

El primer nivel de atención en tiempos de aislamiento social

The first level of care in times of social isolation

María Crojethovic¹

Ana Ariovich²

Carlos Jimenez³

RESUMEN

La cuarentena declarada en marzo de 2020, obligó a las familias Argentinas a aislarse. Algunos informes y artículos comenzaron a demostrar cómo el aislamiento social, ha tenido un impacto diferencial, empeorando las condiciones de vida de los sectores vulnerados. En el Gran Buenos Aires, entre los problemas más importantes experimentados por estos sectores se ha ubicado al acceso a los servicios de salud.

El trabajo analiza el papel que jugaron los establecimientos del primer nivel en facilitar el acceso a la atención primaria de la salud en los barrios, y la reorganización que estos efectores de salud han experimentado a partir de la pandemia. Con este objetivo, se han recuperado algunos resultados de un relevamiento remoto realizado en los barrios populares del conurbano bonaerense (Gran Buenos Aires) a referentes del campo de la salud en el territorio.

En la fase de impacto la prioridad que se le dio a ciertas prácticas esenciales, ha fortalecido las relaciones de proximidad en un territorio asolado por la pandemia. En paralelo, desde los equipos de salud, se han generado estrategias y/o iniciativas que apuntaron a reestablecer la atención de la salud No COVID en el primer nivel, y garantizar la disponibilidad de determinados servicios y de algunos medicamentos y vacunas.

Palabras clave: Covid 19, Primer nivel de atención, aislamiento social, Atención primaria de salud.

ABSTRACT

The pandemic declared in March 2020, enforced the Argentine families to be isolated because of the sanitarian lockdown. Some articles started to demonstrate how the lockdown has a differential impact on the vulnerable sectors. In Gran Buenos Aires, one of the most important problem experienced by these sectors referred to health access.

This paper analysed the role of primary healthcare institutions in relation with the primary healthcare access of some families of the popular towns and the reorganizations of the health services at the beginning of the pandemic situation. With this aim, the paper shows some results of a remote research realized to health referents in territory of the conurbano bonaerense.

In the impact phase, the priority given to certain essential practices has strengthened relations of proximity

Recibido el 19 de agosto de 2022. Aceptado el 08 de noviembre de 2022.

1 Investigadora Adjunta. Doctora en Ciencias Sociales. Instituto del Conurbano. Universidad Nacional de General Sarmiento. Buenos Aires, Argentina. Correspondencia a: mrojeth@campus.ungs.edu.ar

2 Investigadora Adjunta. Magister en Sociología Económica. Instituto del Conurbano Universidad Nacional de General Sarmiento.

3 Investigador Adjunto. Magister en Salud Pública. Instituto del Conurbano. Universidad Nacional de General Sarmiento. Buenos Aires, Argentina.

in a territory devastated by the pandemic. In parallel, the health team's strategies and/or initiatives have been generated the primary level aimed to re-establishing health care No-COVID, and guaranteeing the availability of certain services and some medicines and vaccines.

Keywords: Covid 19, primary health care; social isolation.

INTRODUCCIÓN

El 11 de Marzo la OMS y la OPS declararon la pandemia de coronavirus a nivel mundial (OMS/OSP, 2020). La misma ha impuesto una gran exigencia sobre los sistemas de salud pública de los distintos continentes, a la vez que ha puesto al descubierto las deficiencias de la atención de la salud de las poblaciones desatendidas y vulnerables a nivel internacional (Benjamin, 2020). Por las formas de contagio, los modos de incubación y la falta de una vacuna en sus inicios, el aislamiento social ha sido la política sanitaria recomendada (Banerjee et al., 2020) e implementada por muchos países.

La Argentina ha declarado la cuarentena y el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) el 20 de marzo (Boletín Oficial, 2020) como medida protectora, dos semanas después aproximadamente de confirmar el primer caso infectado con COVID19. Los consejos oficiales para evitar el contagio han sido el distanciamiento social, el lavado frecuente de manos, el uso de alcohol en gel, la desinfección de superficies y la obligatoriedad del aislamiento, que en el discurso se ha traducido como “quédate en casa”.

En este contexto, los sistemas y servicios de salud quedaron en una fase de preparación o inter-desastre (Arcos González et al., 2002; Jaramillo, 2015) en la que han suspendido la mayoría de las prestaciones (por dos semanas aproximadamente), para la capacitación a su personal en la atención de casos sospechosos. En el primer nivel, esto ha generado un pasaje de la atención primaria de salud a la atención de la urgencia (fundamentalmente médica); sólo unos pocos centros informaron cierta continuidad de las acciones en el territorio, así como un acompañamiento interdisciplinario vía telefónica. Pasadas las fases de preparación y alerta (Arcos González et al., 2002; Jaramillo, 2015), se ha vuelto a reactivar considerablemente la atención casi en todo el primer nivel, aunque no sin alteraciones.

Este trabajo se ha situado en los 24 municipios del Conurbano que conforman el Gran Buenos Aires⁴, para analizar el papel que han venido cumpliendo los establecimientos del primer nivel en facilitar el acceso de la población a la atención primaria de la salud (en el barrio) y la reorganización que estos efectores han experimentado a partir de la pandemia. Este aglomerado urbano, es uno de los más importantes de la Argentina. De acuerdo con los datos arrojados por el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, su población alcanzaba a los 9.916.715 habitantes para el año 2010 (concentrando un 25% de la población total del país). En este aglomerado conviven tres subsectores de la salud: el privado, el de la seguridad social y el público; a la vez que dentro de la esfera estatal las responsabilidades sanitarias están compartidas entre las distintas jurisdicciones gubernamentales -Nación, Provincia y Municipios. Luego del proceso de descentralización en los '90, los establecimientos del primer nivel de atención (donde hace foco el estudio) quedaron a cargo de los gobiernos municipales para brindar una atención primaria de la salud a la población -APS- (Moro, 2012), caracterizada por sus déficits estructurales y desigualdades territoriales (Chiara et al., 2011).

Sistemas en Pandemia y acceso a la atención primaria

Durante los años 90, el Comité de Expertos de Naciones Unidas ha definido a los desastres como interrupciones o rupturas del sistema ecológico humano que sobrepasan la capacidad de respuesta de la comunidad para funcionar con normalidad; desde una perspectiva sanitaria, la OMS ha definido a “las catástrofes como situaciones imprevistas que representan serias e inmediatas amenazas para la salud pública” (Jaramillo, 2015). Esto supone un riesgo para la salud pero también desafíos organizacionales para los establecimientos de atención en sus distintos niveles, lo que ha requerido muchas veces de la movilización de recursos extraordinarios y de la reorganización del sistema para afrontar una emergencia compleja (aunque no siempre se desborde la capacidad de respuesta). A la vez, el perfil epidemiológico - y el propio tipo de catástrofe- pueden variar según el contexto socioeconómico y cultural sobre el que se producen (Jaramillo, 2015). En este marco, los eventos sanitarios como la gripe pandémica desde el 2009 han sido catalogados por la OMS como peligros inmediatos que también ponen en riesgo

4 En la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

la salud y los sistemas que la protegen, ya que éstos son susceptibles de sufrir pérdidas y trastornos por ello. “La gestión de los riesgos que estos peligros acarrea tiene una importancia decisiva para la protección y promoción de la salud pública” (OMS, 2017:19). En general, la literatura especializada ha contemplado un ciclo de desastres que cuenta con 5 etapas o fases (Arcos González et al., 2002; Jaramillo, 2015): preparación o inter-desastre, alerta o pre impacto, impacto, emergencia, y reconstrucción/ rehabilitación.

En tanto puerta de entrada al sistema de salud, es amplio el consenso sobre la capacidad de la Atención Primaria de la Salud (APS) para mejorar el acceso, brindar acciones integrales que se orienten a la prevención y la promoción de la salud y/o garantizar la continuidad de la atención a través de los distintos niveles de complejidad del sistema (Macinko et al., 2003; Almeida et al., 2015). Asimismo, sus equipos de trabajo deben articular con otros servicios sociales o actores comunitarios en los procesos de atención de la población de referencia (Rovere, 2012), considerando sus estilos de vida y el entorno socioeconómico, cultural y ambiental (Macinko et al., 2003; Rozenblat, 2007); esta competencia ha sido muy valorada a lo largo de la pandemia, como veremos en los resultados de esta investigación.

El contexto del ASPO, particularmente, ha llevado a los especialistas de la salud pública a considerar como estratégicos el mantenimiento y fortalecimiento de la APS. No sólo por su potencial para desplegar intervenciones efectivas que favorezcan la prevención y la contención de las personas y las familias frente a la pandemia, sino también para garantizar la coordinación de la atención con otros niveles de mayor complejidad, el seguimiento de los pacientes y la continuidad de los controles de salud en la comunidad (Mínúe Lorenzo, 2020).

Una de las dimensiones de la APS que ha recibido mayor tratamiento en la literatura, es el acceso a la atención. Este ha sido interpretado como relevante para estudiar los problemas de inequidad y desigualdad en el derecho a la salud (Culler, 1993; Andersen, 1995; Cespedes Lodoño et al., 2002; Lareo, 2008; Torres, 2009), y su análisis se ha centrado frecuentemente en la *disponibilidad* de servicios o en las distintas *barreras* que actúan como determinantes. Una distribución social equitativa en el acceso a la salud implica, como expresan Wallace y Enriquez-Haass (2001), la *disponibilidad* de servicios que cuenten con recursos físicos y humanos suficientes y adecuados para

responder tanto a las necesidades médicas como a los valores de la población (de manera que las personas se vean motivadas a utilizarlos digna y apropiadamente). Por otra parte, las barreras en el acceso han sido caracterizadas como geográficas (Garrocho Rangel et al., 2006; Garza Elizondo et al., 2005), como institucionales-administrativas (Mogollón Pérez et al., 2008; Rodríguez et al., 2008) o como culturales y/o simbólicas (Almeida et al., 2006; Epele, 2007).

Otros autores, en cambio, han entendido que el acceso se define en la compleja relación que se establece entre los servicios y la población. En esta línea, Frenk (1985) ha considerado que la accesibilidad a la atención es un proceso que depende tanto de las condiciones y los obstáculos que presentan la organización del sistema como de las capacidades o recursos de la población para superar tales obstáculos. Con un enfoque más comprensivo aún, Andersen (Andersen et al., 1995) y Levesque et al. (2013) han sumado como factores determinantes del acceso a las necesidades de salud de las personas (que dan origen a las demandas) y a la continuidad de éstas en la utilización de las prestaciones.

El trabajo indaga el proceso de reorganización que han experimentado los efectores de salud del primer nivel a partir de la pandemia, así como el rol desempeñado por estos establecimientos para facilitar el acceso a la atención de la salud en los barrios del conurbano bonaerense. Para el análisis se consideran cuatro dimensiones del acceso a la atención: a) la obtención de la atención pensada como puerta de entrada al sistema b) la continuidad del proceso de atención para las personas y sus familias c) de servicios integrales de salud (orientados tanto al tratamiento como a la prevención y la promoción) de manera coordinada entre los distintos niveles del sistema y acorde a las necesidades de la comunidad d) vínculos con actores del territorio. Este último hace referencia a las vinculaciones entre los equipos de salud con otros actores sociales o comunitarios del territorio, en los procesos de atención (organizaciones sociales, referentes de salud, ONGs, etc.).

METODOLOGÍA

El estudio trabaja con una estrategia metodológica cualitativa (Maxwell, 1996; Flick, 2004) y ha desarrollado un relevamiento de manera remota en los barrios populares del conurbano bonaerense debido al contexto de aislamiento. Este tuvo lugar entre los días 7 y 21 de julio (de 2020),

coincidiendo con el regreso del AMBA a la llamada Fase 1 de la cuarentena.

Se han realizado un total de 65 entrevistas a referentes del campo de la salud en el territorio: médicos/cas, psicólogos/cas, enfermeros/ras, trabajadores/ras sociales y promotores/ras de salud que se insertan en dispositivos del primer nivel de atención (donde se desarrollan prácticas de APS) u organizaciones sociales vinculadas con la salud de las familias en la escala barrial. Se ha utilizado como instrumento de relevamiento una guía breve y semi estructurada (Flick, 2004), que se aplicó a través de un formulario auto-administrado (Google Form), debido al contexto de asilamiento. Este proceso ubica a las personas entrevistadas como sujetos de información que brindarán conocimientos especiales (entendidos por el autor como teorías subjetivas), para captar con mayor riqueza y complejidad el objeto de estudio (Flick, 2004).

La guía operacionalizó en preguntas abiertas los cuatro ejes teóricos para analizar el acceso a la atención. El procesamiento de los datos obtenidos de los google form se codificaron y analizaron con el programa *atlas ti*.

Los/las referentes se contactaron por vías electrónicas (WhatsApp o mail) mediante un muestreo teórico⁵, a través de la técnica de “bola de nieve”; el único criterio de selección establecido ha sido que formaran parte de algún establecimiento de salud del primer nivel u organización social desde el cual pudiesen tener conocimiento respecto de su zona de actuación o trabajo. Los registros tomados corresponden a barrios populares de los 24 municipios que integran el Conurbano Bonaerense, aunque se sumaron referentes de dos partidos contiguos: Luján y Pilar. No se logró contactar a referentes en los municipios de Ezeiza, Avellaneda, San Fernando y Tres de Febrero. Si bien estos no pudieron incluirse en el estudio, los mismos comparten características socioterritoriales y estructura sanitaria similares a los municipios vecinos que si fueron incorporados.

Los datos que aquí se analizan corresponden a dicho relevamiento, se hacen algunos contrapuntos con información recogida en un relevamiento previo y de similares características, realizado a mediados de abril, por la universidad, del que participaron también los autores (Maceira, 2020), con

el propósito de observar cambios o continuidades en las temáticas indagadas.

Las limitaciones del estudio fueron las impuestas por la complejidad del contexto pandémico, siendo las entrevistas vía remota la única posibilidad de contactar a los informantes clave, ya que los/las entrevistadores/as no estaban habilitados a salir de sus casas⁶. A la vez, la entrevista careció de un segundo momento de repregunta: la esencialidad de los entrevistados/as para atender y asistir a la población en plena emergencia sanitaria, no dio lugar a un segundo contacto. Otra de las limitaciones corresponde a la ausencia de algunos municipios; la misma se debe a que, a pesar de ser contactados y de haber insistido, estos no han enviado su respuesta.

RESULTADOS

La (re)organización en los establecimientos y estrategias de atención en el primer nivel

Al analizar la dimensión de los sistemas y servicios de salud (Tobar, 2015), se pudo ver el modo en que comenzaron a reorganizarse los establecimientos del primer nivel durante la *fase de impacto*, es decir, en el momento en que golpeó la pandemia (Jaramillo et al., 2015; Arcos González et al., 2002). En la mayoría de los centros se priorizó la atención de prácticas esenciales (OMS, 2017), aunque con restricciones en algunas especialidades por la falta de profesionales – estos fueron afectados, ya sea por la propia enfermedad o por pertenecer a algún grupo de riesgo- (como pediatras, fonoaudiología, odontología, nutrición, entre otros; inclusive han llegado a faltar generalistas). La atención de la población en los centros se transformó: casi la mayoría de estos centros adoptaron la modalidad de consultas remotas vía whatsapp o telefónica. Aparecieron estrategias para poder brindar acceso, como seguimientos telefónicos de quienes venían atendiendo, y en caso de ser necesario se les citaba con turno programado o en menor medida se les visitaba en el domicilio. Se coordinaron turnos telefónicamente para los controles de nuevos pacientes (atendieron menor cantidad de personas con turnos más espaciados). No todos siguieron la misma estrategia, algunos además de atender con turnos programados como se ha dicho, siguieron atendiendo a personas que

5 En el muestreo teórico la decisión sobre el mejor modo de obtener los datos y de quién o quiénes obtenerlos se toman en el campo, ya que es la propia información obtenida la que va guiando el muestreo (Crespo Blanco y Salamanca Castro, 2007).

6 Debido a que la Argentina declaró la cuarentena y el ASPO el 20 de marzo (Boletín Oficial, 2020) como medida protectora, dos semanas después aproximadamente de confirmar el primer caso infectado con COVID19.

Cuadro 1. Reorganización de las actividades de los Centros de Atención Primaria

	Centros limpios	Centros COVID	Centros Mixtos
Consultas remotas vía WhatsApp o telefónica	X	X	X
Seguimientos telefónicos de quienes venían atendiendo	X		
Cita con turno programado	X		X
Visita en el domicilio	X		
Atención por demanda espontánea a quienes no tienen indicadores de sospecha de Covid-19	X		
Dividen el centro en zonas limpias y Covid-19			X
Restricción de la atención solo a las urgencias y/o dar recetas	X		
Detectar casos sospechosos		X	
Hisopados		X	X

Fuente: elaboración propia en base a los datos relevados

no tenían indicadores de sospecha de Covid-19 según demanda espontánea. En menor medida existió un grupo de centros que transformó considerablemente la organización para la atención, adaptando su funcionamiento para lograr un sector limpio y otro específico para COVID.

Un caso paradigmático fue un centro que se transformó en receptor de gran cantidad de especialidades médicas derivadas de la descentralización de los consultorios externos de un Hospital. Este centro tuvo que incorporar profesionales que se sumaron al staff original: de neumología, neurología, reumatología, diabetes, infectología y dermatología. Todos estos profesionales también realizaron una atención en forma remota, o llevando a cabo visitas domiciliarias o seguimiento de casos específicos y articulando –inclusivo– con dispositivos integrales próximos al territorio (Chiara, 2019). Muy excepcionalmente, se mencionó que algunas “salitas del barrio” no han vuelto a reactivar la atención en este periodo, restringiendo la misma solo a las urgencias y/o a brindar recetas.

En este nuevo contexto, el procedimiento para la atención del caso sospechoso estuvo guiado por un protocolo que fue diseñado entre el Municipio, la Provincia y Nación. Luego cada Centro aplicó el protocolo según el espacio disponible y los recursos con los que contaban (administrativos, profesionales de salud, elementos de protección personal, etc.). De acuerdo a éste, existieron centros que fueron denominados *limpios*, por lo que recibieron muy pocos casos sospechosos o nada; en caso de recibir, realizaban la derivación por Sistema Atención Médica de Emergencias (SAME), o se indicaba que permanezcan en domicilio hasta que llegue el SAME a su casa. Otros en cambio, tuvieron por objeto detectar los casos

sospechosos; por lo que realizaban lo que se denomina triage (preguntas sobre la sintomatología) en el ingreso de toda persona al establecimiento –aunque la persona no expresara sentir síntomas–. Según lo consideraba el personal médico, derivaban a la persona vía el SAME a los centros o unidades donde realizaban los hisopados, o bien derivaban vía telefónica al 2do nivel de referencia (hospital). Hubo también centros que no buscaron detectar los casos, sino que éstos llegaban por demanda espontánea. Finalmente hubo algunos centros del primer nivel que fueron estratégicamente seleccionados para realizar los hisopados en determinados días de la semana.

Dispositivos facilitadores del acceso

Al caer significativamente la demanda de atención para controles de enfermedades crónicas, inicialmente se comenzaron a registrar descompensaciones de las personas en los domicilios por falta de medicación o por administración inadecuada, por lo que en este período de impacto se comenzaron a regularizar las consultas no Covid-19; aunque con menor demanda que la habitual debido a que el miedo operó como una barrera de acceso (Almeida et al., 2006; Epele, 2007) de la población a los establecimientos de salud.

En líneas con las recomendaciones de la OMS (2017) que sugieren priorizar determinadas acciones frente a la pandemia y como estrategias en la atención no Covid-19 frente a la sobrecarga y riesgos de contagio, se decidió mantener la disponibilidad de la oferta de determinados servicios, tal como señala la literatura especializada: controles de rutina y de pacientes con ECNT, entrega de medicamentos y vacunas, salud sexual y reproductiva e Interrupción Legal de Embarazo (ILE)

(Resolución 1/2019) -se debe aclarar que la ILE habilita el aborto por tres causales: si el embarazo representa un riesgo para la vida de la persona embarazada, si representa un riesgo para la salud o si es producto de una violación-. Algunos/nas referentes han mencionado como excepcionalidad, la atención de niños sanos mayores al año en aquellas situaciones en que éstos pertenecen a familias consideradas de riesgo social. Aunque la atención de los mismos se ha visto modificada en relación a los modos de atención habituales, como ya fuera mencionado, dichas estrategias garantizaron la continuidad de la atención a partir del vínculo forjado con otros actores del territorio (Rovere, 2012).

En algunos casos ha habido un seguimiento y acompañamiento telefónico para seguir con los controles de rutina para las embarazadas (prenatales), recién nacidos, niños hasta 12 meses (en algunos centros hasta 18 meses) y algunos/as enfermos/as crónicos, lo que ha permitido cierta continuidad en la atención y que el primer nivel siga operando como puerta de entrada al sistema. Lo mismo ha sucedido con la atención brindada a los adultos mayores.

Algunos pocos profesionales que ya mantenían cierta relación con sus pacientes, tomaron la determinación de entregar recetas y/o medicación a domicilio (a través de los referentes sociales de salud) para que sus pacientes pudieran continuar con el tratamiento y la atención.

Los centros de salud que brindan acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y de ILE garantizaron la atención, con modificaciones y redefiniciones, pero con un alto compromiso asumido con la temática (cumpliendo con los lineamientos de la APS como puerta de entrada a la atención). Si bien en una etapa inicial las consejerías han sido interrumpidas, posteriormente se fueron habilitando, en algunos casos con horarios reducidos, y en otras situaciones con turnos programados. A pesar de que se identificaron problemas con los insumos, básicamente con métodos de protección, prevención y métodos anticonceptivos, en los equipos se han dado estrategias para la administración de aquellos recursos que si se encontraban disponibles en pos de no alejar a las adolescentes del sistema de atención, manteniendo lo mejor posible el vínculo y la atención integral. Los/las propios/as profesionales de los servicios sostuvieron la distribución particularmente de los métodos anticonceptivos (MAC), con su población de referencia. Aunque debieron espaciar las consultas para disminuir la

circulación de las personas en el centro de salud, y optaron por garantizar al menos por tres meses los anticonceptivos que habitualmente se entregaban con menor frecuencia. Incluso en algunos casos la consulta sobre anticoncepción llegó a ser atendida como una urgencia. Las diversas estrategias de promoción y prevención apuntaron, así, a conservar la relación con pacientes sobre todo de sectores vulnerados, que no habrían obtenido los MAC de otro modo.

Los servicios interdisciplinarios involucrados en consejerías de salud sexual y de la ILE al igual que otros servicios han sufrido reducción de personal afectado por la pandemia impactando en la disponibilidad de dichos servicios. En esos casos, los equipos buscaron garantizar los servicios reemplazando a ginecólogos/gas y obstetras, por médicos/cas generalistas para dar una continuidad a la atención. El vínculo territorial que caracteriza a las trabajadoras sociales las ubicó como protagonistas y promotoras de las redes barriales, las cuales se habían conformado previamente con grupos que ya venían trabajando con las problemáticas de género(s). A la vez, el abordaje de la ILE y el trabajo de las consejerías llevaron a la articulación de los servicios del primer y segundo nivel, o bien con las dependencias públicas correspondientes. Por ejemplo, con direcciones de género municipales, comisarías de la mujer, programas de violencias, entre otros.

Desde el inicio del ASPO los equipos de salud estuvieron atentos a las diferentes situaciones para poder garantizar el acceso a la ILE; cabe destacar que aquellos municipios que no garantizaban la ILE en el ASPO, son aquellos que no la garantizaban previo a la pandemia. En el caso de un embarazo mayor a 12 semanas, los servicios locales, articularon con las oficinas de referencia y contrarreferencia para la derivación al segundo nivel, con el fin de que se garantice la atención de la ILE. El Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación ha desplegado un conjunto de acciones territoriales; como las mesas barriales, los grupos de acompañamiento, las consejerías para el asesoramiento, iniciativas que fortalecieron la coordinación con las Direcciones de Géneros de los municipios y el vínculo con los actores del territorio: organizaciones sociales de mujeres y de personas del colectivo LGTBI+.

En relación a la provisión de medicamentos, esta buscó dar continuidad a la atención aunque no siempre se pudo mantener el vínculo con todas las personas que venían recibiendo los medicamentos previo a la pandemia. Para la dispensa se registraron distintas

Cuadro 2. Dispositivos de políticas y variables de acceso a la salud

	Puerta de entrada a la atención	Continuidad de la atención	Orientación Integral (Promoción y Prevención)	Enfoque relacional (vinculación / redes)
Prioridad en la disponibilidad de servicios y controles de rutina para grupos específicos (pacientes con ECNT, salud sexual y reproductiva, ILE, adultos/as mayores)		X		X
Seguimiento y acompañamiento telefónico	X	X		
Entrega domiciliaria de recetas		X		X
Provisión de medicamentos (desde el centros, desde la farmacia y domiciliariamente)		X		
Continuidad de las consejerías de salud sexual	X		X	X
Continuidad de la consultoría y derivación de Interrupción Legal del Embarazo (ILE)	X	X		X
Distribución estratégica de los métodos anticonceptivos (MAC)		X	X	X
Suplencia de profesionales (por la falta de especialistas)		X		
Articulación con redes barriales (de trabajadores sociales con los promotores comunitarios)				X
Vacunación: turnos programados para todo tipo de vacunas; campañas en territorio para antigripal y neumococo; vacunación en polideportivos para antigripal y neumococo; domiciliaria para antigripal y neumococo.		X	X	
Seguimiento mediante comunicación remota por WhatsApp o videollamadas		X		X
Atención remota en salud mental: comunicación telefónica con la población adulta mayor, comunicación vía WhatsApp y videollamadas con la gente joven.		X	X	

Fuente: elaboración propia en base a los datos relevados

modalidades: desde algunos centros se entregó una provisión que cubriera al menos 3 meses; los centros que cuentan con farmacias pero quedaron solo atendiendo Covid-19, mantuvieron abiertas las mismas para responder a la demanda; en pocos casos acercaron la medicación a domicilio, como se ha mencionado más arriba. Se sostuvo el programa nacional de provisión gratuita de medicamentos “Remediar”, pero fue cada vez más visible la falta de determinados medicamentos (que venía sucediendo antes de la pandemia). El mismo brinda acceso y cobertura de medicamentos esenciales a través de su distribución directa a los centros del primer nivel de salud (Resolución 248/2020). Especial referencia se ha hecho sobre la faltante de medicación para HIV y de psicofármacos provenientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, para tratamientos prolongados. Las dificultades más importantes que se expresaron han sido en relación a la provisión de insumos, insulina y otras medicaciones para diabéticos.

Garantizar la atención vinculada a la vacunación, fue lo más difícil de cumplir. Los turnos

programados para todo tipo de vacunas reemplazaron en casi todos los casos a la vacunación por demanda espontánea. Sin embargo, la aplicación de vacunas de calendario obligatorio disminuyó debido a que el miedo al contagio generó una menor demanda por parte de la población. En cambio, para la vacuna de la antigripal y neumococo, algunos municipios realizaron campañas en el territorio. Otros municipios concentraron la acción en polideportivos por demanda espontánea. En pocos casos -donde se presentaron dificultades de traslado- se realizó vacunación de la antigripal y neumococo a domicilio. El abastecimiento de las antigripales apareció como apropiado, con excepción de algunas faltantes de vacunas para el neumococo. Fueron importantes los esfuerzos realizados para la promoción de la inmunización. No obstante, disminuyó considerablemente durante el 2020.

Por otro lado, en detrimento de la promoción y prevención en el primer nivel (Almeida et al., 2015), los centros del primer nivel suspendieron las renovaciones de certificados de discapacidad; y

las planillas vinculadas a los controles de salud requeridos para cobrar la Asignación Universal por Hijo/a, se completaron sin cita médica (siempre que hubo un registro de un control realizado en el último año).

Desde el inicio del ASPO, los referentes de salud señalaron que la incertidumbre y el miedo fueron dos de las principales emociones identificadas, coincidentemente con otros estudios que se difundieron sobre el tema (Johnson et al., 2020). Las consultas más frecuentes en salud mental se realizaron sobre cuadros caracterizados por sintomatologías físicas vinculadas a: dolor en el pecho, falta de aire, temor inexplicable, insomnio y contracturas. Adentrado el ASPO, el temor a la enfermedad ganó presencia. Frente a los nuevos cuadros las respuestas de los equipos en el territorio fueron manejadas mediante diversas iniciativas de vinculación “remota”: con la población adulta mayor los tratamientos de salud mental fueron seguidos mediante comunicación telefónica, y con la población adulta y joven se realizaron a través de WhatsApp y videollamadas (debido a que las derivaciones por temas de salud mental sobrepasaron a los servicios de salud y resultaron insuficientes para cubrir el incremento de la demanda). En relación a las personas que ya estaban en algún tratamiento de salud mental, la continuidad en la atención y en la provisión de medicamentos se vio afectada, y muchas de ellas quedaron a la deriva al comienzo del ASPO; en otros casos los equipos de salud pudieron realizar un seguimiento mediante comunicación remota por WhatsApp o videollamadas.

DISCUSIÓN

La atención en el primer nivel dentro del conurbano bonaerense ha sido golpeada fuertemente por la pandemia. En lo que respecta a la atención no COVID, la situación del ASPO significó un repliegue de la atención en los establecimientos pero también de la demanda de la población (Freidin et al., 2021, Benza y Kessler, 2021). El desafío para mantener la atención en momentos donde la urgencia por el COVID demandaba que los centros de salud de todos los municipios estuvieran preparados para la fase de *desastre* (Jaramillo, 2015; WHO, 2020), supuso en cambio, una transformación de la dinámica organizacional de la atención mediante nuevas estrategias que se fueron desarrollando *in situ*.

En relación al sistema de salud, en la fase de impacto (Jaramillo et al., 2015; Arcos González et al.,

2002), se pudo ver el modo en que comenzaron a reorganizarse los establecimientos del primer nivel en línea con las recomendaciones de los organismos internacionales (WHO, 2020). Sin embargo, esta reorganización no fue similar para todos los centros, sino que fue adoptando sus singularidades y/o particularidades según las orientaciones que tuvo la política sanitaria local en cada uno de los municipios y de acuerdo a su estructura sanitaria. En la mayoría de los casos existieron centros denominados limpios que recibían muy pocos casos sospechosos que eran derivados a los centros de referencia. Contrariamente hubo centros que tuvieron por objeto detectar los casos sospechosos mediante un triage en el ingreso. Finalmente hubo algunos centros del primer nivel que fueron estratégicamente seleccionados para realizar los hisopados en determinados días de la semana.

Sobre el rol que tuvieron los equipos de salud para facilitar el acceso a la atención en los barrios del conurbano, cabe destacar que en la mayoría de los casos buscaron priorizar prestaciones esenciales y la atención de las urgencias, aunque de manera limitada y poco planificada. Sin embargo, se desarrollaron diversas estrategias como la atención programada, la comunicación remota (WhatsApp, videollamadas o telefónica) y/o la entrega domiciliaria de recetas y medicación que aseguraron, de alguna forma, el sostenimiento de la atención primaria concebida en tanto puerta de entrada (Macinko et al., 2003; Saltman et al., 2003; Giovanella et al.; 2015). En este marco se hicieron controles de rutina para las embarazadas (prenatales), recién nacidos, niños/as hasta 12 meses (en algunos centros hasta 18 meses) y algunos/as enfermos/as crónicos, lo que ha permitido cierta continuidad en la atención y que el primer nivel siga operando como puerta de entrada al sistema (Macinko et al., 2003; Saltman et al., 2003; Giovanella et al.; 2015). Lo mismo ha sucedido con la atención brindada a les adultes mayores.

Con miras de no discontinuar los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los provistos desde el sector público (UNFPA, 2020), el abordaje de la ILE, el trabajo de las consejerías de salud sexual y reproductiva y la distribución de MAC, operaron como ejemplos de la articulación de los servicios del primer con las direcciones de género municipales, con comisarías de la mujer, programas de violencias, entre otros. A la vez, dicha articulación se vio fortalecida por el vínculo de los equipos de salud con otros actores del territorio como las organizaciones sociales, referentes comunitarios de salud, ONGs, etc. En un análisis inicial

de los impactos potenciales del COVID-19 en el acceso a anticonceptivos se ha enfatizado el efecto inmediato de la pandemia sobre la discontinuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los provistos desde el sector público.

Con el correr del tiempo, los/las profesionales de la salud ampliaron la atención e incorporaron algunas prácticas que involucraron una intervención más integral (Rovere, 2012). La programación de turnos para todo tipo de vacunas, las campañas en el territorio y la vacunación puerta a puerta y en polideportivos, fueron acciones vinculadas a la promoción y prevención.

A medida que el ASPO se fue prolongando las problemáticas vinculadas a la salud mental fueron cobrando importancia (Huarcaya-Victoria, 2020) de forma tal que algunos de los equipos de salud comenzaron a desarrollar nuevos dispositivos para dar respuesta al incremento de las demandas en los barrios.

Por último, se debe advertir que el trabajo buscó indagar sobre el modo en que los establecimientos del primer nivel facilitaron el acceso a la atención primaria de la salud en los barrios, y cómo fue la reorganización que estos efectores de salud tuvieron a partir de la pandemia con el objeto de resaltar aquellas iniciativas y estrategias que estuvieron orientadas a facilitar el acceso en el primer nivel de atención. Sin embargo, la crisis que el sector arrastraba en salud previo a la pandemia, sumada a los problemas que ésta acarrió, lejos estuvieron de garantizar un acceso adecuado a la atención primaria. Las acciones evidenciadas más bien sostuvieron, facilitaron, mantuvieron con mucho esfuerzo, de manera diferenciada y desigual territorialmente, una atención esencial en un contexto de falta de insumos, infraestructura sanitaria insuficiente, y desfinanciamiento, producto de la última oleada posneoliberal (Benza y Kessler, 2021).

REFERENCIAS

1. Almeida C, Macinko J. Validação de Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local. Brasilia-DF: Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2006.
2. Almeida P, Santos A. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? En: Almeida P, Santos A, editores. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2015. p. 277-303.
3. Argentina. Resolución 1/2019. MINISTERIO DE SALUD “Internet”. Argentina 2020 (citado enero 2021). Disponible en: <https://acortar.link/52xuw>
4. Argentina. Resolución 248/2020. MINISTERIO DE SALUD “Internet”. Argentina 2020 (citado enero 2021). Disponible en: <https://acortar.link/kUfv1>
5. Andersen R A. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; 36: 1-10.
6. Arcos González PI, Castro Delgado R, Del Busto Prado, F. Desastres y Salud Pública: un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología. *Revista Española de Salud Pública.*, 2002; 76 (2):121-132.
7. Argentina. Boletín Oficial para el aislamiento social preventivo y obligatorio Decreto N° 97/2020 “Internet”. Argentina 2020 (citado enero 2021). Disponible en: <https://acortar.link/rlg>
8. Benjamin G C. Ensuring health equity during the COVID-19 pandemic: the role of public health infrastructure. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44:e70. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.70>.
9. Banerjee T, Nayak A. A county level analysis to determine if social distancing slowed the spread of COVID-19 in the United States. *Rev Panam Salud Pública*. 2020, 44: e90. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.90>
10. Benza, G. y Kessler G. (2021). Lo frágil también se desvanece en el aire. Retrocesos sociales por la pandemia luego del ciclo posneoliberal. *Anuario de la Escuela de Historia Virtual – Año 13 – N° 21 – 2022*: pp. 38-60
11. Cespedes Lodoño J E, Jaramillo Perez I, Castaño Yepes R A. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (4): 1003-1024.
12. Chiara, M. ¿Es el territorio un accidente para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Revista de Políticas Sociales Urbanas - Ciudadanías*. 2019 CIEPSO – UNTREF Pp. 19 – 24. <http://ciudadanias.untref.edu.ar/>
13. Chiara M., Moro J., Ariovich A., Jimenez C., Di Virgilio M. (2011). Lo local y lo regional:

- tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el conurbano bonaerense. En Chiara M. y Moro J. Salud en las metrópolis: Desafíos en el conurbano bonaerense. Prometeo/UNGS.
14. Crespo Blanco C M, Salamanca Castro, A B. El muestreo en la investigación cualitativa. NURE investigación. Revista Científica de enfermería, N°. 27, 2007.
 15. Epele M. Sobre Barreras Invisibles y Fracturas Sociales: Criminalización del Uso de Drogas y Atención Primaria de la salud. En: Maccira D, editor. Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós; 2007.p. 147-169.
 16. Flick, U. Introducción a la investigación cualitativa, Madrid, Morata. 2004.
 17. Freidin, B., Wilner, A., Krause, M., & Ballesteros, M.S. (2021). Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires. *Población y sociedad*, 28(2), 138-167. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.19137/pys-2021-280208>
 18. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México*. 1985; 27 (5): 438-453.
 19. Garrocho Rangel C, Campos Alanís J. Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación. *Revista Economía, Sociedad y Territorio*. 2006; VI (22): 347 - 397.
 20. Garza Elizondo M E, Martínez A M, Núñez-Rocha G, Villarreal Ríos E, Moreno Monsiváis M G. Necesidades de accesibilidad para acciones preventivas. Una perspectiva de la población en Monterrey, México en 2005. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2008; 82 (5): 547-557.
 21. Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*. 2015; 39 (105): 300-322.
 22. Huarcaya-Victoria, J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [online]. 2020, v. 37, n. 2, pp. 327-334. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.
 23. Jaramillo ME. Desastres y Salud Pública. En: Blanco Restrepo JH, Maya Mejía JM. Tomo I Salud Pública, 3ra, ed. Colombia: Fondo Editorial. 2015. p. 189-200.
 24. Johnson MC, Saletti-Cuesta, L., Tumas, N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020, vol.25, supl.1 Rio de Janeiro.
 25. Lareo M. (2008). Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud. En: Barte F, Flores W, Hardoy A, editores. La inequidad en salud Hacia un abordaje integral. Argentina: IIED América Latina Publicaciones; 2008, p. 105 -127.
 26. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 2013; 12 (1): 12-18.
 27. Maccira, V. y Vazquez, G. HABITAR EL CONURBANO PROBLEMAS, CONFLICTOS Y ESTRATEGIAS EN CONTEXTO DE PANDEMIA - Informe. Los Polvorines: ICO-UNGS, Diciembre 2020 (Citado Febrero 2021). <https://acortar.link/3Rqvo>
 28. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003; 38 (3):831-865.
 29. Maxwell J. A. A model for Qualitative Research Design. En *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. 1996 (pp. 1-13). Thousand Oaks: SAGE.
 30. Minué Lorenzo S. Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. Vol. 16. Monográficos. Barcelona. Actualización en Medicina Familiar. Actualización de medicina familiar. Abril 2020. (Citado Junio 2020) Disponible en: <https://acortar.link/R8aMh>
 31. Mogollón Pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad. Saude Pública*. 2008; 24 (4): 745-754.
 32. OMS. La Gestión De Riesgos Ante Una Pandemia De Gripe: Guía De La OMS Para Fundamental y Armonizar Las Medidas Nacionales e Internacionales de Preparación y Respuesta Ante Una Pandemia. Geneva:

- Organización Mundial de la Salud. 2017. <https://acortar.link/3KD8b>
33. OMS/OSP, representación Argentina. Informe COVID-19 Novel Coronavirus 2019, Actualización 10/08/2020. Disponible en: <https://www.paho.org/arg/coronavirus>.
 34. Rodríguez S, Roldán P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la Región Caribe. *Revista Economía del Caribe*. 2008; 2: 110-12.
 35. Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*. 2012; 36(94): 327-342.
 36. Rozenblat E. Atención Primaria de la salud y gestión. Un enfoque de integración y acción. En Maceira D, editor. *Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: CEDES/PAIDOS; 2007, p. 169 -196.
 37. Saltman R B. Drawing the strands together: primary care in perspective. In Saltman RB, Rico A, Boerma W, editors. *Primary care on the driver`s seat?. Organizational Reform in European Primary Care*. European Observatory of Health Systems and Policies Series. Glasgow: Bell & Bain Ltd; 2006.p.68-84.
 38. Tobar F. Modelos de organización de los sistemas de salud. En: Chiara M, editora. *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: UNGS; 2015. p. 23-31.
 39. Torres Tovar M. Determinantes sociales de la salud, derecho a la salud y APS: vínculo para enfrentar las causas de fondo de la salud. En: Barten F, Rovere M, Espinoza E, editores. *Salud para todos, una meta posible. Pueblos movilizados y gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global. Construyendo prioridades para la investigación en APS con la sociedad civil*. Argentina: IIED América Latina Publicaciones; 2009. p. 189 - 198.
 40. UNFPA (2020). *El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe*. Nueva York:UNFPA
 41. Wallace S P, Enriquez-Haass V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de los Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2001; 10(1): 18-28.
 42. WHO (2020). *Role of primary care in the COVID-19 response*. Manila, Filipinas: WHO Regional Office for the Western Pacific. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>.