorio está acá con los pacientes febriles, para esto hay que esperar un poco más" y muy probablemente, supongo yo, muchas de las personas que reciben esa respuesta no se van pensando "ay, estos hijos de puta que no me quieren atender!", habrá quien sí digo, pero este pero hay una construcción previa ahí, un vínculo, un lazo de confianza, esa no es la respuesta siempre, es la respuesta en pandemia."*

*"La comunidad creo que fue acompañando y entendiendo y agradeciendo"*

*"Me parece que siempre hubo un buen diálogo con el territorio. La población en general está agradecida también por el trabajo"*

*"Hay muchas muestras de afecto de parte de los pacientes, incluso no sé si viste el cartel que pusieron adelante agradeciendo."*

El reconocimiento al que se hacía referencia no excluye, no obstante algunas situaciones de malestar atribuibles entre otras cosas, al malestar poblacional frente a la multiplicidad de avatares que tuvieron que atravesar durante el período de pandemia (desde diferentes tipos de pérdidas hasta restricciones en la atención de salud, por nombrar solo algunas)

*"Creo que nosotros estamos muy cansados y la gente está como explotada por todas las otras cosas que le pasaron por la pandemia, entonces creo que no se, es lo que yo siento, estamos llegando como a un momento de tensión de que nosotros no damos más porque estamos cansados de trabajar así y la gente que viene no solo a buscar una respuesta en salud, es en cualquier otra cosa que nosotros a veces no podemos resolver y quieren la respuesta ya y para mi eso genera como un malestar. Para la gente hoy en día cualquier cosa es urgente y no importa el criterio médico, ellos vienen y quieren recibir la atención y si no la tienen se enojan."*

Otra de las trabajadoras expresa:

*“Si bien en la puerta siempre se amontona un montón de gente y siempre hay alguien que va a confrontar porque no le sale un turno o viene con algún problema y estalla contra nosotros, creo que siempre viii..., nunca vi una mala respuesta del equipo a la gente o siempre se intenta resolver. Siento que es un Centro que abre mucho las puertas, o sea nadie se va a ir sin, con un no digamos o sin haber sido escuchado.”*

## REFLEXIONES FINALES

En función del relato de los entrevistados pudo entreverse el predominio de un sesgo biomédico como sustento de la reorganización de los abordajes que se llevaron adelante desde el Centro de Salud. Así, desde la perspectiva del equipo de salud y a punto de partida de los lineamientos impulsados desde el nivel central, se puso en juego fuertemente la priorización de la dimensión orgánica, pero incluso de un modo restrictivo aún en esa perspectiva, porque consistía fundamentalmente en acciones tendientes a diferenciar COVID de no COVID como clave para acceder a la atención, quedando postergados o minimizados otros muchos abordajes de problemas médicos de suma importancia. Decisión no sin consecuencias que podría verse reflejada en cuadros agravados por el impedimento de acceder a estudios y atenciones tempranas.

Aquí, el “triage”, actor tan fundamental como polémico en este contexto, aparece encarnando esta reconfiguración de las prácticas a partir de cómo se dispone el Centro de Salud para “discernir lo febril y respiratorio, de lo no” y dentro de eso “lo que hay (o se puede) atender”. Éste vendría a introducir los más diversos registros en los trabajadores porque “rompe con la libre circulación como lógica de un Centro de Salud” e instaura la impresión de “poner en tensión construcciones de años en lo que es APS”. ¿Qué lu-

gar entonces, en este contexto, para el “modelo de atención” que define y distingue al sistema de salud a partir de la apuesta que se hace en relación a los valores que determinan y orientan qué tipo de acciones y servicios se lleven a cabo, como ser la accesibilidad?

Podemos pensar quizás, que el trabajo previo permite a los equipos descansar en el lazo de confianza construido producto de la proximidad, el cual permite atravesar este contexto entendiendo que el “distanciamiento” o el pedido de “quedarse en casa” no implica lejanía y que la cercanía, tan importante en estos tiempos, no depende de lo físico.

Así, empieza a aparecer la diferenciación entre “directivas” o “mandatos más centrales” (con la dificultad que ha implicado, por momentos, poder acatarlos) y modos de organización que surgen al interior del equipo. Con estos, también empiezan a entrar en juego el impacto y la preocupación por parte del equipo en torno a aquellas situaciones a las que no se les puede dar el seguimiento que ameritan, por estar abocados al Covid. Todo esto, no sin resistencias por parte de los miembros del equipo a la sumatoria de cada vez más actividades (además hay quienes leen esa sumatoria como causal de crisis del equipo, llevando incluso al cambio de jefatura).

Avanzada la pandemia, se vuelven posibles algunas “aperturas” y surge la posibilidad de flexibilizar un poco los mandatos de la mano de la introducción de interrogantes que van más allá de las consecuencias biológicas de la pandemia. En ese punto, aparecen como pilar fundamental las reuniones de equipo, el repensar estrategias juntos, lo “aceitado” de algunos engranajes y la disposición a trabajar con el otro. De este modo, “lo posible” en el trabajo es a partir de la disposición, flexibilización y puesta en juego del equipo como estrategia para superar

la sensación de “soledad”, de “falta de guía”, los “silencios”... Sin duda, los lazos de cooperación y coordinación en el equipo han sido claves para el enfrentamiento de la pandemia, pero ¿a qué costo? Ambas cuestiones parecen replicarse cuando se consulta por los lineamientos en Salud Mental: “definiciones que quedan a criterio de uno o del equipo” y la certeza de que el modo en que se abordaron muchas situaciones se apoya en “discusiones ya saldadas” (al interior del equipo) respecto a cómo entienden que es relevante trabajar, respondiendo a la lógica que el equipo abona y busca sostener. No obstante ello, algunos entrevistados señalaron expresamente que a “los psicólogos” o a “la parte más social” les costó más adaptarse a los cambios o “entraron en crisis”. Algunos incluso, leen estos abordajes como “lo desplazable” o “no urgente”.

En particular, desde la Dirección de Salud Mental, tal como se recabó de distintos documentos de gestión se implementaron diversos dispositivos orientados al acompañamiento de equipos y usuarios: el Dispositivo de acompañamiento a trabajadores esenciales de toda la red, el Dispositivo de acompañamiento a usuarios con diagnóstico de COVID-19, el de acompañamiento en salud mental en el 107 y el de supervisiones clínicas; el sostenimiento y fortalecimiento del Dispositivo de acompañamiento terapéutico tanto en lo ambulatorio como en internaciones, como así también la ronda de contactos con equipos del primer nivel de atención y de hospitales a los fines de evaluar necesidades y dificultades de cada uno. Pese a ello, pareciera haber una escasa o hasta nula apropiación por parte de los equipos de esta oferta percibiendo, por el contrario, haber resuelto en total soledad los modos de organización del trabajo.

En lo que respecta a la pregunta por las demandas de la población, los en-

trevistados unánimemente refirieron demandas ligadas al Covid, consultas por cuestiones respiratorias o febriles. No obstante se interrogan acerca de si la ausencia de otras demandas, ligadas quizás al padecimiento sociosubjetivo, podría tener que ver con mensajes equívocos que el equipo podría estar enviando, a partir de su excesivo centramiento en el COVID. Abonaría esa hipótesis, el reconocimiento de la emergencia en el consultorio de cuestiones de ansiedad, otras ligadas a ciertos traumas o duelos, y problemas que los profesionales consideran que estarían directamente ligados a las disposiciones del aislamiento, o a las numerosas y diversas pérdidas ocurridas en muchas familias en este último año y medio.

En este contexto, una cuestión troncal que ameritaría reflexión remite a pensar de qué manera, la ausencia de otras instituciones, el retraimiento de otras áreas del Estado, la dificultad de articular con otros actores territoriales e incluso la desconexión al interior de la misma Red de Salud ha generado un nivel de malestar y sobrecarga en el equipo, que hizo obstáculo para abordar y aun escuchar determinadas situaciones de padecimiento.

Si como se plantea en Misión ¿imposible? de la Dirección de Atención Primaria entendemos que trabajar en Salud significa trabajar para incluir, para construir ciudadanía y defender la conciencia del derecho a la salud, a la vez que vigilar las condiciones para el ejercicio efectivo del mismo, incluso en este contexto, vemos que es una tarea que se torna imposible sin otros; sin una construcción conjunta de trabajadores de la salud que se asuman como protagonistas y otros actores de la comunidad. Esto solo es posible a partir de comprometer a toda la red de servicios en la adecuación de los procesos de trabajo, como parte de una responsabilidad pública común y

compartida.

A modo de cierre, por último pero no menos importante, sino que por el contrario se impone como el “factor clave”: todo parecería indicar que, mucho de “lo posible” en este año y medio radica en el vínculo previamente construido del equipo con la comunidad y el reconocimiento mutuo; siendo éste producto, efecto y pilar fundamental de una política y línea de trabajo sostenida desde hace treinta años desde la Secretaría de Salud, que permitieron que se establezcan lazos de confianza que, en momentos como los que estamos atravesando, hacen la diferencia en las posibilidades de intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS (2020) Los servicios de Salud Mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
2. Gobierno Nacional Argentino. Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020. Disponible en: <https://www.defensorba.org.ar/contenido/estas-son-todas-las-medidas-que-tomo-el-gobierno-nacional-por-el-coronavirus>
3. Telam digital (2020) APBA y la facultad de psicología de la UBA piden que declaren “esencial” a la actividad de psicólogos. Disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202006/480675-apba-y-facultad-de-psicologia-de-la-uba-piden-que-declaren-esencial-a-la-actividad-de-psicologos.html>
4. Aparicio D. (24-06-2020) Psicólogos argentinos piden ser declarados esenciales durante la pandemia. Psyciencia. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/buenos-aires-los-psicologos-piden-ser-declarados-esenciales-durante-la-pandemia/>
5. Ministerio de Salud Argentina (2020) Salud Mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Plan de acción. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/plan-smaps-eyd-2020-13-1.pdf>
6. Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. 2 de diciembre de 2010. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Argentina. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>
7. Amarante, P. (2009). Superar el manicomio. Salud mental y Atención psicosocial. Capítulo 2: Una institución para los locos, enfermos y sanos. Buenos Aires: Topía.
8. Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós.
9. De Sousa Campos, Gastao. W. (2001). Gestión en Salud. En defensa de la vida. Capítulo: La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. Buenos Aires: Lugar Editorial.
10. Secretaría de Salud Pública Municipio de Rosario (2004) Proyecto de Adscripción de ciudadanos al Sistema de Salud Pública Municipal a través de Equipos de Referencia. Documento de gestión. SSP.

# MALESTAR EN LOS PROCESOS DE TRABAJO DE UN EQUIPO DE CENTRO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN ROSARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS Y LOS TRABAJADORES

Lucila Majersky<sup>1</sup>

---

## RESUMEN

El interés de esta investigación fue dar lugar a la palabra de quienes trabajan en un equipo de un efector del primer nivel de salud municipal, para explorar las dimensiones que, desde su propia perspectiva, intervienen en la producción de malestar, y las estrategias de afrontamiento al mismo en los procesos de trabajo. Desde un enfoque cualitativo, se realizaron observación participante y entrevista en profundidad. Se trabajó con un muestreo intencional que refleje la complejidad de los escenarios de trabajo, cuyos relatos se analizaron con el método indiciario. **Resultados:** Las situaciones descritas como generadoras de malestar abarcan al menos dos dimensiones interrelacionadas, una ligada a las dificultades que afectan a la organización prescrita del trabajo en términos concretos: ausencia de otras instituciones, escasez de re-

ursos materiales; y la otra vinculada a la dimensión subjetiva, afectada en la organización real del trabajo, en tanto el malestar se transforma en padecimiento: la soledad experimentada respecto de la gestión, y el maltrato recibido por parte de un sector de la población. **Conclusiones:** Es de destacar que en todas las entrevistas se hace mención a la importancia que tiene el trabajo en equipo. El rol del equipo se constituye en un sostenimiento fundamental que permite soportar el padecimiento de lo real del trabajo.

**Palabras clave:** Malestar subjetivo, atención primaria de salud, proceso de trabajo en salud, trabajo real-trabajo prescripto.

## SUMMARY

The interest of this research was to give rise to the words of those who work in a team of a institution of the first level of Municipal Health, to ex-

---

<sup>1</sup> Psicóloga. E-mail: lucilamajersky@gmail.com

plore the dimensions that, from their own perspective, intervene in the production of discomfort, and the coping strategies with that in the work processes. From a qualitative focus, participant observations and depth interview were made. We worked with an intentional sampling that reflects the complexity of the work scenarios, whose stories were analyzed with the indicative method. **Results:** The situations described as discomfort generators encompass at least two interrelated dimensions, one linked to the difficulties that affect the prescribed organization of work in concrete terms: absence of other institutions, scarcity of material resources; and the other linked to the subjective dimension, affected in the real organization of work, while discomfort is transformed into suffering: the loneliness experienced regarding management, and the mistreatment received by a sector of the population.

**Conclusions:** It is noteworthy that in all the interviews mention is made of the importance of teamwork. The role of the team constitutes a fundamental support that allows us to endure the suffering of the real of work.

**Key words:** Psychological suffering, primary health care, health work process, real work- prescribed work

## INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo tiene como punto de partida el interés por el malestar en los procesos de trabajo experimentado en los equipos de centros de salud del primer nivel de atención de Rosario; interés surgido en el tránsito realizado por la investigadora durante la práctica de una carrera de posgrado en un centro de salud municipal, tránsito en el cual se ha podido escuchar, en el marco de las reuniones de equipo, reiteradas manifestaciones del malestar producido por las dificultades en la organización del trabajo, como así también faltantes de recur-

sos materiales y humanos, incrementos en la demanda de la población y dificultades en la adherencia a los tratamientos.

En la búsqueda de antecedentes vinculados a la problemática en estudio, se han encontrado investigaciones desarrolladas en el mismo contexto aunque en otro momento histórico (1,2). Esta suerte de línea histórica de preocupación por la salud de los trabajadores del primer nivel de atención, lleva a interrogarse acerca de determinantes estructurales del posible malestar experimentado por las y los trabajadores del primer nivel de atención municipal.

En la ciudad de Rosario la estrategia de Atención Primaria en salud se viene implementando desde los años 90, en un proceso de transformación y construcción, que se sostiene en pilares clave como la gestión colectiva y la participación comunitaria, con un marcado horizonte de inclusión social, universalidad y equidad en el acceso al derecho a la salud.

Con la referencia ofrecida por la reforma sanitaria brasilera y el movimiento de Salud Colectiva, el trabajo en el primer nivel de atención constituye, según los relatos recabados, una fuente de motivación e interés para las y los trabajadores, no exenta de contradicciones. El contacto con la población, la clínica ampliada y contextualizada, y el trabajo en equipo, centrado en el/la usuario, constituyen características que convocan a quienes trabajan en el primer nivel de atención a hacer propia esta apuesta. En efecto, en el primer nivel de atención se trabaja con la lógica de adscripción, esto significa que en cada Centro de Salud se conforman los llamados equipos de referencia (3), que cuentan con un médico de cabecera y enfermería, y son responsables por la atención de un número determinado de grupos familiares del área de influencia

del centro de salud. A su vez, existen profesionales de otras disciplinas (psicólogos, psiquiatras territoriales, trabajadores sociales, odontólogos) que constituyen el soporte matricial de los equipos de referencia. La lógica de la adscripción implica que buena parte de los proyectos terapéuticos de las y los usuarios transcurren en el Centro de Salud, quedando reservado el paso por los hospitales para alguna interconsulta con especialistas, realización de estudios o para internaciones. Por todo ello, el vínculo entre las y los trabajadores y la población es continuo, y activo, en el sentido de que se busca generar la adscripción de grupos familiares del barrio, sobre todo de aquellos que se consideran prioritarios en cuanto a sus condiciones de vulnerabilidad. A la vez, siendo la cuestión de los derechos sociales un horizonte marcado en los lineamientos de APS, se analiza desde esta perspectiva la potencia transformadora del trabajo en salud, al tiempo que se abre la pregunta por las condiciones y relaciones necesarias para dar cuerpo a la organización real del trabajo -como la define Dejours (4)- y para que el trabajo constituya sentido para quien lo realiza.

Estas condiciones son justamente recuperadas desde el propio relato de las y los trabajadores, quienes expresan su implicación y su compromiso con la tarea, al tiempo que manifiestan cierta pérdida de sentido del propio trabajo y una sensación de soledad respecto a la red de servicios y a la gestión. Entre los años 2017 y 2019, quien se propone esta investigación desarrolló su práctica en un centro de salud municipal de Rosario. A lo largo de ese período, resultaron reiteradas diversas expresiones del malestar por parte de las y los trabajadores en relación a las dificultades con que se topaban en su práctica cotidiana. Dichas expresiones referían a problemáticas de distintos niveles. En un nivel sin-

gular, referían a problemas ligados a la práctica clínica, tales como la poca adherencia a los tratamientos por parte de las y los pacientes, o bien las dificultades de abordaje de situaciones complejas disruptivas, entre otras. En un nivel particular, se aludía al aumento de la demanda de la población, producto en muchos casos de la pérdida de empleo y, por tanto, de la cobertura social, aumento que no se correspondía con modificaciones de la cantidad de profesionales para dar respuesta a esa demanda. En un nivel más general, el malestar se expresaba en relación con la percepción de ausencia/retiro de otras instituciones del Estado para abordar las situaciones complejas. Habitualmente, esas manifestaciones tenían lugar en las reuniones de equipo, a veces tomando la forma de quejas; y muchas veces dando lugar a instancias de problematización que se traducían en decisiones de reorganización de la atención. En cualquier caso, podría decirse que la dinámica de trabajo en el equipo estaba marcada por esta fluctuación entre la problematización para el ajuste de la organización del trabajo y cierto repliegue por parte de las y los trabajadores frente a la impotencia/malestar que parecía suscitar trabajar en tal complejidad.

Partiendo de considerar que la gran mayoría de los trabajadores del primer nivel de atención manifiesta interés y motivación por la naturaleza de su trabajo, es que surge el interrogante por las razones que operan para la producción de un posible deslizamiento desde ese punto de partida hacia el malestar y aún el padecimiento derivado de la organización del trabajo. Por otro lado, también resulta de interés explorar las estrategias individuales y colectivas que desarrolla el equipo de salud para abordar el malestar.

Un hecho a destacar es que el trabajo de campo de esta investigación tuvo lugar en el marco de la situación

de pandemia COVID 19, condición que sin lugar a dudas agudizó la percepción de soledad y pérdida de sentido del propio trabajo a las que se hacía referencia.

### **Rosario y la estrategia APS. Algunas líneas históricas...**

En la conferencia desarrollada en Alma-Ata (5), en 1978, por la Organización Mundial de la Salud y Unicef, se propone la meta de Salud para todos. Se trata de una cuestión de derechos sociales pensada fundamentalmente para los países en desarrollo. Esta conferencia es más bien propositiva; enuncia fundamentos y objetivos que se constituyen en los principios de la APS, entendida ésta como un medio: no solo para alcanzar un estado de salud para la población en general sino también para el desarrollo económico y social.

En el estado argentino, en los años 70 y 80 se dan procesos significativos de achicamiento del sector público, paralelos al crecimiento del sector privado y, en el caso específico de salud, de la seguridad social (3). La globalización de las economías y el consecuente crecimiento del mercado trajo consigo, en los 90, la privatización de lo público y la transformación del tejido social donde los lazos de solidaridad y el accionar comunitario se vieron fuertemente menguados. *“Se ha visto incrementar la exclusión social con argumentos que propiciaban la equidad; hemos visto transferir el costo de los servicios a quienes menos tienen con líneas argumentales que hablaban de justicia social”* (3, p 138).

Un rechazo a las políticas igualitarias de los organismos internacionales lleva a articular con el Banco Mundial, cuyas recomendaciones declaradas en el informe del año 1993 *“Invertir en salud”*, impulsan privatizaciones y comportamientos privatizados dentro del sector público para que los hospi-

tales pudieran generar recursos internamente (3).

En este contexto, la reforma sanitaria brasilera significó una alternativa para aquellos que ejercieron la resistencia a las políticas privatizadoras neoliberales de los 90. La estrategia de municipalización activa de la salud, es tomada por la gestión municipal de Rosario como desafío para *“ordenar los servicios de salud partiendo de temas clave como la descentralización, la participación, red de servicios, atención primaria, epidemiología, carrera sanitaria, hospitales”* (3, p. 145). Se inició entonces un proceso de recuperación de los hospitales, y expansión y fortalecimiento de la atención primaria, con una fuerte apuesta por la profesionalización de la gestión (3)

En 1990 se creó la Dirección de Atención Primaria, como instancia de coordinación de los distintos niveles, y en 1993 comienza a contar con presupuesto específico, y una propuesta organizativa propia (3). En 1996 se inició a nivel municipal un proceso de descentralización, como una nueva forma de gestión político-administrativa. En el sector salud, la distritalización implicó la refuncionalización de los hospitales. Hacia el año 2003 se lanzó el *“Programa de adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia”* cuyos objetivos, inspirados en la reforma sanitaria brasilera, giraban en torno a la responsabilización del Estado por la atención en salud de la población sin cobertura, a través de procesos de responsabilización territorial (2). Este programa impactó fundamentalmente en el primer nivel, y significó también una transformación del modelo de atención, por propiciar otro modo de vinculación entre técnicos y usuarios centrado en el paciente, al que se lo concibe como sujeto involucrado activamente en su proceso de atención. Por otro lado, esta transformación im-

plificaba relaciones más horizontales en los equipos, y valorizaba el trabajo en equipo por sobre la práctica individual.

Débora Ferrandini, quien fuera directora de Atención primaria, desempeñando diferentes funciones con variadas trayectorias en el ámbito de la salud municipal y provincial, hacía alusión en su momento a un reordenamiento de los procesos de trabajo, definiendo a la APS no como un modelo sino como una direccionalidad cuyos ejes principales son la equidad, la clínica contextualizante y la participación. Desde la perspectiva de Ferrandini *“Trabajar en salud en un contexto global de exclusión significa, básicamente, trabajar para incluir, es decir, trabajar en la construcción de ciudadanía, lo que implica construir y defender la conciencia del derecho a la salud, a la vez que construir, defender y vigilar las condiciones para el ejercicio efectivo de ese derecho”* (6)

Sus palabras condensan sin duda, la complejidad de los procesos que se fueron dando para conformar la red de salud en la ciudad de Rosario; se oyen a su vez las voces que impulsan el cambio y la transformación social. De este modo, el horizonte de las prácticas que se proponía como compromiso de la Secretaría de Salud en un contexto nacional y provincial signado por el vaciamiento de las instancias públicas, y una apuesta del municipio por sostener la universalidad y la equidad en salud (inclusión, construcción de ciudadanía) constituyó un arduo trabajo que implicaba que las y los trabajadores que forman parte de los equipos cuenten con formación de calidad, como plantearía Testa (7). A su vez, la complejidad de los contextos en los que se trabaja parece conllevar una toma de posición ético-política, teniendo en cuenta que *“se parte del supuesto de que cualquier acción o intervención en el ámbito de la salud es necesariamente una intervención en el campo de lo social”* (3, p 132).

## **La comunidad y el territorio**

La participación comunitaria es un eje que históricamente se ha considerado como central en la estrategia de Atención Primaria, un horizonte al que se apunta en las prácticas en el primer nivel de atención. Pero, ¿de qué comunidad se está hablando?

Siguiendo a Testa (7), el significado que tiene la APS está dado concretamente por el sistema en el que está inserta; lo otro que se pueda decir es más bien de tinte utópico e ideológico, como lo que expresan las declaraciones de la OMS. La realidad concreta de países como el nuestro, hace que el primer nivel de atención sea la puerta de entrada a la red pública de salud, donde hay una primera atención, y se orienta la misma hacia otros niveles si se requiere una mayor complejidad técnica.

Hablar del sistema público de salud implica considerar la cobertura de la población que no tiene obra social (no cuenta con un empleo en blanco en la familia) ni prepaga (una cobertura paga que le habilite un paquete de prestaciones) y, en los hechos, también de usuarios que, contando con cobertura, no tienen capacidad de pago de los coseguros de muchas de las prestaciones. Por lo tanto, se está hablando fundamentalmente de la población de los sectores más desfavorecidos.

Como se mencionó en párrafos previos, uno de los principios fundamentales señalados en la Declaración de Alma Ata alude a la participación comunitaria. En lo que respecta a las concepciones acerca de la participación comunitaria en el campo de la salud, Bronfman (8) plantea que hay dos posiciones básicas en torno a la misma: aceptarla o rechazarla. Entre quienes la aceptan, uno de los argumentos centrales gira alrededor de considerarla como un proceso que, nacido desde el conocimiento de las necesidades

sufridas y sentidas por la población, impulsaría a la acción grupal como estrategia que puede superar los problemas que la acción individual no puede resolver. Así, se trataría de una práctica democratizadora y con consecuencias favorables para el cuidado de la salud y también consecuencias en el plano político al propiciar niveles de autonomía en la organización de las comunidades. En contraposición, entre los que tienen una perspectiva crítica, la participación comunitaria podría operar como una estrategia política tendiente a transferir a la población la responsabilidad de resolver necesidades que deberían ser abordadas por el Estado. Más aún, Bronfman cita a Testa: *“Cuando los programas tienen objetivos que van más allá de la resolución de los problemas de salud de la población como, por ejemplo, legitimar a quien lo promueve e implemente (Testa, 1990) — desde el Estado hasta grupos religiosos —, la participación comunitaria es concebida e implementada como un instrumento político”* (8, p113).

En el ámbito de la salud municipal, podría considerarse que la concepción de participación comunitaria que subyace a la estrategia de APS tendría que ver con la *“constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida, lo que significa en primera instancia recuperar la capacidad de soñar y comprometerse con el cambio”* (6, p1). Según Ferrandini, para que ese proceso tenga lugar, se requiere del esfuerzo de la *“gente y los trabajadores de salud, que haríamos bien en dejar de ver como categorías excluyentes”*, en un proceso en el que *“los trabajadores de salud integran su tarea al protagonismo de las comunidades”* (6, p1). Esta perspectiva es solidaria además con la noción de que la red de servicios esté organizada en función de las necesidades concretas de dichas poblaciones (para lo cual se tornaría necesaria -entre otras cosas- una lectura epide-

miológica de los perfiles de enfermar de la población) y, por otro lado, que las y los sujetos puedan participar activamente en sus tratamientos y sus recorridos por la red (hay en ese sentido una crítica a los servicios de atención en salud centrados en los procedimientos, tecnologías y especialidades que dejan en el lugar de objeto a las y los pacientes).

Un dato relevante en la escucha de los discursos actuales de los equipos de salud municipales es la desaparición del significante *comunidad* -tan presente por ejemplo en ese documento de 2003, de Débora Ferrandini- y un deslizamiento hacia la noción de *territorio*: esta es una palabra que está muy presente en los relatos sobre las prácticas en el centro de salud, ligada a lo que implica trabajar en los barrios. Al respecto, Alberdi (9) trabaja la noción de territorio como una renovación del concepto de comunidades en relación a las políticas sociales. Las comunidades ya no son un dato comprobable, teniendo en cuenta la avanzada neoliberal que fragmenta los lazos y el tejido social, junto con *“la violencia estructural del desempleo, los narco-mercados, las zonas marrones, los femicidios y la criminalización de las politicidades comunitarias.”* (9, p2)

El autor, evoca un uso del concepto de territorio en relación a las políticas sociales como estrategia que pretende reducir la cuestión social a una localización en un espacio geográfico con población en riesgo circunscrita al mismo. Algo de esto se escucha en la declaración de la OMS en la que se habla de grupos desfavorecidos localizados (...al tiempo que reconocen que se trata de cuatro quintas partes de la población, por lo que no haría falta localizarlos sino reconocer su extensión a lo largo y ancho del territorio), con lo cual se entiende que hay un uso semántico estratégico. *“Estas políticas de proximidad y territoriales revalorizan las formas*

*de cooperación comunitaria, la promoción de economía social y un enfoque de cuidados, bajo las palabras del orden de integralidad y transversalidad [...] reivindicando cierto enfoque de derechos [...] En este nuevo marco las desigualdades sociales se refieren cada vez más a los territorios, olvidando que las causas del agravamiento de las desigualdades y del deterioro de las condiciones de vida son extraterritoriales” (9, p3)*

La propuesta del autor resulta de particular interés para poner en diálogo con las actuales concepciones y prácticas sostenidas desde los equipos de salud del primer nivel de atención a casi ya veinte años del documento de Ferrandini sobre las implicancias de trabajar en atención primaria. Esto, considerando el señalamiento de Alberdi respecto del riesgo reduccionista de ciertas políticas sociales territoriales: *“Las políticas sociales territoriales [...] es una de las estrategias de reducción de la cuestión social a una cuestión local y a la gestión de las poblaciones en riesgo. Sería también la versión más dulce del Estado -la razón humanitaria- en los márgenes [...] la territorialización de lo social supone una búsqueda de los medios de ir más allá de la atomización social y un Estado más presente en el territorio[...] Esta perspectiva de gestión social que reintroduce el territorio para rehabilitar especificidades geográficas en las políticas sociales, considera los problemas sociales como problemas espaciales, pero se sabe que, aunque necesariamente existe una correspondencia entre las desigualdades sociales y espaciales, también es cierto que los factores de precarización y exclusión son estructurales y en un punto desterritorializados” (9, p3).*

### **Micropolítica del trabajo vivo en acto en salud**

*En muchos años de militancia y de acumulación de experiencias en pos del cambio del modo de producir salud en Brasil, aprendimos*

*que modificar la forma de trabajar al interior de los servicios de salud o es una tarea colectiva del conjunto de los trabajadores de la salud, o los enormes esfuerzos de reformas macroestructurales y organizacionales en los que nos hemos metido no servirán de casi nada.*

*Merhy, 2016, p. 20*

La perspectiva de Merhy y Franco (10) aporta nociones para pensar la potencialidad del trabajo en salud; plantean herramientas para analizar los procesos de trabajo y el modo de producción del cuidado que de ellos se desprende. La intención de los autores es que se pueda pensar la potencialidad del trabajo vivo en acto de los trabajadores de salud como fuente de cambio, ubicando una dimensión del trabajo que escapa a la captura de las relaciones capitalistas. Es el trabajo vivo, cuyo valor es transformado en trabajo abstracto desde la perspectiva marxista, pero conserva según estos autores una dimensión que hace a esta micropolítica. Si bien el trabajo vivo no puede desligarse plenamente del trabajo muerto, abstracto, tiene condiciones de redireccionarlo o cuestionar su sentido (10).

Es esta micropolítica del trabajo vivo en acto la que hace a su potencialidad transformadora. Con respecto al trabajo en salud, ciertas características que describen los autores hacen de éste un escenario propicio para el despliegue de dicha potencialidad. Por un lado, el trabajo en salud se produce a base de un encuentro, es relacional (10, p14). Las acciones en salud son siempre intersubjetivas, a nivel individual o colectivo; es fundamental este aporte respecto de las subjetividades que forman parte de este vínculo y los procesos de subjetivación que se desencadenan. Los actos en salud son en base de un encuentro, y en ese encuentro se produce un espacio intercesor. En el espacio intercesor, que se produce en cada encuentro entre el

trabajador y el usuario, el trabajador ejecuta un trabajo vivo, en acto, que no tiene que ver con la aplicación de una técnica o mecanismo al modo de un montaje fabril, sino ligado a la tecnología relacional (p. 65). El trabajo vivo en acto que un trabajador puede desplegar a partir del encuentro con el usuario del servicio de salud, tiene características relacionales, está implicada la subjetividad y la afectación mutua que se produce en ese encuentro. Y allí, el modo de actuar para producir cuidado, estará impulsado por la creatividad que el trabajador desarrolle con autonomía y autogobierno. La *autonomía* refiere a la capacidad que tienen las y los trabajadores de decidir cosas en el encuentro con el usuario, y el *autogobierno* remite a la posibilidad de tomar decisiones que no estén protocolizadas. Allí radica la potencia instituyente del trabajador de la salud.

A su vez, parten de nombrar cierta situación de crisis respecto de los servicios sanitarios, y apuntan a visibilizar la potencia creadora que portan los trabajadores. Incluso ubican que, por más capturas que se ejerzan sobre los procesos de trabajo, está en los actos mismos de los trabajadores la responsabilidad de soportar esas capturas, o la posibilidad de cuestionarlas y transformarlas. Así, el planteo que realizan, que es de un gran valor para pensar las propias prácticas y generar espacios de intercambio y elaboración de lo producido en los equipos en sus procesos de trabajo, tiene un ideal de ruptura con la medicina hegemónica, con el poder biomédico, y sus fundamentos tienen raíz en un posicionamiento ético de defensa de la vida y la autonomía. Dirán los autores: *“...queremos afirmar que quien concreta el modelo tecnoasistencial, con gran poder de definición, no es la norma externa que virtualmente se instituye y apremia, sino el trabajador de la salud a partir de su micropolítica en el proceso productivo y*

*de su ejercicio de decisión en el acto, al efectuarse la producción de cuidado (...)* por eso, en salud, los trabajadores ejercen un razonable autogobierno sobre su proceso de trabajo y esa libertad de acción indica que la transformación del perfil productivo depende de cambios en el modo de actuar del trabajador de la salud” (10, p109).

Los aportes de Franco y Merhy resultan de interés, generando interrogantes respecto del equipo de salud objeto del presente estudio, en el sentido que, si bien la potencialidad de esta propuesta teórica es indudable, es necesario analizar bajo qué condiciones concretas se encuentran las y los trabajadores en relación a las políticas en salud para poder pensar modos de hacer lugar a esa micropolítica del trabajo vivo. ¿Tienen lugar estas reflexiones en las coordinadas concretas del equipo de salud?

### **El malestar en el trabajo**

Desde la perspectiva de la psicodinámica del trabajo, el trabajo es aquello que se produce en el desfasaje entre la tarea prescrita y la organización real del mismo, a través de procesos intersubjetivos (4). Trabajar es hacer una experiencia con lo real, y en tanto tal conlleva dificultades y frustración; para trabajar es necesario asumir la impotencia a la que esto enfrenta. Trabajar produce sufrimiento, y el sufrimiento a su vez genera una situación de malestar que convoca a funcionar al aparato psíquico para resolver esa fuente de sufrimiento. *“La subjetividad, hasta en sus vínculos con el inconsciente, está sometida a la prueba del trabajo.”* (11)

Desde este punto de vista, procesos intra e intersubjetivos se ponen en juego para resolver el malestar que de por sí suscita el trabajo. Pero, por otra parte, según el contexto de trabajo, hay cuestiones particulares que pueden colaborar con el malestar gene-

rando muchas veces un exceso. Según Onocko y ot. (11) *“Ser un trabajador de la salud, del servicio público, creer en el valor positivo del propio trabajo, constituyen funciones estructurantes de la subjetividad y ayudan a soportar el malestar que deviene de las tareas colectivas, malestar en cierta medida inevitable, según Freud [...] Cuando el contexto de trabajo coloca obstáculos a la tarea primaria, sea por falta de recursos humanos, de materiales o por exceso de autoritarismo gerencial, los sujetos se valen de estrategias defensivas para atenuar el propio sufrimiento psíquico. Algunas de ellas serían el llamado excesivo a la ideologización, somatización, burocratización, desarrollo de estados pasionales”* (11, p177).

### **Trabajo e identidad**

El análisis psicodinámico de las situaciones de trabajo aborda la dimensión de desfase que existe entre la tarea prescrita y lo real de la organización del mismo; *“la brecha entre lo prescrito y lo real no siempre corre la misma suerte: o bien es tolerada, y ofrece márgenes de libertad creadora, o bien se la persigue, y los asalariados temen ser atrapados en falta* (4, p35) (...) La elaboración de la organización real del trabajo implica entonces apartarse de la letra de las prescripciones y pasar por interpretaciones” (4, p37), y lo que más usualmente sucede es que se pretende desconocer o negar las dificultades concretas que las y los trabajadores enfrentan por la imperfección irreductible de la organización prescrita del trabajo. ¿Cómo se produce entonces esa organización real del trabajo? A través de relaciones sociales, es decir, con otros. Creatividad, coordinación, cooperación, son los resortes fundamentales en el despliegue de esta organización real del trabajo, indispensables para su realización. Todo este desafío implica la movilización subjetiva de quienes trabajan, ac-

tividad a la que se enfrentan con todos sus recursos subjetivos. La retribución simbólica que recibe el sujeto constata su trabajo realizado, y eso se registra a nivel de la identidad. Los juicios de valor y la dinámica del reconocimiento vendrán tanto de un eje vertical como horizontal, por los propios pares. *“Si la dinámica del reconocimiento se paraliza, el sufrimiento ya no puede transformarse en placer, no puede encontrar sentido.”* (4, p49)

Por lo dicho hasta aquí, que el sufrimiento que implica el trabajo se transforme, a través del reconocimiento por parte de otros y otras, en un sentido que construya identidad, o en una fuente de padecimiento, depende de múltiples factores: por un lado, la creatividad individual y la capacidad de cooperación y coordinación de un colectivo de trabajadores. Por otro lado, dependerá de la tarea prescrita, su complejidad, y las condiciones disponibles para llevarla a cabo.

### **Aproximación metodológica**

Se desarrolló un abordaje cualitativo, atendiendo a la preeminencia otorgada en la presente investigación a la comprensión de la perspectiva del actor. *“Los métodos cualitativos hacen énfasis en el estudio de procesos sociales. El supuesto ontológico fundamental es que la realidad se construye socialmente y que, por tanto, no es independiente de los individuos”* (12, p. 61). Esta lógica es solidaria con el objeto de estudio, que es el malestar experimentado por las y los trabajadores, y las estrategias de afrontamiento del mismo, objeto que implica la experiencia subjetiva, a la que se accede exclusivamente a través de *“las palabras pronunciadas o escritas de la gente, y las actividades observables”* (13, p152).

Se trabajó con un muestreo intencional, procurando a través de las y los informantes incluidos alcanzar una heterogeneidad que refleje la comple-

alidad de los escenarios de trabajo de efectores del primer nivel de atención. En tal sentido, se intenta incluir informantes de diferentes perfiles disciplinares y roles en el CS (integrantes de equipos de referencia, profesionales matriciales, personal administrativo). Los datos fueron recolectados a través de entrevistas en profundidad. Por esta vía, el relato de las y los entrevistados pone a funcionar la dimensión subjetiva involucrada en los procesos de trabajo que protagonizan. Hay en el uso mismo de la palabra elaboración de sentidos y significados en torno a las experiencias de lo real del trabajo. Una escucha atenta podrá ubicar las huellas por donde pasa un sujeto, lo cual implica también arriesgarse en esa escucha (4, p58) y descifrar las dimensiones que intervienen en la producción del malestar de los trabajadores y sus estrategias de afrontamiento, algunas de ellas probablemente no conscientes.

Las entrevistas giraron en torno a los siguientes ejes temáticos:

- Situaciones asistenciales percibidas como generadoras de malestar subjetivo en el proceso de trabajo.
- Valoraciones respecto a las condiciones de trabajo.
- Modalidades de vinculación entre pares, entre trabajadores y actores de gestión y entre trabajadores y usuarios percibidas por los trabajadores como generadoras de malestar.
- Estrategias de afrontamiento individuales y colectivas ante el malestar subjetivo.

El análisis de los datos se realizó a través del método indiciario (14), por la posibilidad que brinda de hacer una lectura de casos, situaciones individuales (sin pretender generalizar) a partir de *ciertos detalles, indicios*. Esta técnica de análisis de la información es solidaria con la perspectiva de la psicodinámica del trabajo que analiza las situaciones de trabajo a partir de propiciar

un espacio de intersubjetividad en el que se pongan en juego elaboraciones e incluso emerjan mociones que no son conscientes hasta ese momento.

### **Presentación de resultados**

Las entrevistas se realizaron de manera presencial, previa lectura y firma de consentimiento informado durante los meses de abril y mayo de 2021 en el mismo centro de salud, meses de cierta calma respecto de los contagios por el COVID-19. Cabe señalar que la actualidad de la pandemia impregna todos los relatos. Se le dedica a la misma un capítulo especial, para poder relevar la información específica de lo que implica trabajar en salud en el primer nivel de atención bajo estas circunstancias, pero paralelamente, es necesario señalar que este elemento, por más contundente que sea su presencia, opera como un determinante más de aquellos que condicionan y caracterizan las prácticas en salud, y que promueven situaciones de malestar en los trabajadores. Este señalamiento encuentra justificación en los relatos mismos de las entrevistas. En efecto, si bien en algunos discursos emerge la pandemia como un acontecimiento tan impactante y traumático que desdibuja la historia previa, múltiples expresiones dejan traslucir que las situaciones problemáticas de las que se está hablando ya venían siendo experimentadas en un contexto anterior. Esta lectura se respalda a su vez en el propio tránsito de quien escribe por el mismo efector, tránsito en el que se pudieron escuchar expresiones similares en relación a problemas derivados de la insuficiencia de recursos y aumentos de demanda de la población en un contexto previo a la pandemia.

En todos los casos los entrevistados tenían una antigüedad en el centro de salud menor a 6 años, siendo en la mayoría, su primera experiencia como parte de un equipo de primer nivel.

## ¿Qué significa trabajar en APS?

El armado de los equipos de referencia interdisciplinarios es una característica que define el modo de atención, es decir, forma parte de la organización prescripta del trabajo, según la concibe Dejours, en el primer nivel de atención; a diferencia por ejemplo de la modalidad organizacional del segundo nivel, que, según la propuesta formal de lineamientos de Secretaría de Salud, no adscribirían población a cargo sino equipos de referencia de los centros de salud. La posibilidad de trabajar desde las distintas especificidades disciplinares de manera coordinada y en cooperación, no es algo que esté dado en todo el universo del primer nivel, sino que se tiene que producir. En este sentido, se describen experiencias en otros centros de salud en los que la dinámica del equipo en su totalidad, y de los equipos de referencia, no propician este tipo de abordaje.

### **Ampliar la clínica a partir de trabajar con el otro.**

La posibilidad de trabajar en equipos interdisciplinarios donde se dé lugar a las distintas especificidades está ligada a la noción de clínica ampliada y contextualizada. El contacto y la cercanía con la población son elementos centrales para una lectura situada de las problemáticas, y el desarrollo de procesos de atención que estén centrados en el usuario y no en la reproducción de técnicas y procedimientos médicos. Se escucha en las entrevistas esta doble implicancia del tener en cuenta al otro en tanto tal. Por un lado, permite la construcción de estrategias interdisciplinarias, en las que cada especificidad pueda reconocerse; y por otro, aparece el paciente, la población que deviene en otro, otro a ser reconocido y escuchado.

*"...puedo ir a hablar con el médico, lo tengo cerca, esa posibilidad en el hospital es*

*más cerrada. Acá somos un equipo, y cada uno tiene su especificidad, resolver sólo en una situación de intimidad con el paciente, o con otro si necesitás consultar con alguien. Y también lo territorial, sabés cómo viven, sabes sus problemas familiares" /enfermerx/*

*"Yo creo que más allá de las dificultades con las que nos encontramos en este centro de salud hay algo de eso, que acá puede tener como otro lugar. No solo el hecho de la constitución de un equipo de referencia, que creo que lo tenemos, en algunos casos más, en otros menos, con las particularidades de cada uno, pero donde también se puede intentar pensar y abrirse a lo que le pasa al otro. [...] la perspectiva de trabajo de atención primaria tiene que ver con el trabajo interdisciplinario con la construcción de equipo, de equipo de referencia, con el trabajo en tiempos que son a corto y a largo plazo, con una lectura, con un trabajo de lectura que pueda limar los prejuicios para poder entender lo que le pasa, lo que acontece en una población, cuáles son las problemáticas, discriminar lo que para uno es una problemática de lo que en realidad lo es para el otro."*  
*/psicólogx/*

Se puede decir que la distancia que se pueda tener respecto a el otro tendría lugar no sólo en relación a la población adscrita sino también a las y los compañeros del equipo. La cercanía aparece en ambos sentidos, y al mismo tiempo, la distancia prudencial para poder distinguir una intervención basada en prejuicios, de una centrada en el paciente.

### **Más allá... el territorio y la gestión en salud.**

El territorio, que también se menciona en uno de los fragmentos anteriores, parece concebido como la cercanía, el contacto con la población, el poder ver más allá de lo que el paciente lleva al consultorio, conocer su realidad familiar, su entorno. La posibilidad de hacer trabajo territorial y

gestión en salud, sustituyen de algún modo lo que se nombraba en los lineamientos iniciales como participación comunitaria. Esta sustitución, que parece un simple deslizamiento, ¿podría implicar otro posicionamiento respecto de las necesidades de la población, en cuanto a que habría que hacer algo con ellas, desde una perspectiva tal vez más “vertical”?

*“Lo principal es el trabajo con la población, con el equipo de salud, con y hacia la población. Tratamos de tener trabajo territorial, nosotros como residentes de MG. ¿Características de trabajar en APS? abordaje integral, todo lo que correspondería a clínica ampliada, digamos, no solamente tratar el síntoma sino ver más allá de qué es lo que pasa con el paciente. No solamente la dolencia sino todo el entorno, el contexto. Y tratar de hacer en lo posible, nosotros, como pilar de la especialidad, hacer gestión. Gestión en salud.” /residente MG/*

### **Habemus red**

La noción de los servicios de salud como una red de la que el primer nivel forma parte siendo la puerta de acceso, es una de las características valoradas por lxs entrevistadxs, fundamentalmente al comparar su experiencia actual con otras desarrolladas en efectores de la esfera provincial. Según lxs entrevistadxs, la ausencia de una red es ligada a una lógica asistencialista, centrada en lo hospitalario, en la que el trabajo en el primer nivel se traduciría en atención precaria para gente pobre.

*“[...] no había forma de remar nada (alude a la red provincial), era netamente asistencialista, netamente, pasó a la farmacia, mirar la garganta, dar la medicación, y todo lo que se supone que es una red... por ejemplo yo nunca supe dónde mandar, con qué herramienta contaba si quería analizar el desarrollo de un niño, no sabía que había una red, que había un especialista, porque en provincia eso no existe [...] Seguía con la idea, bueno, APS debe ser esto, debe ser atender*

*mucha gente que no tiene posibilidad de ir a un efector privado, y darle la medicación gratis. [...] Después vine para acá, y me di cuenta de varias cosas. Primero que el equipo, más allá de las individualidades, que por suerte existen, porque es la vida... todo el mundo tiene la misma premisa, van para el mismo lado, y el sistema en el que está inserto el centro de salud que en este caso es municipal, funciona de otra forma. Y que tiene muchos más recursos. Tiene literalmente una red, a la que uno tiene totalmente acceso rápidamente, que uno puede tener conocimiento de que existe, no es que tenés que preguntarle al papa” /médicx generalista/*

### **La organización en mi espalda... algunas precariedades**

El interés de las y los entrevistados respecto de las modalidades de trabajo en un centro de salud es un insumo subjetivo que aporta a la hora de desarrollar las prácticas. ¿Pero con qué soportes cuentan estas organizaciones para poder dar cauce a estos recursos subjetivos y potenciarlos?

En los relatos de las entrevistas se mencionan condiciones laborales precarizadas con las que, en muchos casos, ingresan al mundo del trabajo los integrantes de los equipos. Unx entrevistadx hace referencia particularmente a la escasez de concursos, y a que, en caso de haberlos, son para ingresar al primer nivel, ámbito de trabajo percibido como de mucho mayor desgaste en comparación con otros niveles.

*“...en salud. En general la puerta de llegada tiene que ver con los centros de salud que es un lugar, así, donde el territorio marca mucho, desgasta mucho, agobia mucho. Entonces en general los concursos son para entrar en centros de salud la mayoría de las veces. De todos modos [...] todo eso para mí era ya un interés genuino...” /psicólogox/*

Por otro lado, se menciona que se puede comenzar a trabajar sin concursar, bajo la figura de reemplazo, lo cual tiene una exigencia en horas diferente

a la de un empleado de planta.

*"Porque soy reemplazante entonces soy un recurso que puede ser llamado para cubrir en otros lados, entonces estoy en doble turno en X centro de salud de 8 a 18. Siempre vengo estallada." /médicx generalista/*

Otro punto es que el efector bajo estudio es un centro de salud donde se desarrolla la residencia de Medicina General, así, parte del equipo está conformado por profesionales que llevan a cabo esta especialización, por lo general sin mayor experiencia previa pero a la vez con un fuerte entusiasmo.

*"Cuando uno está en formación está ávido de esas cosas, querés salir al terreno, querés saber cómo funciona, querés armar una red, te interesa participar de este dispositivo, uno está como...este es el momento de aprender.." /médicx generalista/*

Este modo de ubicar en primer lugar el interés personal por el trabajo posterga de alguna manera, al menos por cómo aparece en los discursos, la importancia de las condiciones laborales. Parece satisfacerse una cuestión personal singular en el poder "elegir" ese trabajo, en la que no aparecen problematizaciones en torno a la figura del trabajador, y esto hace que se soporten precariedades de la organización gracias a ese compromiso.

### **El CS y el hospital**

Se mencionan instituciones donde no están planteados estos modos de trabajo. Por un lado, el hospital, donde no se puede llevar a cabo el mismo proceso de atención, donde hay una distancia con la población que no permite un abordaje más integral. Al mismo tiempo, en otros centros de salud, provinciales y municipales, se conocen experiencias en las que las dinámicas de los equipos no permiten abordajes coherentes con la estrategia de APS, por los distintos posicionamientos de las y los trabajadores

respecto de las mismas.

*"...el trabajo es totalmente diferente, en los dos lugares. En el hospital tenés una orden, atendés a un paciente, hacés un inyectable, se va y ahí te quedaste con ganas de hacer o saber algo más, y acá uno puede, por lo menos eso me pasa a mí, de sentir que podés colaborar un poco más con la gente del lado que uno está" /enfermerx/*

*"Algo está mal. Ponele, aquél era un lugar donde no había lugar para un montón de cosas, por ejemplo, no había lugar para el intercambio a pesar de que había una reunión de equipo, porque se podía consensuar nada, siempre la opinión o el trabajo de uno estaba muy condicionado -en pcia se re nota eso- condicionado por el sindicato por ejemplo, por lo que se debe o no se debe, por lo que quieren o no quieren. Acuerdos que a veces son irrisorios, pero bueno. O cosas que dependían en ese momento ponele de la voluntad de las partes. Enfermería no hacía curaciones a la mañana, porque o vacunaban o hacían curaciones. Era muy complejo llegar a acuerdos. Cada uno iba por su lado, se notaba mucho que no funcionaba..." /médicx generalista/*

¿Pero qué sucede en aquellos equipos en los que las y los trabajadores no cuentan con esa predisposición? ¿Cómo se propician modalidades de trabajo que, en consonancia con los lineamientos de APS, generen abordajes integrales sin que esto dependa estrictamente de las predisposiciones individuales?

### **¿Hay lugar para salud mental?**

Es de destacar algo que se menciona en relación a las demandas en salud mental, que suelen ser un tema de discusión. En un efector de primer nivel donde se promueva la salud integral, la atención en salud mental tiene que ser parte de la misma; los recursos humanos por lo general son limitados en esta área, y la famosa lista de espera, sumada a las preguntas por si

la integralidad del abordaje requiere la atención individual o se puede realizar desde un acompañamiento matricial, se escucharon a lo largo del tránsito de quien investiga por este centro de salud. En contexto de pandemia las preguntas se resignifican, y tal vez dado el impacto producido por la misma, permita reconocer la importancia de la salud mental y lo no postergable de la misma.

*“Entonces eso de priorizar, lo priorizable..la otra vez hablábamos en la reunión de equipo y decíamos, qué hacemos con los pacientes de salud mental y ya lo veníamos hablando con X [otrx psicólogo] antes. Y yo lo reafirmo ahora: los pedidos de espacio de psicología, todos son pertinentes. No hay nadie que pida un turno y que después no tenga nada que ver. Si pidió un turno, tiene que ver. Incluso cuando es por un niño, tiene que ver. Capaz que no seguís trabajando con el niño, o sí, o con el adulto, pero siempre es porque algo pasó y es pertinente, entonces, X [médicx generalista] decía: bueno, cuándo sí y cuándo no? No, la pregunta no es si sí o si no, la pregunta es cuándo..cómo y cuándo.. es ya? tengo que hacer un espacio esta semana sí o sí porque la cosa está grave? O lo podemos programar? Cómo medimos esta gravedad? Y bueno, cómo le está afectando a esta persona en la vida cotidiana, puede llevar algunas actividades de su vida cotidiana? si venía trabajando, puede trabajar? puede hacer las cosas de su casa? tiene hijos, los lleva..o no puede hacer nada, dejó de comer, dejó de dormir. O sea cosas gordas, gruesas. Para poder ir ubicando al llamado, uno por uno, llamás, para ir viendo cómo lo vamos ... Este reemplazo, así sea super acotado inestable y qué se yo, bueno, para algunas primeras entrevistas sirvió, tomalas vos y después vamos viendo. Con algunos esos ya alivia, el paciente viene algunas veces y después ya no vuelve. Eso te lleva a armar una frecuencia quincenal cuando vos no lo pensarías, es una limitación, no es criterio clínico. Difícilmente yo pensaría... si no ni a palos. Yo he tenido primeras entrevistas con frecuencia quincenal porque no hay manera. No es acorde a lo*

*que se requiere, pero es preferible eso a decir lista de espera. Nunca lo pudimos trabajar. El paciente se pierde la oportunidad, se te pierde a vos también. Ir tensando esas cosas para ver en lo que estamos, cómo, cuándo.”*  
**/psicólogo/**

### **Dimensiones del malestar**

Las situaciones descriptas por las y los entrevistados como generadoras de malestar abarcan al menos dos dimensiones interrelacionadas. Una ligada a los obstáculos o dificultades que afectan a la organización prescrita del trabajo en términos concretos: ausencia de otras instituciones, escasez de recursos materiales para sostener las atenciones; y la otra vinculada a la dimensión subjetiva, afectada en la organización real del trabajo, en tanto el malestar se transforma en padecimiento: la soledad experimentada respecto de la gestión, y el maltrato recibido por parte de un sector de la población.

### **Estamos todos solos...el repliegue de otras instituciones**

Considerando la complejidad que supone el trabajar en territorio, las y los trabajadores del primer nivel describen las dificultades de no contar -o contar precariamente- con otras instituciones, ya sean de otros niveles de salud, o de otros sectores, como ser educación, desarrollo social. La situación epidemiológica con respecto a la pandemia del Covid-19 y la respuesta frente a ésta por parte de los distintos sectores públicos estatales, parece haber profundizado la ya frágil articulación que se venía dando en el período prepandemia. Se trataría de una dificultad que afecta a todo el equipo por igual, ya que, aun con las especificidades, desde todos los abordajes se produce una atención que va más allá de la dolencia particular; y, por otro lado, se señala que la población no cuenta con accesibilidad a otros sectores, en-

tonces la demanda se concentra en el Centro de Salud, cuestión que, como se mencionó antes, se agudiza con la pandemia. Este panorama parece desconcertar a las y los trabajadores del equipo, y se confunden los otros con las otras instituciones o servicios, como que se oscila entre una cuestión personal y una cuestión de políticas estatales.

*“Esto que está pasando del cierre tan abrupto, y de tantas instituciones, porque incluso la escuela, que en algún momento estaba para la entrega de viandas, también tuvo, con las variables de cada caso, como mucha distancia en relación a la posibilidad de acompañar realmente a la familia, por lo menos en este barrio. La parte de Desarrollo social también, demoraron un montón en ubicarse para qué estaban. Y eso resiente un montón. La gente lo siente un montón y así llega acá, con todo condensado en una demanda que se comprime acá. Entonces algunas de las cosas que empiezan a darse ahora, empezás a ver la diferencia de poder contar con otros, con otras instituciones. Son indispensables” /psicólogo/*

*“Si vos tenes una familia conflictiva en un conflicto, articulás con Niñez, hiciste todo lo que te tocó, todo lo que pudiste acá y Niñez es como que tiene otros tiempos... y los meses pasan, y vos encontrás que no hay una solución. Eso te tira un poquito para abajo, porque trabajaste tanto con una familia... que necesitas que otro servicio interactúe para poder acompañar o ayudar porque vos hasta acá pudiste no más porque no podés desde tu lugar, y del otro lado no encontrás el mismo trabajo” /enfermerx/*

### **Falta de acceso a turnos**

Las dificultades planteadas en relación al retiro de otras instituciones también aplican a las dificultades en la articulación con el segundo nivel. Si bien es algo que se ha escuchado en las reuniones de equipo previas a la pandemia, en la coyuntura actual cobran mayor profundidad porque se

restringen todas las atenciones. En el siguiente fragmento se destaca eso que se dice como al pasar, que es que la gente ya tenía los turnos atrasados antes de la pandemia.

*“Los turnos generan mucha incomodidad en la gente, estuvieron muy retrasados los turnos, no había muchos cupos en pandemia. Bueno, la pandemia fue algo que sobrepasó a todos, el segundo nivel no estaba atendiendo y ahora de a poco se van reanudando las cosas, pero vos fijate que, si la gente tenía un año atrasado, con pandemia dos años, para conseguir un turno para un oculista, por ejemplo.” /enfermerx/*

### **Problemas en la comunicación con el segundo nivel**

Estas dificultades en la articulación no tienen que ver únicamente con el acceso a turnos, sino también con el acceso a la adscripción de los equipos al segundo nivel.

*“La comunicación es importantísima de APS con el 2do nivel, es diferente como se trabaja, pero nos necesitamos uno con el otro. Nosotros dependemos mucho, en lo que es especialista, del segundo nivel. Y no hay esa comunicación como tendría que ser, llamo y resuelvo con el médico. No porque no quiera, sino porque en el Roque por ejemplo no todos los consultorios tienen teléfono.” /enfermerx/*

### **Falta de insumos clave**

Otra cuestión que aparece en relación a los obstáculos para llevar a cabo el trabajo, refiere a la falta de insumos materiales, situación que genera enojo por parte de la población. Frente a estas situaciones los entrevistados manifiestan comprender el malestar de los pacientes y apelan a un posicionamiento ético como modo de amortiguar el impacto que genera la irreductible imperfección de la tarea prescrita. Esto a su vez, parece dificultar la ubicación de responsabilidades en relación a estas falencias, permitiendo redireccionar el reclamo a los

mandos superiores.

*“Porque, por ejemplo, si un paciente se enojó por las tiritas, tiene razón que se enoje si no hay tiritas, que el nene es diabético. Una familia conflictiva que no tiene las tiritas, la mamá se preocupa y viene y te dice cualquier barrabasada, pero no está en nosotros las tiritas, nosotros no vamos y las compramos ni tampoco me las llevo a mi casa. No hay, no mandan, no compran, eso que es algo fundamental.” /enfermerx/*

*“O pueden ser familias que tienen un hijo diabético y no consiguen la insulina y vienen y ¿con quién se la agarran?, con nosotros. Pero están teniendo un problema ellos obviamente, nosotros los comprendemos. Pero por ahí no podemos darle las herramientas justo en ese momento, porque no las tenemos, no es porque no queremos ayudar sino porque no podemos hacer nada.” /administrativx/*

*“Por lo menos los recursos específicos que son necesarios, por ejemplo la mesigyna que faltó, algo que es importante, porque si vos trabajás con un grupo, acá en el barrio la anticoncepción, y después le tenés que decir andá a comprarte la mesigyna. Y todas esas cuestiones generan un malestar en la gente, y la gente viene y te lo manifiesta a vos. Y vos le decís no hay, no sé cuándo va a venir...[...] yo por ejemplo no se lo explico así, no le digo el estado es el que debería...No, yo le digo: no somos nosotras, no los compraron, no los mandaron, apenas venga te avisamos. Pero esa gente tuvo que comprar la mesigyna, cambiar de método, quedaron muchas embarazadas, y ahí se te desborda un poco lo que una iba trabajando con muchas chicas. Y eso te genera eso de qué podemos hacer nosotros con esto y a veces no se puede hacer mucho. Yo creo que siempre va a suceder, y siempre va a haber otra persona que tiene que hacer su parte, porque somos un eslabón de una cadena y cada uno tiene que hacer su participación y la responsabilidad de que tenga que suceder esto o lo otro. /enfermerx/*

### **Problemas en la estructura edilicia**

Este centro de salud cuenta con condiciones edilicias que no son accesibles para todas y todos. En los últimos años, previos a la pandemia, se fueron habilitando consultorios de planta baja que estaban inhabilitados por diversos motivos. No hay por otro lado cantidad suficiente de consultorios. Hace años que se viene hablando de la construcción de un nuevo edificio en un terreno cercano, pero la irrupción del COVID 19 encuentra al equipo en un edificio que complicaba la organización requerida en tiempos de pandemia.

*“Nosotros justo tenemos la mala leche de que tenemos un edificio que va en contra de un montón de cosas. La premisa era que no pueden mezclarse los circuitos: ¿cómo hacemos? tenemos dos plantas, una sola escalera.” /médicx generalista/*

### **Malestar por la insuficiencia de equipos de protección**

En relación a los protocolos de protección por el covid-19 aparecen referencias a la falta de equipos de protección, y esto se condice con lo escuchado a lo largo de las reuniones de equipo durante la práctica de posgrado en relación a otras faltantes como guantes descartables.

*“...al principio, los primeros meses ni siquiera teníamos equipo de protección personal. Teníamos barbijo donado por la comunidad, [...] la máscara la conseguimos nosotros por donación [...] Después nos autorizaron los barbijos quirúrgicos [...] Por ejemplo, no nos dejaban usar las batas, solamente el que tenía que salir porque era el único expuesto, único expuesto de qué? Si la gente, por ejemplo, me pasa todos los días..., arriba: no, abajo: me preguntaban si tenía fiebre, pero yo le dije que no” /médicx generalista/*

### **Percepción de falta de cuidado por parte de la gestión**

La situación respecto de la falta de elementos de protección es vivida

como falta de cuidado por parte de la gestión. Esto se traduce en pérdida de confianza, y tiene que ver con la exposición y la soledad en la que se encuentran como equipo de centro de salud respecto a todos los otros componentes que constituyen la red de servicios en la que los centros de salud están inmersos.

*"La situación era muy así. La sensación era..la sensación no, la realidad era que nadie cuidaba a nadie. La gestión no se ocupó del trabajador de salud, ni a palos..." /médicx generalista/*

### **Pido gancho...**

Con respecto a los recursos humanos en general, son reiteradas las menciones a pedidos de parte, reemplazos, traslados, si bien se percibe cierta elusividad al enunciar las posibles razones de estos pedidos. En todo caso, se trataría de una problemática que requiere de un análisis en profundidad, si se considera que el malestar en la organización de trabajo constituye uno de los condicionantes posibles que motoriza esos pedidos.

*"Adm: -siempre estoy cubriendo, desde que mi compañera se fue tuve dos reemplazos, pero se toman mucho parte los compañeros entonces estoy prácticamente sola.*

Ent: -Y por qué se toman mucho parte?

*Adm: - ... (silencio)*

Ent: --Para vos tiene que ver con esto de que es muy complicado el trabajo?

*Adm: -Capaz que sí, la primer compañera que tuve que trabajé con ella, también tenía muchos problemas familiares. Y pidió parte. Y ahora también, mi compañero que tengo ahora, está pidiendo traslado y pasó parte."*

**/administrativx/**

*"El covid empezó en marzo, yo diciembre, enero febrero, hice un reemplazo prolongado, de una situación muy compleja de una chica en X [otro cs], durante los tres meses full time" /médicx generalista/*

*"Viene ahora una colega que está con una*

*situación muy complicada con el centro de salud del que ella venía por lo cual no pudo volver, donde está viendo qué posibilidades de volver, entonces por el mes de abril viene" /psicólogx/*

### **El equipo como paragolpes del malestar de la población**

La percepción de soledad respecto de otras instituciones, sumada a las restricciones impuestas al desarrollo de los procesos de atención por faltantes de recursos, hicieron que el centro de salud se configure como el lugar hacia donde se dirigía toda demanda.

*"Acá últimamente estuvo pasando, de que la gente venía muy...yo no sé si fue por la época de la pandemia, que estuvo un año prácticamente encerrada, la falta de trabajo, otras carencias, que cuando se encontraban con alguien venían y se enojaban con cualquiera del equipo diciéndote cosas, se incrementó este año que pasó eso. No lo veíamos tanto. La gente pensaba que no la queríamos atender, que todo dependía de acá como era antes, y hoy por hoy el segundo nivel te limita un montón de cosas y se quedaba con esto la gente, y necesitaba que estuviera todo abierto, porque cada uno tiene su problemática y su patología. Hay gente que hace dos años está esperando un turno para algo. El enojo, acompañado de la pandemia, la falta de trabajo...y, el enojo va a estar. El malestar, el enojo." /enfermerx/*

*"Hay distintos momentos. Este, por ejemplo, es para mí como un momento medio particular también porque en el marco de la pandemia se fueron agudizando, como en todos lados, las problemáticas que se venían dando. Una de las cosas que apareció acá tienen que ver con modos muy querellantes y agr..violentos, por parte de la población, ante la necesidad de responder de determinada manera: con turnos, con los controles, con medicación que por ahí no llegaba, con seguimientos que por ahí no fue posible hacer de la misma manera. Y con una población que venía teniendo historia de recorridos institucionales, que hace que demanden*

de una manera que en muchas ocasiones resultó violenta. Esto se constituyó como un problema acá. Porque distintos compañeros padecieron situaciones, sobre todo algunos médicos y en farmacia, que es el lugar de expendio de la medicación, donde no llegaba, y aparece algo de dar la cara. Y esto de estar de cuerpo presente tiene mucho que ver con lo que pasa al laborar en centro de salud.”

**/psicólogo/**

### **El equipo amenazado**

Las situaciones de maltrato recibidas por parte de la parecen constituir la mayor fuente de malestar para muchos entrevistados. Este maltrato proviene de un sector específico de la población, en situaciones concretas que tienen que ver con la imposibilidad de responder con ciertos recursos (turnos de segundo nivel, medicación para tratamientos crónicos, atención espontánea o turnos de control en el centro de salud).

“Ent: -Hubo situaciones graves? o con el diálogo se puede...(interrumpe)?

Enf: -Y, a veces no solamente el diálogo... porque están muy enojados, dicen malas palabras, te insultan, te dicen que te van a denunciar, que te van a matar cuando vos salgas de acá, han dicho cosas, no a mí, pero a compañeros [...] Porque hay mucha gente buenísima, que te agradece muchísimo por el trabajo que uno hace...Pero hay un grupito de personas que son de enojarse, de putear... siempre el maltrato. Son bien específicas las personas que te dicen, no son todas. Son bien específicas las personas que vienen y te dicen todo esto” **/enfermerx/**

“-Si, nosotros la otra vez hablábamos de tratar de tener una reunión con las personas que son más problemáticas por ejemplo, llamar a esas personas, tener una charla, tratar de transmitirles que..(no son todos los que te tratan mal, pero esos que te tratan mal queríamos hacer una reunión para que esos sean voceros de todos los demás y que ellos transmitan la incomodidad que a veces uno siente porque a veces ellos vienen y te ...eso lo

pensamos en el equipo, para ver cómo buscar una solución.” **/administrativx/**

### **Por tu culpa...**

Las situaciones a las que referíamos recién, parecen constituirse en una encerrona, en las que no hay tercero de apelación. Las y los trabajadores manifiestan estar expuestos, al ser el Centro de Salud la primera línea de atención, y percibirse solos respecto de los demás niveles de atención, las instituciones de otros sectores y la propia gestión. Quedan ubicados así en una situación dual entre trabajadores y usuarios, y no hay quien responda frente a la falta de recursos. Tampoco hay una lectura particular que explique el por qué un sector de la población responde de manera violenta. La falta de acompañamiento o de respuesta por parte de la gestión aparece mencionada no sólo en términos de su imposibilidad de solucionar cuestiones de financiamiento y recursos, sino también en relación al cuestionamiento que harían actores de gestión hacia las y los trabajadores trasladándoles así la responsabilidad sobre lo que ellos mismos intentan denunciar que es, en este caso, el maltrato al que se ven expuestos por las respuestas que no pueden brindar. La sensación de soledad y de sobrecarga de quienes trabajan en el primer nivel aparece entonces como reforzada por la misma gestión.

“Porque distintos compañeros padecieron situaciones, sobre todo algunos médicos y en farmacia, que es el lugar de expendio de la medicación, donde no llegaba, y aparece algo de dar la cara. Y esto de estar de cuerpo presente tiene mucho que ver con lo que pasa al laborar en centros de salud. Entonces yo creo que esto generó en el equipo cierta, no sé, como una cosa como de defenderse. Por un lado, de buscar el apoyo en la gestión lo cual es necesario e indispensable, porque muchas veces también aparece esto como un cuestionamiento, o como si uno hubiera re-

*cibido un mal trato entonces no está mal la pregunta de cómo actuó uno, pero aparece muy insistentemente y de muchas maneras como un cuestionamiento acerca de cómo se interviene desde el centro de salud para recibir algunas cosas y hay veces que son cuestiones más generales.” /psicólogo/*

La pérdida de sentido del propio trabajo se produce frente a la falta de reconocimiento de la tarea realizada por el equipo. Según lo detallado en los párrafos anteriores, esa falta de reconocimiento opera en una doble línea: por un lado, en situaciones en que, parte de la población no comprende que la falta de aquellos insumos que deberían proveerles, excede la responsabilidad del equipo. Por otro lado, en ocasiones en que se espera de la gestión la constatación del esfuerzo y la valoración del trabajo del equipo, aun en circunstancias en que no cuentan con los insumos necesarios. En contrapartida, el cuestionamiento que retorna como respuesta hace tambalear el sentido que tiene el trabajo. Y, por otro lado, la falta de articulación o de respuesta de otros sectores también deja a quienes conforman el equipo en un limbo entre la impotencia y la pérdida de sentido del propio hacer.

### **La afectación particular del personal administrativo**

#### ***Falta de capacitación específica.***

El trabajo administrativo en un centro de salud es una función extremadamente importante para la organización de la atención y, según refieren los entrevistados, no cuenta con la capacitación y el acompañamiento necesarios para lo que la tarea amerita. Sucesivas personas pasarían por ese puesto, para terminar después pidiendo parte o traslado. Es una tarea de contacto permanente tanto con la población, como con el equipo y con los

demás niveles de la red, en donde se presentifican todas las dificultades de las que se habla en esta investigación. Lo desgastante que resulta ocupar este lugar, no se condice con la cantidad de recursos humanos disponibles para cubrir horas.

*“Después vine a trabajar acá y fue bastante complicado para mí. Primero porque no me capacitaron, estuvo dos días una compañera mía, después pasó parte y yo me quedé solx, tuve que tratar de manejarme solx, le pedí ayuda a mis compañeros y fue medio complicado para mí, hasta que a los dos meses más o menos ahí ya me fui acomodando un poquito, todo ese tiempo fue terrible.”*

**/administrativx/**

*“Cuando me necesitan me voy a otro...Es medio cansador. Te cansa... tenemos mucho maltrato de los pacientes, que se enojan porque por ahí obviamente no le conseguís un turno, o capaz que vinieron y el turno se les pasó y genera complicaciones por ese lado. Más allá del trabajo, es mi trabajo y yo trato de hacerlo con la mayor responsabilidad y me gusta, pero bueno, viste, trato de hacerlo mejor que puedo. [...] Yo estoy conforme con el trabajo, me gusta. Obviamente como yo estoy todo el día, siempre estoy cubriendo, desde que mi compañera se fue tuve dos reemplazos, pero se toman mucho parte los compañeros entonces estoy prácticamente solx.” /administrativx/*

#### ***Autogestión a pulmón***

A su vez, lo artesanal y autogestivo de la organización hacia el interior del equipo, depende fuertemente de la función administrativa, ya que es donde se recepciona a los pacientes al ingresar al centro de salud. En el contexto de pandemia, con las restricciones en la circulación, nuevos mecanismos se tienen que implementar para poder recepcionar a la población, esta vez mayormente por whatsapp.

*“Nos llevó ocho meses que X [administrativx], X, porque nadie hizo nada, que X ideara un sistema para que las cosas no se escapa-*

ran. Entonces X nos armó un afiche gigante y va escribiendo, respondiendo a la demanda, si es para mí, ya le aviso a la doctora, me escribe el número de teléfono y me lo va pegando en mi casillero. Vos llegás al principio del día y tenés un toco así, de whatsapp que X ya recepcionó..." /**médicx generalista/**

### **Pasá por ventanilla de entrada. La cabeza no me da más...**

Si el centro de salud del primer nivel es la puerta de entrada al sistema de salud, el lugar del personal administrativo es la puerta de entrada al centro de salud. Toda la complejidad que atraviesa al centro de salud, pasa previamente por administración. El nivel de desgaste y saturación que esto puede generar explica probablemente, aunque esto no se diga en las entrevistas, el por qué de los pedidos de parte.

"Somos nosotros los que les decimos que no, si no viene una medicación somos nosotros las culpables, si no nos dan un turno en segundo nivel somos nosotras las responsables. La cara visible somos nosotros. Lo que estamos haciendo ahora, el triage abajo, antes eso lo hacía yo todo el tiempo acá arriba. Estaba todo el tiempo expuestx, era a mí que me puteaban todo el día, que me trataban mal todo el día, que quedaba con la cabeza...más de una vez me iba atrás y me largaba a llorar, muchas veces tuve que cerrar la ventanilla, porque la impotencia que te da. ¿Me entendés? Y ahora lo sufrimos todo el equipo, porque ahora está todo el equipo abajo entonces ahora ellos ven que vienen, te putean, te dicen de todo, ahora yo ya no lo sufro tanto. Todo lo que yo viví por cuatro años lo están viviendo ustedes y lo dividimos a cada uno un poquito. Yo trato de ponerle... hay días que estoy saturadx, y digo bueno, la cabeza no me da más, trato de irme voy para atrás, vengo acá, respiro un poco de aire, porque es todo el día. Y ahora imaginate, desde que empezó la pandemia estamos todo el día con el whatsapp..turnos, foto, consulta por whatsapp..." /**administrativx/**

### **Pandemia**

El ajuste para la organización del trabajo en relación a la situación epidemiológica por el Covid-19 y las restricciones en la circulación y en la atención aparecen extensamente en las entrevistas. En líneas generales, como se mencionó anteriormente, las dificultades del trabajo en el primer nivel se vieron agudizadas, en algunas situaciones por condiciones que preexistían a la pandemia, y en otras, por avatares inherentes al momento de pandemia.

### **Me voy a morir...**

En particular el primer momento de la pandemia es caracterizado como de alto impacto subjetivo en el equipo, atravesado en algunos de sus integrantes por un fuerte temor ante la posibilidad del contagio y la propia muerte. El nivel de exigencia requerido para las y los trabajadores no sufrió revisión.

"El covid empezó en marzo, yo diciembre, enero y febrero, hice un reemplazo prolongado, de una situación muy compleja de una chica en X [un CS], durante los tres meses full time. El día que se decretó la cuarentena era mi último día de trabajo, yo salía de vacaciones, me tomaba después de dos años, una semana. Porque estaba explotada. Y el 19... bueno, me quedo en mi casa, no puedo viajar, listo... Habló Alberto, y el lunes fue venir a trabajar, fue durísimo, fue como locura, locura,... locura, y en junio fue doble turno de nuevo, y fue bueno, me voy a morir... Arranqué terapia, y era llorar toditos los santos días. Yo ponele me reía porque mis compañerxs de la residencia estábamos todxs iguales. Todxs re resistentes (por terapia) no tengo tiempo, la plata; y ahora estamos todxs, jaja, todxs por zoom, porque estamos estalladíssimxs (...) pero fueron dos meses, una tensión ahí pero raro...yo creía que me iba a morir. Y era llegar a mi casa y hablar de eso, y acá era pensar uh acá van a pensar que yo estoy re locx. Era lx nuevx. Era esa la sensación. Llegabas a la reunión de equipo y era estar todas con los

ojos llorosos. Todos, sin excepción. Mamá de hijos chiquitos, en edad escolar que no sabe que cadorna hacer con los pibes, y todo así. Y era, y cómo nos vamos a organizar? Febriles (llorando), qué lugar para la angustia? "

**/médicx generalista/**

### **El monito...**

En ese primer tiempo, los integrantes del equipo de salud apelaron a comprarse ellos mismos elementos de protección ante la carencia de los mismos. El temor al contagio, como padecimiento singular, movilizó al personal a resolver por sí mismo cuestiones en relación a los equipos de protección e información.

"Y eso me pasaba antes también, pero arriba no se podía usar la bata, porque gastabas un recurso que lo ibas a necesitar mañana. Era desesperante. Al principio nadie sabía nada. Yo llegaba a mi casa quemada y me ponía a leer artículos en inglés, que soy un mono, para ver cómo podía proteger un poco más o qué podía hacer por el otro, y era imposible. Mi novio una vez me dijo no te aguanto más, y me compró un monito, y yo iba al X [un CS] con un monito. Iba al SIES a hisopar, y los monitos para nosotros que salían \$500 descartable, el SIES que iba a hisopar igual que yo era descartable, y nosotros lo que hacíamos, el SIES tiraba la bolsa de ropa y nosotros sacábamos la bolsa de ropa y lo poníamos en lavandina y lo usábamos al otro día." **/médicx generalista/**

### **Cuando se fractura la confianza en la gestión**

En momentos posteriores, cuando se inicia el suministro de equipos de protección personal, emergen malestares derivados de la pérdida de confianza en la calidad de los equipos provistos por la Secretaría, como así también de la insuficiencia, lo que restringía su uso a algunos miembros del equipo, aunque la exposición al contagio los atravesara a todos.

"[...]Porque al principio, los primeros meses ni siquiera teníamos equipo de protección

personal. Teníamos barbijo donado por la comunidad, y venía la coordinación y juraba por Dios que esos barbijos funcionaban, y después al mes venían y decían que no funcionaban, que venían y nos iban a dar un tri-capa [...] al principio la máscara la conseguimos nosotros por donación. Por ejemplo, no nos dejaban usar las batas, solamente el que tenía que salir porque era el único expuesto, único expuesto de qué!!! si la gente..., por ejemplo, me pasa todos los días, arriba: no, abajo me preguntaban si tenía fiebre, pero yo le dije que no porque sino vos no me ibas a querer atender, y es tu obligación vos sos mi médica. Pero vos me estás exponiendo a mí. Bueno, es tu trabajo. **/médicx generalista/**

### **El clásico: municipalidad versus provincia**

Las lógicas de trabajo diferentes en el primer nivel de atención municipal y en el provincial, aparecen nuevamente en relación a esta temática, aunque preexisten a la misma. Estas diferencias, traducidas en sobrecarga de trabajo para los equipos municipales, parecen haberse acentuado durante la pandemia.

"Hay dos versiones, están los que están trabajando en hospital, incluso algunos compañeros que trabajan en APS, de que los compañeros que están en un centro de salud provincial, no están trabajando, como que están más relajados, entre comillas, porque al principio de la cuarentena no hisopaban, no hacían el acompañamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como que toda la carga del trabajo estaba indicada a los municipales. Como este centro que es municipal. Hemos tenido un montón de pacientes que vienen de X, que es un centro provincial y mis compañeras me dicen que no estaban trabajando, que no tenían pacientes citados para los controles de las enfermedades, que ven pocas embarazadas. [...]Porque la baja de provincia es esa, como que no podían hacer más [...] Y también mucha carga al equipo por la falta de compromiso, o no sé si es compromiso la palabra, no sé, me resulta difícil: cae todo el laburo en nosotros, en los

cs municipales, desde el inicio que hacíamos todos los hisopados, que todos los provinciales no hacían, y se ha visto también, que la población que estaba referenciada a CS provinciales que no se han hecho los controles caen todas las complicaciones agudas a los hospitales, y eso también se ve sobrecargado. Yo no me he sentido agobiada o cansada en el transcurso de toda la cuarentena, lo he llevado bien. Pero en estos meses, más que nada en enero, ahí sí, sentía que estaba más cansada, más agobiada, fue más tardío. Y no fui consciente de eso hasta febrero (risas)

**/residente MG/**

### **La asimetría hospital/centro de salud**

Aparece mencionada la asimetría en las cargas de trabajo entre el hospital de referencia y el centro de salud; a la vez, la redistribución de circuitos de atención motivados por la pandemia pareció ofrecer una posibilidad de reconocimiento del trabajo realizado desde el primer nivel.

*"Igual, lo que me encanta de la situación, es que cuando el segundo nivel quiso dejar de hacer todo y todo se amortiguó en APS ellos empezaron a ver: cuando nosotros dejamos de hacerlo y el tránsito allá aumentó, dijeron qué pasó con APS!? -Ah viste, todo eso se amortigua acá, el paciente no tiene respuesta en el CS porque rige el protocolo y va golpearle la puerta al Roque. Todo eso nos pasa a nosotros todos los días. Entonces se empezaron a hacer por zoom esas reuniones para empezar a coordinar algunas cuestiones y empezar a ir para el mismo lado. Porque sino, sin una organización previa es imposible."* **/médicx generalista/**

### **La muerte entrando por la ventana**

Un hecho que no puede pasar inadvertido es el de las pérdidas por Covid-19 sufridas por las y los trabajadores, que pueden ser en el orden familiar pero también de compañerxs.

*"Yo perdí el viernes pasado a mi suegra, falleció por covid, tenía todos los factores de riesgo, nosotros ni los veíamos, o sea empezó*

*mi suegro con síntomas, en seguida me hisopé yo para ver si yo era portadora asintomática, yo di negativo y él positivo, y no sé dónde se lo contagió"* **/residente MG/**

### **La angustia de tener que seguir**

Esta angustia de seguir no tiene que ver únicamente con los posibles duelos atravesados por los propios trabajadores de salud, sino también con otras dificultades personales, familiares que cobraron magnitud en el contexto de la pandemia.

*"[...] Yo llegaba y estaba llorando. La Muni no licenció a los padres por ejemplo. Provincia dijo bueno, las madres de niños menores de cinco años a su casa. Muni no, acá todos tienen niños menores de cinco años, los que tienen. Y realmente había una angustia muy zarpada, era llegar y estar velando a alguien. Se vivió de una manera muy intensa. Aparte yo veía desbordada, gente que para mí era un pilar acá adentro y digo wow, que mal, un montón. Y se trabajó así. Y después empezó a dar positivo, positivo, la curva que todos conocemos, empezó a subir. Después la gente empezó a tener otro tipo de demanda, nosotros a tener otro tipo de changüí, digamos, bueno, veo el control de uno pero también veo el control de dos."* **/médicx generalista/**

### **Se viene el estallido**

Llama la atención el uso de la metáfora del estallido para describir el estado de situación percibido, sobre todo porque es una metáfora que arranca designando la situación de los propios trabajadores para deslizarse luego al "estallido" de la población.

*"Que es algo que el COVID nos sacó, por ejemplo ahora. Y esa es una de las cosas que hacen que estemos tan estallados, porque más allá de que cambió todo el circuito de circulación del CS: viste que tenemos la planta baja para Covid o sospechoso, y la planta alta limpio, al principio con restricciones a full, solamente niños de un año, embarazadas y post aborto médico o espontáneo. Después se fue abriendo un poco, pero no deja de solamente haber eso. Los circuitos inte-*

*rinstitutionales se cortaron, todo lo que era dispositivos grupales se cortaron, digamos... el menor de los problemas es que yo esté cansada de solo ver COVID. El problema es que esos dispositivos hace un año están en pampa y la vía, el espacio de Desarrollo, hace un año. Entonces se cortó todo, todo en un montón de niveles, o sea, los seguimientos de las Patologías crónicas de segundo nivel, o sea, desde lo que hacíamos acá todo a pulmón, hasta todos los circuitos médicos, estudio, terapéutico, el 2do, 3er nivel, todo eso se cortó. Hace que vos acá tengas que ser la referencia del territorio, vos acá recibís todo. El punto de quiebre con la patología del segundo y la conexión de todos los niveles sos vos. O sea, por ejemplo: llueve, se inundó, se cortó la luz, los pacientes vienen acá. A quejarse, a hablar de que no les dan bola, la municipalidad, etc, vienen acá, generan ese circuito. Y el paciente ese que no tiene agua ni luz, tiene una patología crónica, no consigue turno en el Roque, estalla acá. No hay más medicación, por ejemplo de algo que pasa en todos lados, mesigyna no se fabrica más, no hay mesigyna no hay anticoncepción, explota acá. Y eso hace que sea agotador, hace un año, todo el tiempo.” /médicx generalista/*

### ***Y nuevamente el desfasaje entre lo prescripto y lo real del trabajo***

Esta brecha que es habitual en las organizaciones de trabajo, se hizo más visible (y podría considerarse también más generadora de tensión) en tiempos de pandemia. Fundamentalmente porque lo que en tiempos “normales” puede otorgar márgenes de creatividad en el trabajo, en el tiempo de pandemia implicó lidiar con una fuerte sobrecarga ligada a la toma de decisiones sobre circuitos, espacios, modos de atención en un marco de alta incertidumbre y temor.

*“[...] Al principio fue todo muy artesanal. Sí hay lineamientos como hay lineamientos ahora. La forma de dirección de cada CS fue bastante individual. La bajada de línea, el protocolo escrito que se daba era del tipo más restrictivo, no se puede hacer esto,*

*lo otro, no va a haber esto, no va a haber lo otro. Bajo esas premisas ustedes armen cómo quieren hacer. Nosotros justo tenemos la mala leche de que tenemos un edificio que va en contra de un montón de cosas. La premisa era no pueden mezclarse los circuitos: ¿cómo hacemos? tenemos dos plantas, una sola escalera. /médicx generalista/*

*He hecho cosas super antiéticas como medicar por foto, una mamá mostrándome la garganta de su hijo por foto, para que no venga, o un grano que no era un grano y al otro día era una.. (ejemplos); llegamos a eso, la demanda era tal, la gente también estaba con miedo, tampoco quería salir, para muchas personas venir al CS era sinónimo de contagiarse, era algo que los iba a matar. Y requería una demanda, y sabe que hay médicos, sabe que yo soy su médica que me llamo X y que la conozco, entonces, X [nombre] vos me tenés que ayudar. Y vos estás ahí en el medio de qué le digo que venga que no venga, no puede entrar, lo veo desde la puerta.”*

***/médicx generalista/***

### ***Un barco ahí... flotando***

El lugar de exposición y sobrecarga que ocupa el primer nivel, en relación a la restricción de las atenciones en otros niveles y al repliegue de otras instituciones de la red y otros sectores, es graficado como un barco ahí flotando, a ver qué era lo que salía. Una especie de naufragio, sin timón ni timonel.

*“[...]bueno acá es como que estamos solos. Esa fue la sensación de todos. Que era un barco ahí flotando a ver qué era lo que salía. El punto es que una vez que pasó el tiempo hubo organizaciones que no se restituyeron como tal. Entonces vos seguís estando medio solo con algunas cuestiones, y la verdad que es una bosta. Está bien, entiendo, que es la situación, que no me pasa a mí, que esto es mundial, que esto va a seguir, pero yo creo que todo el tiempo de preparación...no hubo tal preparación. Creo que se desarmaron algunas cosas, y que acá se siguió sosteniendo un montón de...que nunca pararon, porque*

no es que acá en un momento se dejó de atender gente, nunca paró, nunca paró y solamente aumentó la demanda o vehiculizada por otros medios, por ejemplo, el teléfono, yo lo prendería fuego.”/médicx generalista/

### **La ola...de puteadas**

Algunxs entrevistadxs dan cuenta del nivel de exposición al malestar de la población, del cual no parece haber reconocimiento en las comunicaciones oficiales o en los medios. El tiempo de pandemia forzó la resignificación de la propia tarea, se interrumpieron las atenciones que se solían llevar a cabo, dejando como resultado malestar, enojo y en ocasiones, maltrato.

“[...]Juh le diagnosticué una artritis..y qué hago? le digo no, tomate este paracetamol, y venite en cuatro meses. Te van cortando los circuitos, demoran el diagnóstico, retrasan ... es prolongar el sufrimiento del otro, que está bien..., con quién se saca? conmigo se sacan. Lo que vemos no es la ola de covid muertos, vemos la ola de puteadas. Ya cerró el tercer nivel. Nosotros volvemos estrictamente a embarazadas, control de aborto y niños menores de un año. Y todo el resto?” /médicx generalista/

### **El colapso no reconocido**

Resulta de interés el modo en que los trabajadores entrevistados hacen referencia al colapso del sistema de salud, considerando que la idea de colapso del sistema de atención no fue reconocida desde los discursos oficiales, que habitualmente lo presentaban como un escenario que podía llegar a acontecer pero que nunca habría ocurrido.

“[...]Jen un momento se suspenden los turnos programados, sólo se atienden urgencias, después cuando empiezan a atenderse se atienden las problemáticas crónicas, entonces siempre queda ahí una población, que está sana pero que necesita controles también, y bueno, eso tiene que ver con otras cuestiones. De eso habla el colapso en el sistema de salud.

Cosas que no se dan abasto para responder porque los integrantes del equipo seguimos siendo los mismos o menos.” /psicólogo/

### **Estrategias de afrontamiento Estrategias colectivas**

En todas las entrevistas se mencionó la importancia del equipo, del apoyo, la cooperación y la coordinación, el no quedarse solo, como recursos para enfrentar el malestar. Como fue mencionado en otros apartados, la posibilidad de trabajar en coordinación y cooperación no viene por añadidura. Es necesario que se den procesos intersubjetivos que habiliten una modalidad vincular que reconozca las especificidades y al mismo tiempo construya criterio.

“Sí, para mi uno de los soportes fundamentales es el laburo en equipo y el apoyo de la gestión, que tiene que ver con escuchar, entender, y hacerse presente. Y hacerse presente en determinadas circunstancias. No quedar siempre poniendo el cuerpo, más allá de que vos estás siempre; sí, hacerse presente. (Silencio) Sí, yo creo que una diferencia fundamental a la hora de pensar cómo seguir, qué armar, tiene que ver con eso, con la construcción con el equipo. Y en este centro de salud ese es un punto, algo con lo que contamos, que suma.” /psicólogo/

“Y acá tenemos el apoyo de un equipo que vos podés contar con el otro. Yo me siento apoyada. Somos un buen equipo, a pesar de que no estemos de acuerdo todos con todo, porque somos diferentes, pero el apoyo de todos está. Tratamos de apoyarnos, de no estar solos en situaciones difíciles, siempre en las reuniones hablamos que si hay alguna situación que, si uno parece que se le puede desbordar, siempre llamar al otro par o a alguien del equipo para poder acompañar, aunque sea. Eso siempre está. Siempre.” /enfermerx/

### **Estrategias individuales**

En las entrevistas se refiere que el equipo hace lugar a las expresiones de

malestar y angustia de las y los trabajadores, y las respuestas frente a estas situaciones en muchas ocasiones son individuales: pedidos de parte, terapia individual.

*"...desde que mi compañera se fue tuve dos reemplazos, pero se toman mucho parte los compañeros entonces estoy prácticamente sola." /administratix/*

*"Empecé con palpitaciones y mareos"*  
**/residente MG/**

*"Arranqué terapia, y era llorar toditos los santos días" /médicx generalista/*

### **Respuesta brindada desde la gestión sanitaria para la contención de las y los trabajadores**

En cuanto a los modos de abordaje planteados desde la gestión para afrontar la agudización del malestar producido por la pandemia y los ajustes en la organización del trabajo, se menciona la existencia de un teléfono.

"Ent.-Y qué se hace con todo este malestar? porque vos hablás del miedo a la muerte...

*-Institucionalmente había un teléfono que podías llamar, de contención. Eso creo que de provincia pero te enterabas porque lo veías en Facebook... Al principio hablar del malestar de cada uno era pasarse toda la reunión hablando del malestar de cada uno y era como que era un espacio que no era para eso, era como que eso se sentía. Encima nosotros tuvimos la puta particularidad de que apenas arrancó este quilombo, X que era nuestro jefe se fue de coordinador, o sea que todos en pelotas" /médicx generalista/*

### **Algunas reflexiones finales**

El interés principal de esta investigación fue dar lugar a la palabra de quienes trabajan en un equipo de un centro de salud del primer nivel, explorando qué dimensiones intervienen en la producción de malestar desde su propia perspectiva; también resultaba de interés, a partir de la pro-

puesta metodológica de Dejours (4), situar un espacio de intersubjetividad que posibilite cierta elaboración, donde incluso puedan emerger mociones que no sean conscientes.

En las entrevistas realizadas se encontraron expresiones que dan cuenta del interés que suscita el trabajo en APS y específicamente en el primer nivel. El contacto y la cercanía con la población, bajo la modalidad de abordaje que imprime la clínica ampliada y contextualizada, y los equipos interdisciplinarios de referencia, son aspectos que convocan a quienes trabajan en el centro de salud. La noción de red, que caracteriza al primer nivel de atención municipal, es un elemento que se menciona como fundamental para llevar a cabo procesos de atención integrales. Esta noción involucra, según se puede leer en las enunciaciones de las y los entrevistados, la dimensión comunitaria, el equipo interdisciplinario y horizontal, y también otros sectores estatales, tal como se plantea en los lineamientos de la estrategia de APS.

El interés que despiertan estas características del trabajo en el primer nivel de atención, ubica a las y los trabajadores en una posición de querer hacer algo con esas realidades, abordar las problemáticas y colaborar con cierta transformación. Este compromiso con la realidad social contiene la noción ilusoria de que lo que pasa en el territorio, es propio de la localización de ese territorio, como trabaja Alberdi (9) respecto de las políticas sociales.

De algún modo es necesario poder pensar que las problemáticas con las que se trabaja en los barrios desde los efectores del primer nivel no son problemas espaciales; que el trabajo en territorio, en contacto con la población no puede pretender delimitar geográficamente los padecimientos. Discutir con el modelo médico hegemónico y proponer una clínica reformulada, ampliada y contextualizada no es des-

conocer que “el agravamiento de las desigualdades y el deterioro de las condiciones de vida, son extraterritoriales” (9) En este punto es importante señalar que no se escucha en los relatos una lectura sobre la complejidad del territorio y los modos en que la narcocriminalidad -exacerbada en los tiempos que corren-, ha modificado la configuración de los territorios, los propios lazos entre los vecinos y aun los vínculos entre población y equipo de salud.

Es necesario poder plantear estas discusiones, para que, como trabajadores, que también están atravesados y atravesadas por la precarización y la exclusión estructural, no recaigan en la impotencia, que es una forma de negar la imposibilidad. De alguna manera, este compromiso social con las necesidades particulares de la población en territorio, taponan lo que podría pensarse, por ejemplo, a través de la línea de concebirse como trabajadores, con cierta lectura de clase. Hay en las entrevistas una ausencia de la concepción del trabajador como trabajador, sostenida en el percibirse a sí mismos como genuinamente interesados, con ganas de hacer algo más, ávidos de aprender.

Las necesidades de la población son vistas como carencias, su entorno es atendible al igual que su dolencia (¿se los pone a estos elementos en un plano de igualdad?). Merhy (10) propone pensar que lo que busca la o el usuario que demanda atención en los servicios de salud no es que se le suministre algo que colme una carencia, sino que posiblemente busque autonomía, hacer algo con su dolencia. ¿Será esa percepción del otro como en desventaja un modo de desconocer o al menos enmascarar la complejidad de la tarea asumida?

En cuanto a las situaciones percibidas como fuente de malestar, se enuncian en las entrevistas muchas de las

carencias con las que se confrontan en los procesos de atención: la falta de insumos, de recursos humanos, de medicamentos; las dificultades edilicias; las dificultades de articulación con otros niveles o instituciones de otros sectores, la ausencia o repliegue de las mismas. El modo en que estas carencias se constituyen en padecimiento tiene que ver con la soledad que las y los trabajadores del equipo experimentan respecto de otras instituciones, y también con una pérdida de confianza en la gestión.

Las y los trabajadores del centro de salud que participaron de las entrevistas expresan sentirse expuestos, poniendo el cuerpo, en soledad, frente a las demandas de la población que van en aumento a medida que crece el desempleo y la pobreza, y fundamentalmente a medida que otras instituciones o el segundo nivel reducen su atención, se repliegan, y toda demanda tiende a “estallar” en el centro de salud, única presencia al alcance y con las puertas abiertas. Realidad ésta completamente exacerbada en el contexto del Covid-19.

Con esas carencias y siendo la única presencia institucional en los barrios, parece lejano el horizonte de garantizar inclusión y accesibilidad a los derechos. Se podría hablar entonces de una pérdida del marco de trabajo en tanto se alejan los objetivos, se desdibuja la red, y se profundizan las carencias en torno a insumos, medicamentos, recursos humanos, atenciones.

Esta pérdida de marco de trabajo es percibida por las y los trabajadores, cuando un sector de la población se dirige con malos tratos hacia el equipo. ¿Por qué insiste en las entrevistas la afirmación de que ésta es la mayor fuente de malestar, cuando también se enumeran aquellas otras dificultades enunciadas más arriba y agudizadas profundamente en tiempos de Covid-19?

En las entrevistas realizadas la localización del malestar en una fuente tan específica y delimitada como el maltrato de un grupo de pacientes, contiene en su misma enunciación aquello que se pretende naturalizar: este pequeño porcentaje de la población que no acepta el no, se enoja porque no le pueden proveer los recursos que precisa y que han sabido brindarle, como la insulina; o porque está esperando un turno de especialista hace dos años, o porque tiene otros problemas sociales.

En esta especie de encerrona trágica, en el sentido en que la define Ulloa (15, p168), en tanto se está a merced de aquello que se rechaza, se intenta apelar a una terceridad, que en este caso es la gestión. Esta situación plantea una doble vuelta de esta encerrona ya que ni la gestión puede resolver la falta de recursos (según lo que se pudo recabar en las entrevistas) ni puede hacer el gesto de reconocimiento y constatación necesario para que las y los trabajadores puedan darle un sentido a su trabajo, en tanto lo que se recibe como respuesta es la pregunta y el cuestionamiento sobre cómo se intervino desde el centro de salud frente a ciertas situaciones, sin poder ubicar que operan condicionantes más generales sobre los que las y los integrantes del equipo no tienen incidencia.

Esto plantea entonces la pregunta por las instancias de elaboración en conjunto con la gestión; pero al decir instancias se dice no solo espacios y tiempos donde circule la palabra (como puede ser cualquier reunión de equipo) sino espacios subjetivos conjuntos, área transicional común (16, 17), donde se puedan producir cosas...La gestión probablemente no sea "mera administración de los seres y las cosas, sino más bien como uno de los modos de producir las necesarias articulaciones clínico- políticas en la in-

jerencia de lo cotidiano" (17, p183). Tal vez sea ésta una vía posible para movilizar la micropolítica del trabajo vivo en acto, entendiendo que la autonomía y la creatividad de la que hablan Merhy y Franco (10) no resultan instituyentes por sí mismas en la particularidad aislada de los actos en salud, si no se cuenta con dispositivos colectivos que le den cauce.

Es de destacar que en todas las entrevistas se hace mención a la importancia que tiene el trabajo en equipo. La coordinación y cooperación son, desde el punto de vista que plantea Dejours, aspectos fundamentales que posibilitan la organización real del trabajo. Es mencionado en las entrevistas como una característica del trabajo en el primer nivel, pero al mismo tiempo como una característica particular del propio centro de salud, en comparación con otros efectores donde ello no se pone en juego, aunque los lineamientos sean los mismos. El rol del equipo se constituye en un sostenimiento fundamental que permite soportar el padecimiento de lo real del trabajo.

Por último, al menos en lo que respecta a estas reflexiones, es importante señalar la afectación particular del personal administrativo, que viene a ser al centro de salud, lo que el centro de salud es a la red: la cara visible, la puerta de entrada, la primera atención. Es una presentificación condensada de todo lo que se vivencia como malestar en el trabajo en el primer nivel de atención.

Y, finalmente, si bien esta investigación no pudo prever en sus objetivos la pandemia del Covid-19, se puede hipotetizar que operó en la mayoría de los relatos como un signifiante que fue al lugar de obturar la comprensión de los condicionantes de las problemáticas que ya se venían manifestando.

## BIBLIOGRAFÍA

1) Mansilla, C. (2008) La salud de los trabajadores de la salud en la conflictividad de sus prácticas de APS en un Centro de Salud municipal de Rosario. Tesis de Maestría en Salud Pública del Instituto Lazarte. Disponible en el sitio de internet del Repositorio Hipermedial UNR.

2) Huerta, A. (2011) Proceso de trabajo y salud: La problemática del sufrimiento subjetivo de los trabajadores de la salud en el ámbito de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario. Tesis final de Maestría de Metodología de Investigación. UNER.

3) Rovere, M. (2006) Una ciudad modelo en salud pública. La construcción de una estrategia. El diseño de una gestión. En: Experiencia Rosario: Políticas para la gobernabilidad. Disponible en : [https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca\\_pp/rosario\\_politicas\\_gobernabilidad.pdf](https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca_pp/rosario_politicas_gobernabilidad.pdf)

4) Dejours, C. (1998 [1992]) De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En: Dessors, D. y Ghio-Bailly, M. Comps. (1998) Organización del trabajo y Salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. Ed. Lumen. Buenos Aires.

5) Organización Mundial de la salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

6) Ferrandini D. (2003) Trabajar en atención primaria de la salud. Disponible en: [http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/03/Boletin-APS\\_03\\_2017-1.pdf](http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/03/Boletin-APS_03_2017-1.pdf)

7) Testa, M. (1985) Atención ¿primaria o primitiva? de salud. Disponible en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa\\_mario\\_atencion\\_primaria\\_o\\_pri](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa_mario_atencion_primaria_o_pri)

[mitiva\\_de\\_salud.pdf](#)

8) Bronfman M. (1994) Participación Comunitaria: Necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. Cad Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122. Disponible en: <https://cupdf.com/document/participacion-comunitaria-necesidad-excusa-o-estrategia-la-inclusion.html>

9) Alberdi, J (2019) El territorio como campo de batalla. Lxs trabajadores de las políticas sociales en los márgenes de la potencia comunitaria. Rev. Escenarios. UNLP N° 30. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10027/8766>

10) Franco, T. B. y Merhy, E. E. (2016) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.

11) Onocko Campos, R; Massuda, A; Valles, I; Castaño, G; Pellegrini, O. (2008) Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva, Buenos Aires, 4 (2): 173-185, Mayo – Agosto, 2008.

12) Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: I. Szasz y S. Lerner (Comps.). Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad (pp. 57-85). México: COLMEX

13) Taylor, S.J. y Bogdan, R. (2000) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significado. Capítulo 6. Buenos Aires: Paidós.

14) Ginzburg, C. (2008) Mitos, emblemas, indicios. Barcelona: Gedisa

15) Ulloa, F. (2012) Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

16) Kaës, R. (1989): "Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones", en Kaës et al.(comps.) La Institución y las Instituciones. Buenos Aires: Paidós.

## LA PROBLEMÁTICA DE LA TUBERCULOSIS DESDE UNA MIRADA TERRITORIAL

Flavia Lujan Leguizamo □

---

### RESUMEN

El objetivo del trabajo radica en explorar las perspectivas de los trabajadores de un Centro de Salud provincial y referentes del Programa de Tuberculosis Provincial en torno a la tuberculosis y sus estrategias de abordaje en la población del área de cobertura. El territorio en que se asienta el Centro de Salud bajo estudio, cuenta con una población de referencia con amplia diversidad cultural (pueblos originarios y migrantes de otras provincias) en el período comprendido entre junio 2016 a junio del 2018 en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

La estrategia metodológica se inscribe en la lógica cualitativa de tipo descriptiva. Se adoptó una estrategia de segmentación, codificación de los discursos y método comparativo constante para el análisis de las categorías emergentes en las distintas entrevistas. **RESULTADOS:** Los entrevistados del equipo de salud, ubican claramente las diferentes concepcio-

nes de salud/enfermedad que atraviesan a la población y al propio equipo, desarrollando estrategias tendientes a asegurar los cuidados respetando las diferentes cosmovisiones. Sostienen también una mirada crítica de los programas, por su lógica normativa y desvinculada de los contextos reales de vida de las poblaciones objetivo.

**CONCLUSIONES:** Se destaca la importancia de propiciar una mirada integral de la salud promoviendo acciones de manera conjunta, coordinada con los integrantes del Programa de tuberculosis y haciendo partícipe a la comunidad en el diseño de estrategias de cuidado acordes a su cosmovisión. Se destaca en la actualidad el rol clave de los agentes sanitarios interculturales bilingües.

**Palabras Clave:** Tuberculosis, Estrategias de abordaje en salud, Interculturalidad.

### SUMMARY:

The outcome of this research aims to explore the workers' perspectives of a provincial Health Center as well

as referents of the Provincial Tuberculosis Program on tuberculosis and its approach strategies in the population of the coverage area. The territory where the Health Center under study is located has a reference population involving a wide cultural diversity (native people and migrants from other provinces) in the period between June 2016 and June 2018 in the city of Rosario, Santa Fe Province. The methodological strategy is part of the descriptive qualitative logic. A strategy of segmentation, discourse coding and a constant comparative method was adopted for the analysis of the emerging categories in the different interviews. **RESULTS:** The interviewees of the health team clearly locate the different conceptions of health/disease that affect the population and the team itself, developing strategies which aimed at ensuring care while respecting the different worldviews. They also hold a critical view of the programs, owing to their normative logic and dissociation from the real life contexts of the target populations. **CONCLUSIONS:** The importance of promoting a comprehensive view of health as well as joint collaboration are highlighted, coordinated by the members of the Tuberculosis Program and involving the community in the design of care strategies according to their worldview. The key role of bilingual intercultural health agents is currently recommended.

**Key words:** Tuberculosis, Health approach strategies, Interculturality.

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas, por encima del VIH/Sida. En 2016 la cifra estimada de muertes por tuberculosis fue de 1,3 millones (frente a los 1,7 millones de 2000) en personas VIH-negativas, y de 374.000 en personas

VIH-positivas. La cifra estimada de personas que contrajeron la tuberculosis ese mismo año fue de 10,4 millones. (1)

En Argentina en 2017 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 11695 casos, siendo la tasa en ese año de 26.5 casos por 100.000 habitantes. (2)

La Provincia de Santa Fe presenta una mediana incidencia con una tasa del 17.3 %. Por su parte, Rosario con una tasa del 25.1 % (301 casos notificados en 2017)<sup>1</sup>, la más alta de la Provincia, refleja la situación de los grandes centros urbanos con incidencias de tuberculosis mayores a las tasas globales del país, sucediendo lo propio al interior en determinados barrios, con contextos socioculturales específicos. Históricamente la tuberculosis es considerada como enfermedad infecciosa (producida por el Complejo *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch), cuya vía de transmisión es de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo al toser, hablar o estornudar. Dada la imposibilidad de erradicación, en la actualidad, adopta carácter de cronicidad para las comunidades. Aun conociéndose las características de su agente microbiológico causal y la existencia de un tratamiento adecuado y eficaz que logra la curación, la tuberculosis se perpetúa y se intensifica en determinados grupos sociales. Hoy a más de 60 años del descubrimiento de las primeras terapias farmacológicas continúa siendo un grave problema de salud pública y sobre todo de justicia social.

En un diagnóstico comunitario realizado en el área de cobertura del Centro de Salud (CS) Libertad entre junio 2016-junio 2017 (3), se tomó como población bajo estudio al total de personas registradas en las fichas de tratamiento de tuberculosis en el período (N= 36). En dicho estudio pudieron identificarse diversas dificultades en el

abordaje del problema de la TBC en el CS. Entre otros:

- *Deficiencias en los registros*: las fichas de tratamiento y los estudios de contacto debieron ser completados con información de las historias clínicas, en las cuales también se observaba subregistro.

- *Ausencia de registro en relación a la pertenencia a pueblos originarios* o poblaciones migrantes y dificultades en la caracterización de factores socio-culturales.

- En más de la mitad de los casos, los *diagnósticos se efectuaban en efectores de 2° o 3° nivel* de atención.

- Un tercio de los casos referían a *presentaciones clínicas extra-pulmonares* no asociadas a las inmunodeficiencias más frecuentes (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

- *Estudio de contactos incompletos* en la mayoría de los grupos familiares. Diferencias en los criterios para su evaluación según se considerasen contactos íntimos o esporádicos y según la localización de la tuberculosis sea pulmonar o extra pulmonar.

- Solicitudes de estudios sin su correspondiente realización y contactos sin evaluación.

- Según los datos registrados, algo menos de la mitad de los pacientes con tuberculosis pertenecía a pueblos originarios. No obstante los equipos de referencia percibían que ese porcentaje subestima el número real de usuarios afectados por TBC de estos grupos.

Por su parte, un estudio realizado en el denominado "Barrio toba" señalaba de qué modo la condición de grupos poblacionales "migrantes" refleja un proceso que impacta fuertemente en los sujetos *"generando un núcleo de desarraigo, pobreza y desestructuración familiar y comunitaria que debe ser explorado en las manifestaciones del deterioro de la calidad de vida y como determinante de sus perfiles patológicos"* (4).

Otro estudio realizado también en esa área aporta conocimientos acerca de las características de la comunidad y su cosmovisión, a la vez que advierte: *"Pensar que el padecimiento se expresa y cura de la misma manera en toda la población es desconocer el carácter eminentemente social y cultural de los procesos salud enfermedad"*(5).

Considerando el desarrollo de la estrategia de atención primaria en la ciudad de Rosario, entendida desde un enfoque de derechos humanos, basada en la universalidad, la integralidad y la equidad como ejes que la estructuran (6) (7) y dentro de ella, el rol asignado a los centros de salud como lugar privilegiado para que la población pueda acceder de manera oportuna a la atención de sus problemas de salud, es propósito de este trabajo aportar a construir un conocimiento complejo de los procesos de salud enfermedad atención que desde la perspectiva de los propios trabajadores permita avanzar en la comprensión de los determinantes que llevan a que la tuberculosis se presente en grupos poblacionales vulnerados con carácter de cronicidad. En esa línea, algunos interrogantes que orientan el trabajo son: ¿Es posible pensar una implementación del Programa de Tuberculosis de un modo estandarizado sin adecuaciones a la realidad local? ¿Las dificultades en las diferentes etapas del abordaje de la tuberculosis (diagnóstico, tratamiento, estudio de contacto, etc.) son de índole técnica, organizacional o responden a desconocimiento de representaciones, cosmovisiones de las comunidades en las cuales se intenta implementar?

### **Interculturalidad: Concepto clave para el abordaje de pueblos originarios**

En su artículo "Volver a pensar en salud", Spinelli (8) se plantea como interrogante: *"¿Son los programas la*

mejor respuesta desde el estado a las necesidades de los conjuntos sociales, en términos de ampliación de derechos y reducción de desigualdades?”, interrogante más que oportuno para analizar el abordaje de la problemática de la tuberculosis en la población a la cual hago referencia.

La programación es la reproducción conceptual de las actividades y tareas que hay que realizar para

lograr un resultado –un producto– previamente definido y las secuencias correspondientes. Un programa es el resultado de esa elaboración con las asignaciones –de recursos y responsabilidades administrativas– que garanticen la viabilidad de la propuesta (9).

Según Spinelli, la mirada desde los programas es reduccionista ya que desconoce las singularidades y los aspectos culturales que se ponen en juego en cada territorio. *“La especialidad del profesional es insuficiente frente a la complejidad de lo social por tal motivo, la única respuesta que pueden imaginar son “los programas”, diseñados a partir de un conocimiento sincrónico y que constituye una mirada acotada sobre la complejidad del territorio”* (8). En alguna medida, esa complejidad está dada por entender el territorio como una construcción inacabada, en permanente movimiento y transformación. (10).

Un concepto clave que aporta a la comprensión del territorio del cual forma parte el CS Libertad es la categoría Interculturalidad. Desde la óptica de Walsh (11), la interculturalidad se inscribe en un doble registro donde *“(…) están en juego perspectivas que, por un lado, intentan naturalizar y armonizar las relaciones culturales a partir de la matriz hegemónica y dominante (el centro, la verdad o la esencia universal del Estado nacional globalizado). Por el otro, denuncian el carácter político, social y conflictivo de estas relaciones y conciben la cultura como campo de batalla ideoló-*

*gico y de lucha por el control de la producción de verdades y por la hegemonía cultural y política...”*<sup>ii</sup>. Incorporar la interculturalidad en las estrategias de abordaje supone todo un desafío para los equipos de salud. Al decir de Menéndez (12) *“... es urgente la formación de los equipos de salud en abordaje intercultural de la atención sanitaria y de tal forma problematizar la matriz monocultural de los servicios de salud, caracterizados por su hegemonía occidental- propios del modelo médico hegemónico”*<sup>iii</sup>. En efecto, la epidemiología convencional aun proponiéndose una concepción multicausal de la tuberculosis e incorporando a los factores socio-culturales como factores de riesgo para la expresión de la misma, no ha logrado aportar herramientas técnicas que disminuyan su presentación en determinados grupos sociales.

La problemática de la tuberculosis nos obliga a pensar en los procesos relacionales de los habitantes

de un territorio y en sus modos de vida reconstruyendo articulaciones entre los procesos macro-sociales y las historias individuales. Tal como plantea Menéndez (13): *“Entender los modos de vida desde una concepción holística en función de su pertenencia a un determinado sector socio-cultural y no por el comportamiento específico e individual de cada sujeto. Las elecciones de vida no pueden ser aisladas de las condiciones estructurales que las posibilitan”*.

El mayor porcentaje de personas que presentan TBC en las microáreas descriptas del Centro de Salud Libertad pertenecen a comunidades originarias, lo cual debería llevarnos a utilizar una dimensión histórica para el análisis y alejarnos de la concepción de pertenencia como factor de riesgo. La Epidemiología Crítica es la que permitirá articular el movimiento de espacio y tiempo, para superar el pensamiento lineal de la epidemiolo-

gía convencional, asentada en la lógica formal que congela la realidad y mira los fenómenos sin tiempo, o como si el tiempo fuera una simple sucesión de coyunturas (14).

### **De la Adherencia terapéutica a la lógica del Cuidado**

En el año 2003, la OMS (15) publicó el informe "ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES Evidence for action". En dicho informe, el Dr. Derek Yach, Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de OMS señalaba: «*El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales*»<sup>IV</sup>. De esta manera queda situada la responsabilidad del fracaso en los abordajes de TBC en los actores más vulnerables del proceso, los propios pacientes. Esto, aun cuando en dicho informe se reconocen entre los factores que influyen en la adherencia: factores económicos y estructurales, las características de los propios pacientes, la complejidad del régimen de tratamiento asignado y las relaciones establecidas entre los proveedores de cuidado y los usuarios. De hecho, la definición de adherencia al tratamiento propuesta en dicho informe es: "*el grado en que el historial de consumo de drogas terapéuticas del paciente coincide con el tratamiento prescrito*"<sup>V</sup>. Vale decir que el concepto de adherencia pone en juego la idea de adecuación/adaptación/cumplimiento del usuario a lo prescripto por el profesional.

Por su parte, Martín Alfonso (16), cuestiona este concepto considerando que pone el acento en la posición de obediencia del paciente a las instruc-

ciones planteadas por el profesional de salud. Desde el punto de vista de la autora, se trataría de un concepto reduccionista que plantea una mirada unidimensional de los sujetos: o son cumplidores o son incumplidores; asimismo se asentaría en un modelo de salud básicamente autoritario que tiende a normatizar la conducta de los sujetos.

En contrapartida, el concepto de cuidado, se enmarca en las denominadas tecnologías blandas propuestas por Mehry (17), concepto que recupera la dimensión relacional en juego en los actos de salud y que compete a todo trabajador de salud. Por su parte Tejada Rivero (18) plantea: "*El cuidado tiene una connotación mucho más amplia e integral que la atención. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos*"<sup>VI</sup>. A su vez, autores como Michalewicz y ot. (19) señalan aportes del psicoanálisis al concepto de cuidado, que recupera la dimensión ética del mismo en tanto, la lógica del cuidado implica relaciones horizontales, donde está en juego el reconocimiento del otro como otro legítimo en la construcción vincular. Se trataría entonces del encuentro entre la responsabilidad y el compromiso de los trabajadores de salud con las necesidades de los usuarios y el compromiso de los usuarios con la resolución de sus problemas.

Souza Campos (20) plantea: "*La construcción del vínculo depende por lo tanto, del modo en que los equipos se responsabilizan por la salud del conjunto de personas que viven en una micro-región.*

*Este proceso no es simple, depende de la disposición, pero también de los*

conocimientos sobre la interrelación entre las personas que necesitan de ayuda y el equipo con recursos para intervenir.

Es importante tanto discutir las dificultades en responsabilizarse por la salud de los otros, como la de encargarse de la construcción de proyectos terapéuticos y del acompañamiento sistemático de casos singulares. Encargarse del seguimiento de personas concretas, con nombre y apellido, no es una tarea simple<sup>vii</sup>. Así, este modo de construcción vincular se traduciría en una potencia de mucha mayor eficacia para el abordaje de problemáticas tan complejas como la tuberculosis en poblaciones vulneradas.

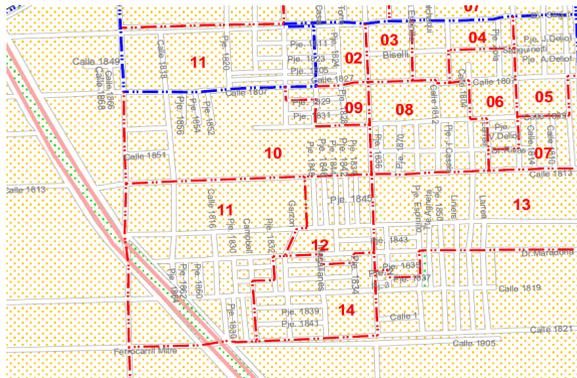
### CONTEXTO DE ESTUDIO

Un elemento clave para analizar la problemática de la tuberculosis refiere al conocimiento del territorio en el cual se presenta. Para Harvey (21), el

territorio es una construcción –a través de un devenir histórico– que expresa las condiciones y los modos de vida de los conjuntos sociales, atravesados por relaciones de poder. En este sentido Breilh (22) afirma que entender/abordar el concepto de territorio es fundamental para comprender las desigualdades en los procesos de salud enfermedad y muerte, es decir, las diferencias en las formas de enfermar y morir, en las formas de sufrir y en las posibilidades de bienestar.

En particular, el CS Libertad, efector de Primer Nivel de Atención de la red de salud provincial de Rosario, se incluye en el territorio en el año 2010 en el distrito Oeste, su área de referencia se encuentra delimitada por: Calle Espinoza, Av. Circunvalación, Av. Rouillon, Calle 1905. Fracción: 49. Radios censales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,14.

**Gráfico No 1: Área de Influencia y Unidades Censales del Centro de Salud Libertad**



sanitario, hoy es un asentamiento irregular de viviendas habitadas por personas oriundas de Chaco, Paraguay y nacidas en otros sectores de Rosario.

- **Sector 7 y Tacuarita:** son micro-áreas compartidas con un efector municipal, el CS "Toba". Son asentamientos irregulares que se construyeron en la periferia del barrio T.

- **La Vincha:** Se ubica aproximadamente a 2 km del centro de salud, y es también compartida con otro efector, el CS "El gaucho" de dependencia municipal.

- **Cordero:** Es una micro-área compartida con otros efectores de la red de salud municipal y provincial (CS N° 13, CS "Luchemos por la Vida y CS "Toba"). Dentro del Programa del Plan Abre se inició la construcción de 180 viviendas aun no finalizadas. Se relocalizaron varias familias pertenecientes a pueblos originarios que ya habitaban en otras micro-áreas del barrio. Se evidencian mejoras en relación a las condiciones habitacionales, aún están pendientes servicios públicos y accesos.

Según los datos aportados por el Censo de 2010 (23), el área de referencia presenta una población total de 15.521 habitantes. El CS Libertad cuenta con aproximadamente 7000 adscriptos<sup>ix</sup> y un número de 2300 historias clínicas familiares. Tal como se mencionó anteriormente hay grupos de usuarios pertenecientes a pueblos originarios, así como comunidades migrantes de provincias del norte de nuestro país y de países limítrofes como Paraguay. Si bien se desconoce el número de adscriptos pertenecientes a estos grupos cabe señalar que según datos del Censo de pueblos originarios (24) realizado en 2014 en Rosario, de un total de 6.521 habitantes en la ciudad de Rosario, el 62, 7% se radica en el distrito Oeste y de éstos, el 43, 8% se encuentra en las micro-áreas de referencia del CS Libertad.

La población de referencia presen-

ta una gran diversidad cultural: qom, moqovi, wichi, guaraníes con problemáticas asociadas a poblaciones migrantes urbanizadas, poniendo en tensión la concepción que tradicionalmente ha tenido el sector salud en torno a la comunidad como un núcleo homogéneo e idealizado. Esta concepción ha promovido una cosificación que, en teoría y método, permite una intervención normativizadora/domesticadora de las comunidades, sin considerar el derecho a la autodeterminación de las mismas en salud como en todos los aspectos relacionados con su desarrollo (25). Por otro lado, existe una tensión entre los conocimientos ancestrales de las comunidades y el modelo médico hegemónico dificultándose en la práctica la articulación entre los trabajadores profesionales, los agentes sanitarios y los usuarios.

El equipo del CS está integrado por 28 trabajadores de la Salud de diferentes perfiles disciplinares (enfermeros, médicos generalistas, odontólogos, pediatras, clínicos, infectólogo, kinesiólogo, psicólogos, trabajador social, administrativos, Trabajadores de servicios generales, personal de seguridad, agentes sanitarios interculturales bilingües). A ellos se agregan 9 profesionales matriciales, una médica ginecóloga, el equipo matricial de salud mental conformado por médico psiquiatra, psicóloga y operadores, una neonatóloga especializada en neurodesarrollo, y referentes de cardiología del Hospital Centenario que realizan seguimiento de enfermedad de Chagas. Los Agentes Sanitarios interculturales pertenecientes a la comunidad qom son actores que toman un rol protagónico en los procesos de atención de este grupo poblacional, oficiando de traductores del castellano a la lengua qom en lo que hace a la interpretación de diagnósticos, tratamientos farmacológicos y estudios complementarios. Los demás integrantes del equipo

de salud se caracterizan por una formación en su mayoría monocultural-médico-hegemónica. Los dispositivos de atención del efector se organizan en dos turnos: mañana y tarde.

Los turnos programados se otorgan diariamente, aproximadamente 6 turnos por profesional médico y 10 para Odontología. Psicología y Trabajo social manejan su propia agenda. Los turnos para los especialistas matriciales son solicitados por los médicos de referencia. En la actualidad se otorgan turnos a diario y se presenta una demora de aproximadamente 20 - 30 días para las consultas programadas. La demanda espontánea generalmente se atiende en un consultorio médico y/o en enfermería donde se brinda una primera evaluación y se categoriza la consulta redireccionándola a médico de referencia y/o turno programado, no existiendo un dispositivo de admisión pautado.

La disponibilidad de turnos se encuentra supeditada a las múltiples estrategias que se implementan acorde a las configuraciones que adquiere el equipo de trabajo y las condiciones edilicias que presenta dicho efector: número de trabajadores, recambio constante de equipo médico, disponibilidad de luz, agua e insumos. Un dato a considerar es que habitualmente se observa un predominio de consultas de demanda espontánea.

El Hospital Provincial del Centenario<sup>x</sup> es el centro de referencia donde se realizan las interconsultas y/o derivaciones. El cupo para solicitud de Interconsultas, estudios complementarios y cirugías programadas es variable, siendo otorgados según criterio y disponibilidad de dicho efector. Esto se traduce en muchas ocasiones, en dificultades para el acceso oportuno a consultas y estudios, dificultades a las que se agregan problemas de accesibilidad geográfica debido a que esta comunidad solo cuenta con una

línea de colectivo, la duración del traslado al centro de la ciudad es mayor a una hora, circulando los colectivos con horario reducido (de lunes a viernes hasta las 19 y los fines de semana con servicio irregular). Por este motivo, muchas de las intervenciones hospitalarias requeridas se llevan a cabo en otros hospitales de la ciudad que se presentan más accesibles geográficamente a la población. Además se realizan derivaciones a efectores de 1° nivel de atención que cuentan con servicio de ecografías (CS municipal Che Guevara y CS provincial N° 12), ambos con difícil acceso geográfico en transporte público.

### **PROCESO DE ATENCION DE PERSONAS CON TUBERCULOSIS**

Los trabajadores del CS Libertad llevan a cabo el seguimiento de las personas con tuberculosis sobre la base de los lineamientos del Programa Nacional de Tuberculosis (26). Se utiliza como herramienta fundamental la ficha correspondiente a la Guía técnica del Programa Nacional de Tuberculosis (27), la cual es confeccionada por el médico de referencia posterior al diagnóstico y/o referenciación. En ella se registra tanto a aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento, como los que requieren quimioprofilaxis. En la misma, además de completar los datos filiatorios, se registra el lugar donde se realizó el diagnóstico, la situación clínica, la presencia de cicatriz y/o registro de vacuna BCG, el tipo de tratamiento indicado y los posibles contactos. Durante el transcurso del tratamiento se registran las tomas que realizan las personas.

Existen diferentes formas de retiro de medicación<sup>xi</sup>, según cada caso, estrictamente supervisado o auto administrado. Las fichas se ubican en el consultorio de enfermería, sitio de entrega de la medicación. A partir de esta supervisión, se deriva a médica

responsable para las evaluaciones clínicas, cambios de fase y/o identificación de efectos adversos.

En líneas generales, se implementa la estrategia **TAES (tratamiento acordado estrictamente supervisado)**, modalidad de abordaje propuesta por la OMS desde 1993 (28) como estándar de oro para garantizar la adherencia al tratamiento, acorde a las características singulares de cada situación.

Posteriormente se inicia el estudio de contactos, utilizándose como herramienta fundamental la historia clínica familiar y la construcción de familiograma, la categorización no es uniforme y se observan variantes entre profesionales. Se intenta abordar a las familias desde la perspectiva de comprender el carácter dinámico que tiene la configuración de convivientes acorde a los movimientos migratorios y a las características habitacionales y relacionales. Posterior al estudio de los contactos se determina quienes realizarán quimioprofilaxis, quienes presentan la enfermedad y quienes seguirán siendo evaluados clínicamente. Los estudios radiológicos (radiografía de tórax frente y perfil) y otros que puedan ser requeridos en casos de localización extrapulmonar de la TBC, deben realizarse en efectores de mayor nivel de complejidad, presentándose como se mencionaba antes dificultades geográficas y económicas en el acceso a los mismos. Una vez confirmado el diagnóstico y categorizado el caso se procede al inicio del tratamiento.

Por otra parte, se trabaja interdisciplinariamente con Trabajadora Social para la gestión de acceso a mejoras habitacionales o subvenciones de transporte para la realización de estudios complementarios, manteniéndose hasta el día de la fecha escasas respuestas ante los múltiples pedidos. Además, se realizan visitas

domiciliarias ante los abandonos y/o dificultades de sostenimiento de los tratamientos. No obstante los esfuerzos de abordaje interdisciplinario, en opinión de la autora de este trabajo, el proceso de atención de las personas con tuberculosis en el Centro de Salud en estudio evidencia una marcada tendencia a responder a la lógica de programas, tal como propone la OMS, en detrimento de una concepción estratégica que permita dar respuestas más ajustadas a la complejidad de la problemática en este territorio particular.

## OBJETIVOS

General:

- Explorar las perspectivas de los trabajadores del Centro de Salud Libertad y referentes del Programa de Tuberculosis Provincial en torno a la tuberculosis y sus estrategias de abordaje en la población del área de cobertura durante el periodo Junio 2016-2018.

Específicos:

- Indagar las concepciones sobre la tuberculosis que tienen la coordinación de Programa Provincial de TBC y los trabajadores del Centro de Salud Libertad.

- Describir las estrategias utilizadas por los trabajadores del Centro de Salud para el diagnóstico, tratamiento y estudio de contactos de tuberculosis.

- Identificar las dificultades y obstáculos percibidos en relación al proceso de atención de personas con tuberculosis.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio, en el marco de los abordajes cualitativos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con trabajadores del Centro de Salud participantes del proceso de atención de personas con tuberculosis adscriptas al CS y referentes del Programa Provincial de Tu-

berculosis en el periodo comprendido entre junio de 2016 a junio de 2018. Se procuró asegurar la diversidad de pertenencias disciplinares y roles de los entrevistados. Así, se entrevistaron trabajadores médicos clínico e infectólogo, enfermero, trabajador social, agente sanitario intercultural y gestor del Programa de TBC.

Los días, horarios y lugares de encuentro se acordaron con cada uno de los informantes. En todos los casos se solicitó el consentimiento informado para participar del estudio como así también autorización para grabar las entrevistas.

Los ejes temáticos abordados fueron:

- Concepciones en torno a la tuberculosis y sus determinantes
- Modalidades de abordaje del problema desde el primer nivel de atención
- Rol atribuido a los otros niveles de atención
- Opiniones respecto a las condiciones que facilitan adherencia a los tratamientos
- Rol percibido del Programa de TBC
- Obstáculos y facilitadores percibidos para el abordaje del problema

Para el análisis del material recolectado se desgrabaron las entrevistas y luego se siguió una estrategia de segmentación y codificación de los discursos a la vez que de comparación de las categorías emergentes en las distintas entrevistas.

## RESULTADOS

### **1- LA EXPERIENCIA DEL TRABAJO EN APS: *El camino que va desde el otro como amenaza a mi salud hasta el cuidar del otro.***

Cada uno de los entrevistados es un sujeto con una identidad propia, porta sus propios valores, cuenta con recursos de su experiencia y de su formación profesional, se convierte en un actor social

con responsabilidades que difieren según la función que se encuentren desempeñando. Estas características heterogéneas, enriquecen y posibilitan explorar la perspectiva de los Trabajadores de

la salud en relación al proceso de atención de una problemática tan compleja como es la tuberculosis. Uno de los entrevistados al recordar su trayectoria laboral reconoce la particularidad de trabajar en un centro del primer nivel de atención, marcando la diferencia entre la "lógica hospitalaria" y la "experiencia de la atención primaria". Al respecto, la lógica hospitalaria parece impregnada de la idea de peligro al contagio y por ende, de protección de los trabajadores frente a ese peligro, marcado por el uso del barbijo.

*"...Una experiencia distinta a todas las laborales que había tenido previamente, ya que siempre había trabajado en una lógica hospitalaria, ya sea primero polivalente y después un monovalente pero bueno la experiencia de la atención primaria en un centro de salud y más dónde está enmarcado el Centro de Salud Libertad es como bastante nuevo. Cuando hice mis practicas pre-profesionales de la facultad, que las hice en el Hospital Carrasco, ahí iban las personas con enfermedades infecto-contagiosas- esto te hablo del año 2004-2005- nos hacían circular por el hospital con barbijos. Estábamos muy avisadas de cómo debíamos circular por miedo al contagio, de qué manera. Después en mi primer experiencia profesional, ya en Corrientes, hubo un caso de una familia, una mujer que se muere por TBC y yo junto a otra colega hicimos un acompañamiento familiar, todo lo que es PPD los hijos se lo hicieron, cuando la mujer ya se murió. No había una captación previa. Se enteran de la enfermedad cuando la mujer ya se estaba muriendo. Porque vivía en una zona rural, donde no había tanto*

*“acceso a la salud” y fue todo muy movilizador porque era para todos bastante nuevo y ese fue el segundo acompañamiento donde también apareció esto de usar el barbijo, de tener cuidado de cómo era, nos hicieron hacer la PPD a nosotras (ríe), fue todo como muy alarmante: ¡PELIGRO!”*

#### **Trabajadora Social**

Otros entrevistados avanzan en señalar la particularidad de este Centro de Salud en lo que refiere a la condición de atender fundamentalmente población migrante y aborígen, pluriculturales pero que a la vez comparten condiciones materiales de existencia que se reflejan en los modos de presentación de los problemas de salud.

*“...cumpló 30 años en la profesión el próximo enero. Hace 19 años que trabajo en APS. Prácticamente desde que se abrió, con una población totalmente diferente, una población migrante, eso es lo que siempre más me llamó la atención....Eso es lo que configura el barrio. La población aborígen, mayoritariamente tobas; los extranjeros-paraguayos; y lo que se denomina población de criollos, gente que ha nacido acá. Esta es un poco la realidad compleja del Centro de Salud Libertad...”*

#### **Enfermero**

*“...Está en un barrio donde hay varias comunidades: la comunidad qom, wichi, mocovíes, migrantes del Paraguay, guaraníes y también criollos. Una población con características diversas. No solo en costumbres sino en concepciones de la salud, estilos de vida, cultura, características de cuidado y de autocuidado...”*

#### **Trabajadora Social**

Al momento de su propia presentación la Agente Sanitaria, se nombra como perteneciente a la comunidad qom, “mal llamados tobas”, señalando así un posible desencuentro entre la representación de sí de los propios

miembros de la comunidad qom, y la representación que de ellos tienen los equipos de salud.

*“...Tengo 36 años soy de la comunidad qom, mal llamados tobas. Vine de Chaco con mis padres en el año 84 y actualmente trabajo en el Centro de Salud Libertad. Desde diciembre del 2015 desempeño el rol de Agente Sanitaria Intercultural Bilingüe. Soy madre de 3 hijxs...”*

#### **Agente Sanitaria Intercultural**

En particular, la Agente Sanitaria destaca la extrema precariedad de las condiciones de vida y las limitaciones que éstas imponen en el quehacer cotidiano, más allá de la pluriculturalidad que caracteriza a la población del área de referencia del Centro de Salud.

*“...En la zona donde trabajo se divide por sector del 1 al 7 con una población pluricultural donde hay pueblos; qom, moq'oit, guaraníes, wichis, maticos, paraguayos y criollos, la mayoría provienen de Chaco o de Formosa y la gran dificultad es el acceso al agua y a la vivienda y donde la población originaria no cuenta con terrenos para su desarrollo, para sembrar sus plantas medicinales y el sustento de sus familias, la mayoría sobreviven vendiendo sus artesanías y del cirujeo, juntan cartones y los venden. Las casas: la minoría son viviendas sociales pero la mayoría son de chapas de cartón o de nailon y están asentadas a la costa de las vías del ferrocarril y existe una gran distancia geográfica del centro de la ciudad donde se tiene que tomar 2 colectivos (líneas 110 y 125) para*

*llegar al centro de la ciudad, a veces no van a hacer trámites por no tener carga en la tarjeta para el colectivo. No van, no porque no lo quieran hacer, sino porque que no pueden...”*

#### **Agente Sanitaria Intercultural**

## **2- CONCEPCIONES EN TORNO A LA TUBERCULOSIS**

La diversidad de formas posibles de presentación de la tuberculosis se

articula con las múltiples causas que, desde la perspectiva de los actores, explican la enfermedad. Aun reconociendo su origen infeccioso se destaca el rol de las condiciones de existencia de este grupo poblacional como teniendo un peso relevante para explicar la aparición y reproducción de la misma.

*"...Bueno la tuberculosis es una enfermedad infecciosa, que se presenta con muchísima frecuencia en la población con la cual trabajamos. Es una enfermedad que a pesar de poder curarse continúa persistiendo. Persiste porque las condiciones sociales o las condiciones en las que viven las personas no llegan a recuperarse y eso provoca que se siga transmitiendo..."*

#### **Médica Clínica**

En este mismo sentido, otro de los entrevistados pone el acento particularmente en la condición de "Pobreza" como lógica explicativa de esta problemática, deslindando la noción de pobreza de su carácter peyorativo, estigmatizante, dando lugar en cambio a analizar las condiciones de vida entendidas como el acceso a la vivienda, sanidad ambiental, trabajo etc.

*"...Como una enfermedad de la pobreza, viéndolo así en forma más global. Después por supuesto que sale enfermedad infecciosa, oportunista, enfermedad que tiene un gran deterioro si no es tratada, pero con la gran suerte que te puedes curar.... Cuando yo dije es una enfermedad de la pobreza, lo digo no estigmatizando, porque tuve gente con TBC de clase media y demás pero vi como lo atravesaban de manera diferente, al tener otros recursos, la situación económica es muy diferente, desde la comida, la tranquilidad económica, una estufa, un buen abrigo, el dinero para poder trasladarte..."*

#### **Enfermero**

Otra de las entrevistadas agrega la dimensión de "lo cultural" –ligado a

ciertas características de las viviendas– que en alguna medida contribuiría a la producción de la enfermedad.

*"...Entiendo que si bien es una enfermedad que tiene su cuestión orgánica, está muy relacionada, no quisiera decir a la pobreza si no a las condiciones de vida...más que nada porque lo cultural también está metido en las condiciones de vida, no tiene que ver sólo con el hacinamiento que yo veía o como viven...las mayorías de las habitaciones no tienen ventana, que por ahí es por elección incluso..."*

#### **Trabajadora Social**

En el caso de la referente del Programa de Tuberculosis, se pone un particular énfasis en la dimensión subjetiva, identificando a la tristeza como un causante de la inmunosupresión necesaria para la expresión del bacilo. La identificación de la tristeza como posibilitador de la expresión de la enfermedad escapa a las explicaciones tradicionales que la medicina occidental le da a las enfermedades.

*"...La TBC es un enfermedad infecciosa pero que para que se active, tiene esta característica, uno puede estar infectado toda la vida, es más muchos de nosotros lo estamos, pero para que se active tiene que haber algo que nos inmunodeprima. Y esos factores son tanto externos como internos. A veces pesan más que las condiciones externas. Necesitamos que esté bien la parte subjetiva de los pacientes. No se genera solo por el bacilo. Las condiciones de tristeza, una condición interna. Es una enfermedad infecciosa con un componente subjetivo importante..."*

#### **Referente Programa TBC**

En sintonía con este último planteo, la agente sanitaria concibe a la tristeza como condición fundamental para el desarrollo de la TBC, pero destacando además la influencia del estigma y el desarraigo que provoca la pertenencia a un pueblo originario, lo que condi-

cionaría la aparición de problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias y problemáticas crónicas de salud.

*“...La tuberculosis para mí es una enfermedad de la tristeza, para mí es uno de los factores más importantes como predisponente de la tuberculosis, que determina a que la persona se enferme con más facilidad de TBC o de cualquier otra enfermedad, también aportan las condiciones, ambientales, sociales y sobre todo el consumo de alcohol, drogas y aparte la sanidad ambiental y la particularidad de cada caso, que también contienen historias tremendas de familias arrasadas, con problemas de todo tipo. Que ni siquiera pueden manifestarlo en su idioma porque tienen vergüenza de quienes son o de su pertenencia cultural reprimiendo sus identidades, su cultura o pensamientos probándose de poder ser o aspirar un proyecto de vida, esto son factores que hacen que hoy en día la tuberculosis este en este barrio y cada vez más, vaya en aumento”*

#### **Agente sanitaria Intercultural**

Por otro lado, resultan de interés las representaciones en torno a la tuberculosis que la agente sanitaria atribuye a la comunidad qom, y que constituyen elementos de suma importancia no sólo para comprender la cosmovisión del pueblo qom, sino también para repensar las estrategias de abordaje que los equipos de salud diseñan para este grupo poblacional.

*“...La comunidades indígenas piensan que la tuberculosis no es una enfermedad propia sino que es algo externo, que lo trajo la población blanca= los “Roqshe” es como le dicen. Pero también hay un concepto propio y se piensa que es un daño espiritual provocado por otros, se presenta como un sangrado de los pulmones, se le llama “togeq lasot” = sangrado pulmonar que tienen bichos y que los piogonak= los médicos chamanes de los pueblos indígenas lo pueden curar*

*con medicinas propias o con los cantos espirituales para curar el espíritu de la persona que se encuentra triste, enfermo o dañado”.*

#### **Agente Sanitaria Intercultural**

La concepción de salud de la comunidad qom se extiende “...tanto a lo físico como a lo espiritual y lo moral, y (...) comporta además entre sus significados esenciales una exigencia de salvación cultural y otra en pro de la disminución de las tensiones individuales y colectivas que los aquejan...” (5). En consonancia con esa concepción, el infectólogo entrevistado señala que esta representación de la enfermedad puede rastrearse en la mayoría de las culturas afroamericanas y asiáticas, culturas que incorporan otra visión de las enfermedades, no occidentalizadas, una mirada holística de la salud y de las representaciones de la enfermedad.

*“Lo que sí es cierto es que las enfermedades crónicas en todas las culturas americanas, africanas, asiáticas están asociadas con lo que de alguna manera se llama la tristeza y no lo que es la tristeza del domingo a la tarde, es la tristeza profunda de una persona que ha perdido su perspectiva de vida. Entonces si nosotros este concepto lo tratamos de cotejar con la experiencia clínica en muchos casos nos vamos a llevar una sorpresa porque buscando ahí volvemos a lo que es el concepto desnutrición o hacinamiento, qué condición subjetiva tiene alguien que ha perdido las esperanzas, alguien que no tiene para comer, para vivir, proyecto viable..., la tuberculosis está cerca”.*

#### **Médico infectólogo**

Por otro lado, el infectólogo entrevistado pone el acento en la ajenidad con que los pueblos originarios percibirían este problema a la vez que en la dimensión política de la misma.

*“Los pueblos de América consideran esto que no es una enfermedad de Amé-*

rica por lo tanto los curadores tradicionales, los chamanes, no tienen una explicación ni una intervención eficaz sobre el tema de tuberculosis (...)

Por otro lado no se puede desconocer que la tuberculosis es un tema político. Entonces tanto el N de los casos como las condiciones que generan estos son problemas de una alta sensibilidad política, eh eh creo que eso se mezcla”.

**Médico infectólogo**

### **3- ROL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PROBLEMÁTICA DE LA TUBERCULOSIS**

Desde la perspectiva de la médica clínica, los Centros de Salud tienen el rol nuclear de diagnosticar y tratar los casos, poniendo el acento en la construcción del vínculo con los usuarios.

“Es en donde se debería enfocar el diagnóstico y el tratamiento, es el lugar, donde debería. No siempre es posible. No debería llegar un caso de TBC al segundo Nivel, ahí digamos porque hay un fracaso (...) Uno tiene que tratar de vincularse de una manera, de una buena manera, para que se pueda... lo fundamental es generar un vínculo para que pueda cumplir con las cosas que vos le pedís y que pueda terminar el tratamiento. Porque si bien hay alguna dificultad a veces con la medicación, a veces van cambiando o no llegan, así y todo logramos suplantar la medicación que está en falta”.

**Médica Clínica**

Por su parte, otra entrevistada, que también atribuye esta función de detección y tratamiento al primer nivel, advierte acerca de las dificultades de acceso a la atención de los hombres adultos, enfatizando la necesidad de un rol activo de los equipos de salud para la detección oportuna.

“Yo creo que nosotros tenemos que tener un rol primordial en la primera detección, ante los síntomas, porque por ahí viene una sola persona de la familia con estos síntomas repetitivos y por ahí

también pasa que a los hombres de la familia les cuesta llegar mucho más, a veces vienen las mujeres con el síntoma o su papá o su hermano y no logramos que venga. Es hasta “dame el remedio que yo se lo llevé”. A los hombres adultos les cuesta mucho más llegar al centro de salud, creo que ahí es donde tenemos que tener un rol más importante de captación de esta población, para que el tratamiento pueda empezar lo antes posible, porque es una enfermedad que se cura...”

**Trabajadora Social**

Uno de los entrevistados sitúa los efectores de primer nivel como espacio de referencia en el que se requiere de la destreza de los equipos para escuchar/ver más allá de lo aparente. En ese ver más allá aparecen otros modos de identificar situaciones de posible aparición de la enfermedad que no responden a los típicos síntomas de tos, pérdida de peso, sudoración descriptos por las bibliografías oficiales.

“...Creo que es el eslabón más importante, es adonde la gente va, donde se referencia, es donde tienes que tener un ojo clínico para ver más allá, desde lo que te está contando, lo que no dice, lo que expresa...”

**Enfermero**

La referente del Programa de Tuberculosis, sitúa la importancia de la descentralización y la posibilidad real de articulación entre la red municipal y provincial. Contrasta esta realidad con la de otros contextos sanitarios en los que el abordaje de esta problemática transcurre fundamentalmente en ámbitos hospitalarios.

“Más allá de que después haya miradas locales. Tiene que ver con la mirada que tiene salud pública, en este momento es la misma tanto para municipalidad como provincia. La descentralización, que eso se da, nosotros podemos articular esto con atención primaria desde

*que existe una dirección de APS y hay cien Centros de Salud trabajando en red. Si uno va a Buenos Aires ellos no tienen... recién ahora en algunos lugares. Pero generalmente tienen todo en los grandes hospitales. La supervisión la pierden. Nosotros lo pudimos implementar porque se da justo ese momento político, en donde se decide implementar la estrategia de APS también”.*

#### **Referente Programa de TBC**

Además destaca las ventajas que supuso la descentralización en términos de mejorar la adherencia, disminuir las recaídas y la multi resistencia.

*“...Al adoptar la descentralización nosotros medio que desde lo programático nos tuvimos que desvincular del paciente, para nosotros fue duro dejarlo en manos de Generalistas, Clínicos, Pediatras. Me refiero al proceso de cuando estábamos en el hospital. Fue un período de capacitación intensa para que atención primaria pudiera asumir estos pacientes que antes estaban internados por meses, años. Pero después uno vio que realmente mejoraba...Tuvimos que cambiar la estrategia en cuanto al diagnóstico temprano, el de la resistencia y después el control... La descentralización logró que el paciente que antes se diagnosticaba y se iba a su casa con una bolsa de 300 pastillas con las cuales no se sabía qué pasaba y eso hacía que recayera, y la multirresistencia en la sala, grandes pabellones y estábamos todos metidos con ellos, no había, no estaba contemplada la bioseguridad, era algo de todos los efectores hospitalarios. El Carrasco tenía esta impronta de que todo lo infeccioso iba a parar allí. Si bien era una buena experiencia en lo profesional para los pacientes no estaba bueno. Entonces la descentralización y la estrategia de diagnóstico precoz, el tratamiento y el acompañamiento empezaron a surgir...”*

#### **Referente Programa TBC**

La estrategia de descentralización a la cual hace alusión la referente del Programa de Tuberculosis se corresponde con la idea tradicional de transferencia decisoria limitada de tipo administrativo a niveles inferiores, y de devolución como una transferencia de poder decisorio total a unidades gestoras de menor tamaño. Cuyo objetivo radica en hacer más flexible la gestión de recursos y acercarla a las necesidades locales (29).

#### **4- ROL DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS: LAS DIFERENTES VISIONES**

Se pueden recuperar diferentes perspectivas en lo que hace al rol del Programa de Tuberculosis, desde miradas que valorizan la articulación entre las jurisdicciones sanitarias de municipalidad y provincia hasta perspectivas más críticas que señalan el apego a un paradigma bio-médico de estos programas.

#### **La articulación Municipalidad- Provincia**

*“Esto es algo innovador que es necesario destacar, en Rosario las dos áreas de gobierno están trabajando juntas en un programa unificado (...) Nosotros adherimos a las normas Nacionales. Y siempre, como lo que la Nación toma es la estrategia del TAES, estrategia que propone la OMS, se adhiere a esa estrategia que es mundial. Entonces adopta para toda la nación la estrategia del TDO (tratamiento estrictamente observado). La estrategia TAES es grande son cinco puntos generales, dentro de los cuales está el TDO (tratamiento supervisado). Por eso todos hacemos lo mismo (...) Más allá de que después haya miradas locales. Tiene que ver con la mirada que tiene salud pública, en este momento es la misma tanto para municipalidad como provincia”<sup>xii</sup>.*

#### **Referente del Programa de TBC**

### **Del dicho al hecho...**

*"Hay una cuestión que me parece importante que es destacar el modo con el cual se trabaja en tuberculosis, creo que hay una diferencia notable entre lo que son los programas nacionales, municipales y provinciales con el enfoque centrado en la Mycobacteria con discursos que hablan de una serie de factores pero que en la práctica a mi juicio están centrados en la monocausalidad. No hay recursos dirigidos hacia los determinantes que es uno de los modelos digamos para tomar una referencia importante el modelo de la OMS".*

#### **Médico Infectólogo**

*"Los tiempos no son los mismos, los tiempos de los protocolos y el tiempo que nos lleva generar un vínculo. El estudio de contacto muchas veces se realiza meses después de que se finalizó el tratamiento del caso índice. A pesar de lograr finalizarlos, difícilmente cumplimos con los tiempos estipulados por las guías, hay situaciones de abandonos, de viajes, de alejamientos y acercamientos al Centro de Salud "*

#### **Medica Clínica**

En efecto, tal como plantea la entrevistada, la concepción del tiempo de las comunidades originarias no es igual a la del sistema occidental. La categorización numérica, en días, horas y meses no es interpretada de igual manera por todos, y no permite ajustarse a las indicaciones del programa para considerar los abandonos de tratamiento, los cambios de fase o estudios de contactos.

### **Desvinculación del Programa de Tuberculosis de las realidades locales**

En relación a esta mirada de distanciamiento Spinelli, plantea *"... la mirada desde el programa es reduccionista ya que desconoce las singularidades y los aspectos culturales que se ponen en juego en cada territorio. Así, se cosifica*

*lo social y se lo simplifica sobre la base de "la solución" que proviene de la racionalidad de los técnicos que en general, residen muy lejos del lugar donde se implementa el programa..." (8)*

*"...yo siento que desde el programa, quizás es una visión mía, de no tener contacto con el territorio, con la gente que está supervisando o siguiendo los distintos pacientes, creo que no los conocen, me da la sensación que no saben adónde viven, que no saben su situación, que eso ayudaría muchísimo para entender la problemática de cada Centro de Salud, cada Centro de Salud tiene una problemática diferente".*

#### **Enfermero**

### **Cuando el tratamiento no alcanza**

*"...Por lo tanto un programa centrado en el diagnóstico, diagnóstico... hay que hacer diagnóstico, tratamiento... hay que indicar tratamiento... Un programa solamente dedicado a eso no tiene ninguna propuesta de prevención".*

#### **Médico Infectólogo**

*"...Tenemos protocolos, Si, pero que sólo garantiza el tratamiento y dar aviso. Pero necesitamos otras herramientas..."*

#### **Agente Sanitaria Intercultural**

### **La realidad que desborda los programas**

Uno de los entrevistados identifica nuevamente la lógica hegemónica de la medicina, siendo el programa aplicado desde una mirada acrítica, ahistórica, asocial, individualista, de lógica pragmática. A la vez, señala las relaciones de poder que se presentan entre el sistema de salud y las políticas sanitarias ante ciertas comunidades que reproducen lógicas de subordinación y dominación que se expresan en los modos de enfermar y morir.

*"...La aplicación de los programas, de cualquier protocolo en forma acrítica genera daño. Los protocolos sirven*

como una guía. El orden de lo práctico es adecuar a las condiciones de ese paciente lo cual no está en ningún libro, es la persona con la cual estoy trabajando, que tiene una combinación de tal o cuales elementos que no está en ningún lado la respuesta por lo tanto hay que construirla, esa también es una función del matricial, no solamente matricial. Y la otra cuestión es el nivel de lo emancipatorio, ver que estos problemas expresan problemas políticos y uno tiene que estar pensando por encima de la complejidad que tiene el compañero que está en el consultorio en que hay elementos que son comunes a cómo se van expresando determinados problemas, por lo tanto, hay que pensar como el orden de las relaciones conflictivas del poder se expresa en la enfermedad y en el proceso de recuperación, qué elementos están accesibles a que un sujeto individual o colectivo, comunitario o no tenga la posibilidad de reconstruir con sus recursos, con los recursos que estén disponibles, más los recursos del centro de salud, más los recursos que se puedan encontrar en el camino interinstitucionales, escuelas, CCB o lo que fuere para armar una estrategia que por un lado tiene que ver con la mirada de lo colectivo y por otro lado tiene que resolver el problema de lo singular”.

**Médico Infectólogo**

## **5- PROCESO DE ATENCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA TUBERCULOSIS**

Una de las entrevistadas da cuenta del cambio producido a lo largo de los años, en términos de los espacios institucionales que concentraban todo el proceso de atención. En efecto, años atrás los hospitales concentraban la captación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con TBC, trasladándose gradualmente este proceso a los Centros de Salud. A su vez, la diferencia que establece el entrevistado entre lo “hospitalario” y “Atención primaria

de salud” (APS), da cuenta que solo se considera a la APS como el primer nivel de atención y no como una estrategia que contempla y requiere de la articulación de todos los niveles.

“...Eso es algo que siempre mostramos cómo fue evolucionando en los últimos años. Antes era hospitalario. Ahora se vio que más del 50 % los diagnósticos son en APS. En el análisis del Carrasco la mayoría eran diagnosticados en la guardia, pacientes no referenciados a ningún centro de salud, pacientes varones que necesitaban internación. Tenía que ver también con la percepción de los pacientes. Eso permitió que se organicé la guardia, que se organicé la sala con aislamiento, consultorio y preparar la referenciación”.

**Referente Programa TBC**

Por su parte, una entrevistada destaca la utilización de los servicios de salud acorde a las necesidades de los usuarios.

“...El análisis de sangre se hace en el centro de salud, también se hace PPD en el centro de salud, a veces no siempre hay, y la baciloscopia también. Y la placa de tórax en el hospital...En teoría es el Hospital Centenario pero sucede que a veces los pacientes no conocen el hospital o no saben cómo llegar. Yo particularmente les digo que lleguen al lugar que conozcan. Y se las hacen igual”.

**Médica Clínica**

Más allá de la información aportada desde el Programa de Tuberculosis, según datos obtenidos en el propio Centro de salud, se constató que en los años 2016/2017, el mayor porcentaje de diagnósticos de TBC se había producido en efectores de 2° y 3° nivel. Interrogados sobre las posibles causas, algunos entrevistados aluden a las dificultades en materia de acceso a turnos, estudios complementarios y a estigmas sociales.

Entrevistador: En el trabajo de

diagnóstico comunitario realizado entre 2016-2017 el mayor porcentaje de diagnóstico se había dado en 2° o 3° Nivel. ¿Se te ocurre a que podría responder esta característica?

*I: Ah mira...Si por la falta de adherencia a los controles de salud. Pero quizás también porque en el momento agudo en que necesita consultar no tiene acceso a un turno diario. Quizás lo que falle es que al no haber alguna referencia, se atienden cosas espontáneas.*

#### **Médica clínica**

*"...Yo pienso que a veces la gente, no solo con TBC sino en relación a otras cosas también, que la gente recurre al hospital por vergüenza de que se entere otra gente en el barrio, como "si voy ahí y me ven, está la gente del barrio en el centro de salud".*

#### **Trabajadora social**

El estigma social de la tuberculosis tiene sus orígenes en tiempos inmemorables, existe amplia literatura que da cuenta del rol social que la enfermedad ocupó en las diferentes sociedades siempre asociadas a la muerte y con una alta carga de culpabilidad para la persona que la padecía. Ante la pregunta de cuáles eran las características del proceso de atención de una persona con tuberculosis varios de los entrevistados hacen alusión a lo "artesanal" y las dificultades que plantea seguir prácticas estandarizadas y/o protocolizadas.

*"... Después de hacer el examen físico, el interrogatorio, la clínica que tiene el paciente, lo pulmonar por supuesto. Si el examen físico es positivo tiene una auscultación pulmonar patológica y la clínica que refiere es compatible con sospecha de tuberculosis lo que yo hago es pedirle laboratorio completo con parámetros de VES, PCR, hepatograma, hemograma completo. Bueno bien completo, placa de tórax, esputo- BAAR- Cultivo y directo. Algunos siguen protocolo*

*y otros no digamos depende mucho de la adherencia del paciente no todos los pacientes cumplen con los controles que vos le pedís. Se van manejando artesanalmente y otros bajo un protocolo".*

#### **Médica clínica**

Se evidencia la importancia del vínculo para la efectividad de las estrategias implementadas.

*"...Y depende de cada caso no está tan estandarizado. Hay pacientes que por ejemplo al inicio del tratamiento vienen a retirar todos los días, después a veces se llevan cada tres días, todo depende del vínculo, tanto del centro de salud para con ellos como de ellos con su enfermedad y la medicación".*

#### **Trabajadora social**

### **6- INTERCULTURALIDAD**

La cosmovisión de la población com en torno a las enfermedades entra en contradicción con la medicina occidental- hegemónica, una medicina que mira signos y síntomas, que no cree en poderes sobrenaturales y que busca en los límites del cuerpo las causas y las consecuencias de la enfermedad. El abordaje de poblaciones con otra pertenencia étnica requiere de la incorporación de actores que posibiliten un nexo entre el sistema de salud y ciertos grupos de pueblos originarios. El idioma es la barrera más fácil de identificar pero probablemente influyan las representaciones que se tienen de los diferentes problemas y que anclan en las diferentes cosmovisiones. En tal sentido, se ubica como clave el rol de los agentes sanitarios del propio grupo étnico como facilitador para los abordajes de los problemas de salud.

#### **Experiencias de abordaje intercultural:**

La agente sanitaria entrevistada relata una experiencia que da cuenta de

cómo operan las diferentes concepciones respecto al padecimiento y los modos de abordarlo.

*“...La experiencia de trabajo que puedo contar y que puede reflejar la importancia de la interculturalidad es acerca de un joven de 18 años que había abandonado en tratamiento varias veces y no se podía sostener, viajaba mucho a Chaco. Un día fui con su médica a su domicilio y primero salió la mamá y le pregunté en el idioma por qué E. había dejado el tratamiento y ella dijo que él no podía continuar porque trabajaba mucho y llegaba muy tarde de sus trabajos pero luego sale su papa y dijo que E. estaba recibiendo tratamiento y le pregunté en el idioma cuál era ese tratamiento y él me dijo que era medicina indígena y que él era un piogonac’ (médico chaman) y que le hacía curación espiritual entonces le propusimos que nos otorgue una reunión, un día se presenta en el centro de salud y tuvimos una extensa charla la médica, él y yo. Dónde nos cuenta su forma de curación y le propusimos que el curara la espiritualidad de su hijo y el equipo del centro de salud cure su cuerpo y él accedió. Desde ese momento se trabajó sin ningún problema, la familia iba a buscar la medicación o se la llevábamos nosotros y así E. lo acompañamos todos en su tratamiento, respetando su cultura. Ahora ha finalizado el tratamiento y está bien”*

#### **Agente Sanitaria Intercultural**

Otro de los entrevistados, sin hacer alusión de manera explícita a la interculturalidad logra identificar las dificultades en analizar la realidad cuando se utiliza “una sola mirada” en lo que hace a la planificación de estrategias de abordajes.

*“Hay un caso muy típico de una familia que no tenía donde vivir y consiguieron una casa que alquiló la provincia, era una bebé que tenía TBC, un problema neurológico, había estado internada, alimentada mediante botón gástrico, se*

*ocuparon, se consiguió la casa pero se olvidaron que vivía en una población donde no tenía recursos ni siquiera agua potable y la trajeron a un lugar donde no se sentía ni acompañada ni era su lugar, coincidió que su referencia del CS Libertad cambió al CS Dunant y casualmente pude continuar ese vínculo. Se le compró una cocina, una garrafa, no sabía cómo encender el mechero, ella no sabía lo que era y seguía cocinando a leña. Ella se presentaba todos los días con un cuadro de ansiedad, estrés, tampoco podía expresarlo y nosotros no la entendíamos. Hasta que recibimos un poco el alerta de los vecinos que cocinaba con leña, buscaba madera y prendía fuego dentro de la casa. Para nosotros fue un poco cómico darnos cuenta de lo que estábamos haciendo, pero nos permitió pensar otros abordajes. Estas cosas es lo que pone en evidencia no poder ver la realidad, la vemos solo con nuestra mirada”.*

#### **Enfermero**

#### **Rol de Los Agentes Sanitarios: Puente entre usuarios y trabajadores.**

*“En mi práctica me han ayudado a poder comunicarse de una manera que interpretan el idioma y me sirven de traductores muchas veces. Empezamos con Ricardo a llevarle la medicación. No alcanzaba con eso porque le llevaba la medicación y no la tomaba la guardaba en la casa. Tuvimos que implementar llevar la medicación, conversar, compartir y esperar que la tome. Hasta que él pudo adherir al tratamiento e ir retirándola”*

#### **Médica clínica**

A su vez, uno de los entrevistados plantea el interrogante acerca de cómo repercute la pertenencia de los agentes sanitarios a la propia comunidad ¿Ventaja o desventaja?.

*“El acompañamiento el ir a preguntar, el sugerirle que venga a la visita médica, a la enfermería, al equipo de salud. Nosotros tenemos la suerte, o a veces*

no, de que los agentes sanitarios vivan en la comunidad. Son parte de la comunidad y a veces juega a favor y otras veces juega en contra. A veces puede crear un buen vínculo y otras veces ese vínculo no se entabla nunca o no quieren revelar cuestiones de su privacidad y ahí se genera un problema”.

### **Enfermero**

Nuevamente surge la mirada del otro, el estigma social. Tanto de “los vecinos” como de los propios trabajadores del Centro de Salud. Al nombrar las características de su rol, la agente sanitaria hace referencia al papel de bisagra o “el entre”, característica central de los abordajes interculturales, que no intenten reemplazar o imponer un sistema por sobre el otro sino encontrar el modo de articulación de ambos.

*“Los Agentes sanitarios interculturales bilingües son muy necesarios para el abordaje de la problemática de la tuberculosis, porque son como la puerta que abre a ese mundo tan desconocido, así como el mundo indígena y la forma de vida, códigos del lenguaje, relaciones, etc. En los barrios donde viven, somos los facilitadores de las relaciones que se puede dar entre las instituciones estatales del territorio tanto como de otros niveles de salud, el agente es el que vive entre dos mundos tan diferentes y a veces es difícil para nosotros mediar pero tenemos claro el objetivo, debemos promover la salud desde todo los aspectos de la vida por la salud y el bienestar de la población con una mirada integral con perspectiva de trabajo integradora no sólo de las comunidades indígenas sino en general. Promoviendo acciones de manera conjunta con la población como el fomento de espacios de trabajo con mujeres, niños y jóvenes”.*

### **Agente Sanitaria Intercultural**

En este sentido, *“...la atención de la salud no conlleva una estricta co-*

*rrespondencia entre tipo de dolencias y ámbitos de tratamientos, sino que se resuelve en el marco de itinerarios terapéuticos en los que los qom combinan, alternan, solapan, priorizan o seleccionan diferentes especialistas y escenarios de este complejo sistema de salud (shamanismo, curanderismo, medicina occidental, autotratamiento) de acuerdo con sus representaciones y con la propia trayectoria de la enfermedad”* (30). En particular, la agente Sanitaria aporta una definición de lo que considera como Interculturalidad, reconociendo que se trata de un “encuentro” en el que no hay un saber por sobre otro, sino complementación de saberes.

*“...La interculturalidad para mi es el encuentro de los pueblos, de los seres humano pero puntualmente se trata de construir respeto recíproco de reconocer de que hay personas con otras culturas, diferentes a la de uno o una con diferentes necesidades y conceptos diferentes de la forma de vida o de habitar la tierra y poder entrelazar, esos sabores, ideas, sentimientos, pensamientos y conocimientos, para construir herramientas para un bien común para todos los seres que habitamos el planeta...”*

### **Agente Sanitaria Intercultural**

Desde el Programa de Tuberculosis se destaca la complejidad de incorporar la mirada intercultural, aun con buenas intenciones para la planificación de estrategias puede incurrirse en el error de reproducir la lógica de dominación como se expresa a continuación.

*“...Ahora desde marzo empezamos a trabajar con la comisión de pueblos originarios, la comisión de salud. Desde marzo que nos venimos reuniendo una o dos veces por mes. Con los equipos del centro de salud. (...) Ahí nos reunimos con el Programa de medicinas tradicionales, Cultura para recuperar saberes, que puedan estar participando chamanes, pastores, ellos nos cuentan que son*

quienes acompañan y con salud también. (...) Lo que se concretizó, la idea es mejorar la atención sabiendo que la cultura, el habla la lengua es una traba. (...) A partir de ahí nosotros les mostramos lo que teníamos de difusión de videos, de folletería del CONI, ellos dijeron que les gusta pero que ellos querían que sean traducidos y que en su momento sea una producción propia. Por ejemplo eran blancos vivían en casas que no eran como la de ellos. Saldría subtulado en español. Y ese material ya tiene fecha de difusión en las escuelas. Por otro lado se va a trabajar el tema de las huertas como algo de complemento alimentario”.

*Referente del Programa de TBC.*

## **7- OBSTÁCULOS IDENTIFICADOS POR LOS TRABAJADORES PARA EL ABORDAJE DE LA TBC**

Los entrevistados expresan las diversas dificultades que se presentan en el proceso de atención de la problemática de tuberculosis, ya sea en el nivel del propio sistema de salud y la distribución de sus recursos; dificultades vinculadas a las diferencias de cosmovisiones que operan en este grupo poblacional y en los equipos, y por otro lado dificultades en las instancias de articulación intersectorial.

### **Recursos, insumos y accesibilidad: Así como viene el incendio...**

“...Ver cómo hacer, hacer tratamientos artesanales porque a veces la medicación no llegaba. Había que re-armarla, nosotros mismos nos confundimos, volver a calcular. Esto llevaba a que muchas veces el tratamiento fallara, el paciente dudara. Porque al cambiarle la medicación, se aumentaban la cantidad de pastillas, esto lo inquietaba, lo alarmaba, preguntaba porque me aumentaron, no me estoy curando”.

*Enfermero*

“...las PPD con muchísimos proble-

mas, hubo muchísimos problemas en relación a las entregas y al poder hacer las lecturas a los grupos de convivientes. Entonces teníamos que derivarlas al hospital. Estamos hablando de personas que no sabían si iban a comer mañana y nosotros pretendíamos que lleguen al hospital y no le podíamos asegurar ni una tarjeta de colectivo. Y si caía fin de semana o feriado no lo podíamos leer y se perdían porque si llegaban tenían para un viaje, no para dos”.

*Enfermero*

“...No, así como establecido, no hay ningún sistema. Así como viene el incendio lo vamos apagando, y a veces hay plata de caja chica entre comillas, a veces ponemos entre nosotros, porque la caja chica nunca alcanza, una vez pones vos, la otra el otro y ahí nos vamos turnando”.

*Trabajadora social*

“Así como viene el incendio...” Analogía que da cuenta de la complejidad y lo dificultoso que resulta su abordaje. El “nunca alcanza” da cuenta del presupuesto que se cuenta desde los efectores de salud para acompañar estos procesos. Y plantea preguntas en relación a la descentralización de recursos.

“...en los últimos dos meses el centro de salud cuenta con dos profesionales médicas menos: una pediatra y una generalista.” Aun no envían reemplazo y en el contexto de la alta demanda es un caos. Y eso me enoja un poco, porque se trabaja diferente, siempre sobre lo urgente. No se logran pautar seguimientos, organizarse, pensar con las compañeras el cómo...”

*Médica Clínica*

### **Notificación y sus repercusiones en la planificación: dificultades en el sistema de notificación**

“Fue variando, puede ser desde las planillas. Nosotros habíamos creado una

*planilla que era la que unimos al pedido de medicación. Después eso no se pudo seguir haciendo porque farmacia estaba recargada de trabajo. Eso enlenteció la notificación. O llegan tarde o tenemos que estar rastreando. Si bien tenemos formato online y más adelante hay un programa de la provincia el farmamed que va requerir que el programa tenga que autorizar la medicación y ahí vamos a poder notificar. En el resto de la provincia ya está, acá aún se está probando. Esperamos que el año pasado sea así. Nosotros hemos pedido una alerta del Sicap. Aún no nos lo han enviado.*

**Referente del Programa de TBC**

### ***Dificultades en el Estudio de contactos***

El estudio de contactos se plantea como una de las estrategias fundamentales para lograr el control y la erradicación de la enfermedad. Se enumeran diferentes categorías para considerar a una persona expuesta o no al bacilo. Los entrevistados ponen en evidencia las diferentes configuraciones y dinámicas familiares y la dificultad que a veces opera para realizar los estudios en ajuste a las normativas nacionales.

*"...la dificultad es el diagnóstico familiar, porque siempre falta alguno. La mayoría son familias muy numerosas. Los abuelos, los hijos, a veces dentro del mismo terreno hay muchas casas. La concepción de familia es diferente a como lo pensamos".*

**Trabajadora Social**

A su vez debido a que la mayoría de los mismos se realizan en efectores de mayor complejidad se identifican barreras de accesibilidad simbólica.

*"...La dificultad por lo que escucho está en estudiarlos a todos, porque algunos se atienden en otros centros de salud. También se dificulta llegar al hospital, hay gente en el barrio que no conoce el centro de la ciudad, que no viaja sola en colectivo..."*

**Trabajadora social**

*"...Para hacer el estudio de los contactos es una coordinación de relojería, si vos ves que hay dificultades en el entendimiento de lo que hay que hacer, como se tiene que desenvolver. Yo no sé en el hospital adonde llegan, a qué puerta tocan, a qué lugar van y qué respuestas le pueden estar dando. Hay familias con todas las herramientas y hay gente, que me he dado cuenta que ha estado caminando en el hospital sin respuesta. Cuesta la comunicación con nosotros ni me imagino en el hospital, lo edilicio, las 500 puertas, el mundo de gente y eso se les complica".*

**Enfermero**

*"...La dificultad que veo para sostener el tratamiento es el desconocimiento de la ubicación de los hospitales de la ciudad, a veces al paciente, se le hace un mapa para que pueda ubicarse o si no sabe leer y escribir, lo tenemos que acompañar nosotros como agentes sanitarios y en otras situaciones, los pacientes no quieren hacerse los estudios, placas, toma de catarras etc., tenemos que visitarlo varias veces y explicarle todas las veces que sea necesario para que acceda, desconocen pautas de alarma o no entienden y lo tenemos que traducir en el idioma..."*

**Agente Sanitaria Intercultural**

### ***Diferentes cosmovisiones***

*"Digamos el hecho de que la mayoría de los pacientes pertenecen a una comunidad indígena. Hacen más difícil la relación, el idioma es una y después bueno obviamente que hay cuestiones culturales que nosotros desconocemos y que hay... Y que tiene que ver cómo ellos interpretan la enfermedad, la salud y bueno eso es también una causa importante de que los paciente no adhieran al tratamiento".*

**Médica Clínica**

Una de las entrevistadas pone de manifiesto el uso de la propia medicina indígena como recurso terapéutico

priorizado frente a la medicina occidental.

*"...y la falta de adherencia al tratamiento también a veces es debido a que la persona utilizan otras formas de curaciones que son propias y tenemos que respetarlas y buscar la forma de que ambos conocimientos (occidental e indígenas ) trabajen juntos para el bienestar del paciente".*

#### **Agente Sanitaria Intercultural**

##### **Articulaciones intersectoriales**

*"...y después el soporte alimentario, para que los efectos adversos no sean tan fuertes y no haga que la gente abandone el tratamiento, porque sí no es volver a empezar y se hace más resistente. Yo no puedo estar llamando 500 veces al Servicio Público de la Vivienda o peleándome por la tarjeta alimentaria (...) Además hay que gestionar una Ayuda Social Única para comprar la arena y la piedra, y después que el camionero quiera entrar, no se niegue, no le de miedo. Así que imagínate cinco meses para lograr una ampliación"*

#### **Trabajadora social**

*"Yo trabajo con otros niveles aparte del equipo territorial siempre donde se nos convoque y también en otros centros de salud y también con algunos defensores o defensoras de tribunales por situaciones muy complejas de casos donde la persona no entiende lo que se le informa, por no saber leer y escribir o no entiende el castellano. No hay una mesa de trabajo en relación a TBC. En otros niveles o a nosotros nunca se nos convocó desde el programa de TBC y desde un marco formal. Siempre se habla de TBC en las mesas barriales, con la gente, con los centros de salud pero no desde lo institucionalidad y de otro nivel más jerárquico. Eso es lo que está haciendo falta. No hay una estrategia acordada con otros niveles".*

#### **Agente Sanitaria Intercultural**

#### **Ausencia de inclusión de la dimensión subjetiva en los abordajes**

*"Nosotros estuvimos revisando historias clínicas y no encontramos que se considere el tema de la subjetividad en un problema que tiene tanta dificultad con la adherencia, con padecimiento corporal y subjetivo tremendo y sin embargo son excepcionales y generalmente por problemas vinculados porque pertenecen al mismo sujeto pero que no están asociado en una reacción fisiopatológica. El tema de la subjetividad plantea un desafío enorme, hay mucho por hacer ahí".*

#### **Médico Infectólogo**

Llama la atención que aun cuando se identifica desde los entrevistados la relación entre la aparición de la TBC y diferentes estados relacionados con "la tristeza", "el desarraigo" o "lo subjetivo", no se logra articular este reconocimiento con intervenciones que puedan acompañar esas dolencias en una perspectiva más integral. En efecto, en función de la experiencia de trabajo en este CS, puede afirmarse que la intervención de los profesionales de salud mental en estos abordajes es poco usual aun tratándose de enfermedades crónicas, con una alta carga emocional y una connotación histórica de gravedad y estigma social muy importante.

Tal como señala un entrevistado, la complejidad de la problemática pareciera desbordar las herramientas técnicas y aún los lineamientos políticos que le dan marco.

*"Creo que estamos empantanados en reproducir lógicas que ya no explican el fenómeno en su complejidad, cuando podemos explicarlo no tenemos las políticas que sean adecuadas a esa explicación".*

#### **Médico infectólogo**

En efecto, la problemática de la tuberculosis como objeto de estudio,

puede ser aprehendida en múltiples estados de existencia, dado que opera en distintos niveles de la realidad, es multifacetado, blanco de diversas miradas, fuente de múltiples discursos, extravasando los recortes multidisciplinares de la ciencia (31).

## **8- ESTRATEGIAS DE LOS EQUIPOS PARA FACILITAR EL ACCESO Y LA CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN**

De alguna manera, las estrategias implementadas por los equipos para abordar la problemática de la TBC pueden analizarse desde la ética del cuidado. Esta perspectiva posibilita plantear al "cuidar" como una posición en relación al otro, sustentada en su reconocimiento como semejante. A su vez, da lugar a definir las "prácticas cuidadoras" como prácticas enmarcadas en un tipo de vínculo, el cual se caracteriza por el buen trato, el miramiento y la empatía. En ese marco, es interesante la problematización del concepto de adherencia que propone un entrevistado.

### **Complejizar el concepto de adherencia al tratamiento**

*"...el tema de la adherencia o de la adhesión, que no es lo mismo, plantea también una cuestión que está centrada en el mismo sujeto que no puede sostenerlo, como dueño absoluto de sus elecciones y con capacidad de elegir qué puede hacer de su vida, cosa que no sucede con ninguna persona que yo conozca, que tenga todas las respuestas a sus preguntas... Entonces hay que enmarcarlas en un marco más complejo en relación a los trabajadores de salud, el sistema de salud, las políticas en salud, el tiempo histórico en el que le toca, en el mundo en el que le toca transitar. Entonces si esa adherencia o adhesión la planteamos en este marco hay muchos elementos que emergen, pero ni siquiera aun en esta ampliación espacial vamos a encontrar esa respuesta, muchas veces*

*la vamos a tener que buscar en el proceso histórico de cómo un sujeto llega a determinada situación".*

### **Médico Infectólogo**

*Reconocer un sujeto allí donde hay un cuerpo y dar lugar a su autonomía. "Lo singular y lo colectivo. Hay que visibilizar esa pertenencia y que ese sujeto también habla y también piensa y también decide. Entonces la primera cuestión es dejar de romperse la cabeza en pensar lo que este otro no puede hacer y que yo creo que es empezar por lo más bajo que es preguntarle qué es lo que le pasa y cuáles son sus condiciones reales. Antes de iniciar un tratamiento creo que hay que hacer este trabajo de iniciar una alianza de confianza, de escucha de registro donde el sujeto tiene que emerger. Hay un cuerpo que necesita un tratamiento, bueno ese cuerpo es de un sujeto que tiene posibilidades que a veces nosotros desconocemos y que hay que poner en juego".*

### **Médico Infectólogo**

### **Tratamiento Supervisado: Cuando la supervisión es cuidado...**

*"En un principio sí, bah, depende de cada paciente, de la familia, si hay un referente un responsable. Vos te vas dando cuenta de aquel que entiende y que dice si me va a hacer bien lo voy a llevar a la última instancia, me quiero curar, hasta aquel que no dimensiona la enfermedad y corres el riesgo de que haya abandono. Entonces en un principio lo hacemos supervisado, llegan a enfermería le damos la medicación".*

### **Enfermero**

*"El acompañamiento, a nosotros nunca nos gustó decir la supervisión, porque nos parece un término muy duro y puede ser interpretado como un término policial. En realidad este acompañamiento lograba un vínculo y poder ver otros aspectos subjetivos, sociales, de relaciones familiares, de otras cosas: adicciones,*

*etilismo y entender en parte porque la gente no tomaba la medicación (...) La supervisión tiene implícito el ver el abandono, eso es lo diario, si la enfermera ve que hace días que no viene ya ahí antes de que se transforme en abandono se empieza a trabajar. Comúnmente cuando ellos nos llaman es porque ya se han agotado las estrategias”.*

**Referente del Programa de TBC**

#### **Consulta sin turnos**

*“Al paciente le doy la opción que pueda venir ni bien tenga los resultados sin turnos, porque si no es muy complicado, difícil, probablemente no llegue”.*

**Médica clínica**

#### **Vínculo como principal habilitador para los abordajes en salud**

Una de las entrevistadas señala la importancia fundamental que tiene la construcción de vínculos

asentados en el respeto a las diferencias en el trabajo con la comunidad qom.

*“...hay que tener un montón de consideración de no ser invasivo porque sobre todo la comunidad qom es muy cerrada en su intimidad y si sos muy invasiva te cerraron la puerta y chau, es difícil después volver a entrar. Se rompe el vínculo, entonces uno tiene que ir con más cautela, más escuchando que diciendo cómo debe ser, porque por ahí uno cree que es muy fácil ir a decir cómo debe vivir la gente según mi concepción, la de ellos es otra. Poder captar esas cosas, acompañar más que imponer ese es mi rol (...) Se van trabajando las particularidades y esas particularidades se adaptan, el equipo se adapta a esas particularidades para que el paciente pueda cumplir con el tratamiento”.*

**Trabajadora social**

#### **Equipo de referencia como facilitador en la atención.**

*“...lo que yo he visto en el Centro de Salud... a los pacientes se los atiende a la*

*mayor brevedad posible, se trata de hacer un acompañamiento interdisciplinario, que se tengan en cuenta los factores que podamos, más allá de la toma de la medicación, incluso hay situaciones en las que se los acompaña a toda la familia, algún miembro del equipo a que vayan a hacerse las placas, con todo lo que eso implica”.*

**Trabajadora Social**

#### **Asegurar contexto de privacidad en las consultas**

*“Nos dimos cuenta también que la población tiene esta cuestión de la “mirada del otro”. A veces en la vorágine del trabajo no nos dábamos cuenta que dábamos la medicación y hacíamos pasar a otra persona que estaba ahí mirando. Entonces vos ves que escondía las pastillas porque le daba vergüenza mostrar porque estaba ahí. Bueno esto lo fuimos aprendiendo, que cada uno tiene que tener su espacio, su tiempo y sus 15, 20 minutos”.*

**Enfermero**

*Trabajo en el domicilio para asegurar adherencia/continuidad de los tratamientos “Muchas veces cuando yo me eh dado cuenta que hay pacientes que no retiran la medicación, no cumplen con el tratamiento, planificamos otra estrategia que, de asistirlos en la casa, llevarles la medicación. Las veces que lo hice fue con la ayuda de los agentes”*

**Médica Clínica**

#### **Acompañamiento de pacientes a los efectores hospitalarios**

*“La dificultad que veo para sostener el tratamiento es el desconocimiento de la ubicación de los hospitales de la ciudad, a veces al paciente, se le hace un mapa para que pueda ubicarse o si no sabe leer y escribir, lo tenemos que acompañar nosotros como agentes sanitarios y en otras situaciones, los pacientes no quieren hacerse los estudios, placas, toma de catarras etc., tenemos*

*que visitarlo varias veces y explicarle todas las veces que sea necesario para que acceda”.*

### **Agente Sanitaria Intercultural**

## **CONCLUSIONES**

El presente trabajo partió de la preocupación en torno a la problemática de la tuberculosis en la población adscripta al Centro de Salud Libertad, población que pertenece en su gran mayoría a la comunidad qom, grupo poblacional forzado a migrar a los márgenes de las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida aun cuando en la llegada a centros urbanos como Rosario, se confrontan con condiciones materiales de existencia sumamente precarias al igual que otros grupos poblacionales vulnerados que habitan el territorio.

A esa dimensión de la vulneración, visible en las condiciones de vida, cabe agregar la vulneración que supone la negación o el desconocimiento de la identidad. Así, en lo que refiere a la comunidad qom del CS Libertad, el conocimiento de la pertenencia a pueblos originarios solo se logra a través de la identificación por parte de los trabajadores del efector de salud y/o los referentes del Consejo Indígena, no a través de los registros oficiales. Este señalamiento no implica desconocer que existe la creencia de que las personas pertenecientes a pueblos originarios tienen mayor prevalencia de Tuberculosis, creencia sesgada y discriminadora desde el momento que prescinde del análisis de las condiciones del territorio y los modos de reproducción social que presenta esta comunidad. Se trata en todo caso de resignificar el registro de pertenencia a pueblos originarios como importante en dos aspectos: por lo que implica en términos de reconocimiento de su identidad, existencia y singularidad y por su implicancia en el diseño de estrategias de abordaje acordes a sus

cosmovisiones y prácticas en salud.

En la línea de problematizar las estrategias de abordaje, varios de los entrevistados dan cuenta de tener un claro registro de las diferencias en juego en lo que hace a la concepción de la salud/ enfermedad de este grupo poblacional y el modo en que esas concepciones operan a la hora de realizar tratamientos de sus problemas de salud. En efecto y tal como han reseñado algunos autores (32), una perspectiva holística de la salud, el alcance de una armonía familiar, social, espiritual en consonancia con el entorno, y concepciones en el plano etiológico y terapéutico de carácter plural e inespecífico entran en tensión con las perspectivas biomédicas aun hegemónicas en el sistema de salud, con enfoques fragmentados de los procesos de atención y centrados en la lógica de causas específicas.

Estas diferencias de enfoques resultan trascendentales a la hora de pensar en nuevas formas de trabajo, las cuales deberán incluir a referentes de la comunidad en la planificación, gestión y ejecución de las mismas. Recuperar una mirada holística en salud es el desafío para los nuevos abordajes ante cualquier problemática, incorporando la visión subjetiva y recuperando prácticas de autocuidado y sanación.

El rol del Programa de Tuberculosis adquiere para los propios referentes del mismo un significado diferente que el que le otorgan los trabajadores del centro de salud. Mientras que para los primeros su rol radica en supervisar y acompañar los procesos que se dan en los equipos territoriales, para estos últimos debería ser el de gestionar recursos, realizar articulaciones intersectoriales, brindar capacitaciones e intervenir en aquellos casos en que los equipos se encuentran limitados por la complejidad y la escasez de recursos con los que cuentan en el efector. Así,

las principales dificultades planteadas por los trabajadores refieren a falta de insumos diagnósticos y/o terapéuticos adecuados y las condiciones de marginación social que presenta el grupo poblacional adscrito, obstáculos con los que se enfrentan cotidianamente los equipos y la comunidad de la mayoría de los efectores provinciales del primer nivel de atención.

Los programas tienden a burocratizar y tecnificar las prácticas alejándose de las realidades territoriales. Los trabajadores del Centro de Salud Libertad reclaman mayor conocimiento del territorio y su población por parte de los integrantes del programa. Sin lugar a dudas que una de las estrategias sería vehiculizar en un primer momento encuentros entre los referentes del programa y los trabajadores, y posteriormente con la comunidad para poder construir vínculos que fortalezcan las estrategias locales y favorecer la participación comunitaria. El programa en la actualidad solo se centra en actividades y protocolos de diagnósticos y tratamientos. Se observa una disparidad en cuanto a la participación de los equipos de los Centros de Salud Municipal y Provincial en cuanto a las actividades realizadas por el programa. Uno de los objetivos más relevantes en el abordaje de esta problemática sería la planificación de estrategias para la detección temprana o aquellos casos de TBC latente.

Según Testa, *“el Sistema de Salud es junto con un terreno de acciones específicas para resolver problemas muy sentidos por el conjunto de la población, una arena donde se debate el conflicto político- la lucha por el poder- y un campo de apropiación de recursos financieros por distintos grupos con intereses muy particulares”* (33). En este sentido, la problemática de la TBC, se expresa claramente como resultante de *“una dialéctica entre las desigualdades sociales y las desigualdades en salud”* (34), proble-

mática que afecta fundamentalmente a poblaciones vulneradas con escaso “poder de fuego” en el terreno de la lucha por la apropiación/distribución de recursos, y donde justamente se torna preponderante el rol del Estado como garante de derechos y de equidad en el acceso a recursos.

De las múltiples estrategias planteadas por los trabajadores del centro de Salud Libertad se destacan como fundamentales la construcción del vínculo con la comunidad y el rol de los Agentes Sanitarios Interculturales Bilingües. Estas estrategias deben ser prioritarias para evitar la imposición de prácticas hegemónicas, y poder reconocer las características propias de las comunidades originarias. Para efectivizar esta conformación de vínculos debe priorizarse la continuidad laboral de los mismos trabajadores, eliminando las situaciones de precarización laboral que conllevan a constantes recambios del equipo de salud. La existencia de los agentes es el inicio de una construcción de conocimiento acerca de la comunidad y la posibilidad de acercamiento de la misma al sistema de salud. Es prioritario no entender este rol como meros ejecutores de decisiones que tomen otros trabajadores, sino que deben ser partícipes de la construcción de las estrategias. Es la única práctica desde la Interculturalidad que se presenta en la actualidad.

Para concluir me gustaría destacar que el punto de mayor conflicto radica en el modo de entender la problemática de la tuberculosis desde cada una de las miradas. “La forma de entender y significar la salud y la enfermedad determinan que una dolencia puede ser ignorada, tolerada, sobredimensionada, negada, sobreactuada o racionalizada. A un mismo tiempo condiciona las probabilidades de que las estrategias de prevención y tratamiento aportadas por un profesional de la

salud sean o no aceptadas por alguien perteneciente a otra comunidad” (32). Los analizadores deberán seguir identificándose, pero el mayor desafío radica en incluir de manera real a la comunidad en la planificación de sus estrategias y permitirles mayor participación en el abordaje de las mismas. Mientras tantos los trabajadores de la salud deberán de-construir saberes e incorporar nuevos modos de entender el mundo, cuestionarse que quizás la medicina hegemónica no disponga de todas las respuestas, hacer efectivo un trabajo desde lo Intercultural y animarse a hacer flexibles los protocolos, recuperar lo útil y transformar lo que sea necesario.

## NOTAS FINALES

i Datos portados por el Programa de TBC. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

ii Walsh, C .Interculturalidad crítica y educación intercultural. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. La Paz. 2009.

iii Menéndez, E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria, Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, pp 451- 464. 1998. Buenos Aires.

iv Organización Mundial de la Salud. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Ginebra.2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=584B942009B5E943049D199CA55FD58F?sequence=1>

v Ibídem iii.

vi Tejada de Rivero, D.A. Alma-Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud, 8(2), 3-7 2003

vii Souza Campos, G. Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia. Rev. Investigación en Salud. 6 (1 y 2) 2004. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario.

viii Territorio-Micro área: Espacios donde se concentran grupos poblacionales más o menos homogéneos de acuerdo a

sus condiciones objetivas de existencia. Vilaça Mendes, E. y otros. “Distritos Sanitarios: conceitos-chave”. En: E. Vilaça Mendes (Org.), Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. (1993). São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.

ix Datos extraídos del Sistema de Información de Atención Primaria (SICAP)

x Efecto hospitalario de 3° Nivel de Complejidad de la red provincial.

xi El pedido de medicación es efectuado por la médica a partir de fichas de notificación pertenecientes al Programa Provincial de tuberculosis o través de la farmacéutica distrital.

xii Cabe señalar que la entrevistada refiere a un momento histórico (año 2017) en el que tanto la gestión de salud provincial como municipal se enmarcaban en la misma línea gobernante, el Frente Progresista Cívico y Social.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Tuberculosis. OMS, 2017.
2. Instituto de Nacional Enfermedades Respiratorias, Administración Nacional de Laboratorios de Insumos Salud - Ministerio de Salud Argentina. Situación de la Tuberculosis en Argentina. INER-ANLIS-MSAL, 2017.
3. Leguizamo, F. Análisis de situación de salud de personas con Tuberculosis adscritas al Centro de Salud Libertad. Documento de Trabajo. Carrera de Posgrado de Medicina General Y Familiar. Rosario. 2017. Trabajo no publicado.
4. Ariza G, Fleitas M, Staffolani C, Ybáñez B, De Altube R, Bauer G, et al. Interculturalidad y salud en Barrio toba oeste (Rosario). Rev. Cientif. Facul. Cs Med. UNR. 2016; 25 (1). Disponible en: <http://www.fcm.unr.edu.ar/files/comunicacionfcm/000-revista.pdf>
5. Orzuza, S M; Concepciones y prácticas indígenas sobre la salud y la enfermedad: conocerlas para respetarlas; Universidad de Arte y Ciencias Sociales. Escuela de Psi-

- ología; Rev. Suj.Subj. y Cult. 2013; 5 (1): 67-78. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11336/10774>
6. Ferrandini D. Trabajar en Atención Primaria de La Salud. Boletín Capacita Salud . Febrero 2017. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjQ1oO9q8r1AhUYqZUCHVrnDrlQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fcapacitasalud.com%2Fbiblioteca%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F03%2FBoletin-APS\\_03\\_2017-1.pdf&usg=AOvVaw1Hiz7VaUglC5k58Db1wwrl](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjQ1oO9q8r1AhUYqZUCHVrnDrlQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fcapacitasalud.com%2Fbiblioteca%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F03%2FBoletin-APS_03_2017-1.pdf&usg=AOvVaw1Hiz7VaUglC5k58Db1wwrl)
  7. Ferrandini D. (2004) Proyecto: Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia. Dirección General de Servicios de Salud. Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario.
  8. Spinelli, H. Volver a pensar en salud: programas y territorios. Rev Salud Colectiva. 2016; 12 (2):149-171.
  9. Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
  10. Santos M. Por uma geografia nova: Da crítica da geografia a uma geografia crítica; São Paulo: Hucitec Editora; 1996.
  11. Walsh, C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. La Paz. 2009.
  12. Menéndez, E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria, Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, pp 451- 464. 1998. Buenos Aires.
  13. Menéndez, E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudios Sociológicos del Colegio de México. 1998; 16 (46)
  14. Breilh, J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud colectiva [Internet].2010.2018]; 6(1):83-101. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652010000100007&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000100007&lng=es).
  15. Organización Mundial de la Salud. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Ginebra.2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=584B942009B5E943049D199CA55FD58F?sequence=1>
  16. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. sep.-dic. 2004; 30 (4).
  17. Merhy, E.E. Salud: Cartografías del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2006
  18. Tejada de Rivero, D.A. Alma-Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud, 8(2), 3-7 2003
  19. Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila, S. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuar. de Investig. Universidad de Buenos Aires 2014; XXI 217-224 .
  20. Souza Campos, G. Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia. Rev. Investigación en Salud. 6 (1 y 2) 2004. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario.
  21. Harvey D. Condição Pós-Moderna. São Paulo: Loyola; 1993.
  22. Breilh, J. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Quito. Global Health Watch. 2010.
  23. INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de población, hogares y viviendas. República Argentina. 2010
  24. Consejo de coordinación y participación de políticas públicas indígenas Rosario. Censo de Pueblos Originarios. Municipalidad de Rosario. 2014. Disponible en: <https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/censo.pdf>
  25. Cuyul, A. Salud indígena y políticas de salud intercultural en la provincia de Chaco, Argentina. Instituto de Investigaciones en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires. 2011.
  26. Programa nacional de control de Tuberculosis y Lepra. Resolución 583/2014. Ministerio de Salud. Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 13-may-2014 Número: 32882. pp:16.

27. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Tuberculosis. Normas Técnicas. Argentina 2° Edición. 2013.
28. Organización Mundial de la Salud. Programa de tuberculosis. 1993. Disponible en : [https://www.google.com/urlsa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj8u-Gu7sz1AhXIErkGHYc8BEgQFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F191735%2FEB93\\_25\\_spa.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AOvVaw0FTaP1iK\\_bMDPtAFxNMa8d](https://www.google.com/urlsa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj8u-Gu7sz1AhXIErkGHYc8BEgQFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F191735%2FEB93_25_spa.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AOvVaw0FTaP1iK_bMDPtAFxNMa8d)
29. Ugalde, A; Homedes, M. Descentralización del sector salud en América Latina. Cuad. Méd. Soc. 81: 15-30. Disponible en: <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/07/n81a387.pdf>
30. Martínez G. Enfermedad y entidades anímicas del entorno natural. etiologías religioso-rituales y espacio-ambientales entre los tobas del Chaco central, Argentina. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, vol. 5, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp. 189-221. Disponible en: <http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=62319343003>
31. Almeida Filho, N. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Buenos Aires: Rev. Salud. Colect 2006 ; 2(2): 123-146.
32. Soru, M. Creencias populares sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento. Anu. Investig.- Fac. Psicol., Univer. Nac. Córdoba. 2012; 1 (1): 94-115. Córdoba- Argentina.
33. Testa M. Atención ¿Primaria o primitiva? de salud. Pensar en Salud. 1o Buenos Aires: Lugar Editorial. 2006.
34. Goldberg A. Inmigración, políticas de salud pública y tuberculosis en clave antropológica comparativa: los casos de España/Barcelona y Argentina Buenos Aires. Mundi Migratios. CEMI. La Habana. 2014; 2 (1) Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/ceci-uh/20150911014257/3-47-88-1-SM.pdf>

---

## **LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y EL BANCO MUNDIAL COMO TERRITORIOS ARQUEOLÓGICOS DONDE YACEN FORMACIONES DISCURSIVAS EN TORNO DE LA DISCAPACIDAD.**

Solari Marcela §

---

### **INTRODUCCIÓN**

En la línea de Lores Arnaiz (1), me parece necesario en el inicio de este artículo dejar sentado que soy una mujer; con mis prejuicios, mis emociones, mis creencias, mis experiencias propias y públicas; mi pertenencia a un estrato determinado, mi profesión de Trabajadora Social (que vincula inexorablemente mis inquietudes a las realidades de personas con sus derechos vulnerados); y como tal comparto los prejuicios, creencias y experiencias propias de este grupo de trabajadores en nuestras circunstancias históricas particulares; estoy atravesada también por otras muchas lealtades a grupos ideológicos, políticos y de interés. De ese complejo trasfondo surgirá mi interpretación de una pequeña delimitación de la realidad, instrumentalizando los métodos y las técnicas acordes al enfoque elegido .

En Arqueología del saber, Michel Foucault (2) plantea la concepción de la historia como inercia y pesantez, como lenta acumulación del pasado y sedimentación

silenciosa de las cosas dichas, y es desde esa perspectiva que intentaré desliar algunos plines de la enrevesada madeja en torno del presente y de la historia reciente de la discapacidad. Para ello se trabaja con algunos apartados del Informe Mundial sobre la Discapacidad (3), de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. El interés en este instrumento se funda en la impronta que él tiene sobre las agendas locales de los países que forman parte de estos organismos internacionales, y su relación con el tratamiento de las políticas sobre discapacidad.

De tal manera, y siempre orientada hacia el asombro que nos propone el descubrimiento, se procura trabajar estos textos como territorios arqueológicos. Esta orientación no está signada por el encuentro con la episteme, simplemente intenta visibilizar prácticas discursivas que no escapan a la positividad de un saber (2). En este caso singular, el saber emergente de ellos sobre la discapacidad.

En este sentido, es bueno no perder

---

§ Trabajadora social que se desempeña en Centro de Salud Ugarte. E-mail: marcesolari@gmail.com

de vista la siguiente premisa que, como horizonte, necesariamente debe marcar el camino: *"...dar con la estructura íntima del fenómeno del que sólo se percibe la apariencia exterior y describir su relación con el conjunto de las manifestaciones de que depende"* (4, p. 50).

Finalmente, y en una dimensión más práctica, interesa resaltar que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) (2011), el porcentaje de personas con discapacidad en el mundo es del 12% mientras que en Argentina es del 10 % (5). Eso significa que cada 100 personas que cruzamos por día, deberíamos ver entre 10 y 12 personas con discapacidad... ¿Dónde están esas personas entonces? ¿De qué manera las formaciones discursivas visibilizan (u ocultan) las necesidades de estas personas?

A continuación, será necesario describir algunos elementos propios del campo para luego avanzar en el análisis de los textos propuestos.

### **De palas, rasquetas, escobillas y recipientes... La caja y sus herramientas.**

Para empezar, considero necesario resaltar las ideas que nos propone Rafael de Asís (6) en el prólogo del trabajo realizado por Agustina Palacios. Este autor problematiza la idea de dignidad humana y su enlazamiento con el lugar social que las personas pueden detentar. Así, en el campo de los derechos, si las personas son vistas como medios, accederán a estos derechos en tanto sean socialmente útiles; pero si son consideradas en sí mismas como fines, accederán a los mismos por el sólo hecho de ser personas.

Esta divergencia en relación a la idea de dignidad humana está en la base de la conceptualización de los distintos modelos de la discapacidad que nos propone Palacios. En la actualidad, estos modelos que aparecen como propuestas teóricas, a su vez, son constitutivos de las formaciones discursivas que caracterizan las distintas prácticas sociales en torno a la discapacidad.

Sumado a lo anterior, se visualiza una tensión que tiene lugar entre tres dimensiones como son la enfermedad, el pecado y la condición humana. A partir de allí se posibilita la construcción teórica de los tres modelos que explican la situación de las personas con discapacidad, no sólo a través de la historia, sino también en la actualidad. En función de ello, se conceptualizan los modelos, asignándoles como: Modelo de Prescendencia, Modelo Rehabilitador y Modelo Social (7).

En la lógica de la Prescendencia, las personas con discapacidad se considerarían innecesarias, desplegándose políticas eugenésicas (eliminación de las mismas) o encierro en asilos. Las causas de la discapacidad se explican por fundamentos religiosos. Se ubica históricamente en la Antigüedad Clásica y en el Medioevo, pero muchos de sus preceptos subsisten hasta nuestros días. Por ejemplo, la discapacidad como objeto de caridad, o también como objeto de burla grotesca. Otro ejemplo consiste en las formas de subsistencia de personas con discapacidad exponiéndose en espectáculos de entretenimiento; todo esto da lugar a la continuidad del Modelo de Prescendencia.

El Modelo Rehabilitador, o Modelo Médico, se cristaliza con el advenimiento de la Primera Guerra Mundial para continuar su hegemonía hasta nuestros días. Ubica las causas de la discapacidad en el campo científico, no obstante, las personas con discapacidad serán útiles a la sociedad en tanto pueden "normalizarse", esto es, alcanzar el estándar por medio de la rehabilitación que les permita integrar el aparato productivo de la sociedad, de lo contrario, serán institucionalizadas. ¿Por medio de qué instancias se opera esta estandarización? Se espera que ella se lleve a cabo desde el campo de la salud y de la educación.

Finalmente, el Modelo Social o de Barreras Sociales, define las causas de la discapacidad como sociales. Las personas con discapacidad son iguales al resto de los integrantes de la comunidad en rela-

ción con los derechos que detentan, pero también son diferentes en la medida en que todos los miembros de una sociedad lo son. Se afirma que la forma de organización social es discapacitante en función de carecer de las adaptaciones que permitan el desenvolvimiento autónomo de todos sus miembros. El fundamento último de este modelo son los derechos humanos. Su surgimiento se identifica con los movimientos sociales de occidente característicos de la década de los '60.

Cuando se hace referencia a adaptaciones, se señala la necesidad de diseñar la sociedad promoviendo la accesibilidad universal. Es una condición ineludible para el ejercicio de los derechos humanos.

Es de destacar que un diseño con estas características excede la situación de discapacidad, incluyendo también otras diversidades, trascendiendo así un supuesto estándar de persona (7).

Estos elementos teóricos serán útiles para analizar los textos que se presentarán en breve. Del mismo modo asiremos la concepción de supuestos básicos subyacentes propuestos por Lores Arnaiz (1).

Siguiendo a esta autora, se puede proponer que todo enfoque de pensamiento trae aparejado sus supuestos básicos subyacentes; y siendo así, cada uno de nosotros está permeado, a su vez, por ellos.

Luego, la tarea de bucear en escritos buscando estos supuestos básicos implica una doble vía, encontrarlos y estar atentos a la mirada propia, construida también a la luz de otros tantos supuestos.

Es necesario aquí dar cuenta de qué son los supuestos básicos subyacentes que se enmarcan en una teoría social, definidos por Alvin Gouldner (8), quien es citado por Lores Arnaiz:

*"...Son **básicos** en tanto constituyen no el fundamento de las teorías o métodos a emplear pero sí su origen más profundo y a veces oculto; y **subyacentes** porque no se hacen explícitos dentro de la teoría o investigación llevada a cabo. Para descubrirlos es menester a veces no sólo desarrollar las implicaciones de ésta sino recurrir a indicios*

*adicionales –declaraciones del autor, otros escritos, etcétera-." (8, p. 138).*

En las ciencias sociales los supuestos básicos subyacentes más importantes y reveladores son los referidos a los dominios particulares [...], esto es, las concepciones acerca del hombre o la "naturaleza humana"i y de la estructura o sistema social". (8, p. 138).

Y más adelante, la misma autora afirma que:

*"Así pues, los SBS [supuestos básicos subyacentes] no se limitan a focalizar la atención del investigador sobre un tema y sustentar sus puntos de vista más generales y previos a todo diseño concreto; impregnan profundamente y en muchos casos de manera inadvertida su percepción del mundo, delimitan lo que es capaz de ver y de pensar, las formas en que puede abordarlo; le circunscriben una realidad, se la definen como única y universal y todo ello de modo tal que sólo parecen operar en todo el proceso distinciones objetivas y apropiadas, frutos de una metodología o un enfoque teórico debidamente rotulados de 'científicos'ii. (1, p. 141).*

Luego de lo expuesto, es necesario tener en cuenta que hoy pareciera existir un acuerdo en torno del Modelo Social o de Barreras Sociales como orientador de las prácticas sociales que se relacionan con la discapacidad. Veamos pues, qué nos dice el documento abordado en el presente artículo.

### **Informe Mundial sobre la Discapacidad.**

*"He tenido una vida completa y satisfactoria. Creo que los discapacitados deberían concentrarse en las cosas que su discapacidad no les impida hacer y no lamentarse por las que no puedan hacer. En mi caso, he conseguido hacer la mayoría de cosas que quería. Visité la Unión Soviética en siete ocasiones.*

*La primera vez fui con un grupo de estudiantes entre los cuales uno, miembro de la Iglesia baptista, quería distribuir biblias en ruso y nos pidió que las entráramos en el país*

*clandestinamente. Lo conseguimos sin que las detectaran, pero cuando estábamos saliendo las autoridades ya habían descubierto lo que habíamos hecho y nos detuvieron durante cierto tiempo. No obstante, acusarnos de entrar biblias clandestinamente habría provocado un conflicto internacional y publicidad desfavorable, así que nos dejaron ir al cabo de unas horas. Las otras seis visitas fueron para ver a científicos rusos que en ese momento no podían viajar a Occidente. Tras la caída de la Unión Soviética en 1990, muchos de los mejores científicos se fueron a Occidente, así que no he estado Rusia desde entonces*

*También he visitado Japón seis veces, China tres y he estado en todos los continentes, incluida la Antártida, excepto en Australia. He conocido a los presidentes de Corea del Sur, China, India, Irlanda, Chile y Estados Unidos. He dado una conferencia en el Gran Salón del Pueblo de Pekín y en la Casa Blanca. He estado bajo el mar en un submarino, en un globo aerostático y en un vuelo con gravedad cero, y tengo reserva para viajar al espacio con Virgin Galactic.*

*Mi primer trabajo demostraba que la relatividad clásica general no funcionaba en las singularidades en el Big Bang y los agujeros negros. Mi trabajo posterior ha demostrado que la teoría cuántica puede predecir lo que ocurre al principio y al final del tiempo. Me lo he pasado en grande estando vivo y dedicándome a la investigación en física teórica. Soy feliz y he aportado algo a nuestra comprensión del universo.” (9, p. 146 y ss).*

La transcripción del precedente fragmento tiene como fin hacer visible el hecho de que autonomía y asistencia personal son cosas que pueden plantearse en forma separada. Stephen Hawking realizaba documentales televisivos sobre física desde su silla de ruedas y a la vez necesitaba que le den de comer en la boca. En este sentido, los movimientos de personas con discapacidad reclaman la adaptación universal de la sociedad a los fines de promover de forma absoluta su autonomía.

En el informe que se presenta a continuación aparece la voluntad de dar lugar

a la emergencia del Modelo Social como regulador de las relaciones sociales en torno de la discapacidad pero no hace falta ser una arqueóloga avanzada para ver la sedimentación estructural del Modelo Reabilitador.

En primer lugar, es preciso decir que en 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) conjuntamente, publicaron el Informe Mundial sobre la Discapacidad. Dicho trabajo fue precedido por tres años de discusiones multilaterales en la materia y tiene como objetivo proporcionar datos para la formulación de políticas y programas que favorezcan a las personas con discapacidad a nivel global (3).

Otra cuestión a resaltar es que el mencionado informe tendría una vigencia de diez años, ya que en el año 2021, el Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad, dependiente de la OMS, tiene encargado realizar un examen del mismo (3).

En este sentido, desde hace varios años la lectura del informe me ha producido interés en relación a la sensación de entrecruzamientos que aparecen en el mismo, en torno a dispares formas de concebir la discapacidad y el consiguiente abordaje por parte de las políticas públicas que esto sugiere. No obstante, se enfatiza aquí la gran potencia que tiene el esfuerzo realizado en pos de hacer visible una realidad no pocas veces ignorada.

Invito, pues, a comenzar por el prólogo del trabajo que nos ocupa. El texto está introducido por el mismo Stephen Hawking, quien, a mi entender y atento al tramo de texto transcrito precedentemente, es un ejemplo paradigmático de la eficacia que las adaptaciones universales pueden promover en tanto posibilidades ilimitadas en cualquier área y para todas las personas, es decir, sea como sea que se caractericen sus posibilidades. En otras palabras, lo que el científico plantea es la necesidad de pensar las adaptaciones universales como indispensables con el fin de llegar a una verdadera integración social de las perso-

nas con discapacidad, entendiéndose por integración no sólo la dimensión productiva o laboral.

Continuando con la lectura, nos encontramos con el Prefacio escrito por Margaret Chan (Directora General de la Organización Mundial de la Salud) y Robert B. Zoellick (Presidente del Grupo del Banco Mundial), quienes esbozan una pintoresca afirmación: “...*debemos emancipar a las personas que viven con alguna discapacidad*” (3, p xi). En la afirmación precedente, el verbo “debemos” nos invita a realizar las siguientes preguntas: ¿Quiénes debemos? Es decir, quién tiene capacidad para asignar autonomía y quién no. ¿Cómo se asigna autonomía y, a su vez, cómo se legitiman los reclamos de las personas con discapacidad en relación a ella? ¿Quiénes somos nosotros, los “normales”? ¿Podría pensarse que en esa expresión subyace la idea de normalidad/anormalidad y su consecuente lógica tutelar?

Al respecto, Agustina Palacios cita a Mike Oliver, quien fue sociólogo y formador de trabajadores sociales en el campo de la discapacidad; también se le reconoce la conceptualización del Modelo Social, y plantea que todas las personas somos interdependientes en mayor o menor medida:

*“[si] ...dependencia implica incapacidad de hacer cosas por uno mismo [...]. A la inversa, independencia sugiere que el individuo no necesita asistencia de nadie más y ello encaja muy bien con la retórica política actual que acentúa el individualismo competitivo. [...] Por lo tanto, la dependencia de las personas con discapacidad no es una característica que las diferencia del resto de la población, sino sólo en una cuestión de grado.” (10, p. 142)*

Los movimientos de personas con discapacidad reclaman la necesidad de pensar la independencia como la capacidad de autocontrol y de tomar las decisiones sobre la propia vida y rechazan por reduccionista la consideración de la independencia como logros o realizaciones físicas (8).

Por su parte, otro aspecto que gene-

ra interrogantes es el hecho de que sea la OMS exclusivamente el organismo responsable de producir un informe de estas características. Véase ut supra que será un departamento de esa estructura el encargado de revisar el informe en el año 2021. ¿Por qué está ausente el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en ambas etapas si es que el informe se funda en el Modelo Social de Discapacidad? En la misma línea de pensamiento y recuperando la historia de la confección del informe, se observa que es la Asamblea Mundial de la Salud quien pide a la Dirección General de la OMS, la confección del Informe (3). En tal sentido, a criterio de la autora del presente artículo, esta historia daría cuenta de la hegemonía que conserva el Modelo Médico Rehabilitador en el campo de la discapacidad.

Por su parte, el propio informe visibiliza la dificultad de pensar la discapacidad como una cuestión de desarrollo:

Pese a la ampliamente reconocida interconexión entre discapacidad y pobreza, las iniciativas destinadas a fomentar el desarrollo y la disminución de la pobreza no siempre han incluido debidamente la discapacidad. La discapacidad no se menciona explícitamente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ni en las 21 metas o los 60 indicadores para lograr dichos objetivos (3, p. 12).

Es importante visualizar que, en términos prácticos, estas omisiones tienen impacto directo en la planificación de políticas públicas del área. Por este motivo, sería muy provechosa la objetivación de la marca que esto produce, con la mediación de la investigación académica.

En la misma tónica, el propio documento expone la problemática de la inconsistencia existente de saberes sobre el campo:

Si bien **se carece de evidencia sistemática**, la evidencia anecdótica sugiere que las personas con discapacidad pueden enfrentar barreras para acceder a las redes de protección social cuando, por ejemplo, la información es inadecuada o inaccesible, las oficinas de asistencia social

están en lugares físicamente inaccesibles o las características estructurales de los programas no toman en cuenta las necesidades específicas de las personas con discapacidad. Por lo tanto, quizás se necesiten medidas especiales para garantizar que las redes de protección social incluyan a las personas con discapacidad (3, p. 13. El resaltado es nuestro).

Un dato no menor a tener en cuenta que nos revela el informe, y que se relaciona con lo expuesto previamente, es que su antecesor fue la sanción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este documento jurídico, que entró en vigor internacionalmente en 2008, dejó manifiestamente expuesta la carencia de conciencia e información científica suficiente en la temática; también visibiliza la falta de acuerdo sobre definiciones en el campo y la escasa información comparable existente a nivel internacional (3). Es dable sugerir que a partir de estos vacíos de conocimiento en la temática deberíamos preguntarnos qué discursos se apropian de la construcción de la discapacidad como relato y como prácticas sociales. Asimismo, podríamos preguntarnos quiénes se disputan el poder en este campo y cómo es la participación de las personas con discapacidad.

A continuación, en el primer capítulo del informe, se plantean cuestiones relativas a la conceptualización de la discapacidad y es allí donde interesa detenerse.

En la página 3, el capítulo comienza con la siguiente afirmación: "La discapacidad es parte de la condición humana" (3). Esta aseveración tiene como sustento teórico el Modelo Social de Discapacidad, no obstante, tanto lo que se expone anteriormente a esta definición como lo que se desarrolla después, denota que el informe está permeado conceptualmente también por el Modelo Rehabilitador.

Después de ello, a la pregunta ¿Qué es la discapacidad? se la responde de la siguiente forma: "*La discapacidad es compleja, dinámica, multidimensional y objeto de discrepancia*" (3, p. 4). En función de esta

afirmación y echando mano a elementos de la lingüística, podría decirse que sintagmáticamente puede sostenerse esta definición. Sin embargo, si se ubica esta proposición en forma paradigmática, se observa que donde dice 'discapacidad' podría decir 'política', 'economía', 'trabajo social'... y una larga lista de etcétera. Es decir es una definición sumamente ambigua. Entonces, ¿dónde radica la dificultad para definir qué es la discapacidad? Es necesario subrayar que las tabulaciones que enumeran una profusa lista de déficits no dan cuenta de **qué** es la discapacidad sino **cómo** es, y más aún, qué características tiene la discapacidad según una mirada específica, sesgada, esto es, la mirada médica.

Es así que en la misma página 4 del informe se asume que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) es su marco conceptual. Allí se "... *entiende el funcionamiento y la discapacidad como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales*" (3,p. 4). Aquí hay dos cuestiones que interesa interrogar; en primer lugar, ¿a qué paradigma remite la noción de 'funcionamiento'? ¿En relación con qué se puede definir el funcionamiento? ¿Cuál es la relación entre esta definición y las concepciones de normal y patológico? El otro interrogante que surge es acerca de 'las condiciones de salud' como mediadoras entre el funcionamiento y la discapacidad.

A partir de aquí resulta imposible sustraerme de mi práctica profesional y no asir, luego, situaciones concretas para tensionar aún más los interrogantes planteados. Es así que, quienes trabajamos en terreno en centros de atención primaria de la salud (CAPS), con certeza, hemos asistido a personas con discapacidad sin ninguna "condición de salud" -ni antes de la atención, ni durante, ni con posterioridad a ella- que ameriten diagnósticos de enfermedades complejas. Es el ejemplo de las personas que son "diagnosticadas" con retraso mental (pero también pueden

citarse como ejemplo personas sordas, no videntes, sólo por nombrar algunas). En este sentido, nuestras intervenciones no se orientan al tratamiento de su salud sino a la inclusión en instituciones de socialización o educativas. Por su parte, sí hemos atendido a personas con enfermedades complejas que no son “discapacitantes”. En otras palabras, cabe preguntarse aquí por qué la discapacidad está inexorablemente unida a las condiciones de salud según la cosmovisión del informe.

Asimismo, Foucault (11) nos propone pensar las técnicas que se emplean en función de conseguir docilidad en los cuerpos ejerciendo control sobre el espacio y el tiempo. Siguiendo esa línea de pensamiento, nos preguntamos si es la CIF una nueva forma de hacer dóciles los cuerpos de las personas con discapacidad. ¿Podría considerarse a la CIF como un espacio disciplinario simbólico?

Esta última pregunta se formula en relación al siguiente supuesto propio: La CIF opera como enclaustramiento simbólico que inmoviliza a las personas con discapacidad dentro de escasos roles sociales.

De manera análoga, se considera aquí que la noción de discapacidad, entendida como signo lingüístico, es verdaderamente difícil de desentrañar, ya que, cabe preguntarse: ¿Cuál es la imagen fonética que nos viene a la cabeza cuando decimos/ escuchamos la palabra discapacidad? ¿Esa imagen agota el universo que nos propone el concepto de discapacidad? En tal caso, ¿cómo es posible construir el signo lingüístico “discapacidad” en función de la CIF o, inclusive, simplemente tomando como base el acervo del saber popular con la profusa variedad de vocablos que se esgrime al respecto?

Retomando la lectura del informe, y complejizando aún más la concepción acerca de las “condiciones de salud”, el mismo plantea que la evaluación del funcionamiento individual es un requisito para la admisibilidad en relación con los beneficios de la Seguridad Social (3). Es decir que la necesidad de la medición del

funcionamiento no está basada en necesidades vinculadas a las condiciones de salud sino que se sustenta en principios económicos.

Por último, interesa trabajar la visión que tiene el informe acerca de los modelos de discapacidad.

Seguidamente se transcribe un pasaje donde aborda la cuestión:

En las últimas décadas, el movimiento de las personas con discapacidad, junto con numerosos investigadores de las ciencias sociales y de la salud, han identificado la función de las barreras sociales y físicas presentes en la discapacidad. La transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrita como el viraje desde un “modelo médico” a un “modelo social”, en el cual las personas son consideradas discapacitadas por la sociedad más que por sus cuerpos.

El modelo médico y el modelo social a menudo se presentan como dicotómicos, pero la discapacidad debería verse como algo que no es ni puramente médico ni puramente social: las personas con discapacidad a menudo pueden experimentar problemas que derivan de su condición de salud. Se necesita un enfoque equilibrado que le dé el peso adecuado a los distintos aspectos de la discapacidad (3, p. 4).

Este punto es controvertido. Agustina Palacios (7) relata que las discusiones previas a la sanción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se caracterizaron por contar con actores que defendían la continuidad del modelo rehabilitador; y en oposición a ellos, los que adherían a la necesidad de proclamar el modelo social, no sólo como sustrato explicativo sino también como cimiento que dé sustento a una nueva forma de relacionarnos con la discapacidad en el seno de la sociedad toda. Finalmente, la mirada que permeó la toma de decisiones al respecto fue una vía intermedia que, a su vez, se visualiza en el texto transcrito. Se considera aquí que historizar la discapacidad no nos llevará a fenómenos históricos

de ruptura. Siguiendo a Foucault (2) percibimos que los niveles de análisis devienen en débiles declives que podrían explicar la inercia que presenta nuestra sociedad en torno de los cambios a favor de una vida plena para las personas con discapacidad. Las historias que se dibujan con el pincel de las políticas públicas son casi inmóviles a la mirada, inclusive, en algunos casos, podríamos hablar de invisibilidad.

## REFLEXIONES FINALES

Para dar cierre a este trabajo, se intentará delinear algunas ideas en torno de las formaciones discursivas sobre la discapacidad. Para ello, se dirá que Foucault (2) describe el surgimiento de la psiquiatría en el siglo XIX, donde se visibiliza un cambio abrupto en dichas formaciones discursivas y este cambio desborda y rodea a la psiquiatría como disciplina. El presente ejemplo no es tan sencillo de utilizar a modo de comparación ya que la discapacidad no es una disciplina, sino que es abordada por diversas disciplinas... ¿Será que allí radica la superposición de formaciones discursivas? Como se ve a partir de esta pregunta, afirmamos aquí que existe una superposición de discursos que emanan de diversas latitudes y, hasta el momento lo que subyace es la disputa ideológica en torno del disciplinamiento de los cuerpos de las personas con discapacidad más que la voluntad de saber.

Igualmente, en la misma sintonía, lo que se pretende remarcar es que en la actualidad es "*la pesantez y la inercia de la historia*" (2, p. 237) lo que caracteriza los decires sobre discapacidad más que un cambio abrupto en las formaciones discursivas al respecto. Y por supuesto, una cosa es la discapacidad y otra muy diferente son las ciencias que estructuran prácticas discursivas sobre ella. Luego, consideramos interesante el siguiente interrogante que, va de suyo, quedará sin respuesta aquí, ¿qué forma tiene la impronta de estas prácticas discursivas sobre los cuerpos y lo cotidiano de las personas con discapacidad?

Otra cuestión que interesa puntualizar

es que las formaciones discursivas características de los saberes emergentes del informe de la OMS y el BM reproducen la noción de normal versus patológico, como así también subyacen lógicas tutelares. Todo ello opera en las prácticas sociales en desmedro de la autonomía de las personas con discapacidad.

Dicho en otras palabras, el Modelo Social de Discapacidad permea la superficie de los discursos, pero es necesario apenas barrer el polvo superficial, para verificar que, en gran medida, el dominio discursivo lo detenta el Modelo Rehabilitador.

Por último, en otro orden de cosas, interesa resaltar que queda pendiente la tarea de definir territorios arqueológicos locales en torno de la discapacidad con la intención de desenterrar prácticas discursivas que hayan podido ser construidas en diversas épocas de la Argentina. Particularmente interesa la sanción de la ley 20923 en el año 1974 y su derogación y reemplazo durante la Dictadura de 1976 por la ley 22431; esta última, dicho sea de paso, está vigente hasta hoy.

Como idea final señalo el ser consciente que la escritura de este artículo deja muchos más interrogantes que certidumbres consolidadas. Pero, parafraseando a Carlos Skliar diremos que las personas más fértiles están llenas de preguntas mientras que las más áridas poseen unas pocas certezas a las que aferrarse (12).

## BIBLIOGRAFÍA

(1) Lores Arnaiz, M. (1986). *Hacia una epistemología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Ed Belgrano. Cap. "Epistemología y paradigmas" (pp. 135-171).

(2) Foucault, M. (1979). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI editores, 6° edición.

(3) Organización Mundial de la Salud y Grupo Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Malta. Disponible en: <http://documents1.worldbank.org/curated/es/512501471594373158/pdf/62783-v1-SPANISH-Box396277B-PUBLIC.pdf>

(4) Benveniste, E. (1966). Problemas de lingüística general. México: Siglo XXI editores, 12ª edición en español, 1985. (pp. 5 a 55, 63 a 87, 91 a 98 y 179 a 197).

(5) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad: resultados definitivos 2018. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio\\_discapacidad\\_12\\_18.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf)

(6) de Asís R. (2008) Prólogo. En Palacios, A. (2008). El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cermi-Ediciones Cinca. Disponible en: [http://www.vis.edu.co/webUIS/es/catedraLowMaus/lowMaus11\\_2/sextaSesion/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf](http://www.vis.edu.co/webUIS/es/catedraLowMaus/lowMaus11_2/sextaSesion/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf)

(7) Palacios, A. (2008). El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cermi-Ediciones Cinca. Disponible en: [http://www.vis.edu.co/webUIS/es/catedraLowMaus/lowMaus11\\_2/sextaSesion/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf](http://www.vis.edu.co/webUIS/es/catedraLowMaus/lowMaus11_2/sextaSesion/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf)

(8) Gouldner A. (1970) La crisis de la sociología occidental. Buenos Aires: Amorrortu editores. En: Loes Arnaiz, M. (1986). Hacia una epistemología de las ciencias humanas. Buenos Aires: Ed Belgrano.

(9) Hawking, S. (2014). Breve historia de mi vida. Buenos Aires: Crítica.

(10) Oliver, M. (1990) The Politics of Disablement. Hong Kong: Macmillan Press. En: Palacios, A. (2008). El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cermi-Ediciones Cinca. Disponible en: [http://www.vis.edu.co/webUIS/es/catedraLowMaus/lowMaus11\\_2/sextaSesion/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf](http://www.vis.edu.co/webUIS/es/catedraLowMaus/lowMaus11_2/sextaSesion/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf)

(11) Foucault, M. (1975). Vigilar y castigar. México: Siglo XXI editores. 12ª edición,

1987 (pp. 137 a 230).

(12) Skliar C. (2009) Prólogo. En Rosato, A.; Angelino, M. A. (coord.). (2009) Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. Buenos Aires: Noveduc Editorial.

## **BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA**

- Chalmers, A. (1976). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Una valoración de la naturaleza y el estatuto de la ciencia y sus métodos. México: Siglo XXI editores, 23ª edición en español, 1999.

- Foucault M. (1977). Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002 (pp. 23 a 64, 93 a 160).

- Freud, S. (1932). Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. 35ª Conferencia: En torno de una cosmovisión, en Obras Completas, Tomo 22, Buenos Aires: Amorrortu, 1986. (pp. 146 a 168).

- Marx, K. (1859). Introducción a la Crítica de la Economía Política. Buenos Aires: Anteo, 1974. (pp. 5 a 59).

- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.). Estrategias de la Investigación Cualitativa. Barcelona: Gedisa Editorial.

- Vargas Dengo, M. C. (2012, septiembre-diciembre). Miradas epistemológicas desde distintas perspectivas teóricas sobre la discapacidad. Revista Electrónica Educare. Vol. 16, N° 3, [145-155], ISSN: 1409-42-58 <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194124728010.pdf>

# Normas de Publicación

---

## 1. Secciones:

La Revista contempla las siguientes posibilidades de publicación:

- Editoriales: posiciones personales sobre temas de actualidad.
- Artículos originales: trabajos de investigación originales en el campo epidemiológico y de servicios de salud.
- Comunicaciones breves: informes preliminares de trabajos de investigación en curso, experiencias de campo, etc., que por la temática y/o la metodología de abordaje puedan aportar a una reflexión crítica del proceso de gestión en el Sistema de Salud.
- Relatos de experiencias: informes sobre proyectos de intervención/acción dirigidos a la promoción o prevención de la salud, gestión o asistencia a pacientes o a la comunidad, en el marco de las actuales concepciones en salud pública, nuevos modelos de organización de la asistencia, etc.
- Revisiones y/o actualizaciones: sobre enfoques y/o avances científicos y tecnológicos con amplias referencias bibliográficas.
- Opiniones: opiniones calificadas sobre tópicos específicos en salud pública.
- Información: sobre cursos, jornadas, congresos nacionales e internacionales relacionados con la temática de la salud y listados de tesis/tesinas aprobadas en el lapso de las publicaciones.
- Cartas al Comité Editorial: notas cortas conteniendo posiciones críticas u observaciones teórico-conceptuales, de campo o laboratorio, etc. a artículos publicados en ediciones anteriores de la revista.

## 2. Normas generales de publicación.

La presentación de trabajos se ajustará a las siguientes pautas generales:

- Original y dos copias, escritos con procesador de texto a doble espacio con tipo de letra Times New Roman, tamaño 12, en hoja ISO A4, en word (sistema operativo Windows). Deberá ser enviado con dos

páginas de encabezamiento: en la primera constarán los nombres de los autores y/o autoras, título de grado, último título de posgrado con las instituciones respectivas y correo electrónico de cada autor y/o autora; en la segunda página constarán en español e inglés, el título completo, resumen y palabras clave. Los trabajos podrán ser enviados a [invesalud@rosario.gov.ar](mailto:invesalud@rosario.gov.ar)

- Portada: incluirá el título del trabajo, nombres y apellidos completos de los autores y/o autoras.

Al pie, con asterisco identificadorio, perfil profesional del investigador principal e institución en que se realizó el trabajo.

Señalar, también, la referencia correspondiente si el trabajo fue publicado previamente.

Finalmente, indicar las palabras clave en número de 5 como máximo.

- Bibliografía

Las referencias serán citadas en el texto con números consecutivos, entre paréntesis. Se numerarán conforme al orden de aparición de las citas en el texto, se incluirán todos los autores y/o autoras cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et. al. Las fuentes bibliográficas consultadas que no hayan sido citadas en el texto se ordenarán alfabéticamente según el apellido de los autores y/o autoras bajo el título de Bibliografía de consulta. Las Referencias bibliográficas y la Bibliografía de consulta se enviarán en hojas separadas, al final del artículo, de acuerdo al estilo adoptado por la National Library of Medicine (NLM) <http://www.nlm.nih.gov/books-helt/br.fcgi?book=citmed>.

En la lista de referencias, las revistas, los libros, los capítulos de los libros, conferencias, congresos y consultas electrónicas, serán presentados de acuerdo a los siguientes ejemplos:

## EJEMPLOS

Artículos de revistas

Barata R.B.; Ribeiro M.C.; Cassanti A.C.; y Grupo do Projeto vulnerabilidade social no Centro de Sao Paulo. Vulnerabilidade social e estado de saude: inquérito domiciliar em uma metrópole brasileira. Cad. Saúde Pública. 2011, 27,(2): 164-175.

Libros

Bourdieu .; Chamboredon J.C. El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI., 2002.

Capítulos de libros

Vasilachis de Gialdino, I. Investigación Cualitativa: Metodologías, Estrategias, Perspectivas, Propósitos,. En Denzin N. K. Y Lincoln, Y. Manual de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa. 2013.

Conferencias, Congresos

Brito P. Recursos humanos y SILOS. Ponencia presentada en 2º Congreso Interinstitucional Multidisciplinario La Salud en el Municipio de Rosario, 11 al 15 de noviembre de 1991; Rosario. Edición de Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. 1992.

## Consultas electrónicas

Leal, M. do C.; Pereira, A.P. ; Lamarca, G. de A. y Vettore, M.V. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. Cad. Saúde Pública (online). 2011, vol 27, suppl.2 (citado 2015-10-19), pp.s237-s253. Disponible en: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S0102-311X2011001400011&lng-es&nrm-iso>>. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0201-311x2011001400011>

Las referencias deberán ser verificadas por los autores en base a los documentos originales, evitando en lo posible las citas representadas por comunicaciones o resúmenes.

- Agradecimientos: Cuando corresponda mencionar Agradecimientos, su ubicación precederá a la bibliografía; si cabe se citarán: a) contribuciones que no lleguen a justificar una autoría; b) reconocimientos por ayuda técnica; c) aportes financieros.

En caso de mención de nombres por asesoramiento, provisión de datos, revisión crítica, etc., los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas, dado que el lector podría inferir su acuerdo con los propósitos, resultados y conclusiones del trabajo.

## 2.1- Artículos originales

Cada componente del informe deberá presentarse en página aparte manteniendo el siguiente orden:

a) Portada: siguiendo las normas generales  
b) Resumen: en castellano y summary en inglés, no excediendo las 250 palabras. Deberán incluir sintéticamente los aspectos que se detallan en el informe, a saber: introducción con sus objetivos, metodología, resultados y discusión y/o conclusiones.

Al pie de ambos resúmenes (castellano e inglés) deberán figurar las palabras clave (máximo 5).

c) Desarrollo del informe: Siguiendo las pautas generales para la presentación de trabajos, no deberá exceder de veinte (20) páginas tamaño A4, incluyendo el detalle de los capítulos centrales mencionados para el resumen y summary es decir: introducción con sus objetivos, metodología, resultados, discusión y/o conclusiones, aportes y contribuciones.

Se aceptará el empleo de abreviaturas de uso universal, como las unidades de medida y tal como ellas deben expresarse, así como otras formuladas a criterios del autor. Estas últimas serán indicadas inicialmente entre paréntesis, al momento en que por primera vez las palabras de referencia son mencionadas en el texto.

d) Bibliografía: de acuerdo con las pautas establecidas en general para la presentación de trabajos.

e) Ilustraciones: Comprende la presentación de tablas, gráficos, dibujos y fotografías para expresar más objetivamente ciertos aspectos/resultados significativos del texto, no constituyendo una repetición de lo presentado en el mismo. Se aceptará como máximo un total de ocho (8) tablas

y/o gráficos y hasta tres (3) fotografías. Dado que las tablas, gráficos y fotografías serán presentados en anexos, en el desarrollo del informe se deberá indicar, con espacios en blanco, el lugar más apropiado para la inserción de los mismos.

Cada una de las formas de ilustración utilizadas deberá tener una numeración correlativa, expresada en números arábigos. Los títulos serán consignados en la parte superior, en tanto que al pie se indicarán la fuente de información, si ésta no es original del trabajo, las abreviaturas, unidades de medida y otras aclaraciones posibles.

Las Figuras (gráficos o dibujos, fotografías en blanco y negro) han de emitir una reproducción adecuada y serán numeradas correlativamente con una inscripción al dorso que permita identificarlas y una leyenda explicativa en hoja aparte. Las microfotografías han de incluir un marcador representado por una escala interna; además, los símbolos, flechas o letras que eventualmente se empleen, deberán contrastar debidamente con el fondo. Indicar el software de PC utilizado para la elaboración de tablas, gráficos y fotografías.

g) Agradecimientos: si los hubiere, de acuerdo a lo explicitado en normas generales.

## **2.2 - Comunicaciones breves**

La presentación deberá incluir:

a) Portada: siguiendo las normas generales, haciendo mención si el trabajo fue presentado en eventos científicos (Congresos, Jornadas, etc.)

b) Desarrollo del informe: Con una extensión no mayor a ocho (8) páginas, éste deberá contener:

- Una introducción con los fundamentos teórico-conceptuales que impulsan el trabajo y el marco contextual de aplicación.

- Un desarrollo con objetivos, elementos metodológicos y operativos, resultados y conclusiones preliminares derivados de la experiencia. Se incluirá un máximo de 3 tablas o gráficos, los que se adjuntarán en anexo, indicando el lugar del texto en que se hace referencia a los mismos y siguiendo pautas similares a las mencionadas en

e) para Artículos Originales.

- La bibliografía será citada de acuerdo a las normas generales requeridas para los Artículos Originales, con un máximo de 15 referencias bibliográficas.

## **2.3 - Relatos de experiencias**

Con una extensión máxima de 6 páginas, el informe deberá consignar:

a) Portada: siguiendo las normas generales

b) Desarrollo del informe: constará de una introducción con fundamentos teórico-conceptuales, contexto de aplicación, objetivos, elementos operativos y un cierre con reflexiones, conclusiones o recomendaciones preliminares de la experiencia.

c) Bibliografía: siguiendo las normas generales.

## **2.4 - Revisiones y/o actualizaciones**

Para la presentación de estos trabajos se considera una portada de iguales características que la de los Artículos Originales, con apartados de introducción, desarrollo de los diferentes aspectos del tema y, si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, uno final de discusión.

El texto tendrá una extensión máxima de quince(15) páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa posible, según las características del tema particular. No se requieren palabras clave ni resumen.

## **2.5 - Cartas al editor**

Estarán referidas a artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Deberán elaborarse siguiendo las pautas generales para la presentación de trabajos, procurando que no tengan una extensión mayor a cuatro (4) páginas, ni exceder cinco (5) citas bibliográficas.

## **3.- Selección de los trabajos.**

Los artículos serán evaluados en forma anónima por miembros del Comité Asesor Científico, quienes a su vez permanecerán anónimos. Ellos informarán al Comité Editorial sobre la conveniencia o no de la publicación de los artículos, como también sugerir algunas revisiones del texto, referencias bibliográficas, etc.

El Comité Editorial se reservará el derecho

de rechazar trabajos que no se ajusten estrictamente a las normas señaladas o que no posean el nivel mínimo de calidad exigible con la jerarquía de la publicación. En estos casos los artículos serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo, en los casos en que se estime conveniente, por razones de diagramación o espacio, los artículos podrán ser publicados en forma de resúmenes, previa autorización de los autores. La responsabilidad de los contenidos, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponderá exclusivamente a los autores. La revista no se responsabilizará tampoco por la pérdida de material enviado. No se devolverán los originales una vez publicados. 3.- Selección de los trabajos.

Los artículos serán evaluados en forma anónima por miembros del Comité Asesor Científico, quienes a su vez permanecerán anónimos. Ellos informarán al Comité Editorial sobre la conveniencia o no de la

publicación de los artículos, como también sugerir algunas revisiones del texto, referencias bibliográficas, etc.

El Comité Editorial se reservará el derecho de rechazar trabajos que no se ajusten estrictamente a las normas señaladas o que no posean el nivel mínimo de calidad exigible con la jerarquía de la publicación. En estos casos los artículos serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo, en los casos en que se estime conveniente, por razones de diagramación o espacio, los artículos podrán ser publicados en forma de resúmenes, previa autorización de los autores. La responsabilidad de los contenidos, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponderá exclusivamente a los autores. La revista no se responsabilizará tampoco por la pérdida de material enviado. No se devolverán los originales una vez publicados.