

PROYECTO COVID FEDERAL

EFECTOS SOCIALES DE LA PANDEMIA

Covid-19 y el ASPO en Santiago del Estero

EJE SALUD



INDES

INSTITUTO DE ESTUDIOS PARA
EL DESARROLLO SOCIAL

FHCSyS/UNSE - CONICET

INTA

INSIMA/ FCF/ UNSE

IMSATED/FMED UNSE/CONICET

WWW.INDESCONICET.FHU.UNSE.EDU.AR/

2022

Indes
INSTITUTO DE ESTUDIOS
PARA EL DESARROLLO SOCIAL

CONICET



UNSE

Universidad Nacional
de Santiago del Estero

Marco institucional

El proyecto *"Identificación de estrategias y dispositivos institucionales y comunitarios significativos para mitigar los efectos sociales del aislamiento social preventivo obligatorio en los territorios"* se desarrolla en la Universidad Nacional de Santiago del Estero, en articulación con diferentes instituciones gubernamentales de Derechos Humanos, sanitarias, laborales y de vivienda, así como organizaciones y movimientos sociales.

A lo largo de casi un año de trabajo, se abordaron los efectos sociales del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO), buscando profundizar y sistematizar conocimientos acerca de las poblaciones vulneradas en la heterogeneidad del territorio provincial. Este proyecto busca identificar y caracterizar los dispositivos instrumentados desde el Estado y/o desde el accionar comunitario para mitigar o revertir la profundización de las desigualdades y los significados que las y los actores les asignan en los territorios. La labor del proyecto se ha organizado en diferentes ejes, cada cual con distintas coordinaciones y con integración de estudiantes y profesionales de diversas instituciones y organizaciones sociales, como forma de fomentar una tarea intersectorial y formativa.

En cada una de las etapas se trabajó colectivamente, para construir y sistematizar un conocimiento situado, a partir de entrevistas con referentes/as territoriales y agentes institucionales. Se busca proyectar lineamientos y/o recomendaciones que contribuyan a la construcción de políticas públicas adecuadas a los diversos contextos y territorios de la provincia.

Coordinación del eje Salud: Mag. Laurencia Silveti (IMSaTeD-UNSE); Lic. Ramiro Llanos Paz (INDES)

Relevamiento de la Información: Aranza Morales (INDES); Alejandra Monjes Rosales (UNSE); María Eugenia Gauna (UNSE); Vanesa Roldán (UNSE).

Diseño de cartilla: Lic. María Belén Villavicencio (INDES).

Corrección de estilo: Lic. Ana Ferreira Habra (INDES).

Dirección general del proyecto: Dr. Alberto Tasso (INDES).

Co-dirección del proyecto: Dr. Raúl Esteban Ithuralde (INDES-FAYA).

Coordinaciones de otros ejes:

Educación: Dr. Raúl Esteban Ithuralde.

Medios de Comunicación: Lic. Ramiro Llanos Paz.

Trabajo, Vivienda e Infraestructura y Alimentación: Dra. Ana Garay (INDES), Dr. Lucas Torres (INDES), Dra. Constanza Urdampilleta (INDES).

Violencia Institucional: Dra. Celeste Schnyder (INDES) y Dr. Federico Medina (INDES).

Violencia de Género: Dra. Cecilia Canevari (INDES) y Mag. Rosa Isac (INDES).

Histórico-Social: Dr. Alberto Tasso.

INDES -Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (UNSE/CONICET).

FHCSyS -Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud.

FAYA -Facultad de Agronomía y Agroindustrias.

UNSE -Universidad Nacional de Santiago del Estero.

CONICET -Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

INSIMA -Instituto de Silvicultura y Manejo de Bosques - Facultad de Ciencias Forestales (UNSE).

IMSATED -Instituto Multidisciplinario de Salud, Tecnología y Desarrollo (UNSE-CONICET).

Relevamiento

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La información presentada es una síntesis de lo construido en el informe final del eje Salud que integra el proyecto COVID Federal.

Trabajamos desde un **abordaje cualitativo**, realizando **40 entrevistas en profundidad a agentes de salud**, durante los meses de **Septiembre y Octubre del año 2020**. Estos agentes tienen diferentes funciones y jerarquías dentro de los distintos niveles de atención, en el marco de la estrategia de atención primaria para la salud, en el conglomerado urbano compuesto por las ciudades de Santiago del Estero y La Banda.



El objetivo fue conocer los **sentidos y significados** que configuran sus **experiencias laborales, sus saberes y sus aprendizajes** dentro del ámbito sanitario, la dimensión afectiva y micropolítica que implica trabajar en el mismo y los cambios que se produjeron por la pandemia.

Estos acercamientos permitieron identificar no solo los **cambios y continuidades** en la gestión y atención de los procesos de **salud-enfermedad-atención-cuidados**, sino también la **experiencia situada** de quienes trabajan en este territorio y son la cara visible de las respuestas y discursos institucionales en el campo sanitario.



Puntos significativos

Encontramos puntos significativos en los relatos de las personas entrevistadas, en relación con tres categorías de análisis:

1) Caracterización institucional (establecimiento, situación laboral, cambios en la dinámica institucional y en los roles, demandas y consultas, caracterización de personas usuarias, recursos materiales y humanos),

2) Estrategias y obstáculos para la atención sanitaria en la pandemia (comunicación, acciones y recursos para dar respuesta a los problemas);

3) Aspectos que se podrían mejorar y aprendizajes hechos en la experiencia de pandemia.

1

PRIMERO

La necesidad de sumar personal al sistema sanitario, conformar equipos de atención, formalizar las modalidades de contratación, mejorar los sueldos, reconocer las tareas que se realizan en contextos generalmente adversos, valorar al personal de salud y reducir gastos innecesarios que hacen los gobiernos con sus asesores, funcionarios y obras que no son primordiales desde la perspectiva de las personas entrevistadas.



2

SEGUNDO

La necesidad de construir tratos más humanos con las personas usuarias: descubrieron que es posible organizar las agendas de trabajo y brindar turnos programados, lo que permite proteger a los equipos de profesionales y respetar el tiempo de las personas usuarias que antes de la pandemia tenían extensas esperas por una atención breve y “así nomás” (de mala calidad).

3

TERCERO

La necesidad de escucha y reconocimiento de los saberes de todas las personas, sin importar su género, profesión, nivel de formación o cargo.

4

CUARTO

La necesidad de construir estrategias de atención, formación y trabajo integradas, que permitan hacer derivaciones cuidadosas, con historias clínicas integrales e interdisciplinarias, atendiendo a las referencias y contra-referencias. Se debe reconocer que, en la mayoría de los casos, los recursos para que esto suceda ya existen.

5

QUINTO

La necesidad de comprender que el transporte público es un servicio esencial, que no se puede interrumpir y que se debe regular para lograr proteger a las personas que necesitan llegar a los servicios de salud, reconociendo la alta centralización del sistema y la escasez de equipos de salud en todo el territorio. Se enfatiza la necesidad de formar equipos participativos en cada territorio, para potenciar y aprovechar los saberes de cada comunidad.



6

SEXTO

La necesidad de construir una red de trabajo entre agentes de salud para el trabajo interdisciplinario pero, también, para la formación permanente. Es primordial crear y sostener espacios de formación, sensibilización, diálogo e investigación, a partir de la reflexión sobre las propias prácticas y procesos de atención, con perspectiva de derechos y de salud integral, que permita trascender el modelo biomédico como espacio de formación dentro de la carga laboral establecida.

7 SÉPTIMO

La necesidad de articular teoría y práctica, de prepararse para trabajar sobre las urgencias sin descuidar los problemas de salud de la población general, incluyendo aspectos psicosociales, como los procesos que incluyen violencia, problemas de salud mental, entre otros. pandemia (con celeridad, información actualizada, protocolos, trabajo y capacitación permanente), se ahorrarían recursos gracias a la prevención

8 OCTAVO

Se resalta la capacidad de autonomía que tiene cada trabajador/a en la situación laboral, ya que puede tomar decisiones que implican la reproducción de lo establecido o la transformación de los procesos. Estas decisiones micro-políticas dependen de cada persona adulta y profesional, que sabe cuál es su trabajo y decide cómo hacerlo. Se pone en evidencia que hay cuestiones de la atención que es necesario y posible de cambiar, como las estrategias de construcción de vínculos en cada intercambio, que constituye los actos en salud.

9 NOVENO

No solo atender la dimensión biológica, sino integrar la dimensión afectiva de la experiencia. Aprender y practicar la paciencia y el acompañamiento. La pandemia ha visibilizado que el personal de salud está expuesto a enfermarse y sufrir de la misma manera que el resto de la población. La enfermedad y el miedo les han permitido experimentar cómo se sienten los/as otros/as. Sienten la necesidad de apoyar y ayudar a la gente. Resaltan que aprendieron a trabajar “en serio” a apoyarse, ser compañeros/as y a cuidarse.

10 DÉCIMO

La promoción de salud aparece como algo aún utópico. La prevención de enfermedades se centra en la necesidad de responder a las auditorías de los programas, mediante la entrega de medicamentos y alimentos.



Nuevos protocolos

Algo que se resalta es que, a partir de la pandemia, aquellos **asuntos críticos que existen hace largo tiempo se intensificaron** por ejemplo, la escasez de personal, de formación permanente, las malas condiciones laborales y salariales, la fragmentación del sistema y su centralización, la dificultad para construir estrategias de cuidado de la vida y la salud que respeten las redes de existencia de las personas, la falta de cercanía y de espacios de conversación y evaluación de las decisiones y sus efectos, de rendición de cuentas y su socialización.



En las entrevistas era palpable la **angustia e incertidumbre del personal de salud**, por la necesidad de incorporar nuevos protocolos de vida, de trabajo y de atención.

La pandemia llevó a modificar las formas gestionar la atención y el trato brindado a las personas usuarias e, incluso, el uso que se hace de los materiales. Si bien mencionaron la asistencia prestada por los servicios de salud mental, los relatos caracterizaron el proceso como crítico y caótico, lo cual implicó una primera estrategia de capacitación e información.

Los equipos tuvieron que formarse y replicar capacitaciones para la atención, durante los brotes, los contagios y las crisis sanitarias, del miedo y la incertidumbre, del cansancio y la falta de recursos. Aunque se siguieron las directivas del Ministerio de Salud y se armaron protocolos de atención e identificación de pacientes COVID positivo, que protegieron a los equipos de salud y redujeron los contagios en la comunidad, la distribución de recursos de protección e higiene fue desigual entre los centros de salud. Esto colocó a algunos de ellos en situaciones de riesgo, por llevarlos a reutilizar materiales que los protocolos definían como desechables.

Unidades Primarias de Atención

Las UPAs reflejan haberse constituido como **mini hospitales, detectores de patologías y brazos ejecutores de programas**, contrariamente a su propósito fundacional, basado en la participación comunitaria, la interdisciplina, la intersectorialidad y la interculturalidad, las mismas **no han logrado instalarse en las prácticas cotidianas de los equipos y de la comunidad**, para la construcción de estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades. No está claro cómo se debe actuar y qué le corresponde a cada institución del sistema, por lo que la atención se reduce a la entrega de medicamentos, alimentos, controles y llenado de planillas, para ser auditadas por los programas que financian la atención.

Una respuesta repetida y generalizada alude a la cantidad de personas que quedan excluidas del acceso a los cuidados, y a que los mismos se han focalizado **exclusivamente en el aspecto biológico de las urgencias**, con el objetivo de **reducir contagios por COVID 19**. Esto se ha realizado restringiendo o, a veces, prohibiendo la circulación para que el sistema de salud no se viera saturado, descuidando todas las dimensiones que hacen a la salud.



Muchas personas se vieron imposibilitadas de solicitar atención, por no contar con los medios para sacar turnos y efectuar consultas.

El **funcionamiento reducido y focalizado** en patologías deja de lado la prevención y la promoción de la salud, obturando la puesta en práctica de estrategias participativas y comunitarias emancipatorias. Idealmente (y más allá de la pandemia), las mismas permitirían articular las estrategias de cuidado del sistema con las estrategias de autocuidado de las personas.



Asimismo, se resalta la necesidad urgente de **promover procesos de análisis de datos a nivel local**, ya que para cumplir con los programas se busca cargar datos, pero no analizarlos. Esta información tiene el potencial de operar como recurso para generar estrategias de atención-cuidado situadas, que se articulen a las necesidades de las comunidades y no meramente a los programas.

A modo de cierre

La pandemia de Coronavirus puso a la **Salud Pública**, al proceso de **salud-enfermedad-atención-cuidado** y a la problemática del **acceso desigual a los servicios** en la agenda mundial, nacional y local. El territorio de las organizaciones públicas se configura como lugar en el que los discursos y programas se ponen en acto. Allí es posible reconocer ciertas concepciones que enmarcan las relaciones y detectar las potencialidades de los servicios, a partir del modo en que las personas en situación de trabajo se conciben a sí mismas y a las personas a las que asisten-cuidan. El análisis en profundidad, a escala local, permitió revisar estas categorías e indagar sobre aspectos muchas veces olvidados en la construcción de estrategias de respuesta institucional, desde la voz de los y las agentes que se encuentran en los territorios de la amplia geografía provincial.



Queda manifiesta la **necesidad de incluir la dimensión afectiva, para poder acompañar además de atender, creando espacios de apoyo mutuo y acompañamiento** porque *“hay mucho estrés” (...)* *aprender la paciencia, el acompañamiento”*.



La pandemia le ha permitido al personal de salud aprender y practicar la paciencia y el acompañamiento. Este tiempo ha visibilizado que el personal de salud también está expuesto a enfermarse y sufrir. En las entrevistas, resaltan que aprendieron a *trabajar en serio, a apoyarse, ser compañeros/as, cuidarse*. Enfatizan que deberían **mejorar las condiciones de trabajo y reconocer su tarea, formalizando todas las contrataciones** desde el inicio.

Con todo, los equipos de salud *“están y ponen el cuerpo de la mejor manera que pueden”*. Se remarca la falta de espacios para conversar y la necesidad de reflexión sobre estrategias situadas, sobre la sobrecarga, el abandono y la exigencia de que las cosas funcionen a costo personal, reconociendo que en gran parte de las situaciones, no tienen los recursos necesarios para ello: *“hay disposición a tapar baches: estamos bien, porque sabemos que si hay que recargarnos carga horaria, no hay problema, estamos dispuestos a hacerlo”*.

Aprendieron a arreglarse con lo que tienen: *“hacemos lo que podemos con lo que tenemos. Pero hay cosas que ya no dependen de nosotros”*. Otra persona refiere: *“es muy diferente pensar estrategias de cuidado, pero nadie piensa en estrategias de cuidado al equipo de salud. (...) nadie nos ha formado en lo humano, en como acompañar y contener, que eso es lo que sigue generando crisis y conflicto y nadie se preocupa por el equipo de salud. No había recetas, siguen estando todos concentrados en lo biológico pero, mientras tanto, hay que ir acompañando otros procesos. No hemos descuidado nada, pero el costo es personal (...) estamos todos cansados emocionalmente, el estrés, el estar para otros y que las cosas hayan funcionado, ha implicado que nosotros hayamos puesto nuestro cuerpo todos los días y no sé si eso es saludable. Hay una tensión constante en nuestros deberes y sentires y hay que seguir problematizando en este transitar”*.

Respecto de la situación del interior provincial, se reconoce que la pandemia permitió visibilizar que *“todo se analiza, se centra, se focaliza en la capital. Las necesidades que vive el interior son totalmente diferentes. Es necesario incorporar nuestra mirada para recuperar voces y conocer nuestras realidades. Más allá de que haya lineamientos y protocolos en común, los recursos simbólicos, económicos, son totalmente dispares. Es necesario identificar los tipos de abordajes y sus características, sobre todo, por la disponibilidad del recurso técnico, tecnológico y de personal, que exige otras configuraciones”*.

Por último, cabe resaltar que el sistema de salud se concentró en lograr suficiencia tecnológica y aparatológica, en detrimento de las condiciones relacionales y de formación que configuran la atención, evidenciando la importancia que se da a lo tangible y cuantificable (cantidad de camas, respiradores, construcción de edificios).

→ SI BIEN ESTOS PUNTOS SON NECESARIOS, NO SON SUFICIENTES PARA GARANTIZAR UNA RESPUESTA SANITARIA INTEGRADA DESDE EL CUIDADO. LA ESCASEZ DE PERSONAL, DE FORMACIÓN CONTINUA Y DE TRABAJO EN RED NO PERMITE POTENCIAR ESTOS AVANCES TECNOLÓGICOS.

NOTA: Las fotografías fueron tomadas de la página de facebook del Ministerio de salud de Santiago del Estero. Registros del trabajo de diferentes Hospitales y Unidades de Atención Primaria a lo largo de los años 2020 y 2021.
<https://www.facebook.com/ministeriosaludsantiago>.

Otros ejes del proyecto

TRABAJO, VIVIENDA E INFRAESTRUCTURA Y ALIMENTACIÓN

Las políticas públicas destinadas a paliar la pandemia han sido construidas centralizadamente, generando diferentes dificultades en la diversidad de escenarios provinciales. A la vez, se ha evidenciado el importante rol que tienen las experiencias colectivas, participativas y solidarias en la contención de las necesidades emergentes de la población históricamente vulnerada.

COMUNICACIÓN

Llevamos a cabo un relevamiento del diario El Liberal de Santiago del Estero, entre los meses de marzo y agosto del 2020.

Analizamos la agenda mediática y el tratamiento que se hizo de tópicos específicos, algunos asociados a la pandemia, así como otros que tienen que ver con una extensa historia que pudo haberse agravado o profundizado en estos tiempos.

EDUCACIÓN

Como resultados salientes, encontramos que: 1) la conectividad estudiantil es la principal variable que diferencia el desarrollo de la educación remota de emergencia entre establecimientos, 2) las estrategias más fértiles para promover el aprendizaje han sido generar instancias de acompañamiento entre docentes y profundizar los vínculos escuela-comunidad.

SOCIOHISTÓRICO

Caracterizamos la provincia de Santiago del Estero, haciendo foco en el presente, en sus aspectos de ubicación, territorio y medio ambiente, población, economía, educación, salud, derechos y sociedad para situar los datos recogidos durante esta primera etapa de la investigación.

GÉNERO

Realizamos una aproximación al diagnóstico referido a dos dimensiones de análisis: la violencia contra niñas, mujeres y personas de la diversidad basada en relaciones de género y el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos desde el inicio del aislamiento a partir del Decreto presidencial del 19 de marzo del 2020.

VIOLENCIA Y DDHH

Monitorear desde una perspectiva de derechos la implementación de medidas estatales relativas al control del cumplimiento del ASPO, la violencia de las fuerzas de seguridad y las estrategias comunitarias que han desarrollado las poblaciones frente a estas medidas y hechos, así como situaciones de violencia contra las mujeres, personas de la diversidad, niños/as y adolescentes, en contexto de aislamiento.



INSTITUTO DE ESTUDIOS
PARA EL DESARROLLO SOCIAL

CONICET



UNSE

Universidad Nacional
de Santiago del Estero

PROYECTO COVID FEDERAL

EFFECTOS SOCIALES DE LA PANDEMIA

Covid-19 y el ASPO en Santiago del Estero

2022

CONTACTO

nuevoindes@gmail.com

<https://www.indesconicet.fhu.unse.edu.ar/>