

Reflexiones sobre las transformaciones de los procesos locales de atención a partir de una experiencia: la creación de un nuevo dispositivo de atención en pandemia

Por Cecilia del Carmen Acosta

Cecilia del Carmen Acosta. Licenciada en Trabajo Social. Residente del Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina. Rotante en un Centro de Salud y Acción Comunitaria del Sur de CABA desde diciembre de 2019 a septiembre de 2021 y de abril de 2022 a septiembre de 2022.

Introducción

El presente artículo se inscribe en el marco de mi rotación por Atención Primaria de la Salud (APS) en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ubicado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el período de diciembre 2019 a septiembre 2021, como parte del Programa de Residencias de Trabajo Social en CABA.

En diciembre de 2019 China notificó la detección de casos confirmados por laboratorio de una nueva infección por coronavirus (COVID-19). La evolución de este brote motivó la declaración de la Organización Mundial de la Salud de una emergencia de salud pública de importancia internacional. En el mes de marzo de 2020 seleccioné los espacios/programas/dispositivos para realizar mi rotación ya de manera fija, sin embargo en la misma semana en Argentina se dio inicio a la emergencia sanitaria con el decreto del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO).

A partir de ello, la pandemia llevó a los equipos de trabajo a repreguntarse cuestiones referidas a los vínculos, al cuidado, a la salud física y mental, al Estado y sus políticas, los sistemas de salud, la epidemiología, los protocolos, etc. El hecho de que las personas ya no pudieran circular masivamente dentro del CeSAC obligó a modificar las formas de atención. Los usuarios llegaban para consultar sobre diferentes síntomas, como fiebre y problemas respiratorios. De acuerdo al contexto de emergencia sanitaria, la decisión fue poner en funcionamiento -desde abril de 2020- un nuevo dispositivo para garantizar la atención: fue “la mesa de orientación”, como expresión de una nueva modalidad de trabajo instituyente.

Algunas preguntas para el desarrollo de este artículo fueron: ¿qué redefiniciones se presentan en las modalidades de atención ante este contexto particular transitado?, ¿cuál es el rol del Trabajo Social en pandemia?, ¿cómo garantizar el derecho a la salud teniendo en cuenta la particularidad de las trayectorias individuales, familiares y comunitarias de la población?

Este artículo tiene como objetivo general compartir reflexiones sobre las transformaciones de los procesos locales de atención a partir de la experiencia de creación de un nuevo dispositivo en pandemia en el CeSAC en el que realicé mi rotación. Como objetivos específicos me propuse

describir el proceso de creación y construcción del dispositivo de atención denominado “mesa de orientación”. En segundo lugar, identificar y caracterizar el rol del área psicosocial a partir de su participación en el nuevo dispositivo de atención y en particular, el del Trabajo Social. Y por último, reflexionar sobre la importancia de la interdisciplina en los procesos de atención de la población, como aporte teórico y práctico.

En cuanto a la estrategia metodológica utilizada, el trabajo se desarrolla desde un enfoque cualitativo, recuperando documentos elaborados por el equipo de salud del CeSAC de referencia, vinculados a las modalidades de trabajo durante la pandemia y los registros propios del cuaderno de campo. De modo complementario, realicé una entrevista semiestructurada a una trabajadora de larga trayectoria en el CeSAC con el objeto de enriquecer el trabajo a partir de su mirada en torno a la construcción, organización y aportes del mencionado dispositivo.

Breve descripción del territorio y su población

Con el objetivo de enmarcar el desarrollo de este trabajo desde una mirada situada y contextualizada, en primera instancia es preciso realizar una caracterización del territorio en el que se encuentra ubicado el Centro de Salud y de la población que forma parte de él.

Los CeSACs conforman el primer nivel de atención, dependen de la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria de la CABA. El CeSAC protagonista de este escrito tiene al Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero” como hospital de segundo nivel de referencia. Se encuentra ubicado en el Barrio Padre Rodolfo Ricciardelli (Ex Villa 1-11-14) y está emplazado en la Comuna 7, al sur de la CABA, en donde se concentran los mayores índices de vulnerabilidad socio-económica con respecto a otras zonas de la Ciudad (Análisis de Situación de Salud de CABA, 2016).

En el año 2018, el Instituto de Vivienda realizó el censo de las familias¹, el cual arrojó que en la Comuna 7 viven 240.607 habitantes, mientras que en el Barrio Padre Rodolfo Ricciardelli -que cuenta con 31 manzanas- viven 40.059 personas, un total de 12.852 familias en 4.907 viviendas. Otros datos importantes que surgieron del censo son que al 64% de las viviendas se accede mediante pasillos, el 97% de las viviendas están conectadas a la red eléctrica sin medidor, el 98% de las viviendas desagotan en la red cloacal con conexiones informales, el 94% de las viviendas utiliza garrafa y hay más de 2 familias por vivienda habitada. En cuanto a la situación laboral de las personas mayores de 18 años en adelante, se desprende que el 66% de la población trabaja (12.497 personas) mientras que 6.449 no cuentan con trabajo.

El Barrio Padre Rodolfo Ricciardelli se encuentra atravesado por la pobreza estructural, por la vulneración del derecho a una vivienda digna y al acceso al trabajo formal y estable. Se trata de un territorio signado por múltiples procesos migratorios de larga data y donde conviven varias generaciones de las mismas familias. Las personas que viven allí son en su mayoría inmigrantes provenientes de países limítrofes como Bolivia (40.4%), Perú (6.4%), Paraguay (6.2%) y de otros países (0.5%). El 46.5% de las personas son nacidas en Argentina.

Por otro lado, el barrio presenta los peores índices epidemiológicos en lo que respecta a la CABA (Análisis de Situación de Salud de CABA, 2016). En cuanto a la cobertura de salud, el 68%

¹ Datos extraídos de la página del Instituto de Vivienda de la Ciudad. Censo del Barrio Padre Rodolfo Ricciardelli en el año 2018. Disponible en: <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-1-11-14>.

de la población del barrio se atiende en hospital público, mientras que el 13% en centros de salud y el 18% de la población se atiende en obras sociales.

Es importante realizar esta caracterización para comprender que, como afirma Breilh (2020),

“si bien el virus es el elemento biológico especificador de la pandemia y de sus consecuencias en la salud, no es menos cierto que sus procesos de transformación genómica, transmisión y virulencia no se dan en el vacío, sino que son socialmente determinados” (Breilh, 2020: 13).

La pandemia y su expresión en los territorios funcionó como un reproductor y agudizador de las desigualdades existentes por género, etnia y clases sociales. Por un lado, se exacerbaban las desigualdades y la pobreza estructural y, por el otro, el contexto de emergencia sanitaria expuso también la precariedad de los servicios de salud. En otros términos, existen niveles de desigualdad que preponderan en la población que habita el territorio en el que trabajamos, tornándose necesario dimensionar las condiciones en que la población perteneciente a la categoría de “barrios populares” tuvo que hacer frente durante la pandemia, sin contar con que los datos estadísticos mencionados ciertamente sufrieron modificaciones durante este período de emergencia sanitaria, como por ejemplo la categoría de “cobertura de salud”, desde que muchas personas fueron expulsadas de sus ámbitos de trabajo formales quedando sin cobertura de obra social.

También se modificaron las estadísticas en cuanto a la cantidad de personas que se atendieron en hospitales y CeSACs: debido a que los hospitales se abocaron exclusivamente a la atención de usuarios con COVID-19 y de situaciones de gravedad, la atención del resto de las consultas fue despazada a los CeSACs, en los que aumentaron las demandas por otras cuestiones de salud.

Creación de un nuevo dispositivo de atención: la mesa de orientación

En el CeSAC de referencia predominan los valores, principios y fundamentos de la estrategia de APS, por lo que se trabaja con una perspectiva de garantía de derechos y con una fuerte impronta territorial. Teniendo presentes estos lineamientos es que el CeSAC afrontó el nuevo escenario de una emergencia sanitaria y los desafíos que ésta impuso.

En marzo de 2020, el Ministerio de Salud de CABA comenzó a protocolizar la atención. Se estipulaba que, atento a la situación epidemiológica en relación al COVID-19, se debía realizar triage en las puertas de los centros de salud. En los protocolos se indicaba designar a dos personas por día para realizar triage, una debía ser médica o enfermera y otra profesional. Se debían realizar preguntas vinculadas a la existencia o no de síntomas compatibles con COVID o con dengue y en función de ello se indicaban los pasos a seguir. Ante esta normativa, desde el CeSAC nos preguntábamos: *¿y qué hacemos con todas las personas que vienen en busca de una atención que no tiene que ver con COVID?*

Por ello es que se estableció la disposición de una mesa en la puerta del CeSAC, a modo de “recepción”, en la que las distintas disciplinas no médicas se dividieron en duplas o tríos para recibir a las personas. Participaron de ella: Psicología, Trabajo Social, Nutrición, Psicopedagogía, Antropología y Promotoras de Salud. Así, la “mesa de orientación” se constituyó en un dispositivo que se fue construyendo a partir de la búsqueda de garantizar accesibilidad en salud a la población asistente al CeSAC, entendiéndose a la accesibilidad como “un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los

servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos” (Comes y et.at., 2007: 1 y Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008: 264).

Es un dispositivo que en su origen buscó superar la visión biologicista de la salud, contemplando que existen otras cuestiones vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados que continúan su curso en las trayectorias de las personas a pesar de una pandemia.

La tarea del equipo en duplas o tríos consistió en la realización de preguntas que orientaran la evaluación con el objetivo de discernir a qué espacio/programa/profesional/especialidad se derivaría al usuario de acuerdo a las demandas/consultas por las que se acercaban, es decir, de acuerdo a su requerimiento de atención. Por ejemplo, podía tratarse de una demanda por un turno para control de salud de su hijo, del seguimiento de un usuario con alguna enfermedad crónica, de la atención por una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o también se podía tratar de una demanda “aguda”, como una crisis asmática o un dolor abdominal. En cada una de estas situaciones, el equipo orientaría al consultorio que correspondiera, daría un turno programado o asesoraría sobre las fechas en las que el paciente podría acercarse o con qué especialidad debería atenderse. Sin embargo, en los próximos apartados se planteará que las tareas del equipo no se circunscribieron solo a ello.

Por su parte, las respuestas institucionales configuradas en los protocolos del Ministerio de Salud de CABA no expresaban una perspectiva social y mucho menos, territorial. Estos protocolos iban modificándose (a veces había más de uno el mismo día) e indicaban cómo proceder ante un “caso sospechoso”, “caso confirmado” o “contacto estrecho” por COVID-19. Ello se fue conjugando con las decisiones locales del equipo de trabajo a partir de reuniones de equipo para definir la organización de la atención en función de los nuevos lineamientos.

Cabe aclarar que también iban mutando los estados anímicos y posturas subjetivas de todo el equipo de salud. Sin embargo, con el correr de los meses fuimos asimilando el contexto de emergencia sanitaria y todo lo que ello suponía, añadiendo a esto el cansancio y el desgaste físico y emocional. Ante ese escenario, se tornaron elementales los espacios de reunión de equipo (a nivel general, disciplinar e interdisciplinar, así como también otros espacios de reflexión a nivel grupal).

Es oportuno agregar que como parte del proceso de reconocer gradualmente la complejidad de este contexto, los miedos, las angustias e incertidumbres -no sólo por parte de la comunidad sino también por parte de nosotros como trabajadores de la salud- eran variables que se contemplaban y trabajaban a la hora de reorganizar y definir la tarea y la atención (Ricciardi y Scelzo, 2020).

¿Triage o nuevo dispositivo?

El “triage” o clasificación puede definirse como:

“Un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder establecer adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. El triage debe ser la llave de entrada a una asistencia eficiente y eficaz, y en consecuencia, una herramienta rápida y fácil de aplicar, que posee, además, un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos. La clasificación se realiza en muchos entornos, incluidos emergencias y desastres, durante incidentes con víctimas en masa y para una correcta clasificación en el departamento de emergencias; el propósito es clasificar rápidamente a los pacientes que necesitan atención

inmediata de aquellos que pueden esperar con seguridad la evaluación y el tratamiento” (Ministerio Nacional de Salud, 2020: 2).

De acuerdo a esa definición, el triage tiene como finalidad identificar, clasificar y priorizar al paciente más grave. En el documento mencionado se propone que quien se encuentre a cargo de realizar el triage debe poseer:

“Una formación técnica/profesional, con experiencia de práctica profesional de al menos dos años en terapia intensiva, servicios de internación o de emergencias, con capacitación en triage, manejo de la vía aérea y ventilación mecánica; además de habilidades en la respuesta rápida, la comunicación efectiva y en el trabajo en equipo” (Ministerio Nacional de Salud, 2020: 3).

Sin embargo, en nuestra experiencia se entendió que la mesa de orientación no cumpliría con todas las características de triage mencionadas. Algunos debates se vincularon a la posibilidad o no de conformar un “triage” dada la escasa cantidad de trabajadores (médicos y enfermeras) del CeSAC -en relación a otros efectores de salud- que pudieran participar de esta instancia. La presencia de éstos allí implicaría además la no atención en otros espacios en los que también resultaba relevante su presencia. La atención médica en este contexto sanitario era prioritaria, a la vez que se suspendían otras actividades que implicaban a otras profesiones.

Éstos fueron algunos elementos tenidos en cuenta para el armado de la mesa de orientación, decidiendo la participación en ella del equipo psicosocial. Cabe mencionar además las tensiones que generó al interior del equipo esta nueva modalidad de atención, ya que ante algunas cuestiones netamente médicas que llegaban al CeSAC, se tornaba difícil para quien recepcionaba las demandas poder discernir y clasificar según la gravedad. No obstante ello, los aprendizajes y las experiencias -así como el ejercicio de la pregunta y del trabajo interdisciplinario- facilitaron el fortalecimiento del equipo en la construcción de respuestas hacia adentro (entre compañeros) como hacia afuera (para la comunidad).

Si bien Foucault no da una definición precisa del término “dispositivo”, en una entrevista publicada en 1977 expresó que:

“por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante [...]. He dicho que el dispositivo tendría una naturaleza esencialmente estratégica; esto supone que allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así, el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y [son] sostenidas por ellos” (Foucault, 1994: 229).

En concordancia con esta idea, García Fanlo (2011) se refirió al dispositivo como red, es decir, que se trata de:

“un conjunto decididamente heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en resumen; los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre esos elementos” (García Fanlo, 2011: 1).

A partir de esta trama de definiciones y dado que el acto de nombrar disputa sentidos, así como también configura significaciones, es que el equipo de trabajo del CeSAC pensó en denominar a este dispositivo como “mesa de orientación” y dejar a un lado la noción de triage, ya que ésta se encuentra más anclada a la atención estrictamente biomédica y a la clasificación de los usuarios según síntomas, mientras que el dispositivo de la mesa de orientación se fundamentaba en la decisión de no clasificar y en la de garantizar la atención de la complejidad de las trayectorias de las personas y sus singulares procesos de salud desde un enfoque integral.

Las disputas y cambios producidos en los lineamientos impuestos por el Ministerio de Salud de la CABA fueron expresión de una apuesta por parte del equipo orientada a la garantía en la accesibilidad, la que se logró a partir de una reinterpretación local de los protocolos en pos de respetar las subjetividades de los usuarios y sus particulares modos de vivir, enfermar, sanar, cuidar y morir. A este respecto, fue menester ejercitar la reflexión diaria para que la mesa de orientación no se tornase en una vía más de exclusión y expulsión de las demandas de los usuarios (Ricciardi y Scelzo, 2020).

El rol del área psicosocial y del Trabajo Social en pandemia

Se concuerda con Cardona Duque (2013), quien explica que lo “psicosocial” es asumido como

“un ambiente, contenedor y contenido de condiciones externas e internas de las comunidades y de los sujetos y que posibilitan o dificultan las relaciones con el medio en que estos interactúan” (Cardona Duque, 2013: 1). Asimismo, el mismo autor también afirma que “en situaciones de desastres y emergencias se producen problemas a nivel individual, familiar, comunal y social, suscitando un deterioro del tejido social y un incremento de los signos de sufrimiento psicológico” (Cardona Duque, 2013: 1).

El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) trajo consigo algo que se hizo evidente en muchas -¿o en todas?- partes: el miedo a los otros. En consecuencia, se tornó inexcusable dilucidar la importancia que cobraba en todo esto el área psicosocial, teniendo en cuenta las consecuencias sociales del aislamiento y todo lo que implicaba la pandemia. En este sentido, la atención por COVID se sumó como objeto de intervención del equipo psicosocial, a la vez que se constituyó en una de las nuevas tareas que debió asumir esta área por su participación en el dispositivo de la mesa de orientación.

Como fui describiendo a lo largo de este escrito, la creación del dispositivo implicó la suma de nuevas tareas y funciones para el equipo de salud, pero también trajo consigo nuevas formas de pensar la atención y la organización del campo de la salud a nivel local. De esta manera, el área psicosocial tuvo como tarea diaria destacar las medidas de cuidado y prevención, informar y socializar los recursos de atención, resaltar la importancia del aislamiento e informar sobre todo lo que refería a la pandemia, así como también lo que no lo hacía.

En la mesa de orientación, a partir del distanciamiento y el uso de elementos de protección personal (EPP), la recepción, la escucha y el intercambio con les usuaries impulsó a buscar nuevas formas de alojar/contener a les mismas. Los temores a contraer el virus, a infectar a familiares y amigos se hacía una constante, muchas personas lo manifestaban en el primer contacto en la puerta con integrantes de los equipos de salud. Ello comprometió a que cada trabajador entrenara y fortaleciera continuamente la empatía, la escucha atenta y activa y aprendiera a contener desde la mirada, la palabra y con distanciamiento; sin posibilidades de poder tocar o abrazar. También interpeló a trabajar la paciencia y a dar lugar a los enojos generados en les usuaries por la existencia de un sistema de salud continuamente excluyente, ello muchas veces traducido en circuitos ilógicos y burocratizados. Lo valioso fue construir también -intencionalmente o no- un espacio para alojar angustias y dudas, para tener una escucha agudizada, para orientar sobre los circuitos de salud. Pero sobre todo, lo importante fue tomarse el tiempo para explicar, con paciencia, sobre todo aquello que se repetía y sobre lo que se (des)informaba en los medios de comunicación. Algo particular que amerita poner en valor -como producto de lo que se fue trabajando en la mesa de orientación- sucedió con las consultas por interrupciones legales/voluntarias del embarazo (ILE/IVE). Por un lado, la llegada a las consultas permitió definir el asesoramiento/orientación a partir de un primer contacto entre la usuaria y le profesional, lo que contribuyó a mejorar la calidad de los acompañamientos y por otro lado permitió visibilizar hacia afuera -hacia la comunidad- este derecho y su garantía al acceso, aportando a continuar deconstruyendo el estigma de “clandestinidad” que posee esta atención.

Por otra parte, la participación en la mesa permitió reflexionar sobre nociones como la intimidad/privacidad y el derecho de les usuaries a que éstas sean protegidas. En ese sentido, el equipo de salud se preguntaba: *¿cómo preguntar?*, lo que permitió definir nuevas maneras de preguntar, de una manera más respetuosa hacia la intimidad de quienes venían a consultar. Asimismo, la predisposición para dar respuestas permitió reconfigurar el armado de las redes ya existentes con les usuaries, a la vez que crear nuevas. Estas redes facilitaron el conocimiento de la población del CeSAC y de sus trayectorias de salud, de saber por qué venían o qué había quedado pendiente del día anterior. Asimismo, favoreció igualmente al conocimiento de las estrategias de la población para acceder a la atención y autocuidados, más allá de lo que les pudiéramos indicar y de la información científica que circulara.

En definitiva, como eje transversal en todas las nuevas reconfiguraciones del rol del área se consolidó el fortalecimiento de las estrategias de comunicación, ya que

“la forma en que nos comunicamos sobre el COVID es crucial para apoyar a las personas a emprender acciones eficaces que ayuden a mitigar la enfermedad y para evitar alimentar el miedo y la estigmatización. Es necesario crear un entorno en el que la enfermedad y su impacto puedan ser discutidos y abordados en forma abierta, honesta y eficaz” (IFRC, UNICEF y OMS, 2020: 3).

Ante la abrumadora circulación de información y las dudas que se generaban en la comunidad - así como al interior del equipo de salud- fue primordial fortalecer los canales de comunicación entre profesional/usuarie. La comunicación entonces también fue crucial para intentar mitigar la estigmatización padecida por las poblaciones más vulneradas.

El área psicosocial, como aporte desde las Ciencias Sociales y desde una perspectiva situada, facultó abordar de manera integral el acompañamiento de los padecimientos subjetivos y las complejidades sociales que implica una pandemia.

Por último, desde Trabajo Social se dieron múltiples debates acerca de cuál era nuestro rol en la pandemia, dando discusiones sobre el ejercicio del Trabajo Social en el ámbito de la salud y sobre nuestras especificidades. Como parte del equipo psicosocial, el Trabajo Social otorgó nuevos significados a su rol desde las aristas desarrolladas más arriba, del mismo modo que contribuyó a pensar nuevas formas de mantener los vínculos con la comunidad, a promover prácticas saludables y de (auto)cuidados y al acompañamiento en las trayectorias de salud-enfermedad-atención-cuidados-muerte, entre otras.

Múltiples consultas consistían en la orientación para el acceso a diferentes políticas sociales, alimentarias y sanitarias. Numerosas demandas que se atendían en la mesa de orientación eran el punto de partida para futuros acompañamientos e intervenciones situadas desde nuestra disciplina. Así, se pudieron acompañar situaciones de violencia por motivos de género, de abusos sexuales, de IVE, de consejería en salud sexual integral y entregas de métodos anticonceptivos, así como de acceso a diferentes circuitos de salud (de COVID y de otros diferentes). Dado el cierre o las modificaciones en la atención de muchas otras instituciones y organizaciones del barrio, la demanda de asistencia social fue exacerbada. Les usuaries se vieron en la imposibilidad de dar continuidad a sus estrategias de reproducción de sus vidas cotidianas.

La atención y participación en la mesa de orientación de nuestra profesión fue clave. Tal como afirman Recoder y García (2020):

“la construcción de eventos sociales como ¿punto 0? del brote, de los vínculos sociales y afectivos como ‘contactos estrechos’, de las prácticas cotidianas como ‘nexos epidemiológicos’ y el despliegue de medidas de control de transmisión viral con el consecuente aislamiento de sujetos y/o grupos, producen en los territorios profundas alteraciones de la vida cotidiana, nuevas necesidades y problemas, numerosas interrupciones” (Recoder y García, 2020: 81).

Por ello fue sumamente valioso nuestro aporte originado en el conocimiento estratégico y contextualizado de la realidad local como producto del vínculo con les usuaries que pasaban por la mesa de orientación y que fueron llevadas a las reuniones del equipo de trabajo con el objeto de elaborar -en el nivel micro- nuevas formas de intervención adecuadas a las necesidades de les sujetos y de disputar -en el nivel macro- la formulación de políticas sanitarias que contemplaran a los grupos poblacionales más afectados y vulnerados (Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica, 1992).

Teniendo en cuenta que nuestros procesos de trabajo se fundan a partir de nuestra intervención en la vida cotidiana de les usuaries, en este escenario excepcional, al Trabajo Social se le presentó el desafío de (re)pensar nuevos modos de intervenir a nivel comunitario, grupal, familiar e individual y de (re)validar el posicionamiento ético y profesional acerca de qué tipo de salud buscamos garantizar a la población con la que trabajamos.

La interdisciplina como aporte en las nuevas modalidades de atención

Una de las fortalezas de los CeSACs radica en su posición estratégica de cercanía con la comunidad con la que trabaja, no sólo en términos de distancia espacial sino también en términos de relaciones sociales, ya que los CeSACs “forman parte de la trama de relaciones barriales que construyen la identidad de los sujetos y que condicionan y posibilitan su producción y

reproducción social” (Petrucci, 2014 en Galante y et.at., 2020: 98). Por otra parte, su fortaleza también radica en la posibilidad de organizar los procesos de trabajo a partir del trabajo interdisciplinario, en línea con los pilares que fundamentan la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

El trabajo con la comunidad es una de las prioridades en el CeSAC, implica generar vínculos de confianza, de reciprocidad, de armado de redes, de compartir saberes, entre otras cosas. Sin embargo, la irrupción de la pandemia reversionó -de un modo no lineal- los modos en que el equipo construía interdisciplina y las formas de relacionarse con les usuaries y sus vínculos. Pensar en la pandemia y en el aislamiento social situado en el barrio supuso reconocer la necesidad de una mirada detallada, política y situacional sobre los espacios de ejercicio profesional y sus territorios. Por esto mismo es que “se vuelve fundamental un abordaje interdisciplinario e intersectorial donde se parte de las situaciones problemáticas, y no desde cada disciplina, sin implicar un desdibujamiento de las identidades y saberes disciplinares específicos” (Collado y et.at., 2019).

La mesa de orientación, lejos de ser un dispositivo reforzador de un modelo de trabajo basado en una hegemonía disciplinar biologicista con participación parcial y auxiliar de otras disciplinas, permitió fortalecer el trabajo interdisciplinario a partir de la profundización de debates, preguntas y reflexiones al interior del equipo y de reconfiguraciones en los roles de las disciplinas.

La mesa de orientación se convirtió en un primer termómetro de la situación del barrio y de cómo iban funcionando los circuitos y modalidades de atención del CeSAC (evaluar qué cosas funcionaban y cuáles no), permitiendo capitalizar toda esa información para llevarla a los debates al interior del equipo y en función de ello, tomar decisiones y realizar diferentes acciones desde un enfoque interdisciplinario. De esta manera -y entre algunos ejemplos a mencionar- pudimos adelantarnos cuando surgía algún conflicto entre vecines y gendarmería y tomar medidas de cuidados, así como cuando recibimos muchos pedidos de certificación (por grupo de riesgo) para presentar en los vacunatorios de COVID-19 e implementamos un listado en la puerta para poder entregar los mismos de forma ordenada y en tiempo. En otras palabras, la mesa de orientación funcionó como un dispositivo mediador entre el adentro -el equipo de salud- y el afuera -la población usuaria-.

Como se mencionó con anterioridad, la comunicación fue un eje fundamental en la reorganización de los modos de trabajo desde que es un elemento que viabiliza el abordaje interdisciplinario de cualquier atención. En el nivel del vínculo con la comunidad y en tanto proceso participativo, la comunicación permitió pensar nuevas estrategias para acercarnos a ella; se establecieron canales de difusión en las redes sociales, carteleras informativas en la recepción del CeSAC, les trabajadores habilitamos canales de comunicación por medio de mensajerías a móviles personales, etc.

La construcción de la mesa de orientación fue pensada para garantizar la accesibilidad de las atenciones de salud a les usuaries, pero también este dispositivo se constituyó en el punto de partida para generar procesos de acompañamientos integrales no sólo a quienes venían con síntomas de COVID sino también a quienes asistían para consultar por otros motivos. La elaboración de respuestas locales demandó necesariamente el sostenimiento y la apuesta al fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios, ya que, como indica Elichiry (1978), “la interdisciplinarietà requiere de interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de cierto marco de reciprocidad entre esas áreas con intercambio de instrumentos, métodos y técnicas” (Elichiry, 1978 en Collado y et.at., 2019: 93).

En síntesis, los aportes de la interdisciplina permitieron la construcción colectiva de los sujetos de la intervención a partir de la capitalización de saberes y experiencias de todo el equipo de salud, permitiendo reflexionar teórica, ética y políticamente sobre el escenario actual en el que nos encontramos.

Conclusiones

Este escrito sintetiza la experiencia de creación de un nuevo dispositivo en el primer nivel de atención, buscando visibilizar y poner en valor el trabajo realizado en este nivel en materia de gestión local durante la pandemia.

La elección en la denominación de este nuevo dispositivo como “mesa de orientación” tuvo como fundamento el intento de trascender -en lo discursivo y en la práctica- la noción de “triage”, como modo de superar la atención fragmentada propia de la matriz biomédica que tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud de manera secundaria.

El contexto complejo nos demanda a poner en tensión, dar lugar a las dudas y a repreguntar(nos) sobre las maneras de construir salud desde los distintos niveles de atención. En esta línea, retomando las palabras de Basile (2020), se reivindica la importancia de intentar mirar sujetos y las relaciones sociales que impactan en estilos, modos y patrones de vida y procesos de salud-enfermedad-atención de la población usuaria.

La implementación del dispositivo de la mesa de orientación expresó la irrupción de un nuevo modo de atención al ingresar al CeSAC. Sin embargo, esto puede ser leído como una barrera o bien como un viabilizador de accesibilidad; ello dependerá de los posicionamientos ético-políticos institucionales y profesionales de quienes tienen la responsabilidad de brindar atención. Por lo tanto, resulta de gran relevancia destacar la riqueza que generaron los debates del equipo y las consecuentes decisiones y acciones fundadas en la reinterpretación y adecuación de los lineamientos gubernamentales sobre cómo afrontar una pandemia desde el sistema de salud contemplando el contexto social y político del territorio y de las realidades y posibilidades de la población con la que se debió trabajar. De esta manera, la atención no se limitó sólo a dar respuesta a las demandas vinculadas al COVID-19, lo que posicionó al CeSAC como espacio de acompañamiento y de orientación.

La reorganización y la invención de respuestas locales -muchas veces artesanales- expusieron en forma clara la importancia que tiene para los procesos de trabajo la construcción histórica de lazos comunitarios forjados con actores tanto individuales como colectivos, con referentes de organizaciones barriales, comedores y organismos gubernamentales y no gubernamentales, entre otros.

La pandemia configuró nuevos procesos de atención y la implementación de nuevos dispositivos como lo fue -y es- la mesa de orientación; sin embargo, no hay certezas de que el dispositivo continúe funcionando (o al menos no de la misma manera) en un horizonte de sociedad sin pandemia.

Bibliografía

Análisis de situación de salud (2016). Información epidemiológica. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>.

Basile, Gonzalo, (2020). *SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud*. Disponible en: <https://www.clacso.org/las-tres-encrucijadas-para-el-pensamiento-critico-en-salud/>

Breilh, Jaime, (2020). *COVID-19: Determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos*. Artículo basado en un capítulo del libro Posnormales. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia. Editorial ASPO, en prensa. La Plata.

Cardona Duque, Miguel Ángel (2013). *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres*. Artículo publicado en: Psicosocial & Emergencias. Publicación digital sobre trabajo psicosocial en emergencias, catástrofes y violencia política. Disponible en: <http://www.psicosocialyemergencias.com/apoyo-psicosocial-en-emergencias-y-desastres/> Fecha de última consulta: 01/09/2021.

Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica (1992). *La intervención del Trabajo Social en situaciones de desastre*. Memoria del Taller: Perfil profesional del Trabajador Social en Situaciones de Desastre, auspiciado por la OPS, San José, Costa Rica. Pp. 1 a 9. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000349.pdf> Fecha de última consulta: 01/09/2021.

Collado, Belén; di Mare Duran, María Luciana y et. at. (2019). *Este caso es para Trabajo Social: Un estudio cualitativo acerca de los modos de comprender el inicio y el desarrollo de los procesos de intervención ambulatorios en Salud Mental*. Año 9 - Nro. 18 - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Artículos Seleccionados. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2019/12/10_Esquivel.pdf

Comes, Yamila; Solitario, Romina y et.at. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología - UBA/Secretaría de Investigaciones/Anuario de Investigaciones/Volumen XIV. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>

Foucault, Michel (1994). *Dits et écrits. 1984-1988*. vol. III. Ed. Gallimar, Francia.

Galante, Araceli; Pelle, Rocío y et.at. (2020). *Atención Primaria por COVID 19: La experiencia de un equipo psicosocial de un Centro de Atención Primaria del Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires*. Revista Cuestión Urbana. Año 4. Nro 8/9. Diciembre 2020/Junio 2021. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/cuestionurbana/article/view/6183/5199>

García Fanlo, Luis (2011). *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. A Parte Rei 74. Revista de Filosofía. Marzo de 2011. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>

IFRC, UNICEF y OMS. (2020). *El estigma social asociado con el COVID-19. Una guía para prevenir y abordar la estigmatización social*. UNICEF. Uruguay. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/media/2651/file/EI%20estigma%20social%20asociado%20con%20el%20COVID-19%20-%20UNICEF%20Uruguay.pdf> Fecha de última consulta: 01/09/2021.

Ministerio Nacional de Salud República Argentina (2020). *Triage de Enfermería. Pacientes con infección respiratoria aguda en establecimientos de salud. COVID 19*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/triage-covid-19.pdf> Fecha de última consulta: 01/09/2021.

Recoder, María Laura y García, María Guadalupe (2020). *Problemas socio-sanitarios y producción de conocimiento antropológico en el contexto de la pandemia por COVID-19. Reflexiones desde la gestión*". En: Margulies, Susana y García, María Guadalupe (2020). *Diario Antropológico de la Pandemia por COVID-19: relatos del trabajo en instituciones de salud*. Noviembre de 2020. Programa de Antropología y Salud, Sección de Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. - 1a ed compendiada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Ricciardi, Paula y Scelzo, Gisela (2020). *Repensando la práctica profesional durante la emergencia sanitaria: Consideraciones acerca de la categoría de cuidado y gestión de riesgos*. Año 10 - Nro. 20 - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Artículos Seleccionados. 4 de Octubre de 2020. Argentina. Recuperado de: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/29_Ricciardi.pdf

Solitario, Romina; Garbus, Pamela y Stolkiner, Alicia (2008). *Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios*. Facultad de Psicología-UBA/Secretaría de Investigaciones/Anuario de Investigaciones/Volumen XV. Argentina. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944025.pdf>