

¿Cómo salimos de acá? Sistematización de una Residencia en Salud en contexto de pandemia COVID-19: senti-pensando propuestas desde el Trabajo Social Crítico

Eliana Brenda Piqueras¹
Rocío Noemí Rocha²

Resumen:

La siguiente sistematización de experiencias se da en un contexto impensado: la irrupción de una pandemia que puso en jaque al mundo entero. La inserción, de quienes escriben, en una Residencia en Salud, en este momento tomó nuevas características, exigiendo de manera permanente una lectura crítica de la realidad y la elaboración de propuestas desde la perspectiva de Salud Integral.

Palabras clave:

TRABAJO SOCIAL – SALUD INTEGRAL – SISTEMATIZACIÓN – ESTADO – PANDEMIA

Abstract:

The following systematization of experiences occurs in an unexpected context: the irruption of a pandemic that put the entire world in check. The insertion, of those who write, in a Health Residence, at this time took on new characteristics, permanently demanding a critical reading of reality and the elaboration of proposals from the perspective of Integral Health.

Keywords:

SOCIAL WORK - COMPREHENSIVE HEALTH - SYSTEMATIZATION - STATE - PANDEMIC

Introducción

Una sistematización de experiencias refiere a un proceso histórico-social dinámico y complejo donde se entrecruzan factores objetivos y subjetivos, que hacen a la experiencia única, inédita e irrepetible. Es una reconstrucción ordenada de un proceso que *“produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro desde una perspectiva transformadora”* (Jara Holliday, 2011: 4).

La sistematización de esta experiencia surge en el marco de las Residencias para Profesionales de la Salud dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El propósito de las Residencias es garantizar la formación de profesionales de equipos de salud, en función de las necesidades de la población de la provincia. En este marco, se

¹ Licenciada en Trabajo Social, UNICEN. Residente de segundo año del programa de Residencias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Correo Electrónico: elianapiqueras@gmail.com

² Licenciada en Trabajo Social, UNICEN. Residente de segundo año del programa de Residencias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Correo Electrónico: ronoemirocha@gmail.com

propone el desarrollo de aptitudes específicas en forma **secuenciada y progresiva**³, que establezcan la ejecución personal y dentro del equipo de salud, en actos de complejidad creciente en la atención integral de las personas, las familias y la comunidad, definidos en los planes de estudio prefijados. (Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, Decreto 2557/2001)

Cada sede de residencias responde a una estructura de cargos que establecen niveles de responsabilidades⁴. En el caso del Centro Municipal de Salud “Dr. Ignacio Pirovano” de la localidad de Tres Arroyos, esta estructura actualmente se encuentra incompleta siendo lxs⁵ Instructorxs quienes elaboran el plan educacional y asistencial. En la propuesta pedagógica elaborada por la Instructora de Trabajo Social se marca un “*perfil orientado al trabajo en el primer nivel de atención de la salud durante los dos primeros años de residencia y luego, el tercer año, rotación por un Servicio Específico del Hospital de Referencia*” (Bayugar; 2019: 4).

En este marco, el distrito de Tres Arroyos cuenta con 18 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en los cuales, cada año, se selecciona uno para que lxs ingresantes de Trabajo Social realicen en el plazo de dos años su rotación en Atención Primaria de la Salud. En el año 2019 se incorporan al CAPS de FO.NA.VI. dos residentes de Trabajo Social y comienzan sus procesos de intervención como una práctica conjunta. Este es el inicio de una práctica atravesada por distintos momentos que demandaron la lectura de la realidad en clave histórico-crítica.

Con la pandemia que trascendió la vida cotidiana de la población mundial, la práctica del Trabajo Social en salud y en las Residencias se vio fuertemente modificada. El primer año de residencia que transcurriría de Junio 2019 a Junio 2020, se extendería unos meses más por emergencia sanitaria, finalizando en Septiembre de 2020. En este sentido, los distintos momentos de la práctica profesional se presentaron como caóticos del cotidiano, y exigieron la lectura y comprensión de la realidad en un proceso reflexivo constante.

Esta sistematización se presenta como una práctica ordenada -y desordenada- que movilizó la aprehensión del proceso de intervención como fue vivido y problematizado.

Objetivos

A continuación se presentan los objetivos sobre los cuales se estructura esta sistematización de experiencia.

Objetivo general

- Reconstruir el proceso de inserción de dos residentes de primer año de Trabajo Social en el Centro de Atención Primaria de la Salud del barrio FO.NA.VI. de la ciudad de Tres Arroyos, para realizar una interpretación crítica de esta experiencia.

³ El subrayado es nuestro.

⁴ En el Reglamento se establece una línea jerarquizada de la siguiente manera: a) Residentes, según año de Residencia (3 niveles); b) Jefxs de Residentes; c) Instructor/a de Residentes; d) Jefx de Servicio; e) Jefx de Docencia e Investigación; f) Directorxs de Establecimiento (este último siendo la máxima autoridad de residentes).

⁵ En esta sistematización se empleará un lenguaje inclusivo, utilizando la “x” para hacer referencia a las personas en general, en pos de reconocer e incluir la diversidad de géneros y, los pronombres masculinos o femeninos para aludir a personas particulares/específicas que se identifican con dichos géneros. Por otra parte, las citas y nombres de programas no están sujetos a modificaciones.

Objetivos específicos

- Analizar la experiencia desde la perspectiva histórico-crítica en Trabajo Social;
- Realizar un análisis del proceso de inserción al equipo de salud del CAPS FO.NA.VI.;
- Caracterizar las políticas sanitarias vigentes y sus criterios de accesibilidad;
- Identificar actorxs del territorio, tanto individuales como colectivxs;
- Dar cuenta de las propuestas interdisciplinarias e interinstitucionales de trabajo territorial;
- Caracterización general de la población a partir de los datos generados mediante un Análisis de Situación de Salud;
- A través de la incorporación de la teoría de Atención Primaria de la Salud, (promoción y prevención de la salud, accesibilidad, intersectorialidad, entre otras), dar cuenta de las estrategias proyectadas;
- Dar cuenta de la práctica en movimiento, transitando una situación extraordinaria en el ámbito de la salud como es la pandemia COVID-19.

Recuperación de la experiencia

Primer momento

Caracterización del territorio: zona programática

Esta experiencia inicia persiguiendo uno de los objetivos de rotación del primer año: la elaboración de un Análisis de la Situación de Salud (ASIS). El ASIS, representa una herramienta científico-metodológica para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios. Es una herramienta fundamental para el conocimiento situacional particularizado del territorio, sus actorxs, destinatarixs y usuarixs del sistema público de salud. En este sentido, la elaboración de un ASIS permite a las residentes el inicio de la inserción en el territorio, así como adentrarse en aspectos teórico-metodológicos⁶ del campo de la salud. En el presente trabajo no se desarrollará todo el instrumento, en tanto el objetivo de esta sistematización es reconstruir la experiencia de las residentes en el primer año, más allá de los objetivos propios de la Residencia.

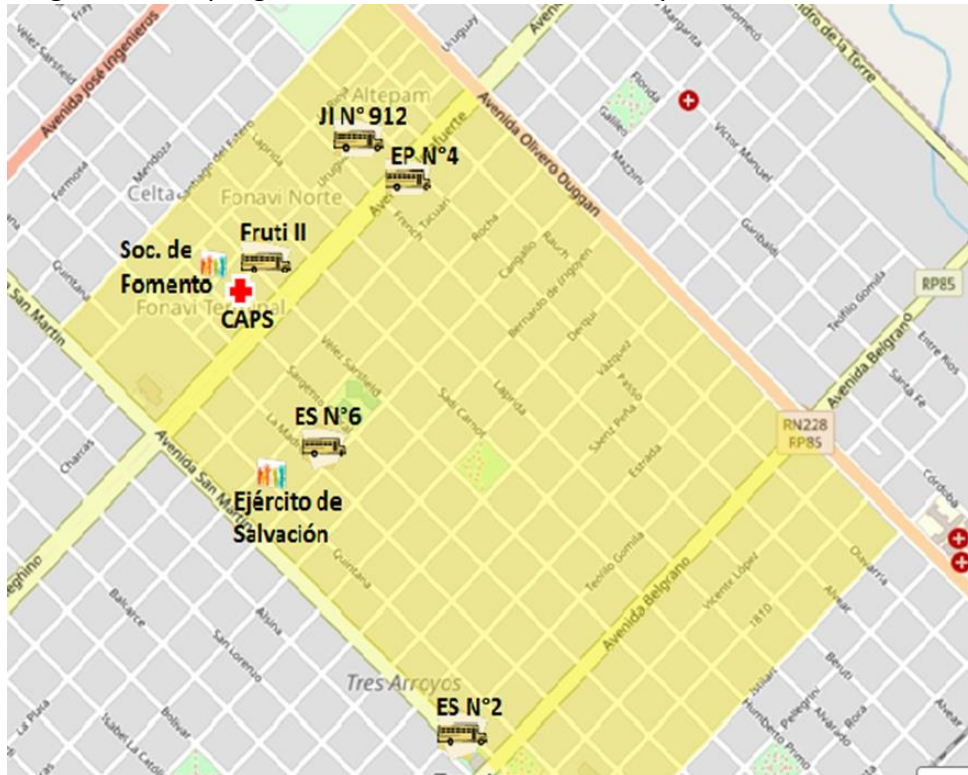
En este sentido, el proceso de intervención se inició en el *Centro de Atención Primaria de la Salud FO.NA.VI*. El siguiente gráfico⁷ corresponde a la sectorización y definición del municipio de la zona programática FO.NA.VI, que indica espacialmente la delimitación de la población destinataria⁸ del mismo.

⁶ La elaboración de un ASIS (Piqueras, Rocha y Duplaá, 2020) requirió la lectura de material bibliográfico específico, la búsqueda de antecedentes de distintos relevamientos en la ciudad, la selección de metodología, la elaboración de instrumentos de relevamiento (encuestas semiestructuradas), la selección de población-objeto, entre otras.

⁷ En este gráfico se identifican también las instituciones relevadas para la elaboración del ASIS

⁸ La categoría destinatarix refiere a la totalidad de la población que puede acceder al CAPS (quienes habitan dentro de la zona programática delimitada por el municipio). Aquí se diferencia de la categoría de usuarix, que indica quienes realmente acceden al mismo.

Imagen 1: Zona programática FO.NA.VI. , Tres Arroyos, Pcia de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia

El territorio de la experiencia se encuentra ubicado entre: Av. San Martín, Santiago del Estero, AV. Olivero Duggan e Istiliart de la ciudad de Tres Arroyos. El mismo comprende los barrios: Planes de vivienda FO.NA.VI. Norte, FO.NA.VI Terminal y Altepam, barrio Torre Tanque y Residencial. En este aspecto, la primera hipótesis de la zona programática fue caracterizarla por una alta densidad poblacional, debido a su ubicación, ya que incluye parte del centro del casco urbano.

Otro aspecto relevante es la existencia de una multiplicidad de instituciones, servicios públicos y espacios recreativos y deportivos, donde se encuentran: diez instituciones educativas (desde el nivel inicial hasta el terciario); seis organizaciones de la sociedad civil; seis organismos estatales; seis espacios recreativos y deportivos.

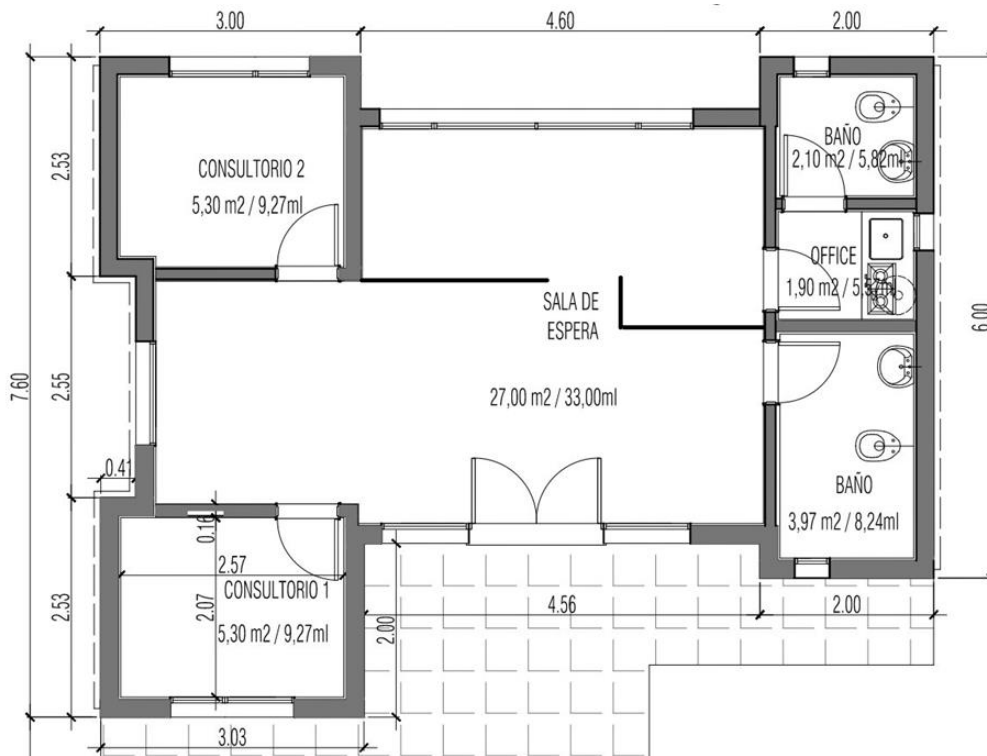
A partir de esta caracterización, se decide diferenciar entre dos áreas: la zona programática y la zona de influencia. Esta última hace referencia al territorio del cual provienen mayormente los usuarios del sistema de salud pública, que son, quienes viven más cerca del CAPS, es decir, pobladores del barrio FO.NA.VI. Terminal, y quienes efectivamente acceden al sistema público de salud. Desde ahí la relevancia de tomar como criterio de relevamiento a la población de la zona de influencia para elaborar el ASIS.

Proceso de inserción al Centro de Atención Primaria de la Salud FO.NA.VI (CAPS)

Como se observa en el gráfico de la zona programática, el CAPS se ubica en la calle Uruguay N°330. El mismo, junto con el Jardín Maternal Frutillitas II y la Sociedad de Fomento, se encuentran construidos sobre una plaza pública, que corresponde a un espacio verde dentro de la planificación del plan de vivienda FO.NA.VI. Terminal. Esta

irregularidad implica que el CAPS no cuenta con escritura de propiedad, repercutiendo en el acceso a servicios públicos, específicamente, a la red de gas natural, por lo que el sistema de calefacción del edificio se adquiere mediante gas envasado.

Imagen 2: CAPS FO.NA.VI. Zona programática FO.NA.VI, Tres Arroyos, Pcia de Buenos Aires



Fuente: Secretaría de Obras públicas - Municipalidad de Tres Arroyos

El plano es el diseño original del CAPS, elaborado desde el municipio. Se agregan las líneas negras en la sala de espera que representan dos paredes de durlock construidas con posterioridad. En el momento de inserción en el consultorio N°1 se realizaba vacunación y atención de la Trabajadora Social⁹; en el consultorio N°2 atención por parte del médico; y, detrás de la pared de durlock enfermería realizaba curaciones. Sobre este último espacio, agregamos que posee paredes que no llegan hasta el techo y no tiene puerta, por lo tanto la división entre un lugar y otro es a través de una cortina de tela, impidiendo la privacidad ya que este espacio también lo conforma un pasillo que lleva a la cocina y al tocador¹⁰.

De esta manera, el escenario donde se inició el proceso de inserción se constituía sobre un espacio físico reducido, que condicionaría la práctica, así como también, se convertiría en una barrera tanto para la accesibilidad de la población como para desarrollar acciones desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Entendemos por ella:

⁹ En cada rotación las residentes tienen unx referentx institucional de Trabajo Social, que trabaja de manera articulada con las mismas, realizando un acompañamiento en el proceso formativo.

¹⁰ Nos referimos al tocador del personal, en tanto el otro (destinado a usuarixs) se utiliza como depósito.

Una estrategia de acceso a niveles crecientes de cobertura y de respuesta efectiva, a la vez que una filosofía sustentada en el derecho a la salud y la equidad en el acceso y el disfrute de sus resultados (...) Entre esas categorías y espacios, la APS debe ser activa en la búsqueda de problemáticas a través de las demandas explícitas o las necesidades implícitas (Bianco y Grigaitis, 2005: 16).

En este sentido, se comprende que los proyectos que se desarrollarían tendrían que tener en cuenta este condicionante, ya que llevar adelante, por ejemplo, talleres y/o charlas, implicarían la búsqueda de otro espacio físico.

En cuanto a la composición de los equipos de salud al momento de ingresar al CAPS, se conocía, desde la formalidad, que se integraban por¹¹:

- Médicx generalista,
- Enfermerx,
- Promotorx de la salud,
- Trabajadorx social,
- Nutricionista,
- Licenciadxs en Psicología,
- Licenciadxs en Obstetricia.

Sin embargo, en la práctica concreta se observó que el Equipo de FO.NA.VI se componía por:

- Promotora de la salud,
- Trabajadora Social (TS),
- Administrativa.

Quienes suscriben estas líneas entienden por Equipo de Salud al personal permanente en el centro de salud, que sostiene las actividades diarias y el funcionamiento del CAPS. Con esta concepción, si bien al CAPS concurren una Lic. en Nutrición y Lic. en Obstetricia, lo hacen desde su especialidad en consultorio, es decir, mediante programación de turnos en días y horarios específicos (2hs semanales cada profesional)¹². En relación al Médico Generalista, al mes de Junio de 2019, asistía dos días por semana un profesional perteneciente a otro Equipo de Salud.

De otra parte, desde la página oficial del Centro Municipal de Salud se presentaba a los CAPS desde un abordaje integral de las personas, donde se realizarían las siguientes acciones:

- Atención y asistencia,
- Gestión,
- Visitas domiciliarias,
- Trabajo con orientación comunitaria,
- Difusión a la comunidad.

¹¹ Así lo comunica la página oficial del Centro Municipal de Salud <https://centrodesaludtsas.com.ar/primer-nivel-atencion/caps>

¹² Respecto a Psicología, el CAPS no cuenta con dicha profesión.

Teniendo en cuenta la infraestructura del CAPS, la composición del Equipo mencionada anteriormente, y las condiciones de contratación de distintos profesionales¹³, las tareas desde la estrategia de APS, específicamente lo relacionado al abordaje territorial, quedaban en segundo plano.

En este marco, el Equipo de Salud coexistía con cambios permanentes de personal, encontrando distintos profesionales a través de los meses. En el mes de junio ingresaban nuevas profesionales al equipo de salud: enfermera, médica, residente de cuarto año de Medicina General (MG) y dos residentes de Trabajo Social (TS). Con estos ingresos, se reestructuró el Equipo de Salud, al mismo tiempo que el médico y la administrativa fueron reemplazados.

En este contexto, las residentes de Trabajo Social asistían al CAPS los días en los cuales se encontraba su referente. Cabe destacar el lugar que se le da a la profesión de Trabajo Social, que depende de la Secretaría de Desarrollo Social. Los lineamientos de dicha Secretaría se orientan bajo el paradigma asistencial, dirigiendo acciones como: prestaciones focalizadas, atención a la demanda espontánea (aislada, despolitizada y desvinculada de otros factores). Asimismo otra característica de este espacio ocupacional es el horario laboral acotado, en tanto las profesionales trabajan en dos CAPS, asistiendo dos o tres días a la semana a cada uno de ellos¹⁴.

En este marco, las residentes comenzaron a proyectar distintas estrategias de inserción en el Equipo de Salud, desde una perspectiva de Salud Integral. En este trabajo se comprende a la salud integral como:

la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio en el que vive. (...) Así el hombre tendrá salud en la medida que pueda resolver los conflictos que se le plantean, lo cual implica, fundamentalmente, considerarlo como un ser activo que participa en el logro de su salud (Kornblit y Mendez Diz, 2000: 9).

En otras palabras, la salud integral implica, además de analizar los aspectos biológicos, comprender que influyen diferentes factores, como lo cultural, social, económico y político, condicionando el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (en adelante S-E-A-C)¹⁵.

¹³ Tales son los casos de: la Promotora de Salud que se encontraba con contrato renovable año a año a través del Programa Médicos Comunitarios (con demoras en el pago del salario); y las Lic. en Obstetricia y Nutrición que asisten de manera polivalente a los CAPS de la ciudad, cubriendo dos horas semanales en cada uno de ellos.

¹⁴ El marco que se le da a la profesión del Trabajo Social se liga a la atención a la demanda espontánea, en donde la permanencia de lxs profesionales en el espacio territorial del CAPS no es prioritaria, dificultando procesos de intervención desde la estrategia de APS. En otras palabras y en ejemplos concretos, en un total de dos días que se destinan a cada CAPS, lxs profesionales son llamadx a “cubrir” la atención en la sede de la Secretaría, de manera que se interrumpe el trabajo en CAPS, dificultando su participación en reuniones de equipo, proyectos, acciones en territorio, visitas domiciliarias, entre otras. En este marco, el tiempo destinado a la atención tiende a reducirse, imposibilitando la continuidad de los procesos de intervención (el trabajo intersectorial, los acompañamientos familiares, la elaboración de proyectos comunitarios, la proyección con el Equipo de Salud). Por otro lado, reconocemos que cada profesional posee su autonomía relativa, pero aquí presentamos el marco de este espacio laboral.

¹⁵ Ver Kornblit y Mendes Diz (2000).

En primer lugar, se propuso el acercamiento a las instituciones más próximas al CAPS para conocer la visión de lxs actorxs territoriales respecto a las problemáticas del barrio. Para ello se elaboró un instrumento de relevamiento de datos de cada institución en relación a: referentes; población destinataria; cantidad de usuarixs y zona de proveniencia; prestaciones, programas y proyectos; problemáticas abordadas; y actividades interinstitucionales. En segundo lugar, se comenzó a confeccionar la planilla de relevamiento poblacional en conjunto con la residente de MG. Estos dos instrumentos fueron el insumo con el cual se proyectaba la elaboración del ASIS.

Una vez formulado el instrumento que se utilizaría desde la residencia, a fines de junio, surgieron algunas cuestiones que dificultaron el inicio del relevamiento. En paralelo, desde el municipio lanzaron una campaña llamada “Salud va a tu casa: Campaña + frío - bronquiolitis”¹⁶, que se realizaría en tres zonas programáticas, entre ellas FO.NA.VI. Al mismo tiempo, comenzaron las campañas electorales, visualizándose en los barrios la entrega de folletería puerta a puerta de diferentes partidos políticos. En otras palabras, en la misma zona programática se presentaban en los domicilios tres organizaciones con diferentes objetivos¹⁷.

A partir de la concurrencia y vinculación con el Equipo de Salud se visualizaron situaciones que daban cuenta del funcionamiento de manera multidisciplinar¹⁸ en donde cada profesional intervenía desde su campo. Problematizando esta situación en los distintos espacios de Instructoría¹⁹, la residencia de Trabajo Social propuso el trabajo interdisciplinario e interinstitucional como horizonte. Desde allí que, se toman los aportes de Stolkiner (2005), quien señala que el enfoque interdisciplinario supone el reconocimiento de la incompletitud de todo saber disciplinar. Con el objetivo de establecer espacios de diálogo de manera horizontal, se buscó restablecer las reuniones de Equipo, que por distintos motivos²⁰ se habían discontinuado. Entendiendo que cada profesión aborda un aspecto parcial de cada situación que se presenta, resulta fundamental la conversación de saberes para abordar las problemáticas desde el paradigma de la salud integral.

¹⁶ La misma discursivamente consistía en una encuesta realizada en hogares, con los objetivos de obtener información acerca de la bronquiolitis en niñxs de 0 a 24 meses y promover y prevenir la salud en sus hogares. El programa estuvo a cargo del Coordinador de los CAPS y fue operativizado por promotorxs y estudiantes de enfermería. En lo concreto, se pudo observar que fue parte de la campaña electoral del movimiento vecinalista (partido de gobierno), que con esta acción buscaba demostrar, a través de los medios de comunicación, la presencia en el territorio.

¹⁷ En varias oportunidades las personas que atendían al llamado mencionaban que ya habían pasado, o que no les interesaba la propuesta, manifestando una confusión entre el relevamiento municipal, las campañas electorales y el relevamiento realizado por la Residencia. Teniendo presente esto, se modificó de manera constante dónde (barrios) y cuándo (horarios) realizar el relevamiento.

¹⁸ Entendemos a la multidisciplina como la suma de saberes individuales y específicos relativos a su formación.

¹⁹ Los espacios docentes denominados “instructoría”, brindan “herramientas teórico-metodológicas y conceptuales, para analizar, problematizar e intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, aportando una lectura específica teniendo en cuenta los atravesamientos históricos, culturales, socioeconómicos e ideológicos, tanto de los sujetos como de los grupos sociales con los que trabaja en la actual coyuntura” (Bayugar, 2019:5).

²⁰ El Equipo de Salud del CAPS había sufrido una reestructuración continua, existiendo periodos con ausencia de profesionales.

Estas reflexiones y objetivos se proponían romper con la mirada sobre la realidad inmediata, como señala Montaña (2014), superando el análisis del CAPS como una microexperiencia local. En este camino, fue importante entender que, las características del momento de inserción: discontinuidad del personal de salud, intervenciones aisladas, precarización laboral y baja inversión en infraestructura forman parte de la estructura del sistema de salud y el contexto a nivel local, provincial y nacional.

En relación a esto, se entiende a la organización del sistema de salud como una modalidad típica de intervención del Estado que, en las últimas décadas y de la mano de las políticas neoliberales, descentralizó sus servicios, otorgando a los municipios la responsabilidad de dar respuesta a la atención de salud de su población. En paralelo, el Estado nacional y provincial, financiaban parcial y discrecionalmente a las jurisdicciones. Ahora bien, cuando se piensa en políticas públicas también es preciso agregar su componente político-partidario. En este sentido, el otorgamiento de financiamiento, tiene relación con quien gobierna y su orientación político-ideológica. En el caso de Tres Arroyos, nos encontramos con la particularidad de que el gobierno es llevado adelante por el Movimiento Vecinalista, sin estructura a nivel provincial y nacional.

A partir de esto, una de las cuestiones que pudimos notar es que su aparente neutralidad garantiza al gobierno local cierta libertad para dialogar con los gobiernos en los niveles superiores²¹.

El proceso de inserción se dio en un contexto socio-político que desde el año 2015 se venía reconfigurando bajo una lógica neoliberal, lo que implicó una reestructuración del Estado. Esto se vio materializado en una reorganización de las relaciones sociales y en la implementación de políticas de “austeridad”, es decir, recorte presupuestario, desfinanciamiento y desmantelamiento de políticas sociales, implicando un debilitamiento de los sistemas públicos de salud, educación, seguridad social, previsional, entre otros.

En lo que respecta al sistema de salud, se puede mencionar el retraimiento del Ministerio de Salud de la Nación a Secretaría, la propuesta de implementación²² de la Cobertura Universal de Salud (CUS) y ajustes presupuestarios. La pretendida CUS se regía bajo lógicas privatistas, implicando la retirada del Estado de la responsabilidad de garantizar la salud integral de todos los ciudadanxs. Es decir, se sustituiría la concepción de universalidad de la salud, dejando de ser concebida como derecho y ciudadanía, para ser pensada como un ámbito de consumo, donde predominara la individualización (Laurell y Herrera Ronquillo, 2010).

Como correlato, a nivel local en cuanto a los programas sanitarios en vigencia se encontraban: Programa CUS Medicamentos²³; Programa de Desarrollo de la Salud Sexual

²¹ Esto puede ser una ventaja si se proyectan políticas públicas que llegan a los municipios de manera masiva como fue durante los gobiernos Kirchneristas. En esos años se gestionaron: CIC Olimpo, Programa de Médicos Comunitarios, se edificaron los consultorios externos del hospital, entre otras. Caso contrario se da, cuando en los niveles nación y provincia se encuentran gobiernos neoliberales, que piensan a las políticas públicas desde el achicamiento de gastos, reduciendo la cantidad y calidad de programas.

²² Se hace referencia a la CUS que el gobierno nacional pretendió instalar ya que no se dio por finalizado la totalidad del proceso.

²³ El programa, se presentaba como parte del plan de Cobertura Universal de Salud, siendo la continuidad del programa REMEDIAR, iniciado en el año 2001 por el Ministerio de Salud Nacional. En estos años, junto con el cambio de denominación, se vio reducida la cantidad de medicamentos asignados en el vademécum, y la periodicidad de entrega de los mismos.

y Procreación Responsable²⁴; y Plan Nacer²⁵. En este contexto, el sistema de salud local se encontraba condicionado por la reducción presupuestaria de los niveles superiores de gobierno. No obstante, también se erigen decisiones políticas a nivel local en cuanto a dónde destinar recursos y qué prioridad tienen las distintas áreas de gobierno (seguridad, obras públicas, salud, etc.). En el caso del Vecinalismo, las decisiones se hallan bajo un posicionamiento político-ideológico liberal, que se traduce en política pública en: la asistencialización en lo social; la terciarización en edificios municipales (por ejemplo, el área de laboratorio en el hospital); la generación de empleos precarios (denominados “planes” o “asistencias técnicas”); la convocatoria a las organizaciones de la sociedad civil en el marco de la “co-responsabilidad”, entre otras.

Con esta primera caracterización del territorio²⁶, teniendo en cuenta los objetivos de primer año de la residencia, se proyectó el trabajo en redes de manera intersectorial²⁷ y la vinculación con referentes del territorio. El trabajo intersectorial permitiría ampliar los márgenes de las intervenciones, buscando la articulación con otras instituciones y referentes barriales, recuperando sus experiencias y su conocimiento del territorio. En este marco, se participó de la propuesta de vacaciones de invierno realizada por la Sociedad de Fomento y, seguidamente se propuso a su presidenta la organización del festival por el día de la niñez de manera intersectorial²⁸. Las residentes convocaron a las distintas instituciones que años anteriores habían participado de la organización del evento, teniendo como objetivo desarrollar dicho festejo, en el marco de la promoción de la salud.

En esta actividad, la participación del Equipo de Salud, tanto en las reuniones de planificación como en el evento mismo, tenía como meta trabajar interdisciplinariamente en pos de la promoción de los derechos de lxs niñxs al juego y a la recreación como parte de su salud integral, ambos derechos inalienables de la infancia. Se entiende que el trabajo interdisciplinario es una búsqueda permanente que se concreta en momentos específicos y este festival constituyó uno de ellos.

A mediados de Agosto se realizó la primera reunión intersectorial en la sede de la Sociedad de Fomento, en donde se hicieron presentes: Ejército de Salvación, Peña de San Lorenzo, Estudiantes de Trabajo Social del Instituto Superior de Formación Docente N°33, CAPS-Residencias; Sociedad de Fomento. En las siguientes reuniones se decidió fecha del día del festejo para el 1 de Septiembre, y se dividieron tareas de difusión y gestiones de recursos materiales, como sonido, juegos, juguetes, inflable y comestibles. Finalmente la actividad fue suspendida por mal clima, reprogramándose para el domingo 8 de septiembre, lo que implicó repensar las actividades. La actividad se desarrolló en la plaza

²⁴ En el período 2015-2019, dicho programa presentaba la subejecución de su presupuesto, lo cual se traducía en discontinuidad en la entrega de métodos anticonceptivos.

²⁵ En la ciudad de Tres Arroyos se implementa el Plan Nacer desde 2012. Desde el Centro Municipal de Salud en noviembre de 2019 anunciaban que Nación contraía una deuda superior a los dos millones de pesos.

²⁶ Entendiendo al territorio como *“el resultado de formas de vinculación entre distintos sujetos, en un espacio específico y con una temporalidad propia, desde donde se produce y reproduce la vida a partir de determinadas técnicas”* (Stratta y Barrera, 2009:26).

²⁷ Se propuso retomar el trabajo con otras instituciones, ya que por la fluctuación de lxs profesionales este trabajo se discontinuó desde el año 2017.

²⁸ Es preciso aclarar que el barrio FO.NA.VI. tiene una tradición de larga data en lo referido al festejo del Día de la Niñez, en el cual participan distintas instituciones de anclaje territorial.

del barrio FO.NA.VI. Terminal con amplia convocatoria, en donde niñxs, adolescentes y adultxs asistieron masivamente. La recepción por parte de la comunidad puso en relieve la cantidad de niñxs que viven en el barrio, así como la referencia que tiene la plaza como espacio de encuentro.

Lo anteriormente expuesto permitió a las residentes concretar diversas formas de acercamiento a lxs pobladorxs e instituciones de la zona programática, presentándose como parte de un Equipo de Salud.

Entendiendo la inserción como un proceso, ciertos objetivos²⁹ demandan constantemente su reformulación e involucran nuevos desafíos a la hora de realizar acciones, tanto profesionales como de manera colectiva. Mediante las actividades mencionadas se logró trabajar de manera articulada con otrxs actorxs institucionales y referentes territoriales, problematizando el sistema de salud y su funcionamiento a nivel local, sin dejar de lado los objetivos de poder identificar las problemáticas de S-E-A-C prioritarias en la comunidad.

Momento de proyección y formulación de propuestas

Tras los datos que arrojó el ASIS junto con una primera caracterización del territorio de la práctica, durante el fin de año de 2019 y principios de 2020 se proyectaron acciones con los objetivos de:

- Generar espacios para la actividad física: utilizando las postas aeróbicas y el polideportivo (inaugurado en octubre de 2019 en el área programática);
- Generar espacios para la cultura y la recreación;
- Creación de espacios recreativos y de fomento de la actividad física para adultxs mayores;
- Generar espacios de contención social y promoción de derechos de las infancias;
- Trabajar en red con instituciones territoriales, en acciones de promoción de derechos;

Con esta proyección hacia fin del año 2019 se solicitó una reunión en la Dirección de Deportes con el Equipo de Salud (enfermero, trabajadora social y residentes de Trabajo Social) y el Director de Deportes. El objetivo³⁰ fue acercar algunas problemáticas relevadas en el ASIS y fomentar la apertura de propuestas que tengan en cuenta las necesidades e intereses de la población. Desde la Dirección se informó acerca del inicio de la colonia de verano para adultxs mayores³¹, que se vinculaba con una de las problemáticas acercadas: la recreación y el fomento de actividades en esta población.

²⁹ Se refiere a los objetivos del primer año de rotación, entre los que se encuentran: generar redes; conocer diversxs actorxs, intereses, posicionamientos; conocer los recursos dentro del territorio; llevar adelante actividades interinstitucionales e intersectoriales; incorporarse al Equipo de Salud, promoviendo la interdisciplina como horizonte de las intervenciones; promoción y prevención de la salud a partir de la revinculación de la población con el CAPS.

³⁰ Se hizo hincapié en la falta de propuestas gratuitas para niñxs y la cantidad de adultxs mayores presentes en el barrio con enfermedades prevalentes que daba cuenta de la necesidad de generar propuestas desde deportes para esta población.

³¹ Tras la reunión se solicitaron fichas de salud para realizar la inscripción de adultxs mayores del barrio en la colonia. Con este fin, a partir de las planillas del ASIS se identificaron personas mayores de 50 años y se realizaron visitas domiciliarias para promover su inscripción.

En relación a generar espacios para la cultura y recreación, en el inicio del 2020, desde el Equipo de Salud se realizaron reuniones con la Sociedad de Fomento y se emitió conjuntamente una nota a la Dirección de Cultura solicitando talleres de arte y apoyo escolar, que se podrían desarrollar en el espacio físico de la Sociedad de Fomento.

Hacia fines de febrero, desde Centro de Referencia de Desarrollo Social Nación (CDR) comenzaron a convocar a la Mesa Intersectorial de FO.NA.VI, cuyos antecedentes se remontan al 2012. Desde el CAPS históricamente se formó parte de la Mesa y, el año 2019, se motorizó su reactivación mediante el festival por el día de la niñez, con un número de seis instituciones. En el año 2020, la mesa quedó conformada por: CAPS FONAVI; CDR; Ejército de Salvación; Peña de San Lorenzo; Jardín Maternal Frutillitas II; Centro de Salud FO.NA.VI; Sociedad de Fomento FO.NA.VI, Jardín de Infantes N° 912; a: Escuela Primaria N°4; Centro de Provincial de Atención (CPA); INTA; siendo un total de 10 instituciones.

La convocatoria a nuevas instituciones implicaba la re-caracterización de la mesa, con nuevos actores. A partir de entonces se da cuenta que la ampliación de la convocatoria por parte del CDR se encontraba relacionada al cambio de gobierno a nivel nacional³².

En este nuevo escenario, el 13 de marzo se realizó la primera reunión de la Mesa, en donde se presentaron todas las instituciones y se expusieron los objetivos de trabajar en el fortalecimiento de políticas destinadas a la población de los barrios FO.NA.VI. y la intencionalidad de sostener las reuniones de manera periódica.

Segundo momento

Las implicancias del virus que se convertiría en pandemia

En este momento de proyecciones, irrumpió una situación extraordinaria a nivel mundial que modificaría al conjunto de la sociedad. El virus "COVID-19", que tuvo origen en China en diciembre de 2019, se extendió a más de 110 países, siendo declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia debido a su propagación. En los medios de comunicación se podía visualizar cómo esta pandemia había afectado fuertemente a los países más desarrollados, devastando sus sistemas de salud y dejando como resultado graves consecuencias en términos de S-E-A-C. Las imágenes más impactantes que recorrieron el mundo mostraban personas en los pasillos de los hospitales por ausencia de camas y respiradores, y decenas de muertos en las calles.

Aquí es necesario mencionar que la pandemia asumió diferentes manifestaciones según regiones y el desarrollo de cada país. En este sentido, retomando la lectura precedente es necesario caracterizar la orientación político-ideológica del gobierno que asumió a finales del 2019.

A partir de la llegada del Frente de Todos al gobierno nacional y provincial, el escenario se modificó, y el discurso asumido volvió a colocar al Estado en el centro de la responsabilidad de garantizar derechos. En esta línea, ante un sistema de salud deteriorado, una de las primeras medidas que se tomó, fue el restablecimiento del Ministerio de Salud de la Nación y la puesta en marcha de políticas sanitarias, como por ejemplo, la restitución del Programa Remediar³³.

³² Desde el CDR, con nuevas directivas y tras cuatro años de repliegue de políticas en territorio, buscarían un trabajo que les brindara mayor visibilidad en la ciudad.

³³ Véase: Ministerio de Salud, Resolución 248/2020.

En este contexto, a principios de marzo de 2020, el virus COVID-19 llegó a Argentina, y comprendiendo el agravamiento de la situación epidemiológica a nivel mundial y la inexistencia de una vacuna, el gobierno nacional adoptó medidas de carácter urgente. Se declaró la emergencia sanitaria y se impulsaron las primeras medidas de prevención: el “Distanciamiento Social” y el “Aislamiento Voluntario” que comenzaron a regir a partir del 13 de marzo. Asimismo, el Ministerio de Salud comenzó campañas de difusión de protocolos y guías, sobre estrategias de prevención, atención, contención y mitigación frente al COVID-19. A su vez, se suspendieron vacaciones y licencias al personal de salud, quienes constituirían el primer grupo denominado “trabajadores esenciales” en el marco de la emergencia sanitaria.

A nivel local, el 17 de Marzo se realizó un ATENEO de COVID-19 destinado a trabajadorxs de APS, dictado por un epidemiólogo, en donde se abordaron cuestiones generales en torno a la enfermedad, como medidas de prevención, sintomatología, consecuencias del contagio y población de riesgo³⁴.

A pesar de la emergencia sanitaria y el llamado a realizar un “Aislamiento Voluntario”, no se pudo contener la circulación del virus. De manera que, a partir del 20 de Marzo se dispuso el “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (ASPO)³⁵.

El ASPO se constituyó en la única medida posible para evitar la propagación del virus y en ese tiempo permitiría abastecer el sistema de salud, que había sufrido un importante desfinanciamiento durante las políticas neoliberales signadas por el gobierno anterior³⁶.

A su vez, las consecuencias políticas, económicas y sociales que dejaba el gobierno de Cambiemos, se profundizaron con la pandemia. En este sentido, el Gobierno Nacional adoptó una serie de medidas entre las que se pueden mencionar: “Ingreso Familiar de Emergencia” (IFE); suspensión y/o extensión en el pago de impuestos; refuerzos económicos para jubilados y beneficiarios de programas sociales; y programa de “Asistencia de Emergencia al Trabajo” (ATP)³⁷; entre otras.

Momento de reformulación de propuestas de intervención

Esta breve contextualización de la pandemia permite comprender el impacto que generó en el desarrollo de la vida cotidiana del conjunto social. Fue un momento de crisis sobre el proceso de intervención que se venía llevando adelante, interpelando y sensibilizando a las residentes. La realidad desestructuró y desorganizó todas las proyecciones y líneas de intervención.

En este punto vale aclarar que no sólo afectó los procesos de intervención de las residentes sino que afectó la modalidad de organización de la Residencia. La organización de los espacios docentes (instructorías) se daba en tres momentos: instructoría integrada (residentes de MG y de TS), instructoría por año e instructoría de Trabajo Social (internivel). En principio se suspendieron estos espacios presenciales hasta que se

³⁴ Tomando estadísticas de otros países, se podía afirmar que el virus afectaba mayormente a personas mayores de 65 años y/o quienes que tuvieran enfermedades crónicas preexistentes.

³⁵ Véase Decreto 297/2020

³⁶ Ante la emergencia sanitaria, el gobierno provincial propuso la ampliación de recursos, como por ejemplo, aumento de la capacidad de las terapias intensivas, adquisición de equipamiento y contratación de profesionales, entre ellos, se dio continuidad y efectividad a residentes de distintas especialidades.

³⁷ Decretos: DCTO-2020-626-APN-PTE - Ingreso Familiar de Emergencia; DCTO-2020-823-APN-PTE-Asistencia de Emergencia Para la Producción y el Trabajo. Disponibles en:

<https://www.boletinoficial.gob.ar>

retomaron en formato virtual. Estos espacios remotos garantizaron el encuentro del equipo de residentes, permitiendo la continuidad de las reflexiones colectivas y reformulación de los procesos de intervención.

En este sentido, se requirió una pronta asimilación de las nuevas modalidades de comunicación, para reelaborar propuestas ante esta situación de incertidumbre. Los espacios de instructoría fueron fundamentales para realizar las reflexiones sobre las cuales se funda este escrito, aportando desde bibliografía hasta espacios de encuentro (virtuales y presenciales).

Retomando el análisis, en el mes de marzo el CAPS sufrió cambios relacionados a la dinámica del sistema de salud municipal. Desde que inició la emergencia sanitaria, miembros del Equipo³⁸ del CAPS solicitaron licencias por ser población de riesgo. La licencia de la médica³⁹ no fue reemplazada, es decir, la mayor parte de la demanda no recibía la atención requerida. Esta situación fue problematizada y planteada a los directivos del hospital en reiteradas oportunidades.

Por otro lado, desde la Secretaría de Desarrollo Social se reorganizó la atención, concentrando a los trabajadores sociales de los CAPS en la sede de la Secretaría. Los trabajadores sociales atendían en una franja horaria limitada y a puertas cerradas (telefónicamente y, más adelante, mediante ventanilla). Como consecuencia, una cantidad relevante de personas no logró satisfacer sus demandas y/o problemáticas. A partir de ese momento, el vínculo con la trabajadora social, referente de las residentes, debía desarrollarse a través de reuniones remotas o por fuera de la institución de salud.

En resumen, en el período marzo-mayo del 2020, el Equipo de Salud quedó compuesto por: enfermero, administrativa y residentes de TS. La ausencia de profesionales, sumada a las condiciones edilicias del CAPS, limitaba aún más las posibilidades de atención, en tanto no se podían respetar las medidas de seguridad, específicamente el distanciamiento físico. En lo concreto, teniendo en cuenta las recomendaciones en cuanto al distanciamiento, al CAPS sólo podrían ingresar 2 personas para su atención, quedando en las inmediaciones del lugar quienes superaran esa capacidad.

Recordemos que en el Centro de Salud se había reorganizado la asistencia de todos los profesionales, incluyendo las residentes de Trabajo Social, las cuales en el inicio de la pandemia asistían de manera alternada. En este punto es importante resaltar las particularidades de la residencia, que promueve la práctica profesional en dupla durante los dos años de APS. Retomando entonces, la organización alternada permitía flexibilizar el horario y asegurar mayor presencia en el CAPS⁴⁰. Es decir, se tornó necesario que las residentes re-significaran y re-direccionaran sus estrategias de acción.

Partiendo de las limitaciones que suponía el ASPO, fue fundamental la activación de la red social Facebook del CAPS⁴¹ que estaba en desuso. La tecnología comenzó a ocupar un papel central en la vida cotidiana de las personas, ya que se constituyó en la principal herramienta de comunicación. A partir de allí, se difunde periódicamente información

³⁸ Promotora de Salud y Médica.

³⁹ En cuanto a la residente de MG, su asistencia (debido a las distintas demandas y particularidades de la disciplina ante la emergencia sanitaria) fue irregular durante todo el período, garantizando por momentos dos días de atención.

⁴⁰ La asistencia de las dos residentes se daba, por un lado, de manera remota (atención de redes), y por otro lado, mediante la asistencia presencial.

⁴¹ Ver: <https://www.facebook.com/fonavi.terminal.3>

relacionada a: medidas de cuidado personal y sintomatología; fechas de cobro del IFE, tarjeta alimentar y/o pensión no contributiva; días y horarios de atención del CAPS y formas de comunicación; entre otras.

A principios de abril de 2020 se dio a conocer, por parte del Secretario de Salud, el primer caso confirmado de COVID-19 para Tres Arroyos lo que implicó un cambio en la cotidianidad de la ciudad, donde se intensificaron las medidas de cuidado. Ante esta situación se pensaron líneas de acción que permitieran acompañar al Equipo en algunas labores y realizar un abordaje comunitario, comprendiendo la necesidad de atender la demanda inmediata, lo urgente.

Al mismo tiempo, comenzaron a llegar las primeras dosis de vacuna antigripal, que teniendo en cuenta el contexto, tuvo mayor demanda que otros años. Para garantizar la aplicación de dichas vacunas, desde el equipo de salud se buscaron estrategias que permitieran respetar las medidas de prevención. De esta forma, la vacunación se organizó mediante turnos asignados telefónicamente, dentro de una franja horaria determinada que no se superpusiera con otras acciones⁴².

En la búsqueda de llevar adelante estrategias de promoción y prevención de la salud, se realizaron acciones de abordaje territorial, identificando a través de los datos relevados del ASIS, la denominada “población de riesgo”. A partir de esta información, se realizaron visitas domiciliarias, con el fin de conocer el estado de salud de las personas, socializar información respecto a los cuidados, comunicarles la reorganización del CAPS e indagar acerca de la emergencia de problemáticas y/o necesidades en el marco del ASPO.

Pensando (nos) en colectivo: reuniones intersectoriales.

Para el mes de mayo, el paciente positivo de COVID-19 se encontraba dado de alta, y la ciudad continuaba sin nuevos casos. Esta situación ampliaba el panorama que permitía repensar el proceso de intervención. Comprendiendo la dimensión que asumió la pandemia, resultaba necesario retomar el trabajo interdisciplinario e intersectorial, para garantizar una mayor capacidad de respuesta a las demandas de la población. A mediados de mayo, se restablecieron las reuniones de la Mesa Intersectorial que habían estado interrumpidas. Las primeras reuniones estuvieron direccionadas a desarrollar estrategias desde la promoción de derechos. En este sentido, a partir de la problematización de las medidas sanitarias y recomendaciones en cuanto a la prevención del COVID-19, desde la residencia de Trabajo Social se propuso la elaboración de tapabocas y su distribución gratuita. Esta propuesta buscaba la accesibilidad a este tipo de medidas preventivas para la población de la zona programática.

En este marco, se planificaron acciones para producir y entregar tapabocas a la población. Por un lado, se gestionaron donaciones de telas y se convocó por diferentes medios (redes y visitas domiciliarias) a personas que pudieran colaborar en su confección. Por otro lado, se articuló con una cooperativa textil, quien realizó una donación de tapabocas. Como resultado se produjeron y distribuyeron más de 400 tapabocas, acompañados de un folleto con recomendaciones de prevención de la propagación del virus.

⁴² Aclaremos que una de las medidas que tomó el municipio fue la desinfección de los CAPS por parte de Bromatología dos veces por día. Asimismo el personal de limpieza asistía dos veces diarias. De esta manera, en estos momentos el equipo de salud y la población que asistiera al CAPS debía permanecer fuera de la institución.

Otra de las acciones llevadas adelante desde la Mesa Intersectorial, surgió a partir de la problematización de la situación laboral de la población, en donde se observaba un aumento de emprendimientos en un contexto en el cual se reconocía el impacto de la pandemia en la pérdida de ingresos. Es así que se decidió crear un sitio en la red social Facebook para la difusión de estos emprendimientos⁴³.

Por último, desde inicios de junio se comenzó a planificar el Día de las Infancias⁴⁴. Históricamente, este festejo ha sido organizado por diferentes instituciones y ha significado para la población de FO.NA.VI un día de encuentro, celebración, recreación y juegos para lxs niñxs y sus familias. En el contexto de pandemia, quedando imposibilitada esta forma tradicional de festejo, desde la Mesa Intersectorial se pensaron estrategias para que lxs niñxs pudieran festejar su día, entendiendo al juego como un derecho y como parte de la salud integral de las personas. Así se planificó la entrega de un juego didáctico, llamado “Loco Lope”⁴⁵ y una bolsa de golosinas. A través de diversas donaciones, se realizaron 100 de ellos, para que lxs niñxs pudieran armarlo junto a sus familias. Los regalos fueron entregados durante la segunda semana de Agosto desde las diferentes instituciones que conforman la Mesa.

Repensando la práctica

A nivel nacional, el país se encontraba bajo el sistema de fases⁴⁶ que dio inicio en el mes de abril. Las provincias y ciudades de acuerdo a la situación epidemiológica transitaban diferentes fases, que se evaluaban considerando: número de contagios, circulación comunitaria, capacidad de dar respuesta del sistema de salud, entre otras. En este sentido, existían diversas realidades que contrastaban con lo vivenciado en la ciudad. Tres Arroyos, desde mediados de abril, se encontraba en fase 5 quedando habilitadas, por un lado, diversas actividades sociales (gimnasios, bares, reuniones familiares, paseos por espacios públicos, entre otras) respetando las medidas de prevención con protocolos específicos. Por otro lado, las instituciones educativas continuaron de manera remota en casi todo el país, principalmente en la provincia de Buenos Aires.

Es necesario resaltar que, en el período de análisis, desde el sistema de salud local no existieron directivas para el primer nivel de atención en relación a la promoción y prevención de la salud en el marco de la estrategia de APS. En este sentido, cada CAPS se organizó en función de sus propias proyecciones con la comunidad y sus recursos disponibles.

Durante los meses de mayo y junio de 2020, en el CAPS FO.NA.VI se sucedían cambios respecto a la atención. Nuevamente comenzaron a asistir dos días a la semana la Trabajadora Social y la residente de Medicina General (atención con turnos). Quedando conformado el Equipo de Salud por: profesionales enunciadas, enfermero, administrativa y dos residentes de Trabajo Social.

⁴³ El sitio de la mesa es: <https://www.facebook.com/mesaintersectorialfonavi>

⁴⁴ Se toma la definición a partir de resignificación que se impulsa desde la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF). El término “día de las infancias” busca comprender que existen diversas formas de vivir las infancias.

⁴⁵ El juego consiste en la entrega de materiales (media can-can, arena, semillas, ojos y bocas de goma eva) para el armado de un muñeco. Se acompaña de un instructivo para su realización y consiste en el crecimiento del pasto en la parte superior de la “cabeza”, simulando pelo.

⁴⁶ Véase: <https://normas.gba.gob.ar/covid-19>

Durante todo este período las residentes de Trabajo Social continuaron realizando visitas domiciliarias de prevención y promoción de la salud, junto con la entrega de tapabocas y regalos del día de las infancias, como estrategia para fortalecer los vínculos con la comunidad.

Teniendo en cuenta que la pandemia afectó transversalmente la práctica diaria, se hace hincapié en la relevancia que adquirió el espacio de Instructoría, que posibilitó realizar un análisis crítico del proceso de intervención profesional, problematizar el cotidiano, en tanto:

Ante esta situación compleja no se trata de estar presente de cualquier modo y hacer a cualquier costo, apelando a imperativos morales que refuerzan un lugar heroico sino problematizar el modo de estar, el para qué, y reforzar las estrategias de organización a fin de garantizar los propios derechos y los de lxs usuarixs (Barcos, Couderc, Mamblona, Paradela y Recoder, 2020: 53).

En el espacio de instructoría se llevó adelante la problematización del contexto y por momentos se dio mayor centralidad a lo emergente. La atención de la emergencia fue una estrategia necesaria para dar respuesta a las demandas de la realidad en un momento determinado, es decir, el principio de la pandemia. En el nuevo escenario, se realizaron acciones interdisciplinarias junto con enfermería, en la búsqueda de realizar abordajes desde la perspectiva de salud integral (visitas domiciliarias⁴⁷, propuestas interinstitucionales⁴⁸). Con estas propuestas en marcha, en julio, entró en licencia el enfermero por un accidente laboral, quedando parcialmente cubierto el puesto por distintos profesionales⁴⁹. Esta irregularidad que duraría un mes y medio, interrumpió las acciones interdisciplinarias, así como el inicio del proyecto interinstitucional.

Teniendo en consideración la inmediatez del contexto, en la búsqueda de trascender la estrategia de la atención de los emergentes, se continuó proyectando estrategias, tornándose *“indispensable que en estas nuevas configuraciones podamos seguir pensando la atención de la salud en términos integrales, reconociendo la prioridad que tiene hoy el COVID-19, pero sin reducirla a ella”* (Barcos, Couderc, Mamblona, Paradela y Recoder, 2020:55).

En este sentido, retomando las líneas de intervención proyectadas a principio de año, se evaluó el impacto de la pandemia en las problemáticas ya detectadas a partir del ASIS. Una de ellas, la situación de las infancias en relación a la falta de propuestas de recreación, arte, juego y deportes, se profundizaría. En el contexto de pandemia, las

⁴⁷ En reuniones de Equipo se ponían en diálogo distintas situaciones familiares/individuales de la población del territorio, y se evaluaban estrategias de intervención conjuntas que iniciaban como visitas domiciliarias para luego reelaborar acciones concretas. Por ejemplo, desde enfermería se realizaban acciones de curación domiciliaria en familias atravesadas por situaciones de violencia de género, por tanto la intervención desde el Equipo trascendía la acción de curación, realizando un acompañamiento integral.

⁴⁸ En tanto no eran posibles los encuentros presenciales, se dialogó en reuniones de Equipo cómo retomar el trabajo territorial e interinstitucional utilizando las formas de comunicación posibles en el contexto. Se retomó la articulación con la EP N°4, proponiendo la elaboración de videos challenge del lavado de manos, en el marco de la promoción y prevención de la salud en relación a los cuidados ante el COVID19.

⁴⁹ Lxs distintxs profesionales enviadx a cubrir ese cargo lo hacían en franjas horarias de 3 o 4 horas, de manera rotativa, es decir, no siempre asistía la misma persona, y no realizaban todas las prestaciones de enfermería (por ejemplo, no realizaban vacunación, visitas domiciliarias, curaciones domiciliarias).

medidas de cuidado en el marco del ASPO, han tenido como contraparte problemáticas asociadas a la disminución de espacios de sociabilidad, recreación y juego.

Al mismo tiempo el sostenimiento de las acciones educativas de manera remota, dificultó aún más el acceso y el vínculo de las infancias con la institución escolar, principal espacio de referencia de este grupo poblacional. Esto produjo que lxs niñxs se hallen la mayor parte del tiempo en sus hogares o en la calle, sin tener un espacio propio en donde permanecer o encontrarse con sus pares⁵⁰.

Por otro lado, tanto el CAPS como la Sociedad de Fomento, recibían demandas de pobladores, que cuestionaban la situación “de calle” de algunos niñxs en el barrio, exigiendo medidas de disciplinamiento y control social⁵¹. Al mismo tiempo, los responsabilizaban por daños ocasionados en la infraestructura del CAPS⁵², situación que fue problematizada y discutida en el Equipo de Salud.

A partir de esto, se entiende que las situaciones emergentes son producto de los efectos de la pandemia en el cotidiano del territorio, afectando de distinta manera a la población. Como residentes de Trabajo Social, en la búsqueda de superar la apariencia de los procesos tal como se presentan en lo inmediato, resultó necesario que se reconozcan las implicancias de la pandemia y recortar el objeto de intervención. Reconocer cómo se agudizó la situación de las infancias, profundizando en muchos aspectos la vulnerabilidad de sus derechos, permitió problematizar las intervenciones que se realizaban desde el Equipo de Salud y las que fueron discontinuadas.

Palabras finales

Nuevos escenarios, nuevos horizontes⁵³

En Agosto del año 2020, la Organización Mundial de la Salud consideró que la manera de enfrentar la crisis global sanitaria era a través del Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra el Covid-19 (COVAX), constituyéndose en una iniciativa mundial que fomenta a los países a financiar la investigación, desarrollo y fabricación de, en este momento determinado, nueve vacunas candidatas y otras nueve en proceso de evaluación (OMS, 2020). Este mecanismo propone un trabajo conjunto con los gobiernos y los fabricantes en pos de garantizar el acceso justo y equitativo de la vacuna al total de la población del mundo, independientemente de las economías de los países.

Esta manera de afrontar la crisis sanitaria, marca un escenario diferente respecto a la pandemia, previendo que para el primer trimestre del año 2021 ya estaría desarrollada alguna vacuna.

⁵⁰ Recordemos que en el inicio del ASPO, los juegos de las plazas se encontraban con fajas de clausura y/o precintos, constituyendo un escenario emblemático de estos tiempos.

⁵¹ Cotidianamente se recibían quejas de parte de los pobladores por acciones que algunos niños realizarían en el barrio, como por ejemplo, tirar piedras en espacios públicos, romper vidrios de instituciones, etc. Esto ocasionaba malestar y puntualmente la presidenta de la Sociedad de Fomento manifestaba que le llegaba la demanda de realizar una denuncia al SLPPDN para “sacar” del barrio a los niños involucrados.

⁵² En estos meses, desapareció la puerta de la casilla de residuos patológicos del CAPS, que fue encontrada y devuelta por una vecina. Posteriormente aparecieron las paredes de la casilla derribadas. Finalmente la canilla que se encontraba dentro de esa casilla fue rota, afectando la red de agua, y el servicio de atención por un día.

⁵³ El presente escrito se comprende desde el mes de Junio 2019 al mes de Agosto 2020, por lo tanto cuando se manifiestan nuevos escenarios, se está planteando el mes de Agosto 2020.

En lo que respecta a Argentina, se anunció que a partir del proyecto desarrollado por la empresa farmacéutica sueco-británica “AstraZeneca”, comenzará la productividad, de manera conjunta con México, de la vacuna contra el virus COVID-19 destinada a toda Latinoamérica.

Sin duda alguna, estos avances permiten pensar y proyectar nuevas estrategias de acción profesional, en un futuro no muy lejano, que en principio estarán relacionadas a garantizar la accesibilidad de toda la población a dicha vacuna, y paralelamente, realizar intervenciones fundadas sobre un trabajo territorial. Sin embargo, no se debe perder de vista que en la realidad inmediata la vacuna aún no se encuentra disponible.

En este contexto, se debe seguir problematizando las demandas de la cotidianeidad, que exige un proceso de reflexión constante de la práctica diaria, así como pensar en los procesos de S-E-A-C de manera integral.

Esta “nueva normalidad” se basa en la incertidumbre del mañana. No obstante, es preciso diferenciar los aspectos coyunturales y estructurales del cotidiano. En relación a estos últimos, desde el inicio de la práctica se observó cómo la descentralización del sistema de salud repercute en los sistemas locales. En la ciudad de Tres Arroyos, el sistema de salud se denomina Centro Municipal de Salud, señalando con su nombre, una mirada hospitalocéntrica del mismo⁵⁴. Bajo esta lógica, los Centros de salud periféricos son espacios para “descentralizar la demanda”, recibiendo a población de la zona aledaña a los mismos, asegurando que disponen en todos los CAPS los servicios básicos de Médico Generalista y enfermería. No obstante, como se expuso a lo largo de la sistematización, estas profesiones muchas veces no se garantizan. En el caso de las profesionales de Nutrición, Obstetricia y Trabajo Social se provee una asistencia mínima y de forma polivalente, es decir, asisten a distintos CAPS de manera periódica. Respecto a la profesión del Trabajo Social, como hemos mencionado, depende de la Secretaría de Desarrollo Social, lo cual condiciona su participación en los Equipos de Salud.

En este sistema se inició el desarrollo de la residencia en el primer nivel de atención, de manera que los hechos conocidos responden las condiciones estructurales del sistema de salud municipal. Se desarrolló la práctica en un CAPS en donde la reestructuración del Equipo de Salud fue (y sigue siendo) una constante, por ende las proyecciones no superan la planificación de actividades multidisciplinarias, dificultando un abordaje integral. En el caso del CAPS FO.NA.VI, el cambio de profesionales también dificulta la referencia con la comunidad.

En el contexto de pandemia, las proyecciones desde la estrategia de APS fueron permanentemente modificadas, llevando a una planificación semanal de las mismas. El repensar exigió momentos de reflexión que, en el marco del sistema de residencias pudieron ser garantizados y sostenidos por los espacios docentes.

La “nueva normalidad” se caracteriza, además del incierto del cotidiano, por la necesidad de establecer formas de vinculación a través de dispositivos tecnológicos y redes sociales. Estas últimas, se convierten en un medio para la difusión de información,

⁵⁴ El sistema de salud local no se enuncia de tal manera sino como “Centro Municipal de Salud”, es decir, con una mirada desde la organización central hacia la periferia. En este marco, desde el hospital (donde residen las autoridades) se organiza la atención de todo el sistema de salud, dando mayor importancia al segundo nivel de atención. Esto se puede observar en situaciones que van desde las licencias no cubiertas (medicxs, administrativxs, personal de limpieza, enfermerxs) hasta la no conformación de un servicio de atención primaria.

así como para la proyección de estrategias en el marco de la promoción y prevención de la salud.

Asimismo pensar en este contexto demandó la búsqueda del trabajo intersectorial que en un primer momento se había interrumpido. Establecer acuerdos con los círculos institucionales más cercanos a la práctica permitió la elaboración de proyectos de promoción de derechos, pensados en y para la comunidad.

Las visitas domiciliarias realizadas con los cuidados necesarios, son una necesidad imperiosa a la hora de sostener el vínculo con la comunidad. En el contexto actual, encontrarse ante demandas urgentes, pone de manifiesto las dificultades que atraviesa la comunidad ante la pandemia y cómo la misma ha repercutido en su cotidiano. Poder leer estas situaciones, trascendiendo su apariencia como situaciones aisladas, permite colectivizar respuestas, ver por ejemplo, que no es la situación de “*lxs chicxs en la calle*”, sino las repercusiones de la pandemia en la vida cotidiana de las familias y de las infancias.

Actualmente se continúa en la invención de estrategias de intervención que surjan de las demandas actuales, asumiendo esta nueva temporalidad, pensando en el corto, mediano y largo plazo, con una mirada crítica que se inscribe en la comunidad. En este sentido se debe ser más flexible, más creativa, más colectiva y pensar (nos) en el contexto actual que a veces derrumba las construcciones por el propio cambio y variación de la situación epidemiológica de la ciudad.

Así senti-piensen quienes escriben estas líneas, quienes creen en la necesidad de un abordaje crítico y colectivo como horizonte de intervención en todos los procesos. Son dos residentes que tienen la oportunidad de realizar la práctica en dupla, y es el potencial que les exigió pensar y actuar de manera crítica y fundada. Este es un proceso que continúa en un segundo año de APS, adquiriendo relevancia la problematización y la construcción de sentidos de la propia experiencia. Ante la situación extraordinaria de una pandemia mundial, se considera importante dejar registro de lo vivenciado como profesionales. Se espera que esta sistematización sirva para dar cuenta de un proceso que fue cambiando día a día, tensionando la práctica, a lxs actorxs involucradxs y a la comunidad en la cual se inscribe este escrito.

Bibliografía:

- BARCOS, A.; COUDERC, S.; MAMBLONA, C.; PARADELA, L. Y RECODER, C. (2020). *Intervención profesional en tiempos de emergencia*. En: *Palabras urgentes. Dossier sobre Trabajo Social y Covid-19*. Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales, CATSBA. Recuperado de: <https://catspba.org.ar/2020/04/02/dossier-palabras-urgentes/>
- BAYUGAR, A. (2019). *Propuesta docente de Instructoría. Residencia de Trabajo Social. Centro Municipal de Salud I. Pirovano/Tres Arroyos*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- BIANCO, J Y GRIGAITIS, L (2005). *Atención Primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales*. En *Salud y Población Nº 4, Cuadernos de Capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud*. Dirección de Capacitación y Desarrollo. Secretaria de Salud CABA.
- CAPS FONAVI (2020). Recuperado de: <https://www.facebook.com/fonavi.terminal.3>

- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Normativas sobre Coronavirus (COVID-19). Recuperado de: <https://normas.gba.gob.ar/covid-19>
- JARA HOLLIDAY, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias. Recuperado de: http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf
- KORNBLIT Y MENDES DIZ (2000). *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. CABA. Grupo editor AIQUE.
- LAURELL, A.C Y HERRERA RONQUILLO J. (2010) *La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios*. *Revista Salud Colectiva*, 2010. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.362>
- Mesa Intersectorial de FO.NA.VI (2020). Recuperado de: <https://www.facebook.com/mesaintersectorialfonavi>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). Resolución 248/2020. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/225821/20200221>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). Resolución 297/2020. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2001). Decreto 2.557/2001 Reglamento de residencias para profesionales de la salud. Recuperado de: <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/ReglamentoResidencias.pdf>
- Montaño, C. (2014). *Teoría y práctica del trabajo social crítico: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna*. En Mallardi, M. (Comp.) *Procesos de intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico*. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Municipio de Tres Arroyos, Centro Municipal de Salud del Partido de Tres Arroyos: Recuperado de: <https://centrodesalud.com.ar/>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Un total de 172 países y múltiples vacunas candidatas forman parte del Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID 19*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/24-08-2020-172-countries-and-multiple-candidate-vaccines-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility#>
- PIQUERAS, E.B.; ROCHA, R.N; DUPLAÁ, A.K (2020). *Análisis de Situación de Salud de la zona programática del barrio FO.NA.VI*. Material inédito.
- Presidencia de la Nación. Boletín oficial de la República Argentina. Decreto 626/2020
Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/232756/20200730>
- Presidencia de la Nación. Boletín oficial de la República Argentina. Decreto 823/2020.
Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236546/20201027>
- STOLKINER, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. En IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología y Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy 7 y de Octubre de 2005. Posadas. Misiones. Argentina.
- STRATTA, F. Y BARRERA, M. (2009). *Capítulo I: Apuntes para una definición del territorio. El Tizón encendido. Protesta Social, conflicto y territorio en la Argentina de la posdictadura*. Buenos Aires, Editorial El Colectivo.