

Impacto de la pandemia por COVID-19 en la atención primaria de la salud

Andrea Laura Macías¹ 

1. Centro Neuquino de Estudios en Salud, Neuquén, Argentina

Resumen

Propósito/Contexto. En este texto se brindan algunos aportes desde la bioética para analizar en conjunto los efectos de la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la atención primaria de la salud, en Argentina.

Metodología/Enfoque. Se encuadra en la perspectiva bioética de los derechos humanos con eje en las desigualdades sociales, las determinaciones sociales de la salud y sus procesos históricos/territoriales de producción y reproducción.

Resultados/Hallazgos. Se considera el entramado de emociones y sentimientos en juego en la atención de la salud en el primer nivel de atención, específicos de la actual pandemia, identificando modos adecuados, razonables y contenedores para facilitar la accesibilidad a la atención sanitaria. Se trazan algunas líneas para trabajar en este sentido.

Discusión/Conclusiones/Contribuciones. Se realiza la discusión del tema sobre tres ejes: sistema de salud, actores involucrados/as en el transcurso de la pandemia y acciones posibles. Se postula que, especialmente en la primera mitad de la pandemia, se desdibuja la importancia de la atención primaria de la salud como estrategia para su abordaje, lo que podría haber evitado “desbordes” del sistema sanitario. Se discuten, además, las posibilidades de acciones concretas en primer nivel de atención con énfasis en las desigualdades sociales, más allá del eslogan para la política.

Palabras clave: Argentina, atención primaria de la salud, bioética, colaboración intersectorial, derechos humanos, desigualdad, emociones, pandemia, políticas públicas, salud pública, telemedicina.

Autor de correspondencia

1. Andrea Laura Macías, Centro Neuquino de Estudios en Salud, Argentina. Correo-e: amsur66@gmail.com

Historia del artículo

Recibido: 5 de noviembre, 2021

Evaluado: 14 de febrero, 2022

Aprobado: 23 de febrero, 2022

Publicado: 28 de marzo, 2022

Cómo citar este artículo

Macías, Andrea Laura. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la atención primaria de salud. *Revista Colombiana de Bioética* 17, no. 1: e3964. <https://doi.org/10.18270/rcb.v17i1.3964>

Impact of the COVID-19 Pandemic on Primary Health Care

Abstract

Purpose/Context. This text provides some contributions from bioethics to analyze together the effects of the COVID-19 pandemic in the primary health care setting in Argentina.

Methodology/Approach. It is framed in the bioethical perspective of human rights with focus on social inequalities, social determinations of health and its historical/territorial processes of production and reproduction.

Results/Findings. We consider the interweaving of emotions and feelings at play in health care at the first level of care, specific to the current pandemic, identifying appropriate, reasonable and containerized ways to facilitate accessibility to health care. Some lines to work in this direction are outlined.

Discussion/Conclusions/Contributions. The topic is discussed on three axes: health system, actors involved in the course of the pandemic and possible actions. It is postulated that, especially in the first half of the pandemic, the importance of primary health care as a strategy for its approach is blurred, which could have avoided “overflows” of the health system. We also discuss the possibilities of concrete actions at the primary health care level with emphasis on social inequalities, beyond the slogan for the policy.

Key words: Argentina, primary health care, bioethics, intersectoral collaboration, human rights, inequality, emotions, pandemic, public policies, public health, telemedicine.

Impacto da Pandemia da COVID-19 nos cuidados de saúde primários

Resumo

Finalidade/Contexto. Este texto fornece algumas contribuições da bioética para analisar em conjunto os efeitos da pandemia da COVID-19 no contexto dos cuidados de saúde primários na Argentina.

Metodologia/Aproximação. Está enquadrado na perspectiva bioética dos direitos humanos com enfoque nas desigualdades sociais, nas determinações sociais da saúde e nos seus processos históricos/territoriais de produção e reprodução.

Resultados/Findings. Consideramos o entrelaçamento de emoções e sentimentos em jogo nos cuidados de saúde ao primeiro nível de cuidados, específicos da actual pandemia, identificando formas apropriadas, razoáveis e contentorizadas de facilitar o acesso aos cuidados de saúde. Algumas linhas de trabalho nesta direcção são delineadas.

Discussão/Conclusões/Contribuições. O tema é discutido em três eixos: sistema de saúde, actores envolvidos no decurso da pandemia e possíveis acções. Postula-se que, especialmente na primeira metade da pandemia, a importância dos cuidados de saúde primários como estratégia para fazer face à pandemia é difusa, o que poderia ter evitado “transbordamentos” do sistema de saúde. Discute também as possibilidades de acções concretas a nível dos cuidados de saúde primários, com ênfase nas desigualdades sociais, para além do slogan da política.

Palavras-chave: Argentina, cuidados de saúde primários, bioética, colaboração intersectorial, direitos humanos, desigualdade, emoções, pandemia, políticas públicas, saúde pública, telemedicina.

Introducción

¿Qué aporta la bioética para el análisis de la COVID-19 en la atención primaria de la salud?

Desde hace año y medio, América y el mundo están atravesando una situación sanitaria sin precedentes que nos enfrenta a lo mejor y a lo peor de cada sociedad. En Argentina, la pandemia de COVID-19 irrumpió, además, en un sistema de salud que arrastra décadas de fragmentación, segmentación y desarticulación entre sus actores, los cuales han ido estructurando las formas de la desigualdad. En esta investigación, se brindan algunos aportes desde la bioética para analizar en conjunto los efectos de la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la atención primaria de la salud, en Argentina.

Se encuadran en la perspectiva bioética de los derechos humanos (DD HH), con eje en las desigualdades sociales, las determinaciones sociales de la salud (DSS) y sus procesos históricos/territoriales de producción y reproducción. Esto último, marca una clara diferencia de la bioética latinoamericana con otras tradiciones bioéticas también en clave de DD. HH., como la de Europa continental.

A los fines de esta investigación, hablamos de atención primaria de la salud (APS), entendida tanto como estrategia y como primer nivel de atención (PNA) en su articulación con el resto del sistema y el campo de la salud, junto con las acciones involucradas. En consonancia con el enfoque de la Federación Argentina de Medicina General y los equipos de salud de Argentina, el primer nivel de atención se suele caracterizar por el trabajo en equipos interdisciplinarios que abordan la mayor parte de las consultas por problemas de salud y enfermedad prevalentes de la población, considerando a la comunidad y sus modos de autocuidado como el primer escalón en el proceso de atención de la salud, debiendo cada equipo contextualizar su accionar en interrelación continua con otros niveles y sectores (Federación Argentina de Medicina General 2020). El PNA es el que nos da el termómetro de los problemas e inquietudes en salud, las vivencias y la sabiduría de las personas y las comunidades en tiempo real y en su cotidianidad.

En general, el segundo y el tercer nivel son la excepción en sus vidas, con la irregularidad de aquellas personas con patologías crónicas o de alta discapacidad o inestabilidad clínica. En las etapas iniciales de la pandemia, previas a la implementación de la vacunación, las primeras y únicas medidas de prevención y atención desde el PNA fueron el cierre de gran parte sus centros de salud, junto con las medidas generales de higiene y las de aislamiento social.

Sobre la situación de emergencia excepcional se redireccionaron casi todos los recursos sanitarios existentes para resolver la necesidad de atención en instituciones de segundo y tercer nivel, los cuales estuvieron desbordados por los requerimientos de la atención en los servicios de urgencias, cuidados críticos y unidades de terapia intensiva para la asistencia respiratoria mecánica. Así, se vieron afectadas el resto de las acciones en salud, ya sea de prevención, promoción o atención de patologías diferentes al COVID-19, en las que el primer nivel suele ser protagonista.

Luego, en concurrencia con la aparición de las vacunas como medida central para la prevención primaria, se fue rearmando el trabajo en este nivel, retomando lentamente sus actividades tradicionales; sin embargo, el cimbronazo pandémico ha dejado y sigue dejando marcas, muchas inciertas, aún en estado de evaluación y análisis. Y con ello, mientras tanto, hay que seguir con la tarea.

A la luz de la situación actual, es necesario reconfigurar estrategias de trabajo en APS, siempre con la mirada y el monitoreo en DD. HH. y los gradientes de desigualdades. En este sentido, propongo tres ejes de análisis para pensar juntos los posibles caminos a seguir:

1. Situación del país y del sistema de salud al momento de la irrupción de la pandemia.
2. Actores involucrados/as.
3. Dónde estamos hoy y cómo continuar con la tarea.

Enfoque

Situación del país y del sistema de salud al momento de la irrupción de la pandemia

La COVID-19 nos encontró a la Argentina en los inicios de una nueva gestión del Gobierno, con un sistema de salud con falencias estructurales de larga data:

Con intermitencias históricas en el rol rector del Estado Nacional en términos de derechos humanos. Tal es el caso de la descentralización operativa en las provincias, con la consecuente degradación del rol rector del Estado y la desarticulación en los tres subsectores (CedhCovid, 2020).

Sin embargo, ante un escenario tan complejo desde diversos sectores se remarcó que:

El respeto al derecho a la salud implica la elaboración de planes nacionales para que la salud sea una política de Estado capaz de garantizar procesos que disminuyan la desigualdad entre grupos sociales, provincias y regiones, y deje de ser considerado un hecho ineludible. Por consiguiente, todos los recursos tanto del subsector público, del privado y de obras sociales, deben estar disponibles para toda la población, debiendo su asignación responder a los criterios clínicos enunciados y a los de la salud pública, y no a los del mercado. El factum del recurso escaso debe contemplarse con la mirada puesta en la igualdad de derechos, en la dignidad de todo ser humano que iguala y debe resolverse justamente, lo más justamente posible, con plena conciencia de la injusticia de la situación fáctica (CedhCovid 2020).

Actores involucrados

Entre ellos se destaca a la comunidad, equipo de salud, redes de trabajo barrial y la ruptura de su entramado de relaciones e interacciones, fruto del aislamiento pandémico. Las mismas debieron, rápidamente, reconfigurarse a través de las vías de contacto por los medios digitales en desmedro de la tangibilidad. Remarco, entre otras, dos cuestiones a considerar. La primera es el doble rol de las personas que conforman el equipo de salud. Ellas son, al mismo tiempo, encargadas de gran parte de las acciones para afrontar la pandemia, así como integrantes de la comunidad que la padece. Como tales, comparten los mismos sentimientos de miedo e incertidumbre por la amenaza a la vida y la salud propia y de sus afectos, aumentados por su mayor exposición al virus por su rol profesional. Esto nos lleva a la segunda cuestión que es el tema del impacto emocional por la irrupción pandémica en todas las dimensiones de la vida personal, familiar y comunitaria. Cuando un hecho de la vida irrumpe, significa que se nos impone, que queda por fuera de la esfera de nuestra voluntad, que no pudimos prepararnos para afrontarlo. Esto suele producir, inicialmente, aturdimiento, no saber qué hacer ni cómo y luego, en el caso de la pandemia, nos encontramos, además, de buenas a primeras, social y afec-

tivamente aislados/as. El aislamiento, al que se suele recurrir como castigo y forma de producir dolor psíquico, cobra paradójicamente la forma de “protección”. El tacto, tocar y ser tocados/as, se vuelve un privilegio que rescata el valor de lo tangible para la salud humana, para repensarlo como el derecho/privilegio a “tocar” y ser tocados/as por otro/a. Hay sed de tacto.

Después de tal grado de parálisis de la tarea, del temor y aislamiento y del dolor consecuente, considerando el entramado de emociones y sentimientos en juego: ¿cómo pensamos en modos adecuados, razonables y contenedores de hacernos más “accesibles” a contactarnos? Valorar lo perdido para recuperarlo, reconociendo la oportunidad de que sea fortalecido y no limitado, por la ampliación de lo digital (la formalización y el fortalecimiento de la “telesalud”, la comodidad de turnos por WhatsApp en las instituciones públicas, consultas e interconsultas sin necesidad de traslados, sorteando las grandes distancias, por citar algunos). Sin duda, estos cambios traerán nuevos problemas: internet como servicio público, alfabetización digital y sus brechas, etc., que desafiarán nuestra creatividad para trazar, acordar y transitar nuevos caminos.

Dónde estamos hoy y cómo seguir

Nos estamos recomponiendo de aturdimiento, con dificultad, dolor, incertidumbre y miedo, por nombrar algunos del sentimiento observados. En principio en “piloto automático”, tratando de ir pensando en simultáneo o, cuando sea posible, demorarnos para el análisis y tomar decisiones más reflexivas y nunca acomodarnos a la naturalización de las limitaciones de las instituciones sanitarias del Estado, ni creer que lo que el mercado de la salud ofrece (a aquellos que pueden pagarla) es la mejor atención posible. Esta última está por construirse.

Consideraciones finales

Reclamar y defender el primer nivel de atención como el eje de las políticas en salud por su anclaje, conocimiento y sabiduría sobre las necesidades sociales más urgentes y determinantes para el respeto de la dignidad humana personal y comunitaria, histórica y territorial. Estuvo demostrado que todos los sistemas de salud se vieron sobrepasados, juntar respiradores y camas de unidades de cuidados críticos/intensivos significó correr a la pandemia desde atrás. En cambio, si fortalecemos el PNA y el encuentro de los equipos de salud con la comunidad e intersectorialmente, juntos podrían diseñar estrategias para salir al cruce de la pandemia antes del desborde.

Ahondar en el análisis de las disonancias para incorporarlas al diálogo entre equipos de salud/comunidad/intersectorialidad en la definición del trabajo en territorio y permanente proceso de evaluación del enfoque adoptado. Los datos de morbimortalidad por jurisdicciones en Argentina, no reflejan un gradiente social (Ministerio de Salud de Argentina, 2021). Al mismo tiempo, un estudio de mortalidad por COVID, realizado sobre varios barrios de CABA, refleja un impacto diferencial según el gradiente social (Leveau 2021).

¿Qué lecturas hacemos de esta información y cómo?

Se reconstruye el deterioro incorporando lo útil creativamente, reconociendo la centralidad de los lazos sociales con tangibilidad previos al COVID; se reincorporan los nuevos lazos generados durante la respuesta pandémica, apuntalando ambos con las nuevas herramientas digitales y se identifica el surgimiento o la expansión de nuevas tramas de violencias/subalternidades.

Solo se ofrecen algunas palabras claves para transitar juntos/as: equipo de salud, comunidad, movimientos sociales, redes, territorio, conversa, escucha, diálogo, diferencias, respeto, trabajo, voluntad, problemas, dificultades, errores, poder, intereses, decisión, convicción, fortaleza, amor, cuidado.

Para finalizar, una reflexión sobre la formulación de algunas antinomias, por ejemplo: libertad vs. igualdad vs. seguridad. A ello respondería: la libertad sin igualdad no existe: ambas son las dos caras de la moneda de la dignidad humana. Sobre la seguridad, aunque algunos/as estimen que la vida segura en desmedro de la dignidad sea tal vez una vida que merezca la pena ser vivida, no lo pienso así, pues quizás ello sea renunciar a la aspiración de una vida saludable, gozosa y plena; sin embargo, dejo abierto el tema de los DD. HH. y la seguridad e incertidumbre para un próximo encuentro.

Financiación

La autora no recibió financiación para la escritura o publicación de este artículo.

Conflictos de interés

La autora no declara tener conflictos de interés.

Referencias

- Cedhcovid. 2020. *Informe del Comité de ética y derechos humanos al Ministerio de Salud de la Nación*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/comite-bioetica>
- Cedhcovid. 2021. *Primer nivel de atención en la pandemia: acceso de la comunidad al sistema de salud*. <https://drive.google.com/file/d/138CrnvThpdZNsXLfyZ9hzN-NnSdBXoT6U/view?usp=sharing>
- Federación Argentina de Medicina General. 2020. *Re-organización del Primer Nivel de Atención ante la pandemia de Coronavirus Argentina 2020*. <http://www.famg.org.ar/archivos/covid/FAMG-Propuestasdise%C3%B1oasistPNA.pdf>
- Leveau, Carlos. 2021. "Variaciones espacio-temporales de la mortalidad por COVID-19 en barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires." *Revista Argentina de Salud Pública* 13, no. supl. COVID-19: e27. https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Leveaue27.pdf
- Ministerio de Salud de Argentina. 2021. *Sala de Situación COVID-19 - 10/09 SE 36*. <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion/septiembre-2021>