

Artículos seleccionados

Gestión local de la pandemia de COVID 19: Aportes desde el Trabajo Social

Sasha Acerbo^a y Carolina Larrache^b

Fecha de recepción:	31 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	16 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Sasha Acerbo
Correo electrónico:	acerbosasha@gmail.com

- a. Lic. Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- b. Lic. Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo intenta compartir aspectos relevantes del proceso de gestión local de la pandemia construido desde un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo de marzo a septiembre 2020. El mismo ha sido producido por trabajadoras de la Residencia de Trabajo Social en Salud de CABA¹, resultado de diálogos sostenidos junto con compañeros residentes, colegas referentes del Servicio Social y otros profesionales que forman parte del equipo de salud.

1. La Residencia es una capacitación profesional de postgrado en servicio que forma parte del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Dura tres años, y apunta a la formación de profesionales en el campo de la salud. Les Residentes somos trabajadores rentados, que nos integramos al trabajo en equipos disciplinares e interdisciplinares aportando, desde la intervención y la producción de conocimientos, a la planificación, ejecución y evaluación de acciones tendientes a la promoción y acceso a los derechos.

Escribir en tiempos de emergencia socio sanitaria sobre los procesos de trabajo y sobre los procesos de intervención profesional, implica hablar sobre los conocimientos, los derechos y los deseos. En ellos se juegan tres temporalidades: lo que ya se hizo y se decidió. Lo que estamos siendo, haciendo y deshaciendo en el marco de las condiciones de posibilidades y derechos exigibles y vigentes. Y lo que aún falta por conocer, hacer y desear; aquello por lo que todavía resta construir. En este sentido, dicho escrito se constituye como territorio de conceptos, argumentos, pensamientos y sentimientos, del cual invitamos a los lectores a ser parte.

Para iniciar, definiremos la pandemia de COVID 19 como una expresión de la cuestión social. Sobre ello, describiremos el recorrido territorial e institucional y las estrategias de intervención profesional asociadas a la gestión local de la pandemia. Finalmente, ahondaremos en la relevancia y el alcance de los aporte del Trabajo Social, en tanto disciplina de las Ciencias Sociales, en el campo de la salud en general, y en los procesos de atención y cuidado en particular; para lo cual se recuperarán algunos debates sanitarios.

Palabras clave: Pandemia - Gestión local - Trabajo Social.

Summary

This article proposes to share relevant aspects of the local management process of the pandemic, recently built by a Community Health and Action Center in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires. It has been produced by workers from the Residence for Social Work in Health, the result of dialogues held together with fellow residents, colleagues from the Social Service and other professionals who are part of the health team.

Writing in times of socio-sanitary emergency about work processes and professional intervention processes implies talking about knowledge, rights and wishes. In them three temporalities are played: what has already been done and what has been decided. What we are being, doing and undoing within the framework of the conditions of possibilities and enforceable and current rights. And what is yet to be known, done and desired; that for which we still have to build. In this sense, said writing is constituted as a territory of concepts, arguments, thoughts and feelings, of which we invite readers to be a part. To begin, we will define the pandemic as an expression of the social question. On this, we will describe the institutional journey and the professional intervention strategies associated with local management. Finally, we will delve into the relevance and scope of the contributions of Social Work, as a discipline of Social Sciences, in the field of health in general, and in the care and care processes in particular; for which we recovered some health debates, as well as disputes about professional projects.

Key words: Pandemic; Local Management; Social Work.

Introducción

Tras ser declarada la pandemia de COVID 19 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misma ha alterado todos los aspectos de nuestra vida cotidiana, como así también los límites entre lo público y lo privado. Por mencionar, hemos visto interpelada nuestra concepción sobre el contacto, el encierro, el encuentro, la comunicación; e inclusive las definiciones de Estado, Política Social, asistencia, salud, cuidado, seguimiento, control, vigilancia y comunidad. Categorías que no son para siempre únicas, sino por el contrario, lo suficientemente dinámicas y polisémicas como para moverse al ritmo de los procesos sociales. Al mismo tiempo, se ha incorporado al lenguaje cotidiano de gran parte de la población, conceptos como mortalidad, letalidad, población de riesgo, curva de contagio, contacto estrecho, test serológico, PCR, inmunidad, rebrote, etc. Mayormente atravesados por el discurso mediático hegemónico.

Se argumentará en este trabajo cómo la pandemia de COVID 19 se presenta como una manifestación de la cuestión social, expresando las desigualdades propias del sistema capitalista, patriarcal y neocolonial (Iamamoto, 2012) en los modos de enfermar, cuidar, atender, prevenir, sanar y morir, que transitan las personas en sus vidas cotidianas (Menéndez, 1988).

Esto explica cómo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), donde se concentra la mayor riqueza, tiene la mayor incidencia de contagio (es decir, con más cantidad de contagios cada 100.000 habitantes) y la tasa de mortalidad por infección de COVID 19 más alta del país. Sin ser propósito de este trabajo, el análisis de los "factores de riesgo" que presenta cada conjunto poblacional de la CABA, nos interesa aquí destacar los efectos de los altos niveles de desigualdad y profundización de la pobreza, en un contexto de exacerbación de los procesos de gentrificación que caracterizan dicha metrópolis de gran densidad poblacional. Evidenciando una distribución espacial violentamente desigual respecto de esperanza de vida, de la prevalencia de enfermedades crónicas e infecciosas, de la inseguridad alimentaria y

nutricional, de la higiene ambiental, del acceso al agua², de las disposición de las redes de cuidado, etc.

Bajo este carácter, se resaltan las competencias y atribuciones de las Ciencias Sociales en general, y el Trabajo Social en particular, para comprender y abordar la complejidad que conlleva dicho fenómeno.

Está claro que como argumenta Emerson Merhy (2020), el COVID 19 se ha constituido como un hecho social total. Asumiendo lo anterior, en el presente artículo nos centraremos en reflexionar específicamente sobre el proceso de gestión local de la pandemia a partir de la inserción en el campo de la salud, recuperando la experiencia de trabajo de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Algunas consideraciones

Para comenzar atañe destacar que, siguiendo a Floreal Ferrara (1975), se entiende por salud a la posibilidad que tenemos los sujetos de enfrentar y resolver los conflictos que la interacción con nuestro mundo físico, mental y social nos imponen. De este modo, abogamos por las concepciones que enfatizan en la salud como procesos de construcción históricos, sociales y culturales; en los cuales se integran las particularidades biológicas de los colectivos y sus respuestas organizadas para enfrentarlos. Oponiéndonos críticamente a las concepciones de la salud como un estado (algo estanco, quieto, establecido) y de las enfermedades como una problemática individual. Al contrario, las pensamos como proceso, atravesada por distintas relaciones de opresión étnicas, raciales, etarias, de clase, de género, territoriales, etc. Lo que fundamenta la importancia de la intervención de los Trabajadores Sociales en los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado (PSEAC) de las personas y las poblaciones en su conjunto (Laurell, 1986)³.

En este contexto, nos reconocemos y asumimos como profesionales trabajadores de la salud, comprometidos

2. Ver <https://www.nodal.am/2020/05/argentina-que-pasa-con-el-agua-potable-en-las-villas-de-la-ciudad-de-buenos-aires-por-melina-tobias/> Última fecha de consulta: 29 de agosto de 2020.

3. La denominada corriente de Medicina Social Latinoamericana ha acuñado la categoría proceso salud-enfermedad-atención-cuidado como herramienta analítica que sitúa a lo social en un plano de preeminencia, frente a los fenómenos de carácter biológico y físico-químico que pudieran reconocerse en el mundo de la naturaleza, al subrayar el carácter social del mundo humano y del aspecto biológico que en él puede reconocerse (Laurell, 1986).

con la lucha por la producción de condiciones y de prácticas saludables, en el marco de los derechos reconocidos y exigibles, y en diálogo con las políticas vigentes y con los procesos de organización comunitarios. Desde esta posición, las trabajadoras sociales procuramos intervenir críticamente en los PSEAC, con sustento teórico metodológico de las Ciencias Sociales y del trabajo interdisciplinario. Resaltando el carácter crítico y científico que supone esto último. Interpretar y abordar la pandemia nos obliga a conceptualizar la práctica, es decir a crear categorías, proponerlas, integrarlas entre sí, inscribirlas en territorios, instituciones, etc. Asumir tamaño desafío, como parte de nuestros procesos de trabajo y de intervención profesional, implica el ejercicio de nuestra capacidad de autonomía relativa.

A propósito de ello, atañe recuperar el carácter situado de las dimensiones de nuestro ejercicio profesional: quienes adherimos al denominado paradigma de la "salud colectiva", sabemos que el modelo civilizatorio actual de aceleración económica y despojo que sostiene el sistema capitalista extractivista en el cual vivimos, son el gran eje de determinación social de la salud de las personas y las poblaciones (Breilh, 2012). Pensar en los determinantes sociales de la salud recuperando un pensamiento situado, nos obliga a indagar y reconocer cómo influyen las condiciones sociales y económicas en la salud y la vida cotidiana de las personas; involucrando los riesgos asociados a las condiciones de hábitat, de trabajo, de alimentación, de educación, etc. Dichos determinantes se oponen a la noción de factores individuales, y aluden al diferenciado capital económico, social, simbólico, cultural, geográfico, etc, el cual porta cada persona para "decidir" relativamente sobre las condiciones en las que transcurre su vida cotidiana y comunitaria y afrontar las contradicciones del sistema.

Reconocer la particularidad política, histórica y territorial de nuestros procesos de trabajo (inscritos en determinadas instituciones y contextos), se torna una estrategia necesaria para superar la pseudo concreción con la que se nos presentan las demandas; y la enajenación a la cual la división social del trabajo nos tiene acostumbrados: donde pareciera ser que unos (funcionarios) piensan y diseñan; y otros (trabajadores profesionales) operan e implementan (como si fueran procesos seculares y abstractos).

Epidemiología comunitaria y Trabajo Social

¿Cuántas veces al día escuchamos hablar de "epidemiólogos", "tasas", "cantidad de personas muertas en el mundo", "cantidad de personas muertas en nuestro país", "cantidad de personas recuperadas"? Probablemente estos conceptos nunca hayan estado tan vigentes en la agenda mediática como en la actualidad.

La epidemiología, tal como lo indica su etimología, se dedica al estudio de las poblaciones. Conviene considerar que como disciplina científica, históricamente se le han asignado y atribuido diferentes representaciones y visiones. La misma se fundó bajo el paradigma de la teoría miasmática, la cual sostenía que las enfermedades se contraían de las emanaciones impuras del suelo, aire y agua. El modelo de análisis se basaba en evidenciar, a través de las estadísticas vitales, los diferenciales de mortalidad por regiones según la sanidad de su ambiente. Se atribuía a las condiciones de vida, especialmente a las relacionadas con la pobreza, un peso importante en la diseminación de las enfermedades. Las intervenciones que impulsaba este pensamiento estaban principalmente orientadas hacia las obras públicas a nivel societal: construcción de drenajes y cloacas, redes de agua, acompañadas por recolección periódica de basura y mejoras en la infraestructura urbana y de las viviendas (Urquía, 2019).

Es interesante recuperar como estas corrientes se van articulando con los fundamentos de la inserción del Trabajo Social en la división social del trabajo, y con los modos de definir y abordar la cuestión social. Sucesivamente, inaugurando la era de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, se impuso el paradigma de la teoría del germen. Relegando las cuestiones sociales, se focalizó en la investigación y las intervenciones en torno del germen como responsable de la enfermedad. El modelo de análisis era laboratorio y las medidas de acción que se generaron a partir de este paradigma fueron el combate a las enfermedades a través de la interrupción de la transmisión usando vacunas y aislando a los afectados a través de la cuarentena y en hospitales para infecciosos (Urquía, 2019).

Luego, a partir de la segunda mitad del siglo XX, se desarrolló un paradigma conocido como el de la caja negra, centrado en el estudio de las enfermedades crónicas; buscando establecer medidas de riesgo a nivel individual en las poblaciones, relacionando ex-

posiciones a factores de riesgo con la producción de enfermedades (Urquía, 2019). Es notorio cómo coexisten aspectos de los distintos enfoques en los modos de interpretar (y por lo tanto abordar) de la pandemia de COVID 19. Reconocerlo es fundamental para poder construir una propuesta superadora, sabiendo que es a partir de estas construcciones teórico políticas que se toman decisiones de gestión de la salud (Basile, 2020).

Referida a la escala local, desde donde se referencia nuestra narrativa, a continuación, se compartirá la construcción de un equipo epidemiológico comunitario anclado en el primer nivel de atención. Presentándose como una propuesta superadora ante los modelos clásicos de vigilancia epidemiológica, que profundizan el fetichismo de los números, basados en la medición cuantitativa de tasas.

De este modo, dicha estrategia de monitoreo cualitativo, se centra en la reconstrucción de los PSEAC en la trayectoria de vida y la visibilización de las corresponsabilidades políticas; proponiendo un modo desburocratizador e integrador de la atención de la salud.

Basile (2020) advierte la importancia de recuperar los procesos historicidad y territorialidad frente a la imposición del fetichismo de los números, de la muerte y de la geografía de la culpa. La elaboración de boletines epidemiológicos semanales por parte del equipo epidemiológico del CeSAC, han permitido reevaluar sistemáticamente las estrategias de atención. Enmarcado al contagio en la conflictividad social estructural. Esto adquiere un gran valor simbólico, fundamentalmente en un contexto global de subyugación de la vida al poder de la muerte (cómo si la muerte fuera algo abstracto y aislado...).

La realización de entrevistas en profundidad (telefónicas), a cada una de las personas diagnosticadas, amerita un valor positivo, en términos de reconocimiento del capital económico y social, la trayectoria institucional, laboral, educativa, las posibilidades de redes de contención social que les sujetos disponen. Viabilizando la adecuación del proceso de atención y cuidados de la salud a las condiciones reales y locales; y al marco de los derechos y obligaciones establecidos. Y propiciando nuevas formas relacionales, integrales y soberanas de salud, atención y cuidado (muchas veces opuestas a la que el Modelo Médico Hegemónico nos tiene acostumbrados).

Al priorizar la noción de trayectorias, se visibiliza cómo las personas van construyendo sus propias estrategias de autocuidado, más allá de las indicaciones de los profesionales y la información científica al alcance. Cabe al equipo de salud la responsabilidad de construir procesos de comunicación participativos, democráticos e interculturales en la construcción de la inteligencia popular de la salud y el cuidado, que eviten reforzar representaciones del cuerpo y de la vida de las personas en condiciones de vulnerabilidad como territorios en disputa, lugares controlables. Desde ya que si se pretende trabajar en la promoción, en la prevención y mitigación de la pandemia, resulta perentorio construir políticas, prácticas y sentidos que se opongan a la rutinización del sufrimiento cotidiano y a la normalización de la violencia en la vida diaria (Otegui Pascual, 2009).

En este marco, el concepto de infodemia nos invita a cuestionar la forma de producir y circular información. Como parte de este proceso, fue sustancial la comunicación en tanto proceso participativo académico, científico y comunitario para explicar y entender la complejidad (recuperando lo que los sujetos sienten, piensan, dicen, saben y escuchan). A través de los llamados telefónicos, fue posible establecer consensos y pautas de cuidado. Presentándose así una oportunidad y desafío en el ejercicio de descolonización y despatriarcalización de nuestras miradas territoriales, evitando reactivar mitologías dominantes de la construcción del Estado Argentino y de la historia de la salud pública y orígenes de nuestra profesión vinculadas al higienismo.

Comunicar es crear comunidades. Ha quedado en claro la importancia de repensar la comunicación en salud en sus distintos niveles, aún más identificando que los gobiernos en general no han creado políticas de información destinadas a diferentes grupos. Y que en los medios de comunicación hegemónicos y/o redes sociales la información se caracteriza por ser confusa y ecléctica.

Estos procesos nos han permitido asentar el carácter de derecho social de la comunicación. En el siglo XXI es evidente que la comunicación es una variables de acceso y permanencia en el tejido social. No debiera ser un privilegio social dependiendo de las condiciones individuales de acceso atadas a la relación de libre mercado de oferta y demanda.

Reorganización de la vida cotidiana

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) responden al Área Programática de los Hospitales Ge-

nerales de Agudos y a la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Todo esto a su vez depende del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Los CeSAC forman parte de lo que se define como primer nivel de atención. Según la Ley Básica de Salud N° 153 (1999), *"el primer nivel comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias"*.

Bajo este encuadre, y dado el entramado territorial, las redes interinstitucionales y las experiencias comunitarias acumuladas, los Trabajadores Sociales (inscriptos en una relación laboral de dependencia) llevamos adelante tareas relacionadas con el acceso a recursos y con la prevención de enfermedades y promoción de la salud, entendida en los términos que ya se han desarrollado.

Geográficamente, el CeSAC protagonista de este escrito se encuentra ubicado en la Comuna 8, al sur de la CABA. Respecto de este territorio, los indicadores sociodemográficos evidencian una gran concentración de precariedad y pobreza. Este se caracteriza por una alta densidad poblacional, una elevada tasa de desocupación y subocupación (con más de 5 puntos porcentuales mayor a la de la Ciudad)⁴. Según la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección de Estadística y Censos del GCABA y proyecciones de población del INDEC (2018), 2 de cada 5 personas de entre 3 y 17 años de la Comuna 8, residen en villas o asentamientos precarios, valor que casi triplica al observado para el conjunto de la Ciudad. Además, el porcentaje de hogares con régimen de tenencia de la vivienda precario es mayor al doble de la Ciudad, lo que retrata a una de las comunas con mayores vulnerabilidades habitacionales.

La mayoría de los residentes no poseen inscripción formal en el mercado del trabajo. Sus ingresos económicos no suelen ser fijos y dependen de su realización en el mercado informal sin garantías contractuales y, en consecuencia, con escasa capacidad de ahorro. En general trabajan en talleres textiles, en construcción, trabajo doméstico o de cuidado y en la venta de comida en la feria del barrio. La mayoría de ellos en condiciones de sobreexplotación. Tras la implementación de la medida de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO),

y el control de su cumplimiento asignado a las fuerzas de seguridad, estas actividades debieron cesar lo que generó un empeoramiento en las condiciones de vida de la población y un incremento en la demanda de asistencia (además de un deterioro significativo de la salud de quienes ante la necesidad de subsistencia, y falta de respuestas desmercantilizantes, continuaban trabajando "en clandestinidad").

Un informe de la Defensoría del Pueblo refiere que a partir de marzo del 2020 en los barrios populares de CABA hubo un incremento del 60% de la demanda de asistencia alimentaria en comedores y merenderos. Actualmente, desde la Red Lugano (la cual el CeSAC integra junto con otras instituciones estatales insertas en el territorio) se ha puesto en marcha un proceso de relevamiento de la demanda y de la política alimentaria implementada localmente por parte del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para diagnosticar la situación local.

En cuanto al acceso de esta población a las políticas de asistencia vigentes, se identifican distintas barreras, asociadas a la dificultad de acceso a plataformas digitales o la no disponibilidad de cuentas bancarias. Requisitos indispensables, por ejemplo, para el ingreso al Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), dependiente de ANSES. Esta condición se ha agravado con el cierre de oficinas y el colapso de operativos territoriales (y de los trabajadores ocupados de ello). Asimismo, por parte del gobierno municipal, al momento, no se han implementado políticas de transferencias de recursos que respondan a la particularidad de la población en el contexto de pandemia.

Continuando con la caracterización de los habitantes, el 43% de quienes viven en la Comuna 8, tienen entre 0 y 19 años, mientras que el 37% de la población tiene entre 0 y 19 años. En suma, la pertenencia a grupo etario asociado a un riesgo no es suficiente para explicar el desarrollo del virus en dicho territorio.⁵ El 18% de los NNyA de la Comuna 8 viven en una villa. De esta población podemos mencionar vulneraciones referidas a su derecho a la educación ante la falta de conectividad, los que imposibilita sostener sus trayectorias educativas. En el propio CeSAC se ha registrado una exacerbación de la demanda ante situaciones de violencia machista en

4. Datos recolectados de la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección de Estadística y Censos del GCABA y proyecciones de población del INDEC. Disponible en https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?page_id=702 Última fecha de consulta: 28 de agosto de 2020

5. Datos recolectados del Informe Final CENSO 2016 Villa 20. Disponible en <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-villa-20> Última fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

contexto de confinamiento (ya sea vinculadas a la sobrecarga de tareas; violencia sexual, violencia económica, violencia psicológica por parte de parejas convivientes; violencia obstétrica; institucional; y otras). Respecto a la violencia institucional, se puede señalar que el cierre de los Centros Integrales de las Mujeres dependientes del GCBA al inicio de la pandemia, constituye una forma de ellas.⁶

El acceso a los servicios es otro de los determinantes que reflejan la particularidad de la pandemia en estos “barrios populares”⁷. Para dimensionar, en el año 2016 el 95% de las viviendas de la Villa 20 no disponía de conexiones informales de agua y no daban cuenta de la calidad de la misma. El 91% de las viviendas acceden al gas a través de garrafa. El 45% de las viviendas tenían un estado de construcción entre regular y malo. El 6% de las viviendas no tenían ningún cuarto. Al 55% de las viviendas se accedía sobre el pasillo. Y otro dato relevante es que 24% de las familias que residían en dicha villa eran inquilinas. A pesar de que en el contexto de la pandemia los desalojos se hayan prohibido por decreto, muchas familias han sido forzadas a abandonar sus viviendas por la falta de pago; aumentando el número de personas en situación de calle.

Ergo, considerando todas las variables mencionadas, se desvela la incongruencia de política “*quédate en casa*” como estrategia universal de mitigación de los riesgos, con las necesidades y posibilidades concretas de los sujetos. Es notorio que las condiciones de vida en las viviendas y en la urbanidad consolidada son determinantes estructurales de los PSEAC que transita la población. Pues, sin ir tan lejos entre finales del año 2019 y principios del 2020, el 16% de los casos confirmados de dengue en la Nación ha sido registrado en este mismo territorio.⁸

Cabe señalar que en el territorio aludido, la envergadura del déficit habitacional coexiste con el Programa Integral de Reurbanización (PRIRU) dependiente del Instituto de Vivienda de la Ciudad (IVC) iniciado desde el año 2026. Dicho proceso estructura la vida cotidiana del barrio, obligando al CeSAC a revisar permanentemente sus estrategias de atención. En este sentido (respondiendo a la lógica de Atención Primaria a la Salud), tanto la pandemia de COVID 19 como la proliferación y concentración de casos de Dengue, han comprometido al CeSAC en el desarrollo de dispositivos que atiendan la particularidad de los procesos de salud-enfermedad de la población.

Más aún admitiendo que el 64% de la población que reside en dicho territorio refiere atender su salud en hospitales públicos, mientras que el 14% en Centros de Salud públicos, siendo que solo un 22% cuenta con cobertura de obra social.⁹ Sumado que (a pesar de los procesos de organización colectiva y reclamos que desde hace 34 años protagonizan de les vecines junto a trabajadores y organizaciones territoriales) dicha comuna no cuenta con un hospital de referencia que pueda albergar internaciones de pacientes agudos, entre otros.

En este marco, más allá del dispositivo DETECTAR y el financiamiento de hoteles que realiza el GCBA para garantizar el cumplimiento del aislamiento de la población de barrios populares y así mitigar el contagio, desde el equipo de salud en general, y desde el Servicio Social en particular, nos preguntamos ¿qué tecnologías de producción de salud se pueden disponer en estos territorios a fin de promover la autonomía y el cuidado de los mismos?

6. Por otra parte, se observa que pese a que la ONU haya advertido un incremento en las situaciones de violencia intrafamiliar y abuso contra NNyA asociado al confinamiento y la convivencia con agresores; no se ha registrado incrementos significativos en la demanda. Entendemos que esto podría explicarse por la ausencia de las instituciones educativas en la dinámica cotidiana de los territorios. Son los funcionaries de estas instituciones quienes mayormente suelen relevar y reportar estas situaciones. Ver <https://www.onu.org.ar/stuff/Informe-COVID-19-Argentina.pdf> Ultima fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

7. Datos recolectados del Informe Final CENSO 2016 Villa 20. Disponible en <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-villa-20> Ultima fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

8. Datos recolectados del Boletín Integrado de Vigilancia Semanal N°487, SE 9/2020, de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud, del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_487.pdf Ultima fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

9. Datos recolectados del Informe Final CENSO 2016 Villa 20. Disponible en <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-villa-20> Ultima fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

Reorganización de los procesos de trabajo en salud

Nuestro proceso de trabajo se funda a partir de la intervención en la vida cotidiana de los sujetos. De ahí que ante la declaración de la emergencia sociosanitaria por pandemia, fuera necesario reorganizar el proceso de trabajo y de intervención acorde a la nueva reconfiguración del territorio y sus demandas.

Para quienes desconocen, el campo de la salud en Argentina se encuentra atravesado por el proceso de descentralización de la política sanitaria iniciado a finales del siglo XX. No obstante la declaración de la emergencia fue común a todos los distritos y regiones del país.¹⁰ Es interesante recuperar que, a diferencia de otros países, en el nuestro se decretó primero el aislamiento y luego la organización de los sistemas de salud, lo cual quedó a merced de los Ministerios de Salud de cada provincia o bien municipio en el caso de CABA. En este marco los trabajadores, y por supuesto los usuarios, han quedado expuestos a condiciones inseguras de trabajo/de atención, no solo en alusión a la falta de elementos de protección personal (como máscaras y barbijos) sino por la falta de capacitación oportuna, y de recursos e instructivos para adecuar los procesos de trabajo.

La publicación asidua de protocolos por parte del Ministerio de Salud de GCBA, en tanto respuesta institucional a la emergencia, impuso abordajes burocráticos normativos con escasa perspectiva social y territorial, invisibilizando las necesidades y posibilidades concretas de los trabajadores, los usuarios y las organizaciones (quienes verdaderamente día a día enfrentan y organizan la realidad en los efectores y en los territorios).

A través de estos protocolos se ha modificado, reiteradas veces, la definición de caso sospechoso, contacto estrecho; como así también el procedimiento a desarrollar en cada intervención. Dichos instrumentos han sido elaborados por un comité de Infectólogos y funcionarios del GCBA, con el objetivo de organizar la atención de la población distinguiendo únicamente

“factores de riesgo” asociados a enfermedades previas (no así género, edad, territorio, condición habitacional, etc, de las mismas). Focalizando en el estado biológico e individual de las personas, se omite la discusión acerca de los precarios recursos disponibles (trabajadores, condiciones edilicias, insumos, elementos de protección, etc.) en los distintos efectores del sistema público de salud.

Evidenciando cierta desarticulación entre los distintos niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel) y subsectores (público, obras sociales, privado). Esto suscitó la descoordinación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Entendiendo por APS la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de las personas en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

En este marco, cada hospital (sea especializado o general) y cada centro de salud decidió, a través de su Comité de Crisis (en la mayoría de los casos, sin participación de los trabajadores), la forma en la que se implementarían los protocolos y se reorganizará la atención. Operacionalizando de forma heterogénea los criterios de acceso y atención de usuarios. La mayor parte de los hospitales generales se dedicaron a la atención de “pacientes COVID” y episodios agudos; suspendiendo atención de consultorios externos y consultas programadas.

No se puede perder de vista que, en un contexto de hiperespecialización de los procesos de atención, gran cantidad de personas vieron suspendidos sus diagnósticos y tratamiento asociados a enfermedades crónicas (como VIH, diabetes, cáncer), y a controles de embarazo y de niño sano; en la medida que estos no se vinculaban directamente con el Coronavirus.¹¹ Estas últimas comenzaron a acercarse a consultar al CeSAC, ya no solo porque los servicios hospitalarios habían suspen-

10. La crisis de emergencia sanitaria se ha acelerado y agudizado con la pandemia; no obstante la misma es resultado de años de precarización y ajuste en el presupuesto público. Caracterizado por la falta de personal de salud, precarización de los trabajadores, insuficiencia de materiales necesarios para tratar con eficacia los pacientes, estructuras edilicias que muchas veces no garantizan condiciones de seguridad, etc. Sin dejar de mencionar la eliminación del Ministerio de Salud de la Nación ocurrida en el año 2018, hasta su reciente “reinauguración”.

11. El diagnóstico aislado de los sujetos, promulgado por los protocolos vigentes (limitado exclusivamente al estado clínico biológico), resulta en la clasificación binaria entre “sanos” y “enfermos”, reproduciendo lógicas positivistas, y reforzando narrativas que promueven la historia natural del virus (desconociendo los determinantes de género, edad, territorio, etc.).

dido su funcionamiento sino, porque tampoco poseían permisos para circular o bien medios de transporte seguros para acercarse. Y de allí en adelante, toda la artesanía por parte del equipo de salud para construir respuestas (generalmente a través de redes personales) en pos de viabilizar el derecho a la salud, dado que formalmente no se había garantizado una red de atención ni de derivación.

En conclusión, en este contexto los profesionales del equipo de salud del CeSAC han decidido asumir (inicialmente de manera autogestiva) el desafío de la gestión local de la pandemia. Entendiendo por gestión: la acción integral, entendida como un proceso de trabajo y organización en el que se coordinan diferentes miradas, perspectivas y esfuerzos, para avanzar eficazmente hacia objetivos asumidos institucionalmente y que deseáramos que fueran adoptados de manera participativa y democrática (Villamayor y Lamas, 1998). En efecto, se ratifica que los procesos de las políticas públicas no son lineales y verticales (aún cuando se pretendan verticalistas) sino que transcurren en diversas escalas, y abierto a la disputa de lo que puedan construir/exigir/proponer/impugnar los distintos actores.

Concierne distinguir las implicancias simbólicas y objetivas que generó la implementación del Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino (DETECTAR)¹². En cuanto a lo simbólico: significó el reconocimiento e involucramiento por parte del Estado en la necesidad de establecer estrategias especiales para el abordaje territorial en los denominados “barrios populares”. Respecto de lo objetivo: nuevamente obligó a actualizar los procesos de trabajo y reorganizar las modalidades de atención.

No es un detalle menor que recién cien días después de haber sido declarada la emergencia sociosanitaria, tras la muerte por Coronavirus de Ramona Medina (referente comunitaria de la Villa 31 que denunciaba la inviabilidad del aislamiento tras falta de agua), el Ministerio de Salud del GCBA emitió un “Protocolo de Actuación Frente a la Propagación del COVID 19 en

Barrios Populares de CABA”¹³. A partir de esto, se estableció una campaña de concientización para prevenir contagios a través de los referentes de cooperativas barriales y las Juntas Vecinales, sms, llamados telefónicos, radios comunitarias y a través de instituciones religiosas. Se declaró un refuerzo en comedores, merenderos y centros de primera infancia en donde se retira la comida por turnos para evitar aglomeraciones; se organizó la entrega de kit de limpieza y cajas de alimentos a través del IVC. Se comenzaron a realizar operativos de limpieza y desinfección. Se intensificó un programa especial para el cuidado de adultos mayores de 65 años. Además se formalizó el funcionamiento (horarios, criterios y modalidades de atención) de los CeSAC, CIM; sistematizado las estrategias que los mismos ya venían consolidando en articulación con las organizaciones territoriales.

Gestión local de la pandemia

De este modo, desde el CeSAC se han consolidado dos líneas de acción frente a la pandemia:

- La construcción de acciones de mitigación del contagio de COVID 19 a través del acompañamiento de las personas que han sido clasificadas como “casos confirmados”/”descartados”/”contactos estrechos”. Inscribiendo a los sujetos de los protocolos en sus barrios e historias de vida; y recuperando los modos particulares de trabajar, vivir, alimentarse, estudiar, recrearse, etc; en pos de fortalecer las estrategias de cuidado y autocuidado.
- La construcción de acciones de transformación, a través de articulaciones interinstitucionales e intersectoriales y la participación en redes, en las cuales abordar las corresponsabilidades respecto de las necesidades y demandas comunitarias vigentes.

Estas modalidades están estrechamente relacionadas con el proceso institucional del CeSAC y sus históricas formas de vinculación con el territorio caracterizadas por la horizontalidad, la participación y la organización

12. Se trata de una política del Gobierno de la Ciudad en coordinación con el Gobierno Nacional, que inició de mayo de 2020, con el propósito de realizar una búsqueda activa de personas con síntomas y seguimiento a contactos estrechos de los casos positivos para Coronavirus.

13. Disponible en <http://www.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/2020/06/PROTOCOLO-BARRIOS-POPULARES-EN-COVID-V28-6-20.pdf> Última fecha de consulta: 29 de agosto de 2020.

comunitaria.¹⁴ Para su concreción (procurando actuar en contra de los procesos destructivos y a favor de los procesos protectores), se han consolidado distintos equipos de trabajo: se originó un equipo epidemiológico; y se reorganizó el conjunto de equipos territoriales preexistentes.¹⁵ Ambos equipos son interdisciplinarios y permanecen en continua comunicación.

El equipo epidemiológico se compuso por tres profesionales (dos Lic. en Trabajo Social y una Lic. en Nutrición), siendo responsables de identificar y georreferenciar todos los casos notificados en el Sistema Informático de Salud Argentina (SISA), domiciliados en el área de influencia del CeSAC. Además de efectuar la primera entrevista telefónica con los casos índices para identificar contactos estrechos y establecer articulaciones con otras instituciones en caso de que la situación lo requiera.

Mientras que los cinco equipos territoriales (integrados por cinco Lic. en Trabajo Social, cuatro Lic. en Psicología, cuatro Pediatras, tres Médicas Generalistas, dos Lic. Psicopedagogía, dos Médicas Clínicas y un Lic. Kinesiología) quedaron comprometidos en el acompañamiento telefónico e integral de todos los casos índices (desde la primera entrevista del equipo epidemiológico hasta el momento de su alta). Y lo mismo respecto de sus contactos estrechos (CE) a fin de garantizar su atención. Entre las tareas del equipo territorial se incluye la transmisión de medidas de cuidado e información sanitaria; y la indicación y derivación a CE para la realización de hisopados en el DETECTAR. Abarca también aquellas cuestiones que surgen por ejemplo, cuando esto últimos (que generalmente son grupos familiares convivientes) deciden no realizar el hisopado, dificultades que surgen

ante el hecho de tener que realizar el aislamiento, situaciones de maltrato institucional (o destrato), desorientación ante directivas contradictorias entre distintos referentes de distintos niveles de atención y dependencias de salud, etc. La singularidad de cada acompañamiento, muchas veces vinculada al acceso o la vulneración de otros derechos, se registra en instrumentos de registro confeccionados por el equipo epidemiológico; además de volcarlo en la historia clínica de cada persona.

Conclusiones

Hasta aquí se ha demostrado la relevancia e implicancia del carácter participativo, intercultural, interdisciplinario e intersectorial en la construcción de los PSEAC (aún en contexto de pandemia). Reconociendo a estos, como los principales atributos de la APS, perspectiva desde la cual se fundan nuestros procesos de intervención.

Tal como se ha establecido por la OMS en la Declaración de Alma-Ata en 1978, la calidad y eficiencia de la APS se funda en la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad.

- La accesibilidad implica la organización eficiente y adecuada de servicios sanitarios trabajando sobre las barreras organizacionales económicas, culturales y sociales.
- La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos junto con los otros actores que forman parte de la política y de la comunidad, en este caso en la escala local.

14. Es interesante recuperar el surgimiento del centro de salud vinculado a la participación y a la organización de la comunidad, para dar respuesta a necesidades sentidas del barrio. En los '70, vecinos preocupados por la salud del barrio, construyeron una posta de salud, que luego el Estado reconoció, legitimó y dotó de personal, pudiendo decir que se logró instalar la problemática en la agenda pública y estatal. Mucho más recientemente, ya en el año 2008, desde el equipo de salud del Cesac junto con un conjunto de organizaciones sociales y organismos estatales, comienza a darse lugar a lo que es hoy el "Espacio de los jueves".

El Espacio surge como una mesa semanal de trabajo para el abordaje de los problemas ambientales que afectan la salud en Villa 20, acompañando los procesos sociales existentes en el barrio. En un comienzo se trabajó respecto a un estudio de plumbemia por la presencia del cementerio de autos, elaborando "medidas estructurales elaboradas con referentes comunitarios para ser adjuntadas en el informe al juzgado sobre plumbemia: erradicación del cementerio de autos, remediación y saneamiento del suelo, construcción de viviendas, etc." (Espacio de los Jueves). Luego, se realiza un "Relevamiento de los problemas de salud ambiental del barrio" que surge a partir de "*las demandas...de referentes comunitarios realizadas a las máximas autoridades gubernamentales de distintos niveles (nacional-municipal) respecto a cloacas, agua potable, basura, existencia de plagas, guardias para los fines de semana... Se evaluó que si bien dichas problemáticas impactan directamente en la salud comunitaria, le exceden en la capacidad de resolución operativa de las mismas*" (Informe Socio Ambiental, 2008).

15. A partir de una normativa del Ministerio de Salud de GCBA, desde el 2016 se ha establecido la implementación de los Equipos Básicos de Salud en los CeSAC. Según esta, los territorios se subdividen en áreas de referencia por equipos. Desde entonces todo el equipo de salud de nuestro CeSAC quedó subdividido en cinco equipos territoriales, responsables por ejemplo de la ejecución del control de foco de enfermedades de vigilancia epidemiológica, entre otras tareas de prevención y promoción de la salud.

- ✎ La integralidad es la capacidad de atender con perspectiva de totalidad la situación de salud de las personas.
- ✎ La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por parte del mismo equipo.

Bajo estos preceptos se propone considerar la experiencia de gestión local de la pandemia descrita.

Se resalta el valor en la participación en la “Red Lugano” y el “Espacio de organizaciones” donde confluyen referentes de otros CeSACs y de organismos estatales como ATAJO, Dirección de Orientación al Habitante, Centro Integral de la Mujer, Hospital Grierson, Defensoría, entre otros, y referentes de organizaciones comunitarias. En ambos espacios últimamente se está trabajando en la elaboración de reclamos colectivos al GCBA, referidos a la emergencia habitacional y alimentaria. Dando cuenta de la tensión que hay entre las escalas y niveles de institucionalidad de las políticas y lo que sucede en el territorio. Proponemos también recuperar estas disputas (donde el CeSAC participa cediendo, negociando, resistiendo, ejecutando) como parte del proceso de gestión local.

El territorio atravesado por la política de urbanización de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (mas no exento de los procesos de gentrificación), evidencia la reconfiguración de las relaciones de poder entre los actores del territorio. Se destaca la acumulación de poder político, económico y simbólico por parte del IVC en la escala local, quien es convocado a coordinar todas las acciones estatales que se despliegan en el barrio (desde la entrega de la mercadería, relocalización de familias, hasta las mesas de negociación con las organizaciones sociales, etc.). Esto tiene un impacto directo en la vida cotidiana de las personas y colectivos que habitan el territorio, ergo también en los procesos de gestión que resuelva el CeSAC (que no deja de ser un actor estatal).

En este contexto cabe resaltar la riqueza que suscita el trabajo de epidemiología comunitaria en pos de cuantificar y calificar el estado de situación de la pandemia en/desde el territorio. Dicha propuesta originada por parte del equipo del CeSAC, invierte la lógica de “control y vigilancia” por la de “acompañamiento, atención y cuidado”.

Todas estas cuestiones ponen de relieve la necesaria reflexión sobre nociones como las de agencia y autonomía, la perspectiva de derechos y la democratización de los PSEAC, reconociéndonos inscriptos en dispositivos de biopoder, que imponen clasificaciones de lo i/legítimo a través del discurso con el que se diagnostica, interviene, expresa y comunica.

Por nuestra parte, continuaremos preguntándonos por qué estamos haciendo lo que hacemos. Solo a través de la pregunta podemos escapar de la tendencia de dependencia colonial hegemónica, y del encierro frente a un otro que nos dicta un saber que se pretende certero y universal. Evitando así, ser acríques de ese control conceptual y biográfico; y meros reproductores una práctica profesional desarticulada de sus principios y valores. Por supuesto, como se ha demostrado, esto implica un desafío respecto nuestra capacidad de diálogo con otras disciplinas y actores partícipes del campo de la salud.

Freire (1986) nos advierte la importancia de las preguntas, agregando que la pedagogía de la respuesta es una pedagogía de la adaptación y no de la creatividad. No estimula el riesgo de la invención y de la reinención, y tampoco reivindica derechos, en la medida que no transforma. De manera que, si el horizonte de nuestras prácticas y pensamientos es la transformación y la emancipación, debemos ahondar en ser creativos y propositivos. La gestión local aparece como un instrumento propicio para ello, en el que se actualizan y acontecen los debates sobre nuestra incumbencia profesional.

No se trata entonces simplemente de oponernos a los lineamientos generales de abordaje de la pandemia de COVID 19, focalizados en el seguimiento/control/vigilancia/del caso confirmado/del CE y su aislamiento. Sino de hacer emerger preguntas y versiones que cambien no solo las formas lingüísticas de nominar, sino los modos de pensar y hacer, de hacer y pensar, más allá de las estipuladas por los dispositivos jurídico-sanitarios (Touzé, 2001) que muchas veces contribuyen y refuerzan los procesos de estigmatización, individualización, biomedicalización y mercantilización.

Se constituye así una estrategia de disputa respecto de la imposición de las visiones legítimas de cómo son las cosas, de la estructuración de la percepción del mundo social; y en consecuencia, en la lucha por la estructuración del mundo social. Disputar estos sentidos significa poner en cuestión la burbuja bio-farmaco-médica que sólo actúa sobre los individuos fragmentados sin reconocer sus condiciones de vida, en un sistema que nos enferma y nos mata...

Todes nosotres debemos asumir nuestra participación y protagonismo en ese debate. En especial les profesionales trabajadores de salud, ya que estos no somos receptores y reproductores de protocolos o políticas, sino creadores y constructores de los mismos.

Lo anterior, nos obliga a pensar simultáneamente en nuestros procesos de intervención, en los procesos de trabajo, y en los procesos de ciudadanía de la sociedad en la que estamos incluidos. Por supuesto que esto implica decisiones y compromisos éticos, en la medida que conlleva la necesidad de posicionarse y responsabilizarse ante el significado y las implicancias de la intervención profesional. Por nuestra parte podríamos dedicarnos exclusivamente a realización de informes o gestión de recursos, pero siguiendo nuestros principios ético políticos, intentamos mucho más que ello...

En fin, ha quedado instalada la necesidad de convalidar los procesos históricos y el capital simbólico acumulado por las instituciones y los actores insertes en cada territorio con sus particularidades.

Bibliografía

- Breilh, J. (2012). *Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte*. Disponible en <http://hdl.handle.net/10644/3570> Última fecha de consulta: 31 de agosto de 2020.
- Basile, G. (2020). *Coronavirus en América Latina y Caribe: entre la terapia de shock de la enfermología pública y la respuesta de la salud colectiva/salud internacional Sur Sur*. En IV Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.
- Ferrara, F (1975). *En torno al concepto de salud*. En Revista Salud Pública. La Plata, Argentina.
- Freire, P (1986). *Por una pedagogía de la pregunta*. Crítica a una educación basada en respuestas a preguntas inexistentes. Editorial Siglo Veintiuno.
- Iamamoto, M. (2012). *El debate contemporáneo del Servicio Social y la ética profesional*. En: Servicio Social crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional. Elisabete Borgianni, Yolanda Guerra, Carlos Montañó (Orgs.). San Pablo, Editora Cortez.
- Laurell, Asa C. (1986). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales N°19. Disponible en <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf> Última fecha de consulta: 31 de agosto de 2020.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segunda Jornada de Atención Primaria de la Salud. Pp 451-464. Buenos Aires, Argentina.
- Merhy, E. (2020). *COVID 19: Analizador de las disputas e intersecciones entre redes de cuidados formales e informales en salud*. Ciclo de diálogos organizado por Grupos de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos IGG. Disponible en <https://www.facebook.com/GESMyDH/> Última fecha de consulta: 31 de agosto de 2020.
- Otegui Pascual, R (2009). *El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor*. En Grimberg, M. (ed.). Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Aires: Editorial Antropofagia. pp. 147-166.
- Touzé, G. (2001). *Uso de drogas y VIH/sida*. De la medicalización a la ciudadanía. Revista Encrucijadas. Año 1 N° 8. Buenos Aires. UBA.
- Villamayor, C.; Lamas, E. (1998). *Manual de gestión de la radio comunitaria y ciudadana*. FES/AMARC. Disponible en http://www.vivalaradio.org/comunicacion-alternativa/PDFs/COM_manualdegestion_mod4.pdf Última fecha de consulta: 32 de agosto de 2020
- Urquía, M. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. EdunLA. Cuadernos del ISCo. Universidad Nacional de Lanús.

