

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Integrador Final:

**El rol de la Atención Primaria de la Salud en contexto de
pandemia durante los años 2020-2021. Nuevos desafíos
institucionales y profesionales en el Centro de Salud Tío**

Rolo -

***“Hacia la construcción de la agenda institucional
recuperando el vínculo con la comunidad”***

Estudiantes:

**Cruz Delmas Nailen, Legajo C- 3044/9
Oviedo Florencia Ayelén, Legajo O -0566/5**

Director:

Prof. Roberto Zampani

Agosto 2023

ÍNDICE

Agradecimiento	2
Introducción	3
Primer capítulo	6
1. Pandemia y Agenda Pública	6
1.1 Crónicas de una pandemia anunciada.....	7
1.2 Reconfiguración de la agenda gubernamental: plan de medidas.....	10
1.3 Las dimensiones de la vida social bajo medidas sanitarias.....	15
1.4 Ahora bien ¿por qué es una pandemia anunciada?.....	18
Segundo Capítulo	20
2. Aproximación al campo sanitario	20
2.1 Evolución histórica del Sistema de Salud en Argentina.....	21
2.2 Proceso de descentralización del Sistema de salud.....	27
2.2.1 Descentralización del Sistema de Salud Público en la provincia de Santa Fe.	27
2.3 Organización del Sistema de Salud Público en la ciudad de Rosario.....	30
Tercer Capítulo	32
3. La agenda institucional del centro de salud Tío Rolo en contexto de pandemia	32
3.1 Centro de Salud Tío Rolo y su anclaje territorial.....	34
3.1.1 La vida institucional antes de la pandemia.....	38
3.1.2 Organización del trabajo antes de la pandemia.....	38
3.1.3 Población que asiste - Demandas.....	39
3.1.4 Intervenciones antes de la pandemia.....	42
3.2 ¿Cómo intervino la atención primaria de la salud en contexto de pandemia?.....	45
3.2.1 La vida Institucional durante la pandemia.....	46
3.2.2 Organización de trabajo durante la pandemia.....	46
3.2.3 Población que asiste - Demandas.....	48
3.3 Conclusión sobre la configuración de la dinámica institucional en el Centro de Salud Tío Rolo.....	51
Cuarto capítulo	54
4. Hacia la construcción de la agenda institucional recuperando el vínculo con la comunidad	54
4.1 Propuesta de Intervención.....	57
4.2 Reflexión final.....	61
Bibliografía	63
ANEXO	70

Agradecimiento

En los tiempos que corren queremos reivindicar el acceso a la educación pública, derecho indispensable para el ejercicio de los derechos humanos...

Agradecemos a la Universidad Pública por ser la puerta de entrada al aprendizaje...

A Roberto por asumir el compromiso de coordinar la elaboración del trabajo final...

Agradecemos al Centro de Salud Tio Rolo y a los profesionales que conforman la misma por compartir sus aportes sobre el cotidiano de la salud pública y su compromiso en los cuidados de la población...

Son sin dudas tiempos difíciles y creemos fervientemente seguir apostando a la construcción colectiva de los derechos y a garantizar el acceso de los mismos...

A seguir defendiendo lo público, construyendo colectivamente las problemáticas de los barrios en la agenda pública...

A nuestras familias que nos sostuvieron, nos alentaron y nos motivaron durante todo el proceso académico...

A nuestros amigos y amigas que fueron partícipes de lo vivido durante estos años.

Introducción

El presente trabajo surge del interés por analizar nuestro espacio de prácticas en un contexto inusual, el cual nos ha interpelado como estudiantes y como ciudadanas.

En la elaboración del Trabajo Integrador Final (de ahora en adelante TIF) buscamos profundizar los saberes adquiridos durante la carrera de Trabajo Social y recuperar lo transitado en las instituciones de aprendizaje que hemos transcurrido durante los últimos tres años de la carrera, refiriéndonos a las prácticas disciplinares pre profesionales que nos convocó a instancias de reflexión y debates.

Esto nos permitió reflexionar sobre la coyuntura, los nuevos desafíos presentes en el campo Salud en nuestro país, durante los años 2020-2021 en el marco de la pandemia Covid-19, analizando particularmente el Centro de Salud (de ahora en adelante CS) “Tío Rolo”, sus desafíos institucionales y profesionales como a su vez poder identificar otras situaciones problemáticas, para luego culminar con una propuesta de intervención profesional de carácter creativo que revele nuevos horizontes de la realidad social.

La pandemia caracterizada como el contexto de crisis y emergencia socio-sanitaria, ha reconfigurado el modo de vivir de la gran mayoría de las personas, impactando de manera diferencial en una sociedad legalmente de iguales pero socialmente desigual.

El TIF se estructura en cuatro capítulos que respetan un sentido metodológico de carácter integrativo. En el primer capítulo, nos referiremos a un marco teórico general sobre aquello que se manifestó como el “estado de pandemia” como fenómeno social en las agendas gubernamentales, analizar cuáles fueron los desafíos que tuvieron que enfrentar los estados, enunciar las medidas de prevención y medios de protección para el cuidado de la salud, y cómo ha sido la coordinación con los diferentes niveles gubernamentales para su abordaje durante las denominadas primera y segunda ola de contagios.

Fue a partir de que la Organización Mundial de la Salud (de ahora en adelante OMS) declaró el 30 de enero de 2020 Estado de Emergencia Sanitaria de alcance internacional para que los estados partes se comprometieran a tomar medidas sanitarias emergentes que correspondan con el objetivo de evitar la propagación del virus. En dicho momento, nos encontramos no solo en una crisis de salud, al borde del colapso del sistema sanitario, sino que además nos enfrentamos a crisis socioeconómicas al observar que uno de los factores fue el aumento del desempleo.

El segundo capítulo tiende a realizar un breve recorrido histórico del campo sanitario en Argentina, consideramos que es necesario recuperar los aportes de la sociología crítica porque es desde esta perspectiva que nos invita a considerar que la vida social en las sociedades modernas se reproduce en campos que funcionan con fuerte interdependencia. Por eso es interesante señalar lo que plantea el sociólogo Pierre Bourdieu (1990) *“estudiar la dinámica interna de cada campo”* para comprender la historia y la producción del campo.

Para este análisis, en un primer momento, mencionamos los recortes temporales de los Estados y los cambios de paradigma en el campo de la salud. Entendemos que los diferentes términos y significados son propios de cada contexto sociocultural; ello se debe a que los conceptos son representaciones que reflejan el pensamiento de una sociedad en un momento histórico determinado. Cada contexto socio histórico construye sus propias formas de comprender la salud y su forma de abordarla, lo cual queda reflejado en el despliegue de un conjunto de políticas sociales que dan respuestas a las diferentes demandas que se producen en el tiempo.

En un segundo momento, desarrollar el proceso de descentralización que comenzó en los años '90, al transferir las responsabilidades tanto financieras como organizativas a las provincias de todo el país. Continuamos con el desarrollo de cómo se construyó el sistema de salud en la provincia de Santa Fe en esta nueva perspectiva; y por último, cómo se manifiesta el sistema de salud en la ciudad de

Rosario, a nivel municipal, tomando como referencia organizativa el efector primario del barrio Tío Rolo.

En el tercer capítulo se mencionan las estrategias operativas que se dictaron por la Secretaría de Salud Pública para hacer frente a la crisis y las líneas de acción que se coordinaron con la Dirección de Centros de Salud. Nos proponemos indagar la agenda institucional antes y durante la pandemia del CS Tío Rolo, sobre su configuración en las dinámicas de trabajo, las múltiples demandas, su organización, el vínculo con la población territorial; con el fin de descubrir cuáles son los desafíos que presenta los nuevos escenarios del CS “Tío Rolo”.

Y para finalizar, el cuarto capítulo a partir de un diagnóstico situacional de la realidad, nos proponemos realizar una propuesta de intervención como acto transformador de la realidad y que esta iniciativa repercuta de manera positiva con el fin de construir procesos colectivos de trabajo con la población ante la reconfiguración vincular institucional-territorial.

La metodología de trabajo, para lograr estos fines propuestos es utilizar herramientas y técnicas de investigación de carácter cualitativo, sobre todo la observación participante en la institución que nos insertamos durante los años 2020-2021. Recuperamos documentos primarios, entrevistas semi estructuradas y registro de campo durante esos años de análisis, y documentos secundarios de carácter informativo en sitios webs, recopilación documental de la Secretaría de Salud, referencias bibliográficas y la sistematización de las Historias Clínicas (de ahora en adelante HCL) del CAPS Tío Rolo.

Primer capítulo

1. Pandemia y Agenda Pública

En este apartado tenemos el desafío de realizar un análisis macro del contexto en el que transcurrió el fenómeno social denominado pandemia donde realizaremos un recorte temporal durante los años 2020 y 2021. En tal contexto se interpelan las agendas internacional, nacional e institucional; por lo tanto, nuestro objetivo es poder describir cómo se han configurado las mismas. En una primera instancia como repercutió a nivel internacional, luego cómo se configuró a nivel nacional y por último recuperar el desarrollo a nivel local.

Cuando hablamos de “*agendas gubernamentales*” (Villanueva Aguilar; 1993) hacemos mención al proceso por el cual se construyen las prioridades de problemas de la ciudadanía, teniendo en cuenta la capacidad gubernamental para resolver dichos problemas en el sistema político promoviendo políticas públicas.

Existen dos tipos de agendas, la agenda pública que está integrada por cuestiones que miembros de una comunidad política perciben comúnmente como merecedoras de la atención pública, asuntos que caen dentro de la jurisdicción legítima de la autoridad gubernamental existente, por lo que toda comunidad política local estatal y nacional tiene su propia agenda sistémica. Por otro lado, la agenda institucional, formal o gubernamental, es el conjunto de asuntos explícitamente aceptados para consideración seria y activa por parte de los encargados de tomar las decisiones.

A partir de que la OMS declara la pandemia, la misma comienza a convertirse en un asunto público tanto para la comunidad política como la dimensión institucional y para la sociedad en general, porque puso a prueba las capacidades

institucionales e interpeló a los actores gubernamentales para afrontar un escenario complejo.

Como toda situación problemática, la pandemia fue construida desde distintos discursos en pugna, distintas narrativas que definieron el problema y por lo tanto su solución, perfilando posicionamientos políticos estatales particulares.

El Estado comienza a intervenir declarándose en estado de emergencia sanitaria y nos preguntamos, ¿qué políticas públicas dieron respuestas a los problemas que trajo el Coronavirus? ¿Cómo ha sido la construcción de estas respuestas, qué actores participaron? Y por último, ¿qué impacto tuvo, tiene y tendrá en la sociedad?

Para ello recuperaremos cómo se dieron los distintos sucesos durante la pandemia y cómo el tema de la emergencia sanitaria se tornó prioridad en la agenda gubernamental nacional con el fin de dar una respuesta integral.

La configuración de la agenda gubernamental estuvo basada en resguardar y proteger la salud de la población, tomando el Estado su rol garante en materias de salud pública. Esto quiere decir que tuvo un rol decisivo a la hora del control, prevención y seguimientos en contexto de pandemia, paralelamente asistiendo tanto a nivel laboral como asistencial a aquella población que se encontraba en situación de vulnerabilidad debido a las medidas que se dispusieron durante el Aislamiento Social Preventivo (ASPO) con alcance a largo plazo.

Analizaremos las medidas que se adoptaron y el modo de replicarse en los diferentes territorios, cómo ha sido la coordinación en los diferentes niveles gubernamentales y cómo impactó en la sociedad.

1.1 Crónicas de una pandemia anunciada

Tenemos el desafío de describir cómo ha sido el desarrollo de la pandemia, cómo un virus que es el mismo para todos impactó de manera desigual en nuestras sociedades contemporáneas. Para ello recuperamos cuales fueron las medidas y cómo repercutió en nuestra región.

La propagación del virus comenzó a desencadenarse a finales del año 2019 en la Ciudad de Wuhan de la República de China por la transmisión del virus SARS-CoV-2, en donde se presentaron sucesos alarmantes que preocupó al mundo.

En consecuencia, la OMS siendo un organismo internacional el 30 de Enero del 2020 declaró el **Estado de Emergencia Sanitaria**, lo que requirió de una respuesta internacional a los países afectados, donde se tomaron medidas sanitarias de prevención, control y aislamiento debido a los efectos del virus y las altas tasas de mortalidad, buscando resguardar a la población y evitar contagios masivos a través de la suspensión de vuelos internacionales como así toda actividad económica y social.

En nuestro territorio, a principios de Marzo de 2020 como primera medida se decretó **la emergencia sanitaria a nivel nacional**, la cual suspendió los vuelos provenientes de las regiones afectadas (Unión Europea, Estados Unidos, República de Corea, Japón, China e Irán) y dispuso un confinamiento de 14 días para personas sintomáticas, contactos estrechos de contagios y viajeros de las regiones anteriormente mencionadas. Se acompañó con una serie de medidas como la cancelación de las actividades culturales y deportivas, la suspensión de las actividades educativas presenciales y aquellos espacios de trabajos considerados como “no esenciales”.

El virus se propagó rápidamente al resto del mundo, a pesar de las medidas, esto implicó que la OMS declare el **estado pandémico**, debido a que “el virus se *ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y esto afectó a un gran número de personas*” (Organización Panamericana de la Salud [OPS]; 2020), es por

ello que tal organismo brindó asesoramiento y líneas de acción ante la emergencia sanitaria.

Este fue el punto de inflexión para la agenda internacional lo que conllevó a interferir en las agendas gubernamentales de todos los estados al ser un asunto público de gran relevancia. Los gobiernos intervinieron tomando medidas en resguardo de la población.

La decisión de incorporar un problema en la agenda gubernamental según Villanueva Aguilar (1993) requiere de la definición de dicha cuestión y “*quien define es quien decide*”, la manera de como se ha definido un asunto público condiciona la configuración de los instrumentos, modos y objetivos de la decisión pública como así también las opciones de acción.

Los organismos internacionales como regionales, comenzaron a recomendar ciertas directrices que abarcan una serie de medidas inmediatas que posibiliten la reorganización y el acceso a los sistemas sanitarios tratando de evitar el colapso.

Como consecuencia de estos hechos nos preguntamos **¿cómo se comienza a constituir esta nueva problemática en la agenda gubernamental?**, desde qué perspectivas y qué actores participaron en la intervención de la misma, siendo un asunto de prioridad para la acción gubernamental y estatal al posponer otros asuntos públicos que también son de interés general.

Por agenda entendemos ...“*el conjunto de problemas, demandas, cuestiones, asuntos, que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de su acción y como objetos sobre los que han decidido que deben actuar o han considerado que tienen que actuar*” (Villanueva Aguilar; 1993, p.29). Para esto recuperamos aquellas intervenciones que se dieron lugar en el marco del covid, con el fin de dar cuenta la construcción de dicha agenda.

En el caso argentino se conformó el **comité de expertos** compuesto por especialistas científicos y médicos que asesoraban al Ministro de Salud y al Gobierno Nacional con el objetivo de diseñar un protocolo y operativos de detección para orientar las decisiones sanitarias en este contexto excepcional de pandemia.

Las primeras decisiones fueron en clave a definir las medidas sanitarias que estaban relacionadas a: *“cómo encontrar y hacer pruebas de los casos, cómo proporcionar una atención adecuada, establecer condiciones de seguridad en los pacientes en función de su gravedad, cómo localizar y poner en cuarentena a los contactos, cómo prevenir la transmisión de una persona a otra, cómo proteger a los trabajadores de salud y cómo ayudar a los mismos a responder de manera adecuada”*(Organización Mundial de la Salud; 2020).

1.2 Reconfiguración de la agenda gubernamental: plan de medidas

El Gobierno Nacional estableció ciertos lineamientos de acción para enfrentar y mitigar desde sus ámbitos de competencia políticas el impacto de los efectos de la pandemia en los derechos humanos de la población. En este sentido la Secretaría de los Derechos Humanos (2020) informó que además de seguir las recomendaciones de la OMS se unen a los estándares internacionales de derechos humanos quienes se pronunciaron advirtiendo a los Estados que deberían prestar especial atención sobre la vigencia de los derechos humanos en las políticas implementadas para combatir la pandemia.

Como manifestamos anteriormente la pandemia por Covid:

“Permite, a la vez que obliga, a repensar todo lo que se daba por definido en políticas y gestión en dos sentidos; modifica las agendas públicas, reconfigurando las directrices y planos de acción, y paralelamente, actúa como un revelador de las capacidades necesarias para la gestión de políticas en contextos altamente inciertos” (Grandinetti, R. M., & Nari, P. O; 2021).

En Argentina la pandemia sucedió en un escenario de cambio de gestión de gobierno nacional, la asunción de Alberto Fernández a la presidencia convocó a reivindicar la agenda social que funcionaba hasta ese momento. Por lo tanto uno de

los objetivos fue restituir el Ministerio de Salud que en la gestión anterior estaba administrado por el Ministerio de Desarrollo Social.

Además se puede observar el interés por garantizar la institucionalización en la apertura de nuevos ministerios como Cultura, Trabajo, Ciencia y Tecnología, Hábitat y Vivienda, Mujer y la Igualdad. En lo que refiere al plan económico es priorizar una política fiscal sólida que permita el crecimiento de la actividad económica sostenible, reducir el gasto público, contener la inflación desde el ajuste de salarios y precios y trabajar sobre el acuerdo con el FMI.

La agenda de gobierno se reconfiguró por la pandemia al adoptar, más allá de la agenda planificada, nuevas medidas: se estableció el 20 de Marzo el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO); pudiéndose prorrogar este plazo por el tiempo que se considere necesario en atención a la situación epidemiológico, para ello fue necesario el soporte de la red del sistema sanitario para la detección de contagios y seguimientos de los contactos estrechos.

Además se lanzó una aplicación digital CUIDAR que requiera la provisión de datos personales de los individuos y un autodiagnóstico de síntomas extendiendo luego un código que los habilitaba a la circulación aquellas personas asintomáticas, también brindaba asistencia y recomendaciones en los casos compatibles al coronavirus.

En relación a la agenda económica, en un contexto de suspensión de múltiples actividades, el Estado presentó el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP) que incluyeron los siguientes beneficios: postergación o reducción de hasta el 95% del pago de las contribuciones patronales al Sistema Integrado Previsional Argentino, el Salario Complementario: es una asignación que paga el Estado Nacional para los trabajadores en relación de dependencia del sector privado, Crédito a Tasa Subsidiada para empresas, Crédito a Tasa Cero para Monotributistas y trabajadores autónomos sin ningún costo financiero, como así el decreto DNU 413/2021¹ que expresa la prohibición por

¹ Boletín oficial de la República Argentina, recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-413-2021-351343/texto>

sesenta días de efectuar despidos en las empresas de todo el territorio nacional y la doble indemnización.

Y además se complementaron medidas relacionadas a la asistencia económica para el sector de la sociedad que se encontraba más expuesta a los riesgos. Se efectuó un incremento adicional a las jubilaciones y pensiones mínimas, como así un bono adicional al pago de Asignación Universal por Hijo (AUH) y Asignación Universal por Embarazo (AUE), la provisión de alimentos a los comedores comunitarios de barrios vulnerables, y para el sector de la economía informal una asignación monetaria de \$10.000 del Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) destinado a aquellas personas que no poseen un trabajo formal, desempleados y pensionados.

Por último, se destinaron fondos económicos al área de Investigación Científica como la creación de la Unidad Covid-19 orientada a la transferencia de recursos humanos e infraestructurales hacia el área de salud y al fortalecimiento de la investigación científica específica.

Las medidas fueron trasladadas a las 24 jurisdicciones pero quedaba a criterio de cada una de ellas en implementarlas o no. En el caso de la Provincia de Santa Fe las consideró y en coordinación puso a disposición protocolos de acción para los distintos sectores como el área de trabajo, desarrollo social, producción, deportes, salud, transporte, atención al público, ambiente, agroalimentario, cultura y turismo. Realizando ***un abordaje intersectorial***, entendido como *“la integración de los distintos sectores del municipio y los diferentes actores de la comunidad en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones para mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios donde viven las personas, el territorio”* (Cunill Grau; 2005).

En materia de salud se incrementó el presupuesto, aumentando la capacidad de camas críticas, se acondicionaron centros de aislamientos no hospitalarios en toda la provincia como así también en la elaboración de centros de testeo y en la investigación del virus. Se restringió la circulación en los efectores públicos y

privados del segundo nivel de atención priorizando la urgencia de covid y postergando consultas, estudios o cirugías programadas.

En los efectores del primer nivel de atención se implementó el protocolo “Triage”, siendo este un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, esto permite una gestión del riesgo sanitario clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas; como así la implementación de los Equipo de Protección para el Personal (EPP) y de protocolos tendientes a resguardar la integridad física de los trabajadores.

La gestión de la emergencia sanitaria se basó en tres pilares estratégicos que fueron: el comité de expertos, el comité de coordinación y el 0800 para consultas médicas. Estos permitieron tomar decisiones rápidas basadas en recomendaciones científicas, implementarlas en los diversos departamentos, e informar y detectar casos sospechosos en toda la provincia, centralizando y ordenando la información. Se reforzaron los puestos de control en los límites interprovinciales con 26 puestos, controlando el flujo vehicular en los límites con las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Chaco, Entre Ríos y Santiago del Estero.

Se firmó un convenio a nivel nacional para el Programa de donaciones de plasma de recuperados de COVID19 a través del CUDAIIO (Centro Único de Donación, Ablación e Implante de Órganos). Las extracciones se realizaban en los hospitales: Eva Perón de Granadero Baigorria, Clemente Álvarez de Rosario e Iturraspe de Santa Fe. Se produjo alcohol en gel desde el Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado (LIF), para garantizar el abastecimiento en todos los efectores de salud de la provincia. También con la coordinación de cooperativas y sindicatos se crearon insumos críticos como mascarillas, barbijos, camisolines y batas habilitados por la ANMAT. Además se coordinó un programa de capacitación para médicos, enfermeros y personal de salud de toda la provincia.

A nivel local, el abordaje de la problemática requirió una reorganización y coordinación al interior del gobierno, es por ello que se crea el Comité De Riesgo

que implicó cambios en el organigrama municipal para atender al asunto de la pandemia, el área salud es el prioritario para dar respuesta a dicha cuestión. El Consejo de Gestión de Riesgo se conformó en dicho espacio encargado del diseño e implementación de estrategias y políticas coordinando con los otros niveles gubernamentales provincial y nacional.

La priorización de la salud en el abordaje implicó la transformación de muchos procesos de trabajo. Podemos mencionar dos dispositivos de gestión constituidos a partir de la pandemia: el Comité de Operaciones de Emergencias Sanitarias (COE) y la mesa de ayuda permanente para la pandemia, en donde se vinculan distintas áreas que contribuyen en la planificación y construcción de problemas transversales trabajando de manera interdisciplinaria e intersectorial.

En este sentido mencionamos la creación de refugios municipales para personas en situación de calle trabajando de manera intersectorial con la Secretaría de Salud Pública y Desarrollo Humano y Hábitat. Esta última articulaba además con organizaciones de la sociedad civil, como así también con diferentes actores públicos: la Universidad Nacional de Rosario, el Banco de Alimentos, la bolsa de comercio y voluntarios de diversas organizaciones.

El COE como dispositivo que integra todas las áreas de salud (epidemiología, bioingeniería, arquitectura hospitalaria, farmacia, SIES) generó una mejor comunicación a través de reuniones intersectoriales e interestatales a nivel subnacional con el fin de analizar las estrategias de respuesta ante el COVID-19.

La problematización de la coyuntura además de atender temas relacionados a lo sanitario respondió y atendió otras dimensiones sociales que constituían problemáticas prioritarias para la comunidad.

Es evidente que desde la Secretaría de Salud Pública el término cuidado es pensado desde una perspectiva social ligadas a la salud colectiva y la medicina social incorporando una visión más amplia e integral a las prácticas de atención y los procesos de salud y enfermedad.

1.3 Las dimensiones de la vida social bajo medidas sanitarias

La pandemia como fenómeno social complejo, no es solo un problema sanitario sino que implica la intervención en las múltiples dimensiones de la vida social porque se ha configurado tanto en lo individual como en lo colectivo.

Podemos analizar que a nivel mundial una de las medidas homogéneas y generalizadoras fue el aislamiento y el confinamiento perdiendo de vista la particularidad de los contextos locales, ya que entendemos:

“la enfermedad como proceso que impacta de manera distinta según el lugar, espacio donde aparece, las características nutricionales, habitacionales, las enfermedades previas, las condiciones de construcción de la cotidianidad y especialmente la posibilidad de percepción de sentirse enfermo, sano o expuesto a ella en relación a la subjetividad de cada uno y de los condicionamientos sociales y económicos que dialogan inevitablemente con estas cuestiones” (Carballeda; 2020, p.2).

Por esta razón comprendemos que el problema impacta en las múltiples dimensiones de la vida social es por ello que es indispensable resignificar en las políticas públicas los términos transversalidad, intersectorialidad, interdisciplina y territorio.

Las medidas socio sanitarias en nuestra región como el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) estaban acompañadas por el discurso “quédate en casa”, la no circulación comunitaria era una medida que en los barrios populares fue muy complejo poder acatar debido a que en ellos habitan una población en donde el trabajo formal escasea y reina la precarización laboral sin poder garantizarse un mínimo de ingreso para poder solventar lo que dure la pandemia dentro de casa.

Podemos ver cómo los contextos locales tienen su particularidad, la difusión de “quédate en casa” en los territorios en donde no solo se dificulta el acceso a los alimentos esenciales sino que además en caso de que se active el protocolo de aislamiento por caso positivo o sospechoso de covid, la misma se vio condicionada por su situación habitacional caracterizadas por residir en asentamientos irregulares donde acceden a los servicios esenciales a través de conexiones clandestinas, alejadas de los cuidados e higiene necesarias para prevenir masivos contagios, como bien lo manifiesta el Registro Nacional de Barrios Populares, *“el 88,7% de los mismos no cuenta con acceso formal al agua corriente; el 97,85% no tiene acceso formal a la red cloacal; el 63,8% no cuenta con acceso formal a la red eléctrica, y el 98,9% no accede a la red formal de gas natural”* (Naciones Unidas Argentina;2022)

La imposibilidad del desarrollo individual en ese exterior restringido por la amenaza de un virus, comienza a reforzar el lazo comunitario de las organizaciones sociales siendo este el soporte ante la emergencia alimentaria, organizado por mujeres encontrándose en la primera línea de los cuidados.

La participación barrial se visualiza en la creación de comedores emergentes que durante la pandemia articularon con los organismos públicos con el fin de garantizar los alimentos a la población.

“Porque habitar algunas casas es un tema complicado, no solo porque no se cuenta con las comodidades básicas, sino también porque se convive en situaciones truculentas. Entonces es mejor salir a la calle. Mejor estar afuera. En la vereda, en la canchita, en la esquina. Y además, lo íntimo, lo doméstico, el lugar de la intimidad, de lo propio, es un lugar público, es algo que conoce la escuela, conoce el centro de salud, y las instituciones con las que cuenta el Barrio. ¿Cómo hacer que el “quedate en tu casa” surta efecto en estos sectores?” (Cano M.; 2020)

Entonces, ¿qué implicó la medida del ASPO en las economías familiares de los barrios populares? En primer lugar la discontinuidad de ciertas actividades

económicas consideradas “no esenciales” como las actividades industriales, comerciales, la construcción, entre otras y que forman parte del circuito económico cotidiano de sostén del hogar. En segundo lugar, como consecuencia de no poder salir a trabajar o “hacer unas changas” provocó aumento del desempleo y así la disminución de los ingresos económicos en los hogares atravesados por la precarización y el mercado informal.

La continuidad de las trayectorias escolares ante el cierre de los establecimientos educativos y el acompañamiento virtual se vio reflejada en la no continuidad de estudiantes por no poder sostener el espacio de aprendizaje debido a la brecha de la desigualdad digital, al no contar con los dispositivos tecnológicos y/o el acceso a la conectividad.

Por otro lado, a pesar de que la perspectiva de cuidado tuvo injerencia en la implementación de las medidas tanto en lo discursivo como en la ejecución se profundizaron de igual manera las tareas de cuidado en el hogar que se reflejó tanto en el ámbito privado con la sobrecarga de horas en las mujeres como en el ámbito público en la organización comunitaria de los comedores, reforzando así la idea de feminización de los cuidados.

Para finalizar, recuperamos y compartimos la reflexión de Alfredo Carballada sobre tal coyuntura: la pandemia configuró la vida cotidiana tanto de quienes cumplen como no el ASPO:

“En este aspecto, se presentan problemas vinculados con la intervención que marcan la necesidad de ésta desde nuestro campo en: acceso a la alimentación, agua potable, salud, surgimiento o expresión diferente de problemas sociales (violencias, discriminación, su impacto subjetivo), construcción de nuevas formas de convivencia y circulación, tanto en el aislamiento domiciliario como en el territorial, la interacción con dispositivos de asistencia directa e indirecta, el deterioro de lazos

sociales, el acceso a derechos; la aparición de más y nuevos problemas sociales” (Carballeda A.; 2020).

1.4 Ahora bien ¿por qué es una pandemia anunciada?

Estos hechos fenoménicos de brotes epidemiológicos y cambios climáticos (peligros ambientales) prevalecen en el contexto de la modernidad donde la organización capitalista como forma mayoritaria de organización social y económica propone explotar los recursos naturales para generar crecimiento y sustentabilidad a los mercados pero a su vez produce efectos negativos en los modos de producción de las sociedades.

Como consecuencia de estos modelos de consumo que generalmente son a costa del medio ambiente, nos urge preguntar si en las agendas internacionales se estaban construyendo y elaborando políticas públicas ambientales que sean transversales a los modelos económicos, bajo la lógica de prevención.

Si bien existen protocolos para responder a emergencias naturales que adoptaron diferentes países; en esta emergencia sanitaria, tras la última epidemia de ébola en África en el 2014, ¿qué se siguió replicando en cuanto a medidas y protocolos de protección en salud?, ¿es factible en todos los sistemas de salud del mundo? En el caso de nuestra región, ¿cómo se estaba preparando el sistema de salud para enfrentar una pandemia?

De acuerdo a estos interrogantes, conocer el sistema de salud argentino es crucial para entender sus capacidades de atención en materia de salud en donde participan un amplio quehacer de otras disciplinas para el trabajo en conjunto y coordinado desde la interinstitucionalidad.

Que la pandemia comience en otro continente nos permitió en una primera instancia observar las experiencias y estar alerta ante tal aproximación, pudiendo implementar planes de acción que respondan a la emergencia y prioricen la atención en la salud.

Según el Ministerio de Salud (2021), a fines del primer año de declararse la pandemia se expandió el sistema de salud público en un 47% sobre la capacidad instalada, destinando bajo los criterios de racionalidad y equidad, recursos sanitarios a las jurisdicciones de todo el país para dar respuesta a la emergencia.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se puede considerar al Estado garante con su rol vertebrador de coordinación y acción en materia de gestión de salud, dicha centralidad estatal deviene de la idea de proteger ante el riesgo social, en este caso de los riesgos de la pandemia.

Este nuevo hecho histórico ha generado una conmoción generalizada que iguala a toda la población en términos de vulnerabilidad. El objetivo no es volver a la normalidad sino aprovechar las enseñanzas de la pandemia para construir un sistema de salud menos injusto y con el pueblo como principal sujeto, como así ha reavivado nuevos debates y discursos antagónicos, por un lado se manifiestan a través de discursos neoliberales, el “sálvese quien pueda” que giran en la economía y por otro lado cuidémonos entre todos como un discurso con ideal más colectivo, de colaboración y participación de toda la población.

Este fenómeno como las catástrofes naturales fueron advertidas por diferentes profesionales, como por ejemplo el Dr. José Ramón Acosta Sariago quien expresó en una entrevista para la ONU: *“Es una crónica de algo que estaba anunciado. Hace algunos años, los modelos de pronóstico vaticinaban eventos catastróficos de alcance global, se hablaba, incluso, de la posibilidad de epidemias de carácter global.”* (Organización de las Naciones Unidas, 2020)²

Comienzan aparecer en las portadas de los diarios internacionales como nacionales lo que se venía anunciando por investigadores de la ciencia al descubrir que estos eventos de avance global iban a desembarcar en los próximos tiempos, siendo de gran importancia reforzar las estructuras científicas, sanitarias y económicas para enfrentarse a los problemas futuros.

². Nota periodística: <https://news.un.org/es/interview/2020/05/1474682>

En diarios internacionales se alertaba de que *“los expertos habían advertido sobre la amenaza de nuevas enfermedades pandémicas y habían instado a cambios importantes en la forma de protegernos contra ellas”* (Noticias ONU, 12 de Mayo de 2021). Mientras que en medios nacionales como Télam, la investigadora del Conicet Pilar Bueno anunciaba que *“las transformaciones en el medio ambiente generan este tipo de pandemia, se sabía que esto iba a pasar y se sabe que cada vez va a haber más pandemias con origen zoonótico”* (Télam Digital; 2021).

Segundo Capítulo

2. Aproximación al campo sanitario

“Cuidemos lo que es de todos,
porque para algunos es todo lo que tenemos”

Rovere Mario.

En el desarrollo de este capítulo nos aproximamos a la historia del Campo Salud para recuperar los hitos más importantes. Para ello hacemos referencia al análisis de Bourdieu (2005) quien plantea el análisis de campo desde un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones en pugna por formas específicas de dominio, monopolio y producción de un tipo de capital específico o simbólico.

El análisis de este campo nos remite analizar el presente y se debe a diferentes procesos históricos, siguiendo a Robert Castel (2001) recuperar la historia implica comprenderla con sus rupturas y continuidades necesarias para el análisis de las transformaciones actuales, por lo tanto implica contextualizar y comprender el presente. Debido a que *“todo presente es un efecto heredado, es el resultado de*

una serie de transformaciones que es preciso reconstruir para poder captar lo que hay de inédito en la actualidad” (Castel, R.; 2001)

Abordaremos esta historia enmarcada en los diferentes niveles del sistema sanitario comprendidos por un sistema integral nacional, provincial y municipal.

2.1 Evolución histórica del Sistema de Salud en Argentina

En primer lugar, realizamos un recorte histórico clasificado en los tres tipos de Estado que proponen Andrenacci y Soldano (2006). Los mismos se podrían clasificar en etapas de la historia de las políticas sociales, y en cada uno de ellos, analizaremos la manera en que se articulan las políticas en materia de salud en Argentina, acorde al desarrollo capitalista de la región. Los autores proponen la siguiente periodización: Estado Clásico - Estado Social / Bienestar y Estado Neoclásico.

Para realizar un análisis de la realidad actual, es precisa una perspectiva histórica, la misma es fundamental para estudiar las relaciones de poder entre diversos actores que ponen en tensión las diversas líneas político - ideológica de pensamiento a la hora de comprender a la salud en un determinado momento de la sociedad. Nos centraremos en desarrollar la historia del campo sanitario, sus concepciones de salud y sus modos de abordar dependiendo de cada contexto socio-cultural, entendiéndose que cada concepción refleja el pensamiento de la sociedad en un momento histórico determinado adoptando formas propias de comprender la salud y sus abordajes.

Podemos observar que el movimiento higienista se presentó a mediados del siglo XIX con una gran influencia de la medicina positivista, que se anclaba en un proceso político social crucial, lo que se denomina como el **Estado Clásico o Liberal (1870-1946)**, el mismo estuvo caracterizado por la expansión de las relaciones económicas capitalistas y la inmigración transatlántica masiva que favoreció el proceso de acumulación de la burguesía agroexportadora. Las nuevas

formas de salarización contribuyeron en la división social del trabajo y produjo el surgimiento de conflictos entre capital y trabajo e intervenciones estatales.

Paralelamente la construcción del proyecto Estado-Nación estaba impregnada por una gran impronta moral de control social y disciplinamiento, por lo tanto sus respuestas a la cuestión social eran de esa índole.

En lo que respecta a la salud se podría mencionar que no era considerado como un problema público, sino meramente privado, caritativo, donde el gobierno solo se limitaba a garantizar la seguridad de la ciudadanía a controlar epidemias y enfermedades transmisibles. Muestra de ello son la Ley 12.331 (1936) profilaxis de enfermedades venéreas y la Ley 12.732 (1941) sobre hidatidosis.

Con el avance de la medicina, creció progresivamente la imagen de poder y prestigio hacia los médicos, tal valor simbólico - social de poder desembocó en reconocerlos como agentes de ordenamiento social. Aquí se podría reconocer dos corrientes de la época en la que se organizó los modelos de atención en Salud Pública, la alienista y el higienismo. Se puede señalar que en ellas se articulaban categorías en torno a lo biológico que ordenaría lo normal y lo anormal o patológico, por lo tanto para comprender la integración social era necesario conceptos como la razón moderna, orden, progreso, ciencia, higiene. Estos eran acompañados por medidas de profilaxis, prevención y educación hacia cierto sector que moralmente no estarían acorde a lo deseado como sociedad.

La corriente Higienista tenía como principio refundar la higiene como ciencia profiláctica y disciplina médica, dotada de un cuerpo doctrinario propio en la lucha por la erradicación de enfermedades como la fiebre amarilla o el cólera-morbo; afecciones que se desarrollaron con más frecuencia en el medio urbano y que afectaron a la mayor parte de la población, especialmente aquella conformada por las clases más bajas, trabajadores, obreros y sus familias, cuyas condiciones de vida y de trabajo insalubres fueron focos de enfermedad permanentes.

A medida que crecía el mercado de trabajo formal, también crecían los esquemas de protección, esto se debe a diversas cuestiones que configuraron lo

que conocemos como el **Estado Social / Bienestar (1946-1974)**. En donde se impuso políticas de pleno empleo, regulación tutelar del contrato de trabajo que tendió asegurar la estabilidad de los salarios respecto a los costos de vida. A su vez el Estado reconoció jurídicamente a las organizaciones sindicales, lo que implicó reconocerlas con un rol intermediario de negociación, a un estilo tripartitas con las asociaciones patronales.

En este periodo, se percibió una presencia activa del Estado en diferentes áreas de la vida social, se caracterizó por transformar las relaciones salariales tendenciosas a homogeneizar y garantizar ciertas condiciones de vida frente a las irregularidades del ciclo económico y riesgos individuales. Intervino en la generalización de los sistemas de seguros basados en la protección socializada de los riesgos de la vida activa como desempleo, accidentes de trabajo, enfermedad, vejez y muerte.

En lo que respecta de Salud, nuestra región atravesó por cambios paradigmáticos y sucesos que avanzaron en materia de salud, podemos señalar como en 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior, ese año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que luego en el 1949 se transformó en Ministerio.

En este sentido, se registró en la década del '40 una expansión de derechos sociales en general y de una multiplicación de la oferta universal y gratuita de servicios de salud. Es por ello que lo conquistado en materia de salud ha sido un largo proceso ya que en nuestro país se produce un cambio relevante en la gestión de Ramón Carrillo con la creación de la Secretaría y luego en 1949 deviene el primer Ministerio de Salud Pública del país.

En este periodo sucede una mayor presencia estatal en el sector público, tanto en los aspectos reguladores como en relación a la capacidad instalada del subsector público. *“El Ministerio de Salud se proponía construir un sistema de salud*

universal, público y de acceso gratuito, la organización de los trabajadores en CGT absorbía y transformaba las mutuales en obras sociales ahora con aporte patronal, generando un modelo de seguridad social bismarckiano, dos sistemas en uno” (Stolkiner; 2018).

En cuanto a las perspectivas que coexisten en la época, podemos mencionar al enfoque técnico de Salud Pública y Salud Comunitaria, se partía del presupuesto teórico de la enfermedad y la muerte para explicar la salud, era el método positivista para explicar el riesgo, el enfoque estructural-funcionalista para comprender la realidad y el poder del Estado para asegurar la prevención de la enfermedad. Claro está, que todas ellas, contaban con limitaciones para dar respuestas a problemas de salud propios de una realidad cambiante, compleja y en constante evolución.

Con posterioridad, nos encontramos con otra corriente epistemológica denominada “Medicina Preventiva” que incluyó científicos sociales en el campo de la salud, lo que significó incorporar análisis sociológicos para comprender la salud y su entorno. Cabe aclarar que fue desde una perspectiva positivista que se centraba en la salud de los individuos, las comunidades y poblaciones definidas. Su objetivo fue proteger, promover y mantener la salud y el bienestar, al mismo tiempo que prevenir la enfermedad, discapacidad y muerte.

Dentro de este recorrido epistemológico de corrientes predominantes en diferentes momentos y contextos históricos, encontramos a la Medicina Social, la cual surgió en el S.XIX junto con los grandes movimientos revolucionarios europeos, era concebida como un *“movimiento europeo [...] que reconocía a la **participación política** como estrategia principal transformadora de la situación de salud en la sociedad”*(Stolkier & Ardila Gomez, 2012).

Luego de la Segunda Guerra Mundial, desde diferentes proyectos políticos estas miradas han ido ingresando a nuestra región, tanto la Medicina Preventiva como la Salud Pública que ha sido parte de la propuesta desarrollista. Sin embargo, influyó en la aparición de la Medicina Social Latinoamericana ante un contexto de crisis global producto de las transformaciones de la economía mundial y la crisis de

la eficacia de la Salud Pública tradicional por su imposibilidad de dar respuestas a los problemas.

Por último clasificamos al **Estado Neoclásico (fines de los '70)**. El Estado promovió políticas de austeridad fiscal disminuyendo el gasto público y conduciendo propuestas de racionalización del sector público. Esta época estuvo acompañada de una crisis económica, lo que provocó una fuerte caída de la calidad de las coberturas de los sistemas universalistas del Estado.

Trae como corolario una paulatina degradación de las condiciones de empleo y desfinanciación de la estructura de la protección social. Durante los años '80 hubo un crecimiento de la pobreza y una caída de la tasa de empleo. Agravando la situación en la década de los '90 con un proceso de estancamiento de empleo y reemplazo de empleo estable por empleo precario afectando a una gran parte de los asalariados.

Este deterioro se tradujo en las propuestas de descentralización y desburocratización, esta política implicó el traslado de la responsabilidad a los estados provinciales de la administración de la red hospitalaria. Esta transferencia impacta de manera diferencial a los servicios según su capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales.

Como hemos desarrollado hasta el momento, observamos que en Argentina se produjeron cambios paradigmáticos que no se dieron de manera aislada, sino que este proceso se gestó a nivel mundial.

La **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud**, se firmó la declaración de Alma Ata que tiende a proteger y promover la salud de todos los pueblos, considerando a la Salud como *“un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales, económicos, además de la salud”* (Alma- Ata; 1978).

Ésta declaración considera a la salud como un derecho humano fundamental en donde se comienza a ver al sujeto como “sujeto de derecho”, en reemplazo de un

mero “paciente”. Alma Ata pone el acento en la responsabilidad estatal, la descentralización, la participación social, la idea, la promoción y la prevención de la salud, llamando a todos los países a un compromiso firme con el objetivo de lograr *“un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000”* (Alma- Ata; 1978).

A principios de la década de los setenta, se logró consolidar institucionalmente un esquema de provisión de la salud a través del cual, con la concurrencia del sector público y un característico sistema de seguridad social, se pudo alcanzar una extensa cobertura. Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales.

Años más tarde para dar respuesta a la crisis de los sistemas de financiamiento y atención de la salud en América Latina por medio de políticas Neoliberales, los conceptos de eficiencia, eficacia, libre elección, descentralización y participación comenzaron a impulsar reformas en la organización sanitaria; lo que dio lugar en el año 1988 a la descentralización administrativa de 7 hospitales nacionales, seguido de otros 12 al año siguiente. Esta medida se definió como *“el instrumento capaz de producir el aumento de poder, de autonomía decisoria y de control de los recursos, de las responsabilidades y de las competencias de las comunidades locales”* (Campana; 2010). Los objetivos que el gobierno de Raúl Alfonsín declaraba perseguir con la descentralización eran: propiciar la democratización de los procesos sociales, aumentar la participación popular, reducir la injusticia social y promover el desarrollo de las comunidades locales involucradas.

Actualmente la provisión de salud en Argentina es un derecho humano fundamental, es decir, de carácter inalienable, de la dignidad humana y universal (para todos/as las personas), es reconocido como tal a partir de la Reforma Constitucional de 1994. El mismo, está cubierto por tres subsectores; público,

seguridad social y privado; esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

2.2 Proceso de descentralización del Sistema de salud

2.2.1 Descentralización del Sistema de Salud Público en la provincia de Santa Fe

El sistema de salud en la provincia de Santa Fe ha ido creciendo en paralelo con los avances que se realizaron en el marco internacional y nacional, donde el servicio público de salud tiene su impronta en el proceso de descentralización, durante los años 90.

Desde la perspectiva histórica del campo en la década '40 se resignificó la relación Estado y sociedad dando lugar a nuevas intervenciones estatales. Se instauraron políticas públicas vinculadas al trabajo, la salud, la educación y la vivienda; en respuesta a *“la rápida transformación demográfica que trajo consigo un conjunto de problemáticas sociales, siendo uno de sus emergentes aquellos relativos a la higiene pública y la habitabilidad, que unido a los brotes epidémicos, impulsaron respuestas desde los municipios... la creación de instituciones de asistencia médica e iniciativas de saneamiento público”* (Bacolla; 2016). Por esta razón se fortalecieron las capacidades estatales³ al impulsar políticas sanitarias articuladas entre los distintos niveles gubernamentales tanto en las instituciones nacionales, provinciales y municipales.

Luego en los años '70, bajo un gobierno de facto cívico-militar en el marco de un proyecto de ajuste estructural, se produjo un *“desmantelamiento del sistema*

³ Según Grindle (1996): *“la capacidad política y la capacidad administrativa constituyen los pilares que estructuran la capacidad estatal. Es la aptitud de las instancias gubernamentales de plasmar a través de políticas públicas los máximos niveles posibles de valor social”* (Repetto; 2004).

sanitario nacional y de la transferencia de servicios y responsabilidades a las provincias” (Bertolotto et. al.; 2012).

El sistema de salud se vio desalentado y afectado por las consecuencias de la descentralización, focalización, privatización y la división de los tres subsistemas que generan aún mayor desigualdad tanto en la atención, la calidad de los servicios y la accesibilidad a la población.

A partir de los años ´80 en plena transición democrática se abrió camino a repensar el paradigma de salud, luego de la declaración de Alma Ata, donde se comienza a poner en marcha de manera progresiva la estrategia de Atención Primaria de la Salud en la provincia de Santa Fe, y en el resto de las provincias, bajo los siguientes ideales: universalidad, equidad, integralidad, accesibilidad, gratuidad y calidad; estos se establecen en toda la red de servicios y establecimientos de salud.

Ante este panorama, en los años ´90 se organizó un nuevo proceso de reformas en salud producto de la descentralización del gasto público y la transferencia de servicios a provincias y municipios en un escenario caracterizado por desigualdades territoriales y donde los indicadores sanitarios son dependientes del desarrollo económico de cada región y que tienen como contrapartida resultados desfavorables de equidad y eficacia especialmente en el campo sanitario.

La reforma estatal en la provincia de Santa Fe, que comenzó en el año 2007, favoreció al proceso de descentralización, entendida como un proceso participativo, en el cual se dividieron a lo largo de toda la provincia cinco regiones identificadas en nodos. El desafío además fue respetar la diversidad de cada región sin perder de vista el proyecto de unidad provincial. Las mismas se ubican en las ciudades más importantes de cada región, con el objetivo de desconcentrar los recursos del Estado y establecer instancias de participación y de diálogo de manera directa con la población.

En este sentido se pone la centralidad a la población a fin de garantizar el Derecho a la Salud, abandonando aquel concepto biologicista que era considerada

la salud por una mirada reduccionista del proceso salud-enfermedad en el que se consideraba el bienestar de acuerdo al cuerpo físico.

En materia de salud pública, el Ministerio de Salud de la provincia quién coordina y regula el sistema de salud, consideró crucial tal reforma en virtud a fortalecer la participación en clave territorial promoviendo el diálogo entre los actores involucrados: responsables centrales del ministerio, autoridades hospitalarias y actores locales estratégicos. El propósito fue potenciar la capacidad de gestión y resolución de problemas del sistema de salud en todos los niveles.

En el territorio santafesino cada Nodo de Salud cuenta con sedes administrativas y logísticas del gobierno, entre ellos el Ministerio de Salud. Y cada región cuenta con al menos un establecimiento de salud de alta complejidad técnica.

Esta planificación en nodos se propuso con el fin de garantizar el acceso gratuito a la salud a todos los ciudadanos de la provincia, utilizando estrategias transversales desde la Atención Primaria Salud (APS) para intervenir en todo el sistema; además de garantizar cercanía y accesibilidad a los servicios priorizando las zonas de vulnerabilidad.

El sistema de salud es complejo y dinámico. Está conformado por organizaciones, instituciones y recursos sanitarios, en una interacción pujante de actores sociales en pos de ser un sistema abierto en constante adaptación con las condiciones socio sanitarias de la población. Es por ello que la política de salud actual se basa en promover la capacitación de los equipos de salud en investigación científica y en la presentación de proyectos que reflejen las problemáticas identificadas como prioritarias en cada región, considerando también la participación de los actores políticos y sociales que acompañan la concreción de políticas sanitarias.

2.3 Organización del Sistema de Salud Público en la ciudad de Rosario

La ciudad de Rosario ofrece una importante red de servicios públicos de salud, las cuales son dirigidas por dos administraciones diferentes provincial y municipal. Las mismas promueven y regulan los servicios públicos de salud en los sectores de la población más vulnerables. La estrategia integradora que impregna en todo el sistema es la Atención Primaria de la Salud bajo los enfoques de la equidad, la acción intersectorial y la participación comunitaria.

El desarrollo de esta estrategia de intervención de la política de salud pública surgió como consecuencia del proceso de descentralización, a mediados de los años '90. La misma responde a las transformaciones y adecuaciones en el marco de nuevos paradigmas y lineamientos de la gestión de lo público; ya que durante este proceso el proyecto del gobierno nacional, quien buscaba una gestión más eficaz, era “bajar a lo local” para acercarse a los barrios y brindar soluciones a los problemas comunitarios haciendo partícipes a los distintos actores territoriales

De esta manera el sistema de salud se organiza con la idea de construcción de **redes**. El autor Mario Rovere (2006) planteó que tal concepción permite desarrollar mecanismo intrainstitucionales posibilitando el entramado de redes tanto hacia fuera del sistema como hacia adentro, este modo de organización nos invita a reflexionar permanentemente con otros sobre problemáticas complejas de la cotidianidad.

Respecto al organigrama y los actores sociales inscriptos en este campo, mencionamos a la Secretaría de Salud Pública como organismo público que administra, gestiona y coordina los tres niveles de atención: 1° Nivel: destinado a cumplir con las funciones de prevención y promoción de la salud, estas actividades se llevan adelante en los denominados centros de salud; en nuestra ciudad contamos con un total de 50 Centros de Salud que se encuentran operando en los distintos barrios bajo la dependencia administrativa de cada Distrito, en los cuales

los equipos de salud son responsables de las familias que habitan en los territorios más cercanos al lugar de atención. Los problemas se abordan no solo desde lo individual sino también teniendo en cuenta el contexto familiar. 2° Nivel: funciona en hospitales de mediana complejidad, Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR), Hospital Dr. Juan Bautista Alberdi, Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, Hospital Int. Dr. Gabriel Carrasco. Y por último el 3° Nivel: constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad, Hosp. General Pediátrico de mediana y alta complejidad de referencia regional y provincial - Hospital de Niños Dr. Víctor J. Vilela y Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA).

Nuestro objeto analizador para el TIF, se enmarca en el primer nivel de atención del sistema de salud, correspondiendo al CS "Tío Rolo" que se encuentra ubicado en la zona Sudoeste, en el Barrio Tío Rolo.

Es preciso señalar que el acercamiento al establecimiento se hizo en el marco de prácticas pre-profesionales, que a través de la observación participante y entrevistas elaboradas en los años 2020 - 2021 por medio de encuentros virtuales y presenciales, analizamos la dinámica institucional que se configuró durante la pandemia.

Tercer Capítulo

3. La agenda institucional del centro de salud Tío Rolo en contexto de pandemia

“La pandemia nos impactó de lleno en todo momento y a todos. En el momento mismo en que se instaló, el 20 de marzo nosotros cambiamos drásticamente la forma de atención porque la prioridad absoluta la tuvo el covid”
(Jefe del CS “Tío Rolo)

En este apartado tenemos el interés de plasmar cómo la agenda institucional y la agenda gubernamental configuró las líneas de trabajo en el primer nivel de atención en el CS “Tío Rolo” en contexto de pandemia, y a su vez identificar diferentes situaciones problemáticas. Para ello recuperamos datos obtenidos del relevamiento de las historias clínicas como a su vez de las entrevistas estructuradas y abiertas a los profesionales de la salud.

Es de nuestro interés abordar a la salud como la *“capacidad singular y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida”* (Ferrandini; 2011); nos invita a pensar a la salud desde una concepción integral dejando atrás la mirada estrictamente biologicista que reduce el bienestar de salud a la ausencia de enfermedad. Es decir comprender al **proceso salud enfermedad** con lecturas que tengan la capacidad de englobar al sujeto y su entorno. Entender al usuario y su relación con su cuerpo en relación a su trayectoria e historia de vida, ya que varias veces el malestar no tiene causas específicamente biológicas sino que influyen los condicionantes sociales.

En concordancia, la perspectiva de APS tiene como desafío establecer instancias de problematización de las cuestiones sociales de la población, es por ello que se requiere indispensablemente de un trabajo coordinado e interdisciplinario

del personal de salud para poder dimensionar el caudal de información que servirá como registro de índices de problemas que padecen los barrios.

De acuerdo al tema de interés, se puede decir que el contexto condiciona a la agenda institucional, la misma es dinámica y particular de acuerdo cada establecimiento, como así también los problemas que se registran y las estrategias que se implementan que pueden ser participativas, abiertas y/o cerradas. Ahora bien, ¿cómo se establecieron estas estrategias en la pandemia?

Con el fin de organizar este apartado nos proponemos en una primera instancia realizar una aproximación al CS “Tío Rolo”, analizando la dinámica institucional en relación al modo de trabajo de los profesionales, la población que atienden, las demandas, el territorio en el que se inscribe y las actividades que se realizó acorde a la agenda institucional antes de la pandemia.

Realizamos un trabajo de recopilación de datos, a raíz de un relevamiento en el año 2021 acerca de los documentos oficiales del establecimiento, es decir de las historias clínicas con el fin de obtener cierto diagnóstico de la población como de las demandas que se atendieron. Luego se realizaron entrevistas semiestructuradas y abiertas tanto a integrantes del equipo como a referentes barriales.

Teniendo como desafío responder ¿cómo intervino la atención primaria de la salud antes y durante la pandemia? este apartado se divide en dos instancias, en una primera nos aproximamos al establecimiento con una descripción exhaustiva del territorio y de su conformación. Continuamos con el desarrollo de la dinámica institucional, realizando una comparación tanto de la configuración del trabajo antes y durante la pandemia haciendo referencia a la población, las demandas y las intervenciones que se llevaron a cabo. Y culminar con un análisis de la agenda institucional, siendo este un desafío para los futuros procesos de trabajo.

3.1 Centro de Salud Tío Rolo y su anclaje territorial

Existen diversas concepciones de institución, de diferentes corrientes teóricas determinado por el contexto histórico, en este escrito utilizaremos los aportes provenientes de la corriente francesa.

Según los aportes de Baremblyt: “las **instituciones** son abstractas... *Las instituciones, son composiciones lógicas, un conjunto de leyes y principios que prescriben y proscriben las conductas y valores, es decir, lo que no y lo que es irrelevante.... Esas prescripciones (para la toma de decisiones, son al mismo tiempo lógicas, éticas, estéticas, etc) y decisiones adquieren modalidades específicas políticas, económicas, culturales, etc, en cada campo de la vida social... Estas regulan la actividad social humana, pronunciándose valorativa con respecto a cada una de ellas, prescribiendo lo que debe ser, proscribiendo lo que no debe ser , delimitando lo que es indiferente o no para esa institución*” (Baremblyt; 2005).

Por lo tanto toda institución por sí misma es abstracta, Baremblyt (2005) expresa que las mismas deben “materializarse” en dispositivos concretos que denomina como las organizaciones, estas se componen de grandes y de hasta pequeños establecimientos, y estos últimos incluyen dispositivos técnicos como la maquinaria-los aparatos-las instalaciones que adquieren dinamismo a través de los agentes que protagonizan prácticas verbales, corporales, de acción, técnicas, correspondientes.

En relación al punto de partida de análisis podemos observar que parte de la transformación institucional se debe a las fuerzas instituyentes, es todo aquello que ha traído y se ha instalado durante la pandemia, es decir, aquellos dilemas, debates, nuevas herramientas, equipamientos y cómo se ha instrumentado en los dispositivos de salud. Entendiendo que “*una de las evidencias más fuertes de la vitalidad de una institución es su capacidad para mantener un movimiento de transformación... llamadas fuerzas instituyentes caracterizadas como un proceso, un movimiento*”. (Baremblyt; 2005).

Siguiendo con esta lógica las instituciones son espacios dinámicos que fluctúan en el tiempo y se construyen de manera colectiva con todos los componentes que hacen a la misma. Estas líneas teóricas nos posibilitan el análisis del modo organizacional de una institución de salud pública, en este caso correspondiente al primer nivel de atención de salud. Nuestra referencia institucional, es el CS "Tío Rolo" de la ciudad de Rosario ubicado de la zona Sudoeste, particularmente en el Barrio Tío Rolo.

En primer lugar realizamos una descripción de la vida institucional antes de la pandemia con el propósito de comprender el habitus, lo cotidiano del trabajo en equipo, su modo organizacional, siendo esto configurado por el nuevo fenómeno social [pandemia] que irrumpe e instaura nuevas formas de organización institucional provocando diferentes dilemas en la atención sanitaria principalmente sobre cómo continuar garantizando la prestación de servicios ante la normativa del aislamiento social.

Analizar las transformaciones actuales nos obliga a remitirnos a la recuperación histórica del CS, porque comprendemos que el reflejo del presente es el resultado del pasado.

En la recopilación de los documentos secundarios se hace mención a un hombre norteamericano identificado como Rolando Barnet dueño de una estancia de múltiples hectáreas; se dice que el Sr. Barnet era frecuentemente visitado por sus sobrinos quienes lo llamaban "Tío Rolo" (por Rolando) y quienes al heredar dicha estancia deciden donarla a la ciudad llevando su nombre en homenaje a Rolando.

A principios de los años '70 se comienza a urbanizar ocho manzanas y constituirse como barrio "Tío Rolo". En el transcurso de los años se fue poblando abarcando otras dimensiones del territorio, es por ello que se reconocen al interior del mismo diferentes identidades territoriales que han marcado los modos de inserción o del acceso al suelo y/o a la vivienda. Se puede observar e identificar cuatro: Sagrada Familia que ha sido producto de una relación con la Fundación que

lleva su mismo nombre, una población económicamente formal que accedieron a unos microcréditos para el acceso a una vivienda; también podemos identificar a Buenas Nuevas que a través de la Fundación que lleva su mismo nombre impulsó la autoconstrucción de viviendas sobre el camino nuevo a Soldini donde viven 150 familias. Sobre las vías ferroviarias, se asentaron viviendas precarias con techos de chapas y suelo de tierra. Tal sector es identificado como Vicente Medina como así en el otro lado de la vía, hay un especie de triángulo al que llaman Bella Vista.

Geográficamente se encuentra ubicado en la zona Sudoeste de la ciudad comprendiendo su área geo-referencial de atención en el espacio que abarca las intersecciones de las siguientes calles: Avellaneda, Batlle y Ordoñez, Ov. Lagos y Camino Nuevo a Soldini. En las mediaciones predomina una zona industrial con fábricas como: Electrolux, Costan, Frider, Briket, Neumart, Ventachap, Soma, Nibbler, Francovich S.A, Frimetal, Metalbo, entre otras; como así también la presencia de clubes deportivos: Duendes, San José, Peñarol, Universitario de Rosario.



*Recorte satelital de las inmediaciones del B° Tío Rolo.

El surgimiento del CS fue en el año 2000 como una posta sanitaria situada en la vecinal del barrio, la cual dependía del centro de salud “El Gaucho” ubicado en Avellaneda 5625. Respecto a los recursos humanos, contaba con dos pediatras, un médico generalista, una enfermera y un administrativo.

En el año 2008 a través de un programa de médicos comunitarios⁴, se logró el traspaso del centro de salud al edificio en el que actualmente se encuentra emplazado en Avellaneda 6900 mejorando su dimensión espacial y por ende la incorporación de nuevos profesionales al equipo de trabajo, un odontólogo, una farmacéutica, una psicóloga y una médica generalista.

No obstante, luego de casi una década, concretamente en el año 2017 se incorporó al equipo profesional el actual trabajador social, con el cual ya se abordaban intervenciones en el área social desde el Centro Integral Comunitario / Centro de Convivencia Barrial (CCB).

El CS en el transcurso del tiempo se constituyó como referencia de proximidad con la población, desde nuestra lectura esto se debe a que históricamente es una de las principales instituciones estatales en el territorio siendo esta una política pública de salud universal, en donde se manifiestan una multiplicidad de problemáticas abordando a las mismas de manera integral es decir no solo desde una asistencia médica sino que son comprendidas en su todo social y en clave territorial.

Es por ello que es necesario recuperar en cada contexto determinado la noción de territorio desde la perspectiva de “construcción social” debido que la misma está configurada por múltiples factores, densidad poblacional, nuevos actores en territorio, medidas de circulación, entre otras. Aludiendo a lo que afirma la autora Spataro (2008), que el territorio es producto de prácticas, normas y representaciones sociales de sus habitantes, es decir que en relación a elementos estructurales y dinámicos que están en mutua interacción y que configuran una

⁴ Resolución 915/04. Salud pública - Programa Médicos Comunitarios - Lineamientos estratégicos - Aprobación - Creación de la Coordinación Central. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Boletín Oficial 2004; 19 sept. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ngxxc78Lwr5wgvMbhLttTxK/?lang=es>

especificidad propia, histórica y social; e ignorar estas categorías nos conduce al conocimiento vacío de la realidad social en donde se inscriben las instituciones estatales y por ende construir acciones vacías de sentido y significado.

3.1.1 La vida institucional antes de la pandemia

Para conocer la dinámica institucional antes de la pandemia desarrollamos este apartado en clave a tres ejes: la organización del trabajo; la población que asiste y que está adscrita al centro de salud; y por último el registro de las intervenciones que se abordaron en tal espacio.

3.1.2 Organización del trabajo antes de la pandemia

Luego de nuestro transitar podemos mencionar que la organización de la institución tiene una doble dependencia funcional tanto de la Dirección de Centros de Salud como de la Coordinación Distrito Sudoeste que coordina alrededor de trece centros de salud en diferentes barrios localizados en dicha zona, que los abastece de insumos, es decir de equipamiento, como así también de las condiciones y herramientas necesarias para el personal de la salud, siendo estos los agentes que ponen en funcionamiento los establecimientos.

El CS se encuadra en la red del Sistema de Salud Pública, por lo tanto su objeto organizacional responderá a los lineamientos provenientes de la perspectiva de Atención Primaria de la Salud (APS) bajo los ideales de universalidad, equidad, integralidad, accesibilidad, gratuidad, calidad, intersectorialidad, por lo tanto tiende a ser la puerta de entrada de la población al sistema de salud pública.

Este objeto organizacional es llevado adelante mediante la ejecución de agentes de la salud que hacen a la dinámica institucional, en este caso se organiza mediante un equipo interdisciplinario compuesto por diversas disciplinas que se reúnen para lograr procesos de trabajo en clave a la atención integral de salud para debatir en conjunto, analizar las problemáticas sociales de la población objetivo y responder tales necesidades.

El Centro de Salud funciona de lunes a viernes desde las 07:00hs hasta las 19:00 hs, brindando servicios de atención por un equipo de profesionales; conformado por un Director que brinda servicios de jefatura y paralelamente el de odontología, médicas generalistas, residentes de medicina, médica pediatra, psicóloga, enfermeras, farmacéutica, pasante de farmacia, trabajador social, personal administrativo y personal de limpieza.

Respecto a la dimensión espacial, el plano estructural del centro de salud está asimilado a la forma de un rectángulo, dividiéndose internamente por un pasillo que conecta la entrada y la salida que conecta a los 12 ambientes. A su disposición tiene un Sum amplio donde se encuentra la cocina (se comparte por lo general con el CCB y se utiliza para las reuniones o encuentros) y otro de menor tamaño (se utiliza mayormente como espacio de los trabajadores para realizar breaks o reuniones interdisciplinarias, que se realizan quincenalmente para el retrabajo de situaciones problemáticas familiares y/o singulares de los sujetos), una biblioteca con doble función tanto como espacio de lectura como ludoteca, dos baños, administración y seis consultorios (asignados a los profesionales de salud mientras que el trabajador social se adecua a la disposición del espacio al momento de realizar una entrevista o reunión).

3.1.3 Población que asiste - Demandas

Las demandas que ingresan provienen de aquel ciudadano que resida en la órbita georeferencial del barrio.⁵ En una primera instancia se recepciona como una necesidad de atención a la salud, pero que durante el proceso pueda requerir de otras prácticas de salud relacionadas a lo social. El documento oficial institucional donde se registran las admisiones y los procesos de intervención son mediante las historias clínicas familiares.

⁵ Comprende las inmediaciones de Avellaneda, Battle y Ordoñez, Ov. Lagos y Camino a Soldini, estas constituyen el Barrio Tio Rolo de la zona sudoeste de la ciudad de Rosario.

Como herramienta de análisis utilizamos tal documento de carácter primario con el fin de reconocer las demandas de lo registrado en las HCL. A principios del año 2021 realizamos el relevo de manera aleatoria, nos fundamentamos en diferentes variables que nos permitirán a priori analizar de manera cualitativa y cuantitativa las demandas que se registraron, variables como:

- Número de historia clínica, con el fin de establecer un orden de referencia;
- La fecha de admisión, nos permite dar cuenta del ingreso al sistema de salud pública en el primer nivel;
- Domicilio, ubicación geográfica en el territorio sudoeste del B° Tío Rolo;
- La cantidad de integrantes del grupo familiar, que nos permita realizar una descripción cuantitativa y cualitativa de la población que asiste;
 - Género - rango etario - nivel educativo - relación con el mundo del trabajo.
- Trabajo con otras instituciones, dependiendo de la problemática queremos destacar si se abordó de manera intersectorial.
- Observaciones / cuestiones habitacionales de cada grupo familiar.

Muestreo de las HCL del CS "Tío Rolo" - 2021														
N° HCL	Fecha	integrantes	F	M	N-B	- 18	+18	Domicilio	Demandas	Educación	Trabajo	COVID	Trabajo interinstitucional	Observaciones

La mayoría de la información se obtuvo del registro de las diferentes consultas clínicas, y en dichas lecturas observamos que las fichas de admisión estaban incompletas. En este sentido consideramos que tal información es importante como primera instancia de conocimiento de las familias inscriptas en el territorio.

Por grupo familiar que ingresó a la prestación de salud del sistema público: un 54% son mujeres, un 42,1% hombres, quedando un 3,2% sin identificación con el sexo mujer / hombre. Según la composición del hogar, podemos identificar que un 4,2% está conformado por 6 integrantes, 8,3% de 5 integrantes, 20.8% de 4

integrantes, de 16,7% de 2 -3 integrantes y por último 2,5% de un solo integrante. Esto refleja que en hay una mayor presencia de mujeres y que predominan familias compuestas de 4 integrantes.

Respecto a la educación obligatoria hay escasa información, sin embargo podemos identificar que un 10% finalizó la educación secundaria, el 6.7% tiene secundario incompleto, el 3.3% secundaria en curso; y en relación a la educación primaria el 3.3% lo finalizó, el 3.3% está en curso y el 6.7% no finalizó la primaria.

Sucede lo mismo en relación al mundo del trabajo, en la mayoría de las HCL hay un escaso registro, un 12.2% en el trabajo informal quedando sin registrar el 88% de la población.

Al margen de esta escasa información comprendemos que la población que accede al sistema de salud pública es porque no están adheridos a una cobertura de salud por obra social o prepaga, no obstante a través de las entrevistas realizadas a referentes del barrio, indagamos sobre las actividades informales y las mismas están abocadas a: changas, cuidacoches, cirujeo, ferias/ trueque, comedores barriales, elaboración de huertas, ladrilleros y albañiles.

Referido a las **demandas**, se registraron las siguientes:

- controles de salud clínicos un 26.98%
- control ginecológico referidos a controles anuales como el PAP y asesoramiento de salud sexual reproductiva y no reproductiva registrada como “planificación familiar” un 23.81%
- vacunación referidas a las vacunas del calendario un 19.5%
- consulta con el equipo de salud mental en conjunto con la psicóloga un 11.5%
- interconsulta con especialistas un 6.35%
- de violencia de género un 3.17%

Podemos dar cuenta que las demandas que llegan al primer nivel de atención si bien en su mayoría se relacionan estrechamente con alguna dolencia o padecimiento biológico no solo se dan respuestas a cuestiones de

salud-enfermedad sino más bien se tiene en cuenta factores sociales y el contexto social donde se desarrolla la vida cotidiana de los sujetos. Es por eso que parte del enfoque de salud integral es tomar a la salud como proceso, donde se ponen en consideración cuestiones que van más allá de la ausencia de enfermedad.

3.1.4 Intervenciones antes de la pandemia

Las intervenciones registradas hasta el momento del suceso epidemiológico, según lo relatado y recuperado en las entrevistas, estaban bajo la perspectiva de cuidado de salud en términos de prevención, promoción y atención de la salud.

Este efector municipal cumple con las funciones del primer nivel de la red del servicio público de salud, si bien es la puerta de entrada a los servicios de salud también es la puerta de entrada al sistema público y al acceso a otros derechos.

El CS conformado por un equipo interdisciplinario que son los encargados de realizar el seguimiento de la salud de manera individual, familiar y comunitaria adscritos en el territorio tiene como desafío brindar prestaciones de servicios sanitarios y asistenciales que garanticen el acceso a la salud de manera localizada y territorializada.

Se trabaja de manera coordinada principalmente con el segundo nivel de atención, los hospitales de referencia son el Hospital de Niños J. Vilela, CEMAR y el Hospital Roque Sáenz Peña; el personal administrativo se encarga de gestionar los turnos con especialista de acuerdo al criterio clínico. Otras prestaciones son brindar atención ambulatoria en consultorios, con turnos programados y con demandas espontáneas del día a día. Se desarrollan actividades relacionadas a la participación comunitaria en tareas de promoción de la salud vinculadas también a otras instituciones referenciadas del barrio. *“Se discuten situaciones, se construyen problemas y se van resolviendo en hacer algún abordaje grupal por parte del equipo del cs y con otras instituciones del barrio; como los centros cuidar, ex ccb, ex crecer”* (Entrevista al trabajador social, 2022).

Se registraron las siguientes intervenciones:

- Referidas a la promoción, prevención y al cuidado comunitario podemos mencionar: Campañas de vacunación, ya que es zona endémica se realizó una campaña de vacunación de Fiebre Hemorrágica Argentina que de manera conjunta al área de enfermería y Trabajo Social se planificaron visitas domiciliarias con el fin de prevenir la enfermedad causada por el Hantavirus conocido como mal de los rastrojos.
- Referidas a la atención y al acompañamiento de salud: Garantiza consultorios de primera atención al sistema de salud en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y de acuerdo a la complejidad se deriva a los efectores correspondientes.
 - consultorio clínico/pediátrico, ginecología, odontología, psicología y trabajo social / residentes.
 - También se dispensan medicamentos desde el área farmacéutica de acuerdo a las necesidades diagnosticadas por los profesionales, como a su vez garantizar el suministro de aquella población que padece de alguna enfermedad crónica.
- Se trabaja con el programa Materno Infantil que asiste con la entrega de leche en polvo a niños de 0 a 5 años que depende del Ministerio de Salud.
- En convenios realizados con la Municipalidad de Rosario en situaciones de violencia de género, se estableció un convenio con taxis para el traslado de víctimas de violencia a los espacios de alojamiento para el resguardo y acompañamiento de la víctima.
- Se trabaja de manera articulada con las diferentes instituciones estatales con el fin de establecer una red territorial, podemos mencionar al Centro de Convivencia Barrial, la Escuela Primaria N° 1372 y organizaciones de la sociedad civil como comedores y merenderos que convoca a toda la población y/o actores barriales. Se trabajó en conjunta en los siguientes espacios;

- En el CCB se estableció un espacio de “desarrollo infantil”, con encuentros semanales para trabajar con la población de infancias, específicamente de 0 a 3 años en relación al vínculo materno, la estimulación temprana y sus cuidados haciendo uso del juego.
- El “dispositivo lúdico” de juego consistía de encuentros semanales dirigido a la segunda infancia entre los 5 a 12 años que presentan dificultades en el proceso de aprendizaje escolar.
- También están los encuentros en el “espacio de adolescentes y juventudes” que abarca las edades entre 12 a 15 años que trabajan diferentes temáticas relacionados a reflexionar prácticas de autocuidados, y prácticas cotidianas con otrxs donde se problematizan, la diversidad sexual, roles pre-establecidos de género, el consumo problemático, entre otras cuestiones.
- El “espacio de mujeres” que brinda talleres relacionados la violencia de género y a los derechos de la mujer.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente en donde se visualizan las líneas de trabajo de la institución podemos observar como la agenda institucional del centro de salud es flexible porque coexisten a la vez con aquella agenda gubernamental que “baja” la secretaria de salud pública como la campaña de vacunación y aquella agenda construida de manera integral e intersectorial junto a la participación de los vecinas y vecinas... *“La agenda se divide en dos, una que es el servicio de salud que presta el cs a la población y otra que va construyendo problemas que puede abordar el equipo y va definiendo formas de abordarlo”* (Entrevista al trabajador social; 2022).

3.2 ¿Cómo intervino la atención primaria de la salud en contexto de pandemia?

En el transcurso del año 2020 se creó el Consejo de Gestión de Riesgo que de manera coordinada con la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario, de acuerdo a la situación epidemiológica del momento, modificaron la actividad organizacional en base a las nuevas directrices de la provincia y de la nación.

Se priorizó en fortalecer las redes de salud pública focalizando la atención en la emergencia sanitaria, capacitando y asesorando a los equipos de trabajo del primer, segundo y tercer nivel, dispositivos y programas públicos.

En muy poco tiempo los profesionales tuvieron que instaurar nuevas prácticas asistenciales y de prestación de servicios, adquirir nuevos conocimientos, nuevos medios de protección, modificar la estructura de atención habitual para seguir manteniendo la atención primaria en los territorios sin perder de vista los cuidados en un entorno epidemiológico cambiante.

Los centros de salud de atención primaria reconfiguraron sus agendas institucionales de acuerdo a las líneas de acción que dispuso la Secretaria, tuvieron el desafío de sostener su presencia en territorio, siendo una pieza clave en la atención y cuidado de la salud de la población, la evidencia demostró que *“los equipos de los Centros de Salud Municipal aumentaron la capacidad resolutive, modificaron el proceso de trabajo y profundizaron la descentralización de los servicios de salud... A su vez se toparon con la necesidad de transformar sus procesos de trabajo en pos de un cuidado integral evitando la acumulación de personas”* (Villodres Gonzalez Analía; 2022, p.60).

Desde la Secretaría de Salud se establecieron nuevas líneas de acción implicó una priorización de atención y una reorganización espacial del establecimiento, que han modificado las dinámicas de las instituciones sanitarias.

“Nosotros acá en el centro de salud la directiva que bajo la Dirección centro la idea es -bueno nos vamos a evocar fundamentalmente a la atención de covid y a lo que esté relacionado directamente con covid-” (Director del CS; 2022).

3.2.1 La vida Institucional durante la pandemia

Estas líneas de acción han configurado la dinámica institucional del centro de salud que parte de esas modificaciones influyó en la atención habitual a las demandas y el vínculo con la población, para dar cuenta la configuración de la dinámica, lo abordaremos en los siguientes apartados teniendo en cuenta las diferentes dimensiones mencionadas.

3.2.2 Organización de trabajo durante la pandemia

La institucionalización que se dio en los años 2020 - 2021 en el marco de esta pandemia se contrapone con la cotidianeidad del funcionamiento habitual. Aquello que estaba instituido en el CAPS se altera ante un fenómeno transversal con formas instituyentes que marca un nuevo rumbo desconocido e incierto para quienes hacen a la institución y prestan servicios como así también lo percibe la comunidad.

A causa de las nuevas medidas sanitarias se organizaron todos los efectores del sistema de salud para enfrentar a la pandemia. En una primera instancia los CS funcionaron bajo protocolos como el Triage y mediante la incorporación de nuevas herramientas para los profesionales como los EPP (Elementos de Protección para el Personal) cumpliendo el rol de atender y detectar en primera línea los casos sospechosos de covid y, a su vez, se continuó con la asistencia médica bajo líneas de acciones que dictó la Secretaria de Salud Pública de la Ciudad de Rosario como la vigilancia epidemiológica y la notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Nación.

Esta reorganización afectó tanto a la dimensiones espaciales como temporales de los profesionales de la salud, *“en particular el CS se tuvo que dividir,*

en un sector “febriles” y otro sector “no febriles”, quien veía a los febriles, quien no los veía, tratábamos de no cruzarnos”(Residente Generalista; 2020). Se implementó el Triage según lo referido en la resolución 41/2020 que posibilitó establecer el abordaje epidemiológico, es un *“sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, esto permite una gestión del riesgo clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas”* (Ministerio de Salud Argentina, 2020, p.2).

Las reuniones interdisciplinarias se sostuvieron de manera virtual, *“nosotros siempre la sostuvimos, en la pandemia nunca se cortaron”* (Jefe del CS; 2022), en vez de retrabajar situaciones problemáticas de los sujetos se trabajaba e informaba sobre la situación epidemiológica del barrio; y así también organizaron las funciones en el CS como por ejemplo establecieron la división de tareas, la rotación del personal para trabajar en burbujas, definieron quienes hisopaban, quienes estaban en el sector de febriles y quienes atendían otras demandas.

En este marco fue necesario disponer de un consultorio para febriles ocupando el primer consultorio del CS porque cumplía con las condiciones necesarias (ventilación aislada) denominado por los propios trabajadores como *“sector sucio”*, en donde el agente de salud atendía e hisopaba los casos sospechosos de covid; dicho protocolo constaba de tres instancias: identificar, aislar e informar.

Los agentes de salud incorporaron a su vestimenta: ambos, mamelucos, guantes, barbijos y máscaras de protección. A su vez, hicieron uso del alcohol en gel o alcohol al 70% para desinfectar tanto el espacio de actividad como el contacto entre uno y otro. La voluntad de usar estos elementos de higiene fue porque son parte de una serie de medidas e insumos tendientes a resguardar la integridad de los trabajadores, con miras a evitar posibles contagios en el ámbito del trabajo vinculado a la propagación del virus.

Como así se ambientó un consultorio para no febriles, con el propósito de continuar con la atención bajo las nuevas modalidades de trabajo y así prevenir

masivos contagios; por esa razón se trató de disminuir la circulación y desarrollar actividades en burbujas.

Se debían sostener los horarios de atención habitual, pero cumpliendo con algunas modalidades: mantener el aseo y desinfección de las áreas de tránsito, espera y atención de pacientes y a su vez garantizar las medidas de aislamiento social tanto en el ingreso como en la espera de los pacientes (distancias de 2 mts).

3.2.3 Población que asiste - Demandas

De acuerdo a la población podemos observar un incremento en las historias clínicas, ...*“Estos **dos años tuvimos un incremento de la población, la gente en los barrios siguió creciendo...Nosotros seguimos siendo el mismo personal, no tenemos incremento de gente para atender entonces vos tenes los mismos siete médicos que antes tenías para 8.000 personas y ahora tenes para 10.000, digamos eso viene pasando ya antes de la pandemia y ahora después de la pandemia se agudizó bastante”***(Jefe del CS Tío Rolo; 2022).

Ante el avance de la suspensión de la actividad económica, se produce un aumento en el desempleo y una desafiliación en aquellas obras sociales o prepagas provocando así el ingreso al sistema público de salud, sumado a que se puede observar que creció la densidad de la población en el barrio.

Con el objetivo de brindar atención priorizando la detección, el aislamiento y seguimiento por covid, se reestructuran el servicio de atención a las demandas de acuerdo a las nuevas líneas de acción, esto es:

- la implementación del nuevo protocolo triage
- la incorporación de los elementos de protección personal (EPP);
- la asistencia en el nivel primario de salud sexual y reproductiva,
- atención a los controles de embarazo,

- la entrega de medicamentos a la población con enfermedades crónicas;
- y articulación con otras áreas para la asistencia alimentaria.

El seguimiento y acompañamiento epidemiológico en el primer nivel se realizaba de manera telefónica ante los casos positivos.

“...comenzamos a implementar mucho las redes sociales, se comenzó a sacar muchas dudas a través de WhatsApp, Facebook y también vía llamada telefónica, esta técnica/ herramienta de trabajo llegó para quedarse...” (Residente generalista del CS; 2020)

Respecto a las prestaciones sociales se registraron demandas sobre el asesoramiento y gestión del IFE (Ingreso Familiar de Emergencia), de la AUH/E (Asignación Universal por Hijo - Embarazo), la TUC (Tarjeta Unica de Ciudadanía), Tarjeta AlimentAR y trámite de documentos de identidad, este último se vio afectado por el cierre momentáneo sin guardia mínima del Registro Civil, lo que mencionamos como la interrupción de la normalidad burocrática, donde todas aquellas instituciones burocráticas estatales necesarias para poder gestionar un tipo de beneficio social se vieron afectadas y a su vez imposibilitaba en el acceso a otros derechos.

“Al cerrarse todo menos la salud, había que ir todos los días...Hubo comunicados remotos telefónicas con las otras instrucciones. Éramos los únicos que estábamos en el barrio”(Trabajador Social del CS; 2022)

3.2.4 Intervenciones durante la pandemia

Realizamos una diferenciación en cuanto a las intervenciones según la Primera Ola de Pandemia referidas a los meses de Marzo a Diciembre del 2020 y la Segunda Ola referidas a los meses de Abril a Diciembre del 2021.

En la Primera Ola se abocaron bajo tres criterios atención: identificar, aislar e informar casos de covid-19 y a la vez se priorizo al grupo poblacional ya

mencionado, dejando para más adelante las situaciones de controles y/o articulación con los especialistas del segundo nivel de atención.

En tal escenario se incorporó como herramienta de intervención el uso de las redes sociales institucionales con el fin de establecer un canal de comunicación, se creó una cuenta de Facebook y se puso a disposición una línea de WhatsApp disponible ante determinadas urgencias.

En la Segunda Ola se incorpora el plan de vacunación de covid para lograr la inmunidad en la población. En este marco la institución es parte del operativo y logística de la campaña de vacunación⁶ de la primera dosis contra el Covid19.

Según lo decretado por el Ministerio de Salud se comenzó con la aplicación de la primera dosis al personal de la salud, luego se continuó con la población de riesgo que comprende a los adultos mayores y los pacientes con patologías crónicas.

En este caso particular al disponer de un espacio amplio se pudo organizar y desarrollar dicha actividad en el Sum del centro de salud, mediante turnos programados de acuerdo a la inscripción en la página “Santa Fe vacuna” y la disponibilidad de dosis de vacunas.

Se realizó un trabajo intersectorial con la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat, el CCB del barrio y las organizaciones sociales con o sin personería jurídica que asistan en lo alimentario a la población de acuerdo al incremento de la demanda alimentaria, “...*Bueno cuando pasó eso de que la gente no podía salir, acá se llenaba más gente...*” (Referente del comedor “Grupo Solidario Vicente Medina”, 2022)

⁶ La Ley N° 27.491 entiende a la vacunación como una estrategia de salud pública preventiva y altamente efectiva y la considera como bien social, sujeta a principios de gratuidad, interés colectivo, disponibilidad y amplia participación, declarándose de interés nacional.

la Ley N° 27.573 declaró de interés público la investigación, desarrollo, fabricación y adquisición de las vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra el COVID-19 en el marco de la emergencia sanitaria con el objetivo de asegurar la cobertura de la población con vacunas seguras y eficaces contra esta enfermedad

3.3 Conclusión sobre la configuración de la dinámica institucional en el Centro de Salud Tío Rolo

Aquella agenda que se estuvo construyendo con la participación de otras instituciones y los vecinos quedó en suspenso, como las actividades de promoción de la salud que se realizaban en otros espacios.

El trabajador social identifica que la agenda institucional estaba conformada por la **agenda “formal”** que refiere al servicio de salud que se le brinda a la población y al espacio de formación que está dirigida a los residentes, pasantes y practicantes como instancia formativa. Por otro lado identifica la **agenda “invisible”** que la define como *“...la agenda invisible de cada institución, el intercambio con los equipos y el trabajo en conjunto, pensar con la mirada de la salud pública y la salud colectiva donde se incluyen los trabajadores y gestión de la salud pública. En esta movida se generaron cosas re interesante gente que se juntan los autoconvocados y profesionales donde hay un recorte a partir de la demanda del FMI en la salud pública, discutirla en posicionamientos políticas e ir construyendo cosas. Cuando se incorpora la gente que está en formación y bueno después la experiencia de la gente y después más individuales en la planificación estratégica...”*(Trabajador Social del CS “Tío Rolo”)

La nueva agenda institucional quedó sujeta a la agenda gubernamental de acuerdo a las líneas de trabajo que se implementaron acorde al escenario actual, generando así cierta tensión en la reorganización institucional, espacial, temporal y modalidad de trabajo. Tensiones no sólo generadas dentro de la institución sino también en el afuera, en la espera, en la incertidumbre, en el desconocimiento de cómo sigue la atención, en la necesidades habitacionales, alimentarias y socioeconómicas que seguían aflorando más que nunca.

Por lo tanto el CS tuvo que adaptarse a un contexto cambiante y adverso, propicio a la flexibilidad, esto es posible debido a que cuenta con herramientas, apoyos, tiempos y espacios para responder a las demandas de salud que implique

una mayor cobertura y calidad del servicio. Motivo por el cual el devenir de la pandemia generó nuevos desafíos e inquietudes que obligó a repensar los modos de trabajo institucionales, *“a revisar nuestras prácticas y asumir el desafío de encontrar nuevos instrumentos, a partir de la construcción del conocimiento científico, que nos permitiera intervenir con la pertinencia y responsabilidad que demandaba una realidad tan compleja”* (Carballeda; 2020).

En este contexto, el CS se adaptó a las necesidades de acuerdo al escenario social por lo que fue registrando situaciones problemáticas en donde hubo un crecimiento progresivo del desempleo, el cual produjo la desafiliación a las obras sociales que ocasionó una mayor adhesión a los servicios públicos de salud produciendo **un incremento poblacional en la atención**. También se complejizaron los procesos de intervención por **la interrupción de la normalidad burocrática** (la suspensión temporal de las actividades/organismos públicos considerados no esenciales en la coyuntura) que limitó el alcance a otros derechos ciudadanos indispensables. Además hubo un notable **aumento en la demanda alimentaria**, situación que antes no llegaba de manera directa sino que el contexto demandó al servicio social la necesidad de contactar a referentes barriales para proporcionar alimentos a las familias a través de los merenderos o comedores. Por último y no menor la **suspensión de las actividades realizadas con la población** como el espacio de desarrollo infantil, el dispositivo lúdico y el espacio de adolescentes y juventudes.

Este diagnóstico o recorte situacional de la realidad nos interroga sobre la intervención con lo social, debido a que las lógicas de intervención se modificaron ante tal contexto. Pasamos de intervenciones intersectoriales e interinstitucionales a intervenciones focalizadas en la atención al covid con **una mirada de relaciones particularista e individualista en el abordaje del cuidado a la salud**, esto generó una fractura con lo habitual, es decir, los procesos de trabajo se vieron obturados repercutiendo a futuro en los procesos vinculares con la comunidad.

Por lo tanto, **nuevos desafíos** esperan tanto a las instituciones territoriales como a la población para evitar **lazos sociales fragmentarios**. **En este sentido nos resulta imprescindible fortalecer los espacios de proximidad**, al propiciar encuentros y gestar derechos, cuando lo estatal institucional ¿o políticas públicas? escasea en los barrios de la periferia de la ciudad. *“Este contexto nos obliga a inventar modalidades de vínculo y de solidaridad, que fortalezcan el tejido social y que, justamente, contrarresten las implicancias del aislamiento al construir nuestra propia modalidad de trabajo”* (Turchetti y Sanchez; 2020).

Es por eso que trabajar en fortalecer los espacios de proximidad es también trabajar de manera paralela en fortalecer la calidad institucional del centro de salud, siguiendo con Monica Bifarello (2008) *“la calidad institucional es una fuente de cohesión social y tiene una influencia fundamental en su fortalecimiento”*. Esto requiere de una percepción de pertenencia a un proyecto colectivo que aun con diferencias contenga a todos y todas.

Cuarto capítulo

4. Hacia la construcción de la agenda institucional recuperando el vínculo con la comunidad

“Pensar con la mirada de la salud pública y la salud colectiva donde se incluyan los trabajadores y a la población”

(Trabajador social CS “Tío Rolo”; 2022)

El contexto reconfiguró la agenda institucional y gubernamental, interfiriendo de manera directa en la prestación de servicios sanitarios en el centro de salud Tío Rolo durante los años 2020-2021. Desde el inicio de la pandemia la dinámica institucional estaba focalizada en la atención sintomatológica del virus covid, a su vez, se priorizó la atención a controles de embarazos a personas gestantes, y el abastecimiento de medicamentos a personas con enfermedades crónicas.

El escenario institucional a fines del año 2021 era otro, caracterizado por la segunda fase de pandemia, en la cual se comenzó con las campañas de vacunación diagramada en toda la red de salud pública, al personal de salud y a la población de riesgo, a fin de agilizar en el menor tiempo posible el acceso a toda la población y generar de esta manera mayor inmunidad.

Ante la apertura de la circulación comunitaria y la habilitación de más actividades que comenzaron a disponerse luego de las campañas de vacunación y de la disminución de contagios, consideramos que uno de los desafíos institucionales y profesionales será retomar aquello que quedó en suspenso para instalarlo nuevamente en la agenda institucional.

Como profesionales del CS, el fin será **fortalecer los lazos** con la comunidad, para ello es necesario convocar nuevamente a la participación que

promuevan encuentros interinstitucionales para la toma de conocimiento de la situación barrial y elaborar de esta manera líneas de trabajo en conjunto. Consideramos que una de las estrategias posibles desde nuestro lugar será recuperar un espacio y actividades se desarrollaban con una parte de la población objetivo, esto habilitará establecer nuevamente el contacto con la población.

Es por ello que consideramos como desafío recuperar la funcionalidad del espacio físico de ludoteca que se creó con el Programa Municipal Ludotecas, instrumentado por el Área de la Niñez de la Secretaría de Promoción Social (Hoy Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat). Este espacio cumple un rol significativo en los grupos sociales más vulnerables, además de lo específico del juego permiten construir lazos sociales porque participan las familias y las instituciones del barrio. Como así también promueve la promoción y prevención de los derechos de las niñas, niños y adolescentes y a su vez fortalece el abordaje comunitario integral, interdisciplinario e intersectorial.

Como problemática observamos que es pertinente recuperar y elaborar actividades con la población infancias, primero porque es una de las poblaciones que quedó en materia de políticas sanitarias relegadas y porque en el contexto de emergencia sanitaria no han contribuido de manera favorable al desarrollo de los mismos. Los niveles de pobreza y de indigencia de la población se incrementó el 56,3% durante la pandemia. *“En el contexto actual de emergencia sanitaria, donde los niveles de pobreza representan el 40,9% de la población y la indigencia el 10,5% y ascienden al 56,3% y 15,6% respectivamente para los niños y niñas de 0 a 14 años, el llamado a contemplar las múltiples privaciones en la vida de esas niñas, niños y adolescentes se hace imprescindible”* (INDEC; 2020)

⁷ Datos correspondientes al primer semestre de 2020 publicados por INDEC. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_01_200703093514.pdf

Este dispositivo de salud se planificará en clave a derecho y oportunidad ya que comprendemos que el juego posee un rol esencial en la vida y en el desarrollo saludable de las infancias porque posibilita la comunicación y el aprendizaje favoreciendo los vínculos interpersonales y grupales entre pares, aportando a la convivencia social logrando el buen trato y disminuyendo así la violencia social. Como así también es una oportunidad para generar vínculos con las familias, detectar situaciones problemáticas y sobre todo escuchar a los/as niños/as.

El despliegue de las prácticas lúdicas, como espacio para la construcción de subjetividades y la consolidación de lazos sociales, deviene del derecho al juego que está enmarcado en el marco normativo de la Convención de los Derechos del Niño⁸, el Comité de los Derechos del Niño⁹, la Ley Nacional N°26.061 de Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes¹⁰ y la Ley Provincial N°12.967 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes¹¹. Es por ello que nos proponemos poner en valor el juego en las infancias haciendo uso del CS como puente de accesibilidad para las prácticas lúdicas en el territorio.

Esta propuesta participativa de intervención pone a su vez en evidencia los aportes del trabajo social como articulador y coordinador, junto con otros, en efectivizar la construcción de la ciudadanía infantil y abordar desde esta estrategia de la grupalidad problemáticas que surgen en la singularidad para concretar futuros trabajos como tema de interés en la agenda institucional.

⁸ Art. 31: los Estados parte, reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad.

⁹ El Estado Nacional tiene la obligación de elaborar todas las medidas de aplicación, las estrategias y los programas para hacer realidad y poner plenamente en práctica los derechos definidos en el artículo 31.

¹⁰ Art. 20: "Los organismos del Estado con la activa participación de la sociedad, deben establecer programas que garanticen el derecho de todos los niños, niñas y adolescentes a la recreación, esparcimiento, juegos recreativos y deportes.

¹¹ Art. 13: Derecho a la salud; Art. 18: Derecho al descanso, recreación, deporte y juego.

El pensar en un proyecto de intervención territorial es también poder identificar los actores involucrados, estos actores sociales pueden ser *“instituciones, organizaciones o individuos que ejercen algún tipo de incidencia en el proceso de gestión”* (Chiara y Di Virgilio; 2009, p.70); que cuentan con distintos intereses sobre la realidad en la que pretendemos intervenir, diferentes perspectivas y cuestiones que son necesarios para coordinar tal planeamiento.

A continuación desarrollaremos un plan de trabajo que se propone abordar como objetivo principal afianzar los lazos de proximidad con la comunidad a través de una propuesta lúdica de trabajo interinstitucional con las infancias.

4.1 Propuesta de Intervención

"Hacia la construcción de comunidad desde la participación del juego en las infancias en el CS Tío Rolo"

INSTITUCIONES PARTICIPANTES: Centro de salud Tío Rolo, Centro Cuidar (ex CCB), Escuela primaria N° 1372, Jardín de infantes N° 260 y organizaciones de la sociedad civil que trabajen con infancias.

OBJETIVO GENERAL: Fortalecer los lazos de proximidad con la comunidad a través de una propuesta lúdica con las infancias desde el CS. *“La pandemia nos trazó una línea y de acá hacia adelante arrancamos otra vez”* (Jefe del CS; 2022).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Refaccionar el espacio de la ludoteca con nuevos materiales.
- Fomentar el acercamiento del derecho al juego a las infancias que habitan en el territorio.

- Promover la participación de las infancias -y familias- que favorezcan al desarrollo integral, potenciando habilidades y saberes en el aprendizaje como así también valores de solidaridad, compañerismo y la relación con el otro.
- Trabajar en conjunto con las redes asociativas del territorio para concretar el espacio de participación.

Población objetivo: Infancias que habitan en el barrio Tío Rolo, entre 3-5 y 6-10 años.

METODOLOGÍA:

Trabajar de manera coordinada con el equipo del Centro Cuidar para diagramar las actividades en el espacio lúdico y paralelamente articular con los equipos de cada institución barrial para re-trabajar situaciones complejas que requieran de una mirada integral.

Se opta por la modalidad de taller, en realizar actividades lúdicas como estrategia de aprendizaje que habilita la participación de las infancias, siendo este un diseño alternativo al de enseñanza tradicional.

Establecer encuentros quincenales con los trabajadores del centro de salud y los equipos de trabajo de las demás instituciones para la planificación y el retrabajo de situaciones concretas.

Para esto se propone:

- Encuentros de sensibilización y construcción de conocimiento con los profesionales de ambas instituciones en relación a las infancias y adolescencias a la perspectiva de Género y a la Educación Sexual e Integral (ESI)
- Establecer dos encuentros semanales: Los días martes coordinar el espacio con la primera infancia en el horario de las 10 a 11 hs. y los jueves con la segunda infancia en el horario de las 14 a 15 hs.

- Promocionar en redes sociales y en las instituciones territoriales el proyecto en el que convoque a las familias del barrio.
- Establecer un registro de los/as participantes del espacio lúdico que no supere la cantidad máxima de 20 niños y niñas por taller.
- Planificar y elaborar las actividades bajo la perspectiva de género que promuevan actividades no sexistas en las infancias.
 - Igualdad de oportunidades en juegos y actividades para niñas y niños, evitando estereotipos de género. Ejes temáticos de acuerdo a recomendaciones de las propuestas didácticas de la ESI¹².
 - **¿Qué es el derecho a jugar? ¿Todas las personas podemos jugar con cualquier juguete?**
 - En esta actividad la idea es poder reconocer los juegos y juguetes sin asociarlo a un género en particular, promover la igualdad sin ningún tipo de discriminación para ello se convoca a crear un espacio de juegos en simultáneo al espacio de la ludoteca.
 - **¿A qué podemos jugar con el cuerpo?**
 - En relación a la actividad anterior se propone proyectar un video en el cual se visualice el juego sin estereotipos de género en las infancias, a propósito el capítulo de Petit: Fuerza Ninja¹³ nos invita a reflexionar en torno a ¿por qué Petit y sus amigas/os no quieren jugar a las princesas rosas? ¿Cómo resuelven el conflicto? ¿A qué juego acuerdan jugar? ¿Por qué se ponen de acuerdo para jugar a ese juego? ¿Alguna vez les pasó algo parecido? ¿Cómo lo resolvieron? Para finalizar, les proponemos que inviten a las/os chicas/os a disfrazarse, jugar y

¹² Referentes Escolares de ESI Educación Inicial. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Educación de la Nación, 2022. Disponible en : <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL007798.pdf>

¹³Paka-paka Capítulo Petit: fuerza Ninja. Disponible <https://www.youtube.com/watch?v=B2WYYgtJgro>

crear sus propios personajes, así como la prima de Petit creó a la princesa ninja.

- **La diversidad de las familias**

En esta parada se introducirá el trabajo en torno a las distintas conformaciones familiares. Para ello se trabajará a partir de sus experiencias personales, como así también a partir de la presentación de configuraciones familiares novedosas para el grupo que permitirá la ampliación de su horizonte cultural. Para iniciar la actividad se propone mirar el video “Elvira. Capítulo 1: Las familias de mi barrio”¹⁴. En el video vemos a Elvira buscando a su perra Paquita. En la búsqueda recorre su barrio y se va encontrando con distintas familias con configuraciones familiares diversas. Antes de mirar el video se puede indagar a partir del título en torno a sus ideas previas: ¿qué es una familia? ¿Qué hace que una familia sea una familia? ¿Cómo están conformadas sus familias? Para ser parte de una familia, ¿hay que vivir en la misma casa? Luego de ver el video proponemos compartir sus ideas al grupo. Podemos acompañar con preguntas que vinculen el video con lo hablado durante el primer momento. Se puede realizar una lectura de imágenes donde se enfatice en la configuración familiar y los roles que ejercen los personajes, como así también comprender los diferentes lazos de parentesco.

- Pensar a futuro intervenciones para y con otros: juventudes, adultos mayores, instituciones de recreación, espacios públicos, bibliotecas incentivando la participación de toda la comunidad.

¹⁴ Disponible en el canal de YouTube del Ministerio de mujeres de PBA: https://youtu.be/Af_HGovpOUU.

4.2 Reflexión final

Para finalizar esta producción, luego de enmarcar cuales fueron los desafíos institucionales y profesionales en el CS Tío Rolo durante la pandemia en los años 2020-2021, consideramos que uno de los desafíos de ahora en adelante, como profesionales en el campo de la Salud, será impulsar nuevas propuestas de trabajo que requieran de una interpretación crítica, situada, histórica y contextual acerca de las problemáticas sociales que atraviesan los territorios periféricos de la ciudad. En este sentido destacamos, luego de transitar este momento histórico, la necesidad de fortalecer la interdisciplina como vía para desarrollar, con otros lentes, lecturas de situaciones complejas de la realidad en la que habitamos y desde allí poder acompañar estrategias de intervención como respuesta a las nuevas problemáticas o aquellas que se agudizaron por la coyuntura actual.

Para el ejercicio profesional de Trabajo Social será clave interpretar las dimensiones sociales, desde una perspectiva situada, para repensar la gestión de proyectos colectivos que requieran de la participación de la población. Es por ello que reinventarse en todo tiempo a favor de la solidaridad, los derechos humanos y la salud integral es una de las claves que consideramos para aprender a habitar y convivir en el mundo a favor de todos y no de unos pocos.

En este sentido la propuesta de intervención lúdica de infancia nos invita a fortalecer lazos de proximidad con la comunidad como un nuevo horizonte luego de la pandemia y pensar nuevas alternativas en conjunto para acercarnos nuevamente a través del diálogo y la participación activa como puentes indispensables para la planificación del futuro inmediato.

Las prácticas participativas a través del juego en el ámbito público posibilita crear condiciones para que la comunidad pueda pensarse colectivamente como un sujeto transformador de sus propias realidades.

El juego como propuesta de intervención está basado en la idea de derecho desde una perspectiva de integralidad en la cual pone el énfasis en la totalidad del niño/a, y que a su vez es exigible a todas las instituciones la corresponsabilidad de garantizar las condiciones materiales en el desarrollo de las infancias.

En este sentido concordamos que los *"...eventos participativos de creación colectiva que utilizan arte y juego en el espacio público, en congruencia con las acciones de promoción de salud mental comunitaria, propician una vía hacia la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación comunitaria hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades..."* (Bang Claudia; 2012, p.18).

Por lo tanto sostenemos que, en tal sentido, será necesario instaurar de manera colectiva y transformadora políticas públicas desde las infancias en el marco de la atención primaria de la salud, y así recuperar y profundizar la relación entre comunidad e instituciones.

Bibliografía

Bacolla, N. C. (2016). "Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada". Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe en la primera mitad del siglo XX. Trabajos y Comunicaciones (44). Recuperado en: <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe023>

Bang, C. L. (2012). "El juego en el espacio público y la participación comunitaria: una experiencia de promoción de salud mental en la comunidad". Ed: Revista Lúdicamente, Vol. 1, N° 2.

Baremblytt, G. (2005). "Compendio de Análisis Institucional". Ed: Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires.

Bertolotto, A. et al. (2012). "Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto". Revista Saúde em Debate, vol. 36. Recuperado en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5gCgtKMZByPLmGmCmn56wFt/?lang=es>

Bifarello, M. (2009). "Sin calidad institucional no hay cohesión social". Pascual Joseph y Pascual Julia (Compiladores). Cohesión Social y Gobernanza Democrática: Para unas regiones y ciudades más inclusivas. América-Europa de regiones y ciudades (AERyC). Ed: Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación.

Bourdieu, P. (2005). "Una invitación a la Sociología Reflexiva", Buenos Aires. Ed: Siglo XXI, Editores. Argentina.

Campana, M. (2010) “La asistencialización de la salud pública. La atención primaria de la salud en el Municipio de Rosario”. Doctorado en trabajo social. Universidad Nacional de Rosario.

Cano, M. (2020). “Cuando la frase “quédate en casa” no es igual para todos los sectores sociales”. Colegio de Profesionales de Trabajo Social 2da.Circ. Santa Fe. Publicado por elciudadanoweb.com

Carballeda, A. (2020). “Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19”. Trayectoria Colectiva. Colegio Profesional de Asistentes Sociales de la Provincia de Santa Fe. Recuperado en: <https://trabajosocialsantafe.org/wp-content/uploads/2020/06/Revista-N%C2%BA1-Trayectoria-Colectiva-CPAS-Junio-2020.pdf>

Castel, R. “Presente y genealogía del presente”. Una aproximación no evolucionista del cambio social. Recuperado en: https://debatstreballsocial.files.wordpress.com/2013/02/presente_genealogia_castel.pdf

Cendali, F. et al. (2020). “La pandemia que puso en agenda de los gobiernos a la salud pública”. Redes sociales, Revista del departamento de Ciencias Sociales, Vol.07, N°02, p. 12-17. Universidad Nacional de Luján.

Chiara, M. et al. (2009). “Inequidad (es) en la atención de la salud en el gran Buenos Aires: Una mirada desde la gestión local”. *Postdata*, 14(1), 97-128.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (1978). “Declaración de Alma-ata”. Recuperado en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declatacio_deALMA_ATA.pdf

Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Asamblea General de las Naciones Unidas.

Costas, P. & Fallacara, L. (2022). "Referentes Escolares de ESI educación secundaria: propuestas para abordar los NAP". Ministerio de Educación de la Nación, 1ra Ed., Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Cunill Grau, N. (2005). "La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social." X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.

Decreto 413/2021 (2021). "Emergencia Pública en materia ocupacional". Boletín oficial de la República Argentina. Recuperado en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/246102/20210628>

Declaración de Alma-Ata (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; URSS. Recuperado en: https://www3.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Ferrandini, D. (2011). "Algunos Problemas Complejos de Salud". Recuperado en: <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

Giardone, D. (2021). "El Covid-19 tiene orígenes anclados en modelos de consumo y producción" Télam Digital Agencia Nacional de Noticias. Recuperado en: <https://www.telam.com.ar/notas/202101/541980-el-covid-19-tiene-origenes-anclados-en-modelos-de-consumo-y-produccion.html>

Grandinetti, R. M., & Nari, P. O. (2021). "Ciudades latinoamericanas: la necesidad de ser capaces de gestionar una nueva agenda urbana". Ciudades y territorios saludables. Ed. Publicación temática de arquitectura FAPyd-UNR. Recuperado en: <http://biblioteca.puntoedu.edu.ar/handle/2133/24202>

Informe de Gestión (2020). "Primer año de gestión, Gobernador Omar Perotti". Santa Fe.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2020). "Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos". Primer semestre de 2020. Condiciones de Vida, Vol. 4, N°13.

Ley Nacional N°26.061 (2005). "Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes" Recuperado en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237726/20201126>

Ley Provincial N°12.967 (2009). "Promoción y Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes" Recuperado en <https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=228107&item=109434&cod=8ac3a5bd85eee06f4a1c571a9cb8f599>

Maceira, V. et al. (2020). "Pandemia y desigualdad social: Los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo y obligatorio". Revista Argentina de Salud Pública, suplemento Covid19. Recuperado en: https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12supl/AO_Maceirae12.pdf

Matta, F. (2020). "Pandemia: efectos en América Latina y su interacción con China". Primera edición. Universidad Andres Bello. Simplemente editores. Recuperado

en:https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/128660/CONICET_Digital_Nro.837b68a1-f69b-422e-be39-f37294b0b63d_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Ministerio de Salud Argentina (2020). “TRIAGE de Enfermería. Pacientes con infección respiratoria aguda en establecimientos de salud Covid19”. Recuperado en: [/https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/triage-covid-19.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/triage-covid-19.pdf)

Ministerio de Salud (2021). “Expansión del sistema público de salud garantizó la atención de toda la población durante la pandemia”. Recuperado en:<https://www.argentina.gob.ar/noticias/expansion-del-sistema-publico-de-salud-garantizo-la-atencion-de-toda-la-poblacion-durante>

Municipalidad de Rosario. Organigrama de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Recuperado en: [/https://tecnoadministracionpub.files.wordpress.com/2013/10/organigrama-secretaria-de-salud-pub-municipal.pdf](https://tecnoadministracionpub.files.wordpress.com/2013/10/organigrama-secretaria-de-salud-pub-municipal.pdf)

Noticias ONU Mirada global Historias humanas (2020). “La pandemia del coronavirus es la crónica de un evento anunciado”. Recuperado en: <https://news.un.org/es/interview/2020/05/1474682>

Noticias ONU Mirada global Historias humanas (2021). “La pandemia de COVID-19 pudo haberse evitado y, sin embargo, el mundo aún no está preparado para frenar otra.” Recuperado en: <https://news.un.org/es/story/2021/05/1491922>

Organización Mundial de la Salud (2006). “Documentos Básicos Constitución de la Organización Mundial de la Salud “. (p. 1). Recuperado en https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud (2020). “La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia”. Recuperado en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es

Paka-paka (2018). “Capítulo Petit: fuerza Ninja”. Recuperado en <https://www.youtube.com/watch?v=B2WYYgtJgro>

Programa de Investigación sobre la Sociedad Argentina Contemporánea COVID-19. (2022). Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación

Repetto, F. (2004). “Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la Política Social en América Latina”. Documentos de trabajo del INDES, vol. 52.

Rovere, M. (2006). “Redes en Salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad”. Segunda edición corregida y aumentada. El Ágora, Secretaria de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de salud “Juan Lazarte”.

Santillán G & Morero H. (2020). Cap. XV “La epidemia actual de Covid 19. Su desarrollo y contención en China y Argentina” de Pandemia Efectos en América Latina y su interacción con China. Recuperado en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/128660/CONICET_Digital_Nro.837b68a1-f69b-422e-be39-f37294b0b63d_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Secretaria de Derechos Humanos (2020). “Medidas para la protección de los DDHH durante la pandemia del Covid-19”. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/medidas-del-estado-argentino-para-la-proteccion-de-los-derechos-humanos-durante-la-pandemia>

Spataro, M.(2008). “La noción de territorialidad en la práctica profesional del Trabajo Social”. Revista Margen, N° 51.

Stolkiner, A., et al. (2011). “Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16. Recuperado en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ngxxc78Lwr5wgvMbHLtTxK/?lang=es>

Stolkiner, A & Gomez, A. (2012). “Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas:consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva Latinoamérica”. *Revista argentina de psiquiatría*.

Stolkiner, A. (2018). “Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental” Dossier Salud Mental. Ed. Revista Soberanía Sanitaria. Recuperado en: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

Soldano, D., & Andrenacci, L. (2006). “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”. *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*, p.17-79.

Trucco, M. (2017). “La protección de la salud en la legislación argentina: encuadre nacional e internacional”. Publicado por el diccionario enciclopédico de la legislación sanitaria Argentina (DELS). Buenos Aires. Recuperado en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-proteccion-de-la-salud-en-la-legislacion-argentina-encuadre-nacional-e-internacional>

Turchetti, M. I., & Sánchez, D. (2020). “La intervención como Trabajadores Sociales en contexto de Pandemia.” Ed.Margen.

Villanueva, A. (1993). "Problemas públicos y agenda de gobierno". Ed: Miguel Angel Porrua. México.

Villodres González, A. (2022). "La gestión de la salud pública en tiempos de pandemia por COVID-19: el caso de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario". Presentación y análisis de las acciones implementadas entre marzo y diciembre de 2020 (Bachelor's thesis, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales).

Garma, M. E., Lamanuzzi, R., & Campana, M. (2010). "Una Aproximación a la Gestión del Municipio de Rosario: Aportes para Re-pensar la Política de Asistencia Social a Nivel Local". Ed. Libertas, 10(2).

ANEXO

ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD DEL "TÍO ROLO"

Entrevista abierta a Juan Manuel Romero, Trabajador Social del Cs Tío Rolo.

Fecha: 02 de Noviembre de 2022

Duración: 40 min. aprox de coneccion

Lugar: Videollamada a través del uso de la plataforma Meet.

Presentación: Bueno soy trabajador social. Me llamo Juan Manuel Romero, alias “el Toco”. En el centro de salud estoy desde septiembre de 2017, dos años y medio antes de la pandemia, dos años pre pandemia y dos años pos pandemia. Para mi, es como una marca la pre y pos pandemia porque sigue repercutiendo hasta el día de hoy.

Entrevistador: ¿Cuáles eran las actividades que funcionaban en la agenda institucional antes de la pandemia?

Entrevistado: La agenda se divide en dos, una que es el servicio de salud que presta el cs a la población y otra que va construyendo problemas que puede abordar el equipo y va definiendo formas de abordarlo. Por un lado, en la agenda formal, el cs ofrece un servicio que incluye la atención en enfermería, consultorios, pediatría, medicina en general, niños, adultos y mujeres, ginecológicas, atención odontológica, área de farmacia, salud mental y trabajo social. Por otro lado el cs tiene un espacio de formación, la residencia de medicina en general son tres años que transcurre el residente. El primer año es consultorio compartido y el segundo y tercero ya tiene población a cargo. Luego hacen el traslado de los pacientes a los médicos residentes. Eso sería más formal de los servicios de salud. Se da la inscripción en la historia clínica municipal y otra admisión que viene derivado de cs provincial para sacar turno al cs municipal. En relación a salud mental tiene posibilidad de abordar situaciones a partir de trabajar con un otro, con la derivación de pediatría y demás, el psiquiatra es matricial porque comparte con otros cs de distritos, hay 8 psiquiatras en la red de cs. Y después el soporte de enfermería y farmacia que por lo general hay algún pasante y en salud mental hay a veces rotaciones concurrentes o estudiantes de formación de psicología. Y en el caso de trabajo social las prácticas de 3ro, 4to y 5to, hacen procesos de formación. Es lo que tiene este cs, además rotan residentes de pediatría, que la mayoría de las horas las hacen en hospitales y luego en el cs; y después están los PFO la práctica final obligatoria de medicina que hacen toda una rotación ahora de cs, el sies y hospital. En el Rolo hay 3 PFO que rotan y hacen

consultorio conjunto con alguna medica.. todo esto sería el proceso de atención de servicio de salud en el cs.

Y por otro lado se discuten situaciones, se construyen problemas y se van resolviendo en hacer algún abordaje grupal por parte del equipo del cs y con otras instituciones del barrio; como los centros cuidar, ex ccb, ex crecer. Y el CS es la lógica denominada por el barrio no es la salita o el dispensario.

Entonces a partir del abordaje en equipo se arma en tomar algunos problemas donde puede haber cierta gobernabilidad, se han armado el espacio de desarrollo infantil junto con el cs cubrir con niños recién nacidos hasta las 3 años, donde se trabaja el vínculo con la mujer madre y el niño o niña con el tema del juego y cuidados en encuentros semanales.

Entrevistador: ¿Cómo se detecta esa admisión?

Entrevistado: Es cerrada la admisión, es detectada. Se conforman equipos entre el ccb y el cs donde se armó un programa municipal que intenta armar espacios con desarrollo social, el ccb y la Secretaría de Salud Pública. Del cs participa pediatría, psicólogo, generalistas y trabajo social y del ccb hay educadores, psicológicos, coordinadores del ccb y hay un equipo matricial que intenta asesorar u organizar capacitaciones. La idea es que esté abierto no solo a la madre sino a toda la familia, es una mujer que es madre. Hasta que llegó la pandemia.

Después hay un dispositivo lúdico de juego que funcionó desde el año 2010 con gente del ccb y en algún momento la psicóloga del cs, la idea fue trabajar con la segunda infancia desde los 5 hasta las 12. Eran situaciones problemáticas detectadas por la escuela con dificultades en el proceso escolar o familiar. Se trabajaron procesos vinculares, de abuso, etc. Funcionaba una vez por semana y otra el trabajo de las situaciones. En el espacio de dispositivo lúdico participe en algunos momentos, no en todos.

Y como otro espacio que se conformó de manera conjunta, es el grupo de mujeres que tuvo distintos momentos en el Tío Rolo junto con el ccb, psicología, médica generalista y gente del ccb. Cuando yo me incorporé no me dejaron por ser varón y obturar ciertas intervenciones

y esto funcionó hasta la pandemia. Y el trabajo con mujeres embarazadas y demás. Estos tres tuvieron bastante importancia, **llega la pandemia y no se pudo armar mas grupo.**

Yo igual trabajé con otro equipo de juventudes adolescentes entre 12 y 15 años, con cuestiones lúdicas, de juego, de deporte. No fue un equipo mixto, se trabaja con mujeres por un lado y varones por otro, en algún momento si los juntábamos para trabajar violencia, abuso, sexualidad.

Pero lo que también pasó fue el desmantelamiento, con la última etapa de la gestión anterior, el equipo de ccb del Tío Rolo pasó de tener a 15 personas que trabajando a 4 personas y en la pandemia cerraron áreas, abrían solo algunos, el laburo desde el desarrollo de hábitat. Y ahora post pandemia se quiere intentar trabajar con todas estas cuestiones, y ahora se quiere trabajar con otro actor del padre misericordioso de la iglesia católica que labura adicciones con Fabián Belag en calle Zeballos 668. Se armaron centros de vida donde hay estudiantes y trabajadores sociales, la vinculación aparece más por la iglesia pero no siempre son espacios de trabajo con adolescentes, jóvenes y niños. Y el otro espacio es Fénix que labura con más jóvenes. se que se estaba intentando trabajar algo pero solo con el laburo de mujeres articular con estos centros de vida.

En toda esta agenda que se arma, lo que pasó con la pandemia tuvo tiempos de mayor tranquilidad, explosiones urgentes, gente que se murió, con complicaciones de abordajes de situaciones y otras que quedaba por fuera del trabajo porque era todo covid. malestares que se generaron desde el equipo de salud un imaginario donde sos lo mejor del mundo. Al cerrarse todo menos la salud, había que ir todos los días y el ccb algunos días. Hubo comunicados remotos telefónicas con las otras instrucciones. **Eramos los unicos que estabamos en el barrio** y en la apertura a la post pandemia **aparecen nuevas cuestiones**, otras que se fueron y algunas que se complejizaron como la problematica economica. Entonces hay como un malestar de la cultura de los equipos que también hay que intentar sostener para que no se haga mierda el equipo.

Y en los hospitales como 2do nivel de especialistas no se trabajaba y cuando aparecieron hicieron todo muy a cuenta gotas. Y todo esto explota con la situación de los residentes, hay

reclamo salarial, profesionales que se convocan, rotaciones, lugares que no se cubren en un momento en que estamos de reapertura.

Todo lo que se financia genera nuevos maltratos. sostener eso tiene que ver con los climas de laburo que hay en cada lugar. **El Tío Rolo tiene una base de trabajo y un muy buen clima de laburo que no es fácil de conseguir en otros lugares.**

Todos estos espacios se generaron en lo local, esta experiencia con niños de estimulación temprana. Cuando se arma a nivel más general de salud pública y desarrollo social se implementaron programas para fortalecer estos equipos, aparece como un programa de desarrollo infantil donde algunos se van acoplando, hay una propuesta de política pública y otros la arman desde lo local por la historia previa de laburo.

Después en relación a los grupos con mujeres hay distintas experiencias con las mujeres en cada CS, cada uno con una dinámica en particular pero en general es generar este espacio y aportar la mirada de salud. Hay una construcción ahí colectiva y luego si se arma algún programa, algunos se suman. Es más que nada encontrar un abordaje matricial de soporte para estos equipos para que pueda circular esto con todos los CS y generar capacitaciones a partir de las experiencias.

Y con lo de mujeres se armó lo que se pudo, en base a la necesidades del lugar. Y el trabajo con primera infancia en el espacio lúdico, hay algunos que han trabajado más con jóvenes, con adicciones pero no se ha bajado esta línea sino desde la propia formación nuestra, la de trabajador social. **Vos te formas para trabajar en equipo, no solo.** Es una bajada de línea más académica que no lo laburas solo. Y general desde otras formaciones aparece el laburo en conjunto de acuerdo a la formación y otros lo aprenden en la experiencia, depende de la especialidad. Es más duro en pediatras y clínicos. En cambio en un médico generalista no.

Estas cuestiones serían de una **agenda invisible de cada institución**, el intercambio con los equipos y el trabajo en conjunto. **Pensar con la mirada de la salud pública y la salud colectiva** donde se incluyen los trabajadores y la población

Trabajadores, población y gestión de la salud pública. en esta movida se generaron cosas interesantes. Se juntan los autoconvocados y profesionales, donde hay un recorte a partir de la demanda del FMI, discutir la salud pública en posicionamientos políticas e ir construyendo

cosas cuando se incorpora la gente que está en formación. Y bueno después la experiencia de la gente. Y después cuestiones más individuales. En la planificación estratégica.

La pandemia fue como anillo al dedo al desmantelamiento de la salud pública, porque había menos gente quien lo sostenía. Si bien había una médica que practicaba en el espacio de mujeres y cuando no están más eso ya se pierde el sentido de grupalidad. En algunos lugares la pandemia lo dejó en stand by en otros se reconvoca otra gente, y en Rolo no volvió nada de todo esto porque no había más nadie, volvió desarrollo infantil pero estaba una pediatra sola y una educadora que se desmanteló y el espacio lúdico de juego era más sostenido desde el ccb y la psicóloga que acompañaba no está más. Y en el grupo de mujeres una médica que no está más y también se cayó porque la psicóloga que se fue incorporando los recambio de gente a veces están buenos y a veces se complica. Es una agenda que se intenta armar ahora con los espacios de vida desde las 2 hasta los 8 años, ellos laburan desde las 4 de la tarde en adelante cuando el CS salud está cerrado. Laburar en base a otras situaciones...

Entrevista al Jefe del Centro de Salud Tío Rolo: Javier Lombardi

Fecha: 16 de Noviembre de 2022

Duración: 28:05

Lugar: Consultorio de Odontología del Cs Tío Rolo

Estudiantes: Cruz Delmas Nailen y Oviedo Ayelen.

Presentación: Mi nombre es Javier Lombardi, comencé a trabajar en el centro de salud en el año 2007 como pasante de un programa de nación de médicos comunitarios, como becario de ese programa. Después de ahí, se hizo un concurso, el cual lo rendí y empecé como odontólogo legal. Y en la jefatura del centro estoy como hace 8 años más o menos y en el 2010-2011 empecé acompañando a lo que era en su momento la jefa que hacíamos una cogestión, digamos ella era la jefa oficial y yo le daba una mano de ayuda. Después ella se fue y me nombraron como jefe. Así que más o menos 10 años. Y siempre a la par cumpliendo la función de odontólogo o sea el rol de la coordinación del centro es un detalle pero soy

básicamente odontólogo y tengo mis turnos programados, mis atenciones espontáneas como la gente que me está esperando afuera. Todo eso sumado a la gestión del centro, más la interrelación con el distrito, con la coordinación, con la dirección centro... es como una multiplicidad de tareas en el hacer de todo un poco.

Entrevistador: ¿cómo impactó la agenda gubernamental en la agenda institucional del centro de salud en el contexto de pandemia? Si se vieron obturados con la agenda que se instala a partir del covid y la asistencia en lo sanitario y cómo se reconstruye el después.

Entrevistado: La pandemia nos impactó de lleno en todo momento y a todos. En el momento mismo en que se instaló, el 20 de Marzo nosotros cambiamos drásticamente la forma de atención porque la prioridad absoluta la tuvo el covid y las consultas por covid.

Nosotros acá en el centro de salud la directiva que bajo la Dirección centro la idea es -bueno nos vamos a evocar fundamentalmente a la atención de covid y a lo que esté relacionado directamente con covid-. Nosotros en la primer instancia cuando no teníamos tantos casos se focalizó todo como estrategia de atención en la vacunación antigripal que es el 2020 y en esa vacunación antigripal nosotros apuntamos a la población más vulnerable que eran las personas con algún tipo de comorbilidad, las personas embarazadas y los mayores. Entonces hicimos una búsqueda activa de todos los que eran pacientes nuestros, fuimos casa por casa a buscarlos y vacunarlos y en diez días logramos vacunar prácticamente el 100% de la población que históricamente las campañas de vacunación con suerte en dos o tres meses logras un 70%, nosotros lo hicimos en diez días buscando casa por casa. Otra de las instalaciones que hicimos como prioridad, como la gente no podía venir, no podía circular; se acuerdan que no había circulación completa, preparamos a todos los pacientes crónicos que era el objetivo de cubrir o de proteger con mayores fuerzas todo lo que era patologías crónicas de diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares y personas muy mayores que retiran medicación crónica, que son los que vienen todos los meses a buscar la medicación. *Se preparó la medicación para cada uno de los pacientes, la fuimos a llevar al domicilio también e hicimos como una especie de red de cobertura de que nadie le faltara la*

medicación puntual. Algunos pacientes venían a buscar la medicación y a lo mejor le preparabamos para dos meses. Los anticonceptivos igual, por ejemplo la mujer que venía a buscar anticonceptivo que regularmente venía a retirar la pastilla, la farmacia siguió abierta. Nosotros esas atenciones no las suspendimos, la farmacia siguió abierta y siguió atendiendo pero con esta modalidad. Tratar de que la gente venga lo menos posible para las consultas que no son algo urgente.

Y en cuanto a las agendas, nosotros le dimos prioridad de atención más allá de lo covid a todas las patologías que eran prevalentes y que tenían que ser atendidas si o si como embarazos, bebés recién nacidos, problemas de enfermedades crónicas, diabetes, problemas hipertensivos, alguna persona con discapacidad. Digamos todas esas atenciones que no la podíamos prolongar o prorrogar se vieron igual aun en el marco de la pandemia, eso en cuanto a la forma de atender.

No tuvimos una agenda programada, nosotros habitualmente la gente viene y busca turno para cualquier cosa, se le da el turno y después se ve en el consultorio que se hace. En este caso nosotros pasamos a **focalizar la atención en las personas que queríamos que vinieran, la llamábamos por teléfono.** Se instaló a **nivel municipal una línea de wpp como herramienta tecnológica y handys porque no teníamos,** para tener una comunicación más directa con los pacientes y hacíamos mucha referencia por videollamada o por consultas: “me pasa esto”, “me duele esto” o “tengo esto”, bueno mira es importante, no es importante, es necesario que vengas o no es necesario. Eso en cuanto a lo que tenga que ver con la atención no covid. **Todo el resto que empezó a surgir por los casos sospechosos, por los casos positivos, el equipo de salud se focalizó primero en diagnosticar, aprendimos a hisopar.** Empezamos a hisopar aca en el centro de salud, **hisopabamos todos los días, remediamos las muestras todos los días al laboratorio y después los resultados que eran positivos hacíamos un seguimiento día a día o cada dos días en forma telefónica y los casos que por ahí estaban un poco más complejo que estaban saturando mal o que es la gente más grande en los que por ahí tenían una comorbilidad íbamos a la casa a verlos durante el aislamiento de ellos.** Y así hicimos hasta tener el alta de cada uno. En el medio por supuesto seguimos teniendo partos, seguimos teniendo problemas de salud, seguimos atendiendo en general a

todo el mundo con esta particularidad que venían los que realmente tenían que hacer una consulta si o si, teníamos un dispositivo que se llamaba Triage en el cual adelante en la mesita había un médico o una enfermera, alguien del equipo preguntando cuales eran los síntomas que tenían, para que venían y por que veían, y si era algún caso sospechoso de covid iba al “área de covid” y el resto de las atenciones al “área normal”. Todo eso mientras duró la pandemia. Los primeros meses fueron más tranquilos porque la verdad no teníamos casos, cuando los casos explotaron fue un despelote. Osea realmente habia muchisimos casos, muchas atenciones, nos contagiamos todo el personal de salud, estuvimos expuestos a los hispanos a los controles a todo lo que había alrededor la pasamos acá. Y cuando empezó a bajar, ya el año pasado la curva de contagios ya empezamos a ver por números que no era tan grave la cosa ya habíamos pasado todos los picos, volvimos de apoco a retomar la actividad normal. Que es un poco la etapa en la que estamos ahora.

La etapa en la que estamos ahora, ***el plan que tenemos de salud la estrategia que usamos nosotros es tratar de todo lo que quedó pendiente de control, ir retomando e ir viéndolo***. Lo grave que había que ver si o si en la pandemia se vio igual, osea no cambio. De hecho nosotros pasamos de tener ponele un promedio de 200 consultas semanales, en un momento pasamos a tener 50, después subimos a 400 y en el final de la pandemia volvimos a la normalidad y actualmente ya lo que va de ***octubre del año pasado (2021) prácticamente estamos trabajando con normalidad en cuanto a los turnos, los contactos***, todo eso. Obviamente tratamos que en estos dos años, las personas que estaban normales entre comillas o que no tienen ningún problema de salud grave puedan retomar el tratamiento que habían iniciado y volver a esto del trueno programado, la consulta. Asique bueno hoy estamos en el concepto de ***salud que tenemos nosotros que es concepto de cercanía, de médicos con una población a cargo***. En la pandemia cada medico que habia agarraba lo que venia, el que venia y consultaba se resolvía en el momento Nosotros ahora volvimos a la modalidad de médico de cabecera, a los turnos programados para su medico porque ya conoce al paciente, ya conoce la historia clínica y bueno en eso estamos tratando de ver todo lo que quedó pendiente.

Nosotros en cuanto a la atención acá no fue cortada fue constante, ***el problema lo tuvimos en el segundo nivel de atención en los hospitales y especialistas por qué, porque los especialistas dejaron de atender y no se vio nada.*** O sea estudios de personas, que se yo de hipertensión que estaban de estudio, que no estaba grave pero había que ver qué le pasaba en estos dos años posiblemente no se hizo nada; o de diez estudios que tenía pendiente le salieron dos. Entonces el problema que tenemos ahora es ese, tratar de ver como estos dos años que no hubo atención en el segundo nivel se puede resolver de la manera más fácil o con prioridad, es decir los que realmente necesitan la consulta que puedan acceder, el que quedó y lo resolvió por el privado o se le paso el cuadro bueno listo. Estamos en esa instancia de volver a la normalidad. No es una cosa fácil porque en el medio de ***estos dos años tuvimos un incremento de la población***, la gente en los barrios siguió creciendo, se sigue asentando. Mucha gente que tenía obra social o pagaba alguna prepaga, en la pandemia perdió el laburo o la posibilidad de hacer la changa y ***bueno vienen al sector público. Entonces la población creció y en relación a eso los turnos del segundo nivel... Nosotros seguimos siendo el mismo personal, no tenemos incremento de gente para atender entonces vos tenes los mismos siete médicos antes para 8000 personas y ahora tenes para 10000***, digamos eso viene pasando ya antes de la pandemia y ahora después de la pandemia de agudizo bastante porque hay gente que se quedó sin obra social. Y bueno esa es la parte del nuevo desafío cómo hacer con ***el mismo recurso atender a una población que a lo mejor creció un 20 o 30%.***

Entrevistador: ¿Ustedes detectaron ese aumento por la cantidad de historias clínicas?

Entrevistado: Sí por las historias clínicas. Nosotros cada persona que viene nueva, nos dice mira soy nuevo en el barrio o me quede sin obra social y le abrimos una historia clínica. Y cada historia clínica te va dando un número estimativo de cómo fue creciendo la población en relación al año pasado, dos años. Nosotros ahora estamos en 2700 y pico de historias clínicas, se ve un incremento bastante en la posibilidad de oferta de turno, se ve en la sala de espera, se ve en la lista de turnos donde ahora hay 90 personas esperando a un traumatólogo. Ahí es

donde se genera mayor demanda y con esto de la oferta de turnos del segundo nivel y bueno es lo que se va laburando con la Dirección central para ver de qué manera se puede mejorar la oferta de atención en función de que la población lo requiere, la directiva viene un poco por ahí.

La pandemia nos trazó una línea y de acá hacia adelante arrancamos otra vez y lo viejo ir viendo que quedó pendiente, lo urgente ya se vio en la pandemia. Lo que estaba en estudio es el que estamos tratando de ver, priorizar a quien sí y a quién no y lo que quedó ahí parado con un papelito en una carpeta hace dos años atrás nada. Cuando viene a la consulta de nuevo a preguntarnos, se establece una nueva lista y se establece un nuevo orden. Pero bueno *recuperamos la atención de todos los pacientes despacito, recuperamos las especialidades, volvimos a habilitar todos los consultorios, los profesionales no tienen que usar más las medidas de protección*. La verdad es que no hemos tenido graves conflictos, la población acá esta bien referenciada nos quieren, nos aprecia y nos valora y es un punto a favor más allá de que choquemos con esto por ahí con *la demora en los turnos*.

Entrevistador: ¿bueno antes de la pandemia por lo que nos comentaba un profesional trabajaba con otras instituciones del barrio, ese trabajo se siguió o se está retomando?

Entrevistado: Si nosotros estamos retomando ahora eso, a principios de marzo y abril de este año hicimos una reunión con el sector salud, las instituciones y todos los referentes para poder volver a ponernos en contacto y laburar algunas cosas. Y estamos un poco con la gente del Centro de Vida trabajando algunas cuestiones de salud, de violencia. Hay un grupo Andamios que son para chicos que están no escolarizados del todo pero que están con algún problema en la escolarización y estamos trabajando de salud también ahí con ese grupo de adolescentes con temas relacionados a la maternidad, la violencia, el abuso, los consumos problemáticos.

Entrevistador: ¿Vienen referenciados desde este efector o cómo es la detección y articulación?

Entrevistado: Eh no, en realidad el grupo de andamios, el núcleo está en el CC centro crecer del plan cuidar y bueno a nosotros nos consultan y nos pusimos a laburar con ellos. El resto viene del Centro de Vida que es una ong que trabaja con jóvenes de acá del barrio y también hicimos el puente y vamos a laburar con ellos algunas situaciones que son gente que es del centro de salud, que la conocemos y tratamos de aportar por ese lado. Es un ida y vuelta

Entrevistador: Ok, más que nada hablar de esa persona, de esa situación, ¿de ese sujeto en particular?

Entrevistado: Eh algunas cosas hacemos colectivas, las charlas o los talleres que hacemos con todos con problemáticas generales, que son el cuidado de la salud, abuso, violencia, noviazgos problemáticos. Todas *esas cuestiones mas grupales se hacen en talleres y después si tomamos cada situación puntual*, cuando hay por ejemplo un caso de de un chico de Andamos en donde nos dice que este chico lo noto raro no sabemos qué le pasa, bueno ahí establecemos un espacio privado con las personas que hagan falta, la madre, el padre, el nene y a partir de ahí generamos un vínculo que luego lo toma el centro de salud. Normalmente son pacientes nuestros, o sea no son situaciones ajenas, generalmente son situaciones que conocemos y laburamos en conjunto desde diferentes abordajes para poder lograr lo mismo. Eso sí lo estamos retomando bien.

Entrevistador: ¿Bueno y qué sucedió con las reuniones de equipo durante la pandemia, se sostuvieron?

Entrevistado: Si las reuniones de equipo nosotros siempre la sostuvimos, en la pandemia nunca se cortaron. En la pandemia estábamos si por una cuestión de no comer, porque por lo general comemos ahí. Bueno nos separamos un poco más porque no teníamos las protecciones pero siempre se trabajaron en conjunto todo lo que atañe a cómo encaramos la pandemia. Y después con la vacunación, ahí fue otro tema porque cuando empezaron a surgir

las vacunas la gente no podía trasladarse a los vacunatorios. Entonces empezó toda la vacunación en el centro de salud y ahí fue organizar toda la campaña de vacunación para toda la población que también fue un desafío importante. Pero siempre mantuvimos eso en las reuniones de equipo, las problemáticas siempre las abordamos en conjunto.

Entrevistador: Respecto a la población, ¿Qué instancias de decisión o de voz tiene el centro de salud en las problemáticas del barrio en sí y si tiene articulación en el Distrito que es el representante local...?

Entrevistado: Nosotros en realidad en las reuniones distritales participamos siempre, nos hacemos eco de lo que los vecinos plantean, pero poder de articulación o decisión no tenemos ninguno. La realidad de lo que hacemos es trasladar los problemas de los vecinos, tener reuniones más allá de las reuniones con los vecinos, tener yo reuniones con el director del distrito y las diferentes áreas con cuestiones que están acá como es el agua, la basura, problemática habitacional, el tema de la inseguridad a la noche. Los problemas que atañen a todos pero puntualmente de *la infraestructura del barrio lo he hablado siempre con el director y con las diferentes áreas y en las reuniones barriales participamos siempre. Nos hacemos eco y acompañamos los problemas, pero no tenemos poder de definición.*

Entrevistador: ¿y cuándo fue la última reunión con los vecinos?

Entrevistado: Y digamos que fue hace un mes más o menos, porque si se retomaron luego de la pandemia. *Vino gente de Agua para ver la posibilidad de poder llevar un caño en la parte de atrás*, no va a andar demasiado pero bueno se hacen las reuniones. Y con *gente de la EPE*, que estaba el proyecto de *poder instalar los medidores sociales*, lo que pasa es que *creció tanto el barrio en este último tiempo y están irregular que no hay donde instalarlo, ese es el tema.* Pero bueno estas son instancias que tenemos siempre pendientes de resolver, que tiene que *ver con una planificación del barrio*. Todo lo que es el asentamiento en sí no está planificado y son terrenos fiscales y que no admite ningún tipo de obras si no hay autorización de algún dueño o a través del estado un plan de urbanización que no se va a

hacer. Y es verdad, no se va a hacer porque no está planificado y no hay una idea de urbanizar y no hay recursos tampoco. La gente que vino asentándose se fue asentando donde podía y es tan irregular y tan arbitraria como se fueron poniendo las casillas que no hay una manera organizada porque tienes que barrer a la mitad del barrio y relocalizar, entonces eso es una instancia que por lo pronto no está planificado por lo menos por lo que he hablado con el director no está planificado. *Pero bueno son cosas que pasan, cosas que lidiamos, sabiendo que hay cosas en las que podés trabajar y otras cosas que no.*

Entrevistador: Si! Yo recuerdo de una situación puntual que nosotros lo habíamos tomado en cómo los determinantes sociales afectan a la salud de la población en cuestión de que a raíz de un caso de gastroenteritis, que ante la contaminación del agua y al no tener acceso al agua potable hacen pozos y es un...

Entrevistado: Si si eso pasa, el tema es que bueno la alternativa de solución no depende de un plan de lo local sino que depende de la provincia porque tienen que conectar un acueducto, que establezca condiciones de viviendas dignas y eso es la parte en la que uno choca. Choca y sabe que no lo va a poder revertir, porque tiene que ver con esto con decisiones que van mucho más arriba y que bueno la gente no lo entiende y no pregunta si se puede meter o no. La gente se mete porque necesita un lugar. Y bueno esto pasa, y cuando pasa se arma porque no hay muchas vueltas.

Se despide el entrevistado: Bueno chicas cualquier cosa que necesitan, si tienen alguna duda o inquietud me pueden consultar.

Y respecto a todo lo que es covid, la directiva fue única y fue unidireccional, ¡nos tenemos que ocupar de esto! Sin dejar de lado la cosa urgente que había que ver pero la prioridad está puesto en atender la pandemia, y digamos despues puertas adentro en el equipo si hay un montón de tensiones que surgieron desde el miedo propio a saber a que te enfrenta, quien hisopa, por que lo tengo que hacer yo, de hecho acá el que hisopo fui yo cuando nadie lo quería tomar. Y después bueno se fueron contagiando algunos compañeros, los reclamos de por qué estamos obligados a ver esto, todo esto no lo quiero ver. **Y también, no en éste pero en otros equipos el hecho de que el filtro de la puerta de entrada sea quien determine quién pasa y quién no, terminó siendo una herramienta completamente discursiva y**

por las dudas No! Se Van, No vengan, No lo atendemos, No te puedo atender. Digamos acá eso no pasó, acá fue un equipo que se comprometió en seguir brindando atención a los que estaban, más allá de las cosas que fueron surgiendo, las cosas que habría que hacer se siguen haciendo. De hecho los pacientes siguieron buscando los médicos de cabecera por cuestiones relacionadas que eran casos sospechosos o por problemáticas en general. Y respecto algo personal, llegó a un punto en que no no podemos seguir programando porque hay un montón de gente que teníamos que ver y ahí bueno surgió de poder empezar a administrar turnos antes que estuviera la directiva de que la dirección lo haga, es decir retomamos lo programado y la atención del no covid también teníamos ese espacio del no covid para gente que quería un laboratorio, que vos tenías que ver una radiografía, una medicación que diste y tenías que ajustar. Digamos todo eso se siguió sosteniendo y bueno **nunca fuimos partidarios de la gente afuera, siempre lo hicimos con la gente adentro**, uno por el vínculo que tiene con la población por otro lado por la valoración que te da el hecho de estar acá y que la gente valore tu laburo. Eso a nosotros nos valida como institución y como equipo humano y la verdad es que la gente te respeta. No en todos los centros pasa lo mismo, en muchos centros durante toda esa movida de la pandemia tuvieron mucha violencia entre la población, mucha queja, muchos insultos. Aca la verdad que no paso, mas alla de alguno que se fue enojado alguna vez... la población entendió, **teníamos canales abiertos de diálogo a través de las redes, de facebook, del teléfono, por whatsapp, todo eso funcionó un montón** y aunque la respuesta no era a lo mejor cara a cara, vos te habías llevado una tranquilidad de que habías hablado con el medico por telefono, te explicaba que tenia, te daba la pauta de alarma y eso lleva tranquilidad. Eso fue un laburo muy duro de hacer porque el tiempo era uno solo y teníamos que, a lo mejor vos arrancabas ocho de la mañana y tenias trescientos mensajes de whats app, llamadas sin atender

Entrevistador: ¿Cuál era el horario de atención durante la pandemia?

Entrevistado: Nosotros nunca cortamos el espacio siempre de 7 a 19 hs. durante toda la pandemia y seguimos hasta el día de hoy. Pero bueno tiene que ver con eso, con una cuestión de multiplicidad de cosas por hacer, más la desinfección, como desinfectante vos, como desinfectar las cosas, que tocar, qué no tocar. Fue todo un quilombo.

Entrevistador: Y estas herramientas que vos decías que fueron como canales de comunicación, siguen estando vigente?

Entrevistado: Si sigue estando vigente pero no ya desde el uno a uno con la consulta sino más para información y publicación de turnos, novedades... El wpp lo seguimos respondiendo para esas razones y si el teléfono de llamado pero igual que las redes sociales. Simplemente

es la transmisión de información general. Pasa que la gente también se acostumbro entonces decidimos seguir habilitando estos medios de comunicación como forma de contacto en cuestiones más generales, horarios, turnos y esas cosas.
Pero bueno chicas espero que les haya sido de utilidad.

Entrevistadoras: Muchas Gracias por prestar el espacio!

Entrevista a la Profesional de Salud: Melina Aristu Residente Generalista.

Realizada desde una modalidad virtual mediante la plataforma virtual ZOOM - grabación audiovisual.

Fecha: 24/ 09/ 2020 Siendo las 10:30 comienza la entrevista.

Duración de la entrevista: 30:51

Participantes: Entrevistadora 1 - Entrevistadora 2 - Entrevistada.

Entrevistadora 1: Realiza la presentación de las entrevistadoras y el objetivo de la misma. Nosotras somos estudiantes de Lic. Trabajo Social, estamos realizando nuestro último año de prácticas que se da en un contexto particular por la situación epidemiológica, estamos realizando entrevista a distintos profesionales del centro salud, con posterioridad también teníamos pensado realizar entrevista a referentes del barrio. ¿Quieres comenzar presentándote?.

Entrevistada: Mi nombre es Melina Aristu soy residente de medicina general, estoy en el último año, con todo esto (contexto) no sabría cuando terminaría si mayo del año que viene, que sería lo que corresponde, o agosto/septiembre del año que viene. Los tres años de residencia los realice ahí en el Tío Rolo, después lo que va cambiando es la rotación hospitalaria. Pero en cuanto a la atención en consultorio y territorial siempre fue en el Tío Rolo acompañada con el Toco (apodo del Trabajador Social) quien es uno de los integrantes de nuestro equipo.

Entrevistadora 2: ¿Cuánto tiempo hace que desempeña su labor en el CS?

Entrevistada: Nosotros en la residencia, son tres años de residencia, estoy en mi último año y tengo dos compañeras más residentes después el resto del equipo está formado por tres generalista, que son las médicas de planta, el Trabajador Social que es el “Toco”, una psicología se llama Valeria, una psiquiatra matricial que va una vez por semana porque va a todos los centros de Salud del distrito, 2 administrativa, 3 enfermeras y el odontólogo que es el Jefe del CS que se llama Javier.

Les cuento de mi formación, en el primer año de residencia, tenemos consultorio acompañado por una tutora de la residencia, es una de las médicas generalistas que se llama Valeria Conforti y después en segundo año nos hacemos cargo de una cantidad de población que es la que dejaría el R3 (Residente 3°) que termina, y ahí empezamos con consultorio solos, que es el laburo más enriquecedor por ahí, ya que te encuentras sola en consultorio, empiezas a preguntarte un montón de dudas que tienes frente al paciente, empiezas a conocer un montón de problemáticas que hay en la población que por ahí como R1 no te surgen este tipo de preguntas, a su vez vas conociendo a la población a las familias, vas generando vínculos. Si bien el laburo comienza el día uno que ingresas al CS, se va haciendo más enriquecedor a medida que vas avanzando.

Entrevistadora 2: Siguiendo con las prácticas e intervenciones que venís realizando en el CS, como ya expresaste como R3 te encuentras realizando más prácticas de consultorio, queríamos saber ¿si las mismas se vieron modificadas ante el actual contexto sanitario? O si ¿se presentaron o profundizaron obstáculos?

Entrevistada: Al principio con todo lo que pasó nos tuvimos que ir acostumbrado, lo que hacíamos hoy, ya mañana se veía modificado, era una actualización constante todo el tiempo y lo que más afectados se vio fue Salud porque nos teníamos que estar actualizando sobre un virus que no teníamos ni idea de que se trataba. Todos los días era protocolo nuevo y modos de laburo distintos. En particular el CS se tuvo que dividir, en un sector “febriles” y otro sector “no febriles”, quien veía a los febriles, quien no los veía, tratábamos de no cruzarnos que genero disturbio y confusión entre los mismos compañeros de laburo porque todos por ahí teníamos un concepto distinto hasta que con el tiempo nos fuimos acomodando y hoy que podemos decir que estamos en el pico de la pandemia nos encontramos bastantes organizados, te diría que somos uno de los equipos que más organizados están. Al principio nos costó mucho por la falta de equipos de protección personal, que son los EPP (Equipo de Protección Profesional), no teníamos la cantidad suficiente, tampoco sabíamos cómo ponernos cómo sacarlo. Pero bueno de a poco y con luchas de por medio se fueron garantizando estos derechos para el profesional.

También el CS se vio afectado, primero porque la gente entiende la situación pero le cuesta evitar la llegada al CS, porque tienen mucho vínculo con el equipo, por cualquier consulta se acercan y nosotros les comunicamos que traten venir de a uno que no vayan acompañados, es un laburo a diario. Por ello comenzamos a implementar mucho las redes sociales, se comenzó a sacar muchas dudas a través de WhatsApp, Facebook y también vía llamada telefónica, esta técnica/ herramienta de trabajo llegó para quedarse, así como también el barbijo, las redes

sociales también llegaron para quedarse. Las usábamos pero no le damos un uso excesivo, con este contexto su uso es muy cómodo tanto para nosotros como para la gente.

Otra de las cuestiones que se vieron afectadas fue la llegada de la leche, el uso de los inyectables anticonceptivos y la mesigyna, eso dejó de venir. Leche hace ya 4 meses que no está llegando, no por nosotros sino es por una disposición de la Provincia lo que hace es distribuirla a los comedores entonces no está llegando a los centros de salud, y es difícil explicarle a la gente porque los que damos la cara somos nosotros

Entrevistadora 2: Ya que mencionaste la falta de mesigyna, en cuanto a los derechos reproductivos y no reproductivos, En cuanto al ILE (Interrupción Legal del Embarazo), ¿vos qué posicionamiento adopta como profesional y como se pone de manifiesto estas intervenciones en la institución?

Entrevistada: En el CS utilizamos generalmente de ILE, sería esto que te llega la paciente con el deseo de no continuar con este embarazo, en cuanto a mi postura las acompañamos y las apoyo, no soy un obstáculo para nada, generalmente casi todos los CS acompañamos la situación, no hay objetores, pero en el caso de que haya en todo caso se respeta y si hay una médica objetora la derivara a una médica que no para que haga el acompañamiento. En mi caso las acompañó siempre que me viene una paciente mujer que ya ha tenido otros hijos y me llega para un primer control de embarazo, siempre la pregunta esta si desea continuarlo o no, por más que yo ya la vez decidida y que conozca a la paciente que sé que no se le cruzaría por la cabeza esa decisión, de igual modo siempre las puertas están abiertas a preguntas, con todo respeto.

Me parece que es algo que la mujer tiene que decidir si continuar o no, no somos nosotros los que decidamos, solo debemos acompañarlas y respetar su “derecho”, entre comillas porque hoy es una lucha bastante grande.

Entrevistadora 2: En cuanto a las condiciones laborales como sería en tu caso que te desempeñas como residente, ¿cómo es tu situación contractual, desconozco nos podrías contar?

Entrevistada: Cuando rendís para la residencia, hay un examen general que lo rinden todas las especialidades o residencia que es lo mismo. Bueno vos rendís para una beca, la misma puede ser Provincial o Municipal que sería por parte de la UNR, en mi caso es municipal y tenes un sueldo por mes, por supuesto, en base a la especialidad que vos ingreses por ejemplo medicina general, siempre vas a tener un CS asignado con una rotación en Hospital con las guardias. Por ahí se generan disturbios, en un CS se labura de una manera y después voy a la

guardia y se labura de otra manera, con otros protocolos, por eso salís con la cabeza media revuelta, pero bueno te vas amoldando.

Entrevistadora 2: ¿En qué otro efector de salud te encuentras desarrollándote, estás en el CS y en qué otro?

Entrevistada: Y, en el Provincial de calle Alem ahí estoy en la guardia General, que de hecho estuve ayer, y lo que pasa es esto por ejemplo: el CS es Municipal maneja un protocolo para covid-19, y el Hosp. Provincial maneja otro protocolo, en algunas cosas por supuesto coinciden.

Entrevistadora 2: Esta pregunta está dirigida a si cuentan o contaban con los recursos humanos y materiales que su práctica requiere? Un poco ya lo manifestaste respecto a la falta de EPP pero si quieres playarte más o mencionar otra cuestión.

Entrevistada: Claro fue eso, en un comienzo no contábamos con los recursos, bueno después la Municipalidad se fue como afianzando en el tema y comenzaron a llegar cosas, no te hablo de los mamelucos que se suele ver en las calles de los del SIES, lo que nos acercaron es una bata es como más precarizado el material, pero sirve también y se le da el mismo uso.

Entrevistadora 2: Ahora bien, respecto a la población que asiste al CS, ¿considera que logran referenciarse con la instrucción y con usted?

Entrevistada: Si bien en el CS se dan turnos programados y demás no deja de tener esa idea para la gente de que es un guardia “me pasa esto, voy al CS”. Lo que nosotros queremos sacar de la cabeza eso, pero resulta imposible porque la gente para ir a la guardia se tiene que ir a tomar el bondi, tiene que gastar en un colectivo/ taxi/ remis, que es imposible es carísimo. Entonces se atiende la demanda espontánea, lo que estamos haciendo ahora no es decir que “no vayan al centro de salud, porque no los queremos ni ver” la idea es que vayan al CS con un criterio de urgente, no para que nos llegue “hola, me quiero hacer un chequeo de salud, tengo 30 años y soy un paciente re sano”, eso ahora no, lo estamos postergando para más adelante. La idea ahora es que la gente vaya por los cuadros respiratorios, por alguna urgencia que surja en el momento y para continuar con el contacto con farmacia, retirar la medicación para los pacientes crónicos, para aplicarse el inyectable anticonceptivo, para vacunación, para contacto con el “Toco”, por ejemplo, que hay un montón de gente que lo busca para ver como continua esto de la tarjeta AlimentAR y demás, gente que no la tiene y la quiere empezar a tramitar, para eso si las puertas están abiertas, nunca se le cerraron las puertas a nadie en el CS, pero tratamos de que decirle que tengamos

la menor circulación posible y para casos que necesiten una atención urgente, por ejemplo, controles de embarazos se están haciendo, controles de recién nacidos, controles y atención a pacientes crónicos.

Entrevistadora 1: Te hago una consulta, esta no estaba dentro de la guía, ¿pero la situación epidemiológica como esta en Tío Rolo?

Entrevistada: Cuando empezó la pandemia, tuvimos un caso de un chico que no sabíamos el nexa, que vivía con su abuela de 90 años, su papá de 70 años, residían un montón en la casa, el chico anduvo por todo el barrio y no contagio a nadie, se lo aisló en el carrasco se le hicieron los estudios y demás pero no contagió a nadie. Ese fue el primer caso. Ahora bien cuando comenzó el pico, ahora fines de Agosto principios de Septiembre, empezaron a surgir los casos en el Rolo. El otro día tuvimos la primera muerte de coronavirus en el barrio, que era un paciente de 60 años, diabético tipo 2, es decir que toma medicación no se inyecta insulina, sin otro antecedente. Había ido un Lunes con una dificultad respiratoria, febril muy agitado, que se solicita la derivación al SIES, y este lo lleva al GAMEN (Hospital Dr. Anselmo Gamen- Villa Gobernador Galvez), porque no había otra cama disponible en un efector de mayor complejidad, es decir Baigorria, Provincial, no había cama. Entonces lo llevan al GAMEN, que es un efector de 2° nivel, no tiene terapia. Ahí mismo lo hisopan y le dan antibiótico vía oral y lo mandan a la casa, así como estaba. El hombre llevo el viernes al CS recontra re mil agitado, ya con vómitos, con muy mal estado general, estaba cianótico, es decir tenía mucosas azules, enseguida se deriva al SIES y se lo traslada al modular de Baigorria, vieron la estructura nueva que se hizo ahí, hay terapia, bueno lo entuban, y estuvo internado una semana y ayer nos enteramos que falleció. Este sería el primer caso y espero que el último de muerte de coronavirus en el barrio. ¿Por negligencia del sistema? Y yo te diría que sí, porque en el Gamen no le tendría que haber dado el alta no era un hombre para irse a la casa, menos en ese estado, a lo mejor se hubiese retrasado todo si ese mismo Lunes se lo hubiera tratado como correspondía.

El resto de la población afectada, son pacientes por suerte jóvenes que no acuden mucho al CS, por lo que se observa en las historias clínicas, son jóvenes sin antecedentes que se están acercando por síntomas respiratorios compatibles con covid, se les hace el hisopado que en este momento el único que está haciendo hisopados en el CS, es el jefe. Se hisopa a veces en el día o los citamos para los días que los estamos realizando. Hay un gran número de positivos, debemos tener en este momento en seguimiento alrededor de 6 familias con todos sus convivientes

Entrevistadora 2: Sabemos que semanalmente el CS realiza reuniones de equipo, ¿qué piensa sobre ello? ¿considera que son necesarias? ¿por qué?

Entrevistada: Las reuniones de equipos nosotros las hacemos los días Martes de 12:00 a 14:30, en ese trazo se cierra el CS y se reabre a las 14:30, ahí estamos todo el equipo y lo que se hace es debatir sobre alguna situación familiar del CS o algún caso en particular, pedimos opiniones, planteamos estrategia de laburo, salidas en terreno y en este contexto nos ponemos al día con alguna actualización, hablamos de algún caso en especial, por ejemplo este hombre que fue trasladado, abarcó varias reuniones de equipo. Por supuesto que sirve, porque es el único momento que nos encontramos todos, para planificar estrategias de laburo sirve un montón, es más a veces una vez por semana no estarían alcanzando vos quieres juntarte dos veces por semana, porque te quedan miles de temas pendientes. En el medio almorzamos, si hay algún cumpleaños lo festejamos ahí, nos hacemos un tiempito también para relajarnos un poco.

Entrevistadora 2: ¿Qué los hisopados lo haga el Jefe del CS, fue por algo en particular como ha sido la decisión?

Entrevistada: Al principio, no lo considerábamos hacer porque nosotros teníamos como “un autito del sies”, que le decíamos el “corona móvil”, que venía e hisopaba en el CS. Por supuesto que cuando aumentaron los casos, todo esto desbordó, teníamos 30 pacientes esperando para hacerse hisopados, esperando la “corona móvil”, que nunca llegaba. Entonces en una de las reuniones de equipo se comenzó a plantear ¿Qué conductas comenzamos a tomar? Porque cuando los empecemos a hisopar, ya van a tener el alta prácticamente, ahí el Jefe se ofreció para hisopar, es una práctica que realmente la puede hacer cualquiera, la puede hacer un enfermero, un odontólogo, un trabajador social, quien sea. Bueno muchos médicos no querían comenzar a hisopar porque no contábamos con los EPP adecuados para realizar una práctica que se maneja secreciones y tampoco con un consultorio con una ventilación adecuada.

Se tomó la decisión que arrancaba el Jefe, dependiendo esto de que si todo se desborda alguien más se tendría que sumar. Ahora nos pusimos tres días a la semana para hisopar y se distribuye a la gente en base a estos días para evitar el agrupamiento de personas, por ahora lo venimos manejando con una persona que realiza hisopado, de todas maneras hay alguien porque es necesario asistir al Jefe en la desinfección entre paciente y paciente.

Entrevistadora 2: Respecto al paro de municipales, ¿hoy en el CS hay una guardia para esta atención de hisopados?

Entrevistada: Vieron que el paro fue Martes, Miércoles y Jueves. Martes y miércoles el CS se cerró, y hoy jueves fue Javier con una de las enfermeras para hisopar a los que estaban citados. Esto también generó un poco de disturbio porque si bien nosotros también no queríamos hisopar en un primer momento, por esto porque no cobramos paritarias, no tenemos vacaciones, porque no contábamos con los recursos materiales los EPP, dijimos “che tenemos que terminar realizando el laburo de los otros, cuando ya sabíamos que el pico se venía” Estamos un poco enojado digamos. Bueno ahora dijo el Jefe que iba a ir a hisopar en un trazo de 2 hs y una de las enfermeras dijo que lo acompañaba para asistirlo. La gente que estaba citada para hoy va poder realizar el hisopado. Lo que planteamos nosotros es que la gente cuando vea los autos estacionados en el CS, la gente se acerca y la urgencia no tiene ni día ni horario, el tema es que si te llega una urgencia ¿Qué van hacer? Es un peligro, pero bueno el Jefe decidió ir a hisopar y se respeta su decisión.

Entrevistadora 2: En cuanto a Trabajo Social, ¿realiza intervenciones en conjunto al Trabajador Social del CS? Sí sucedió en base ¿qué criterios?

Entrevistada: Por ejemplo, me pasó no hace mucho, yo tengo una paciente, la paciente es VIH, no tiene trabajo, tiene una pareja violenta, no tiene un ingreso económico de nada y ahí sí lo trabajamos en conjunto con el “Toco”, para comenzar a darle inicio al certificado de discapacidad (CUD), a la tarjeta AlimentAR, trabajamos en equipo también con la psicóloga porque la mujer ante esta situación de ella y su pareja, está desbordada con todo, quiere salir de su casa pero no sabe cómo ni con qué. Entonces ahí hicimos un trabajo con el Toco y la psicóloga, bastante enriquecedor. Es un laburo lento, que en plena pandemia, todo lo administrativo está parado, pero por lo menos por algo empezamos.

También he tenido hechos de violencia de género, me pasó el otro una chica que tenía que ir a hisopar el Lunes, la encuentro llorando afuera del CS, me acerco y le preguntó ¿Qué le pasa? Y me comenta que la pareja acababa de golpearla. Yo imagínate con todos los elementos de protección en la puerta del CS, que no la podía hacer pasar porque no teníamos consultorios para febriles porque estaban hisopado tampoco la podría hacer pasar a un consultorio no febril, porque era sospechosa la paciente, así que atendiéndola en la puerta, ofreciéndole toda la ayuda el teléfono verde, como iba a pasar el día y demás. Justo al otro día yo realizaba febriles así que la cite para el otro día, previa toma de datos para hacer un seguimiento telefónico, por si no se acerca, porque tenes la incertidumbre esa también la vez hoy pero no sabes si mañana vuelve. Al otro día la vi en el consultorio de febriles para trabajar una violencia de género. Volví a mi casa con esa incertidumbre, vos te preguntas “loco la atendí en la puerta del CS, hice bien no hice bien? Porque no es lo que corresponde trabajar en la puerta de un CS, lo que corresponde es pasar al consultorio, pero en este contexto de pandemia no tenemos donde atenderte un caso sospechoso que viene por una violencia de

género. Me quedé con esa duda, lo consulté en el grupo de WhatsApp, me dijeron que era lo correcto que habilite a la palabra, a la comunicación y rogamos que vuelva al otro día. Por suerte vino y pudimos trabajar mejor.

Entrevistadora 2: Ya finalizando con la entrevista queremos preguntar ¿si consideras que es necesario que haya un Trabajador Social en la institución? ¿por qué motivo?

Entrevistada: Siii, es fundamental porque hay muchos temas administrativos en cuando a lo que les decías CUD, tarjeta AlimentAR, que por ahí el médico no lo maneja o lo que los manejan son pocos no la tenemos muy clara y el TS tiene mucha llegada al territorio, a la población, la verdad que es una pieza fundamental en el CS, a veces mucha más que un médico que te puede salvar la vida, y la gente lo busca un montón, no porque sea el Toco, ni nada, sea quien sea, pero hacen un gran equipo y siempre dispuesto al laburo en conjunto. Suman 100%.

Entrevistadas: Agradecemos su disposición, más que nada porque era un día de lucha gremial y accedió a que le realizáramos la entrevista. El objetivo de la entrevista es poder recuperar las otras voces institucionales, y armar de manera artesanal, con entrevistas, encuentros virtuales con el tutor y otros trabajadores, lo institucional.

ENTREVISTAS REALIZADAS A REFERENTES BARRIALES DEL “TÍO ROLO”

Entrevista realizada de manera presencial en el comedor, registradas a través de una grabación audio, Se realizó a una referente del comedor “La pandilla”

Primera entrevista, realizada el 20/ 05/ 2022 - Siendo las 14:13 comienza la entrevista.

Duración de la entrevista: 31:18 Participantes: Entrevistadora 1 - Entrevistada.

Entrevistadora: ¿Hace cuánto tiempo vivís en el barrio?

Entrevistada: Hace 40 años, más también no cierto Martin?

Hijo de la entrevistada: 36, yo tenía 4 años.

Entrevistada: 36 años.

Entrevistadora: Tengo entendido que lo que es Tio Rolo se divide entre Sagrada Familia, Buenas Nuevas?

Entrevistada: Todo el barrio es Tio Rolo,

Entrevistadora: Hace 36 años que vivís en el Barrio, ¿hace cuánto funciona el comedor?

Entrevistada: Hace 26 años años

Entrevistadora: ¿Por qué surgió?

Entrevistada: Porque mi hijo tenía una comparsa que se llamaba “La pandilla”, la chica le ofreció a Martin , mi hijo, y Martin le dijo que le iba avisar a la mama. Primero empezamos con una copa de leche y después empezó el comedor.

Entrevistadora: Y eso más o menos fue hace 26 años.

Entrevistada: Si

Entrevistadora: y la chica de donde era?

Entrevistada: Era una que trabajaba en la Municipalidad mandaba para los comedores, sería mi jefa que mandaba a los comedores y nos visitaba a nosotros.

Entrevistadora: Desde ahí comienza a funcionar lo que hoy es el comedor, El comedor ofrece solamente asistencia alimentaria que sería una ración de comida y la copa de leche u otra actividad?

Entrevistada: Por ahora la comida nada más y ropa que juntamos y que nos donan y nosotros le damos a la gente. Por ahí en el Banco de Alimentos me están ayudando con mercadería de más y le damos a la gente del barrio, y ayudamos a la gente.

Entrevistadora: Hoy en día tenes una relacion con el banco de alimentos, una articulación con el banco de alimentos

Entrevistada: Sisisi

Entrevistadora: Solamente con él? o hay otros?

Entrevistada: La Municipalidad también,

Entrevistadora: ¿Con desarrollo Humano? ¿Te dan como un bolsón de comida?

Entrevistada: No, no, me dan por mes

Entrevistadora: ¿Te dan efectivo por mes?

Entrevistada: Sisisi efectivo.

Entrevistadora: Y cuanto te dan aproximadamente por mes?

Entrevistada: 15 (refiriéndose a \$15.000)

Entrevistadora: quince mil pesos al mes, Y eso lo retiras vos?

Entrevistada: Voy al cajero y lo retiró. Tardó un mes este año, cuando renuevas..

Entrevistadora: Todos los años hay que renovar?

Entrevistada: Cada 6 meses.

Entrevistadora: Trabajas en conjunto con la Municipalidad, Secret. Desarrollo Humano y el Banco de Alimentos.

Entrevistada: Pero yo pago el banco de alimentos.

Entrevistadora ¿Qué paga?

Entrevistada: Tengo que pagar la mercadería. Te dan dos veces por mes y vos tenes que pagar \$6.800 por mes

Entrevistadora: Ah, no sabia.

Entrevistada: Antes te daba en la pandemia, pero ahora no ya hace como 3 meses 4 meses que estoy pagando, todos los meses. Hoy justamente fui a pagarlo.

Entrevistadora: y que te dan, verduras?

Entrevistada: No, no, ni papa ni cebolla te dan, solamente fideos, puré, aceite hace una banda que no te dan porque esta re caro, te dan lentejas poroto, ahora estoy por hacer lentejas con chorizo, papas, y fideos, arroz, harina, y polenta, eso te dan nada más.

Entrevistadora: y eso te lo dan en bolsón o como?

Entrevistada: Te dan un pack de cada cosa, pero estamos pagando un montón.

Entrevistadora: \$6.800

Entrevistada: \$7.000 además tengo que pagar el flete \$1.300. El mes pasado nos mandaron bastante, ¡yo contenta! ... lleno de borbojos, lleno de borbojos. ¿Vos sabe cómo lloraba? porque los pack de arroz mandaban como cuatro. Decía que para mí me alcanza esto y esto y lo otro reparto con el resto. Cuando vamos a abrir con las chicas, una me dice ¿Miriam no se enoja?, mire este paquete lleno de borbojos.

Entrevistadora: No pudo reclamar?

Entrevistada: Reclame pero tenía que tener para el flete que lo venga a buscar para llevar y volver. Me fui con el auto, y le dije mira yo no puedo tener en este estado la mercadería para la comida. Me contestaron, son bichitos nada más. Le respondí corazón yo te pedí arroz o fideos, no te dije que me mandes la carne con el fideo, hace de cuenta que me la mandaste con bichos, yo no puedo darle a la gente esto, yo tengo gente trabajando conmigo, que van decir? Siempre hay alguien que habla de más, van decir la Miriam cocina con borbojos, a vos te parece eso, que quede mi comedor por el piso? Me dijo el encargado: Traemelo, ¿cómo te lo voy a traer si tengo que pagar flete para la ida y la vuelta vos me reconoces eso? Me respondió; no miryam, Bueno entonces no. La semana pasada pedí y me contestó que no me daba ni arroz ni fideos porque seguían en el mismo estado pero te mando leche. Lo tendré que recibir igual sino pierdo la plata.

Entrevista comedor “ Grupo Solidario Vicente Medina “, registrada a través de una grabación de voz de un celular móvil.

Realizada el 20/05/2022 a las 11.20 hs

Duración de la entrevista: 40 min.

Participantes: Entrevistadora 1 - Entrevistadora 2 - Entrevistada

Entrevistadora 1 (presentación): Con el permiso de Graciela comenzamos la entrevista.

Bueno, ¿hace cuanto años habita en el barrio? ¿Usted hace cuanto reside?

Entrevistada: (balbucea la suma de años) Y... 15, 16 años más o menos.

Entrevistadora 1: 16 años?

Entrevistada: Si, porque tengo mi hijo que ahora el 19 de Junio cumple los catorce pero que vivo de aca de este lado (haciendo referencia del otro lado de la vía), pero allá más adelante yo vivía desde los 80.

Entrevistadora 1: ah toda una vida, vivió acá!

Entrevistada: Si si

Entrevistadora 2: ¿Cuántos años tiene usted?

Entrevistada: Yo voy a cumplir ahora e 26, 60 años (se ríe)

Entrevistadora 1: 60 Años, y desde los 80... casi toda su vida acá en el barrio.

Entrevistada: Si si vine cuando tenía 17 años y después me fui, anduve por ahí, pegue la vuelta y acá me quedé.

Entrevistadora 1: Claro! Y antes vivías en lo que sería más adentro del Tío Rolo o por Vicente Medina?

Entrevistada: No por Vicente Medina pero casi allá, yendo para aquel lado, derecho. Bueno pero después cuando me junté con él, luego de que mi marido falleció. Yo tengo 8 chicos y mi marido falleció de cáncer y bueno la vida, después me junté con él y de grande a los 47 lo tuve a éste, al último.

Entrevistadora 1: Bien así que hace bastante que vive en el barrio y tiene un gran conocimiento de la población...

Entrevistada: Si Si

Entrevistadora 1: ...de quienes vienen, bien. ¿El nombre del comedor?

Entrevistada: Grupo Solidario Vicente Medina

Entrevistadora 1: Grupo Solidario Vicente Medina, perfecto. ¿Y hace cuánto funciona?

Entrevistada: Hace dos años ya

Entrevistadora 1: (Sorprendida) Ahhhhhh

Entrevistada: Si hace dos años ya

Entrevistadora 2: ¿Se inauguró la pandemia?

Entrevistada: Si si. Porque mi hija primero lo tenia, despues cuando yo salgo les muestro, porque tengo ahora las mellizas que viven ahí y una de ellas un día contó esto, estaban hablando ellas y me dicen - Mami estaria lindo para hacer algo para los chicos, unas tortas que se yo, un mate cosido-. Entonces les digo -Si no hay problema, yo las ayudo. Como vamos a hacer esto lo otro-. Y bueno como nosotros tenemos un kiosquito que ahí nomás está, que lo maneja mi marido. Mi marido está cobrando la jubilación de discapacidad y yo una pensión... y bueno les digo -Si no hay problema, yo después habló con el Vaca- y me decían -No mami, se va a enojar- y les digo - No no-. Y bueno yo después hablé con él, me dio harina, nos fuimos e hicimos todo ahí. Y de ahí empezamos, con la ayuda de la gente y después por el tema de los chicos, porque ella tiene hijos chiquitos, quería cerrar el comedor. Y yo le dije que no, que yo quería venir para estos lados y hacerlo acá. Después hablé con mi marido y me dijo -bueno si no hay problema, vamos a hacerlo acá-.

Entrevistadora 1: Ustedes tenían este lugar disponible.

Entrevistada: Si si (interrupción por la llegada de una de sus hijas). Bueno este piso y todo esto no estaba (señalando el lugar donde estábamos haciendo la entrevista), esto era todo tierra hasta que después hicimos el comedor. Tenía un par de gente que estaba conmigo, pero que ahora ni quiero tocar el tema. Y en ese momento mi marido nos ofrece la tarjeta naranja y nosotros póngale cosas que queríamos comprar, él sacaba con la tarjeta naranja y llegaba el mes y ponía un poco él y un poco yo, compartimos. Y bueno así pusimos el cerámico, después hicimos el piso. Así empezamos, no es uuu la gran cosa, no estábamos funcionando tan bien pero bueno es una comodidad que uno tiene y bueno empezamos.. SI hace dos años, ustedes después entren a facebook y busquen Grupo solidario Vicente Medina, ese es el facebook de nosotros del comedor. Después yo les voy a mostrar para que ustedes vean lo que hacemos.

Entrevistadora 1: ¿El comedor tiene personería jurídica o no?

Entrevistada: No, mira como te puede decir. Nosotros empezamos solas.

Entrevistadora 1: Bien.

Entrevistada: Después ya empezó a venir gente a darme una mano.

Entrevistadora 1: Era de un grupo de un partido político?

Entrevistada: No, no, viven para aquel lado. El toco les conoce. el señor les conoce. Y bueno me ofreció esto y esto, trajo gente.

Entrevistadora 1: Pero eran de otro comedor?

Entrevistada: No, no, son de los “auto convocados”. Bueno empezó este señor a ayudarnos con su gente que se yo, con mercaderías y bueno después nos ofrece mercadería del banquito.

Entrevistadora 1: del Banco de alimentos!

Entrevistada: sí bueno. Me dijeron que tenía que ir a buscar la mercadería tal día, cada quince días, porque entre medio había tres comedores más. El mio que me ayudaban, después había una señora y después estaba el señor, eran tres comedores compartidos. Bueno cuando me tocaba a mí, el señor me pasaba la orden para que lo presente en la entrada y me mandaban a una carpa para retirar y si yo no presentaba ese papel no podía pasar y presentar mi documento así nomás. Estaba todo bien hasta que un dia me toco a mi y me fui, pero me manda un mensaje este señor de que a mi no me tocaba y me pidió disculpas por equivocarse y yo le dije que no pasaba nada y le lleve toda la mercadería a su casa con el papel. Pero bueno pasó como un mes y a mi nunca me tocaba, pero yo tranquila. Hasta que un dia me llega el mensaje de que tenía que ir a buscar la mercadería y estábamos contentos porque al fin nos tocó y era todo para los chicos, le dije a mi marido que me acompañara pero fue todo un error. Cuando retiramos todo, me manda de nuevo un mensaje este señor diciendo que yo me robe la mercadería y que no me tocaba a mi. Y le dije que si me tocaba a mi por eso me mandaron el papel del comprobante. Hasta que me agarró bronca, le dejé toda la mercadería

en la puerta de su casa y no quise saber más nada con él y su gente. De ahí en más dije mi comedor ya fue, ya fue. Y bueno pasó una semana y me decía a mi misma, que hago? Estaba por cerrar el comedor porque no tenía ninguna ayuda solo la del padre Tito que hasta ahora me sigue ayudando y los chicos de ahí de la parroquia siempre están conmigo. Bueno yo seguía preocupada, hasta que una vecina me dijo que no me haga problema, que no cierre el comedor. Y empecé a subir estados en facebook y en wpp que necesitábamos mercadería y así la gente me fue ayudando con ropa, donaciones y así seguimos...

Entrevistadora 1: Bueno Graciela otra consulta, ¿la única actividad que hacen es asistir de manera alimentaria o hay otras actividades en el comedor?

Entrevistada: No, no, porque...

Entrevistadora 1: Ustedes ¿que entregan una ración de comida y una copa de leche o cómo lo organizan?

Entrevistada: Sí, los lunes damos leche y los miércoles la comida.

Entrevistadora 1: ah bien, ¿dos días Lunes y Miércoles?

Entrevistada: Mmm sii si o a veces lo que se puede. También de vez en cuando recibo ayuda de Ricardo que es de la vecinal y querían ver si podían poner en algo para que reciba algún ingreso mensual.

Entrevistadora 1: En realidad si, hay un convenio actualmente con otra organización que están ayudando a hacer la personalidad jurídica. ¿ Qué significa esto? Que el comedor tenga un marco legal y ahí pueda recibir insumos y subsidios de lo que es el Estado. Tener un vínculo más cercano con lo que es Desarrollo Social de la municipalidad para que le bajen bolsones de alimentos.

Entrevistada: Claro es como yo te digo, yo empecé así con esa intención pero después las cosas no se dieron así. Ahora te soy sincera, hace dos meses atrás que estoy recibiendo \$20000 para la verdura y el pollo. Bueno empecé con ellos, vinieron hablaron me dijeron que me van a ayudar con el comedor y ayer antes de ayer, el señor Carlos me dijo que nos anotaron en el Banco de Alimentos y que vamos a ver si teníamos suerte y yo le dije ojala Dios quiera que se nos de. Mira no te voy a mentir, no te voy a decir que no tengo ayuda de nadie porque si la tengo, la gente me está ayudando con lo que tiene y estoy recibiendo ese ingreso pero nada más y por ahí no alcanza pero mi comedor no está asentado en ningún lado, todo lo que vamos subiendo a facebook lo ve la gente y así se acercan los vecinos.

Entrevistadora 1: ¿Los que llevan adelante el comedor, quiénes serían vos, tu marido y tu familia?

Entrevistada: Si si

Entrevistadora 1: Entonces quien colabora en el comedor es su familia.

Entrevistada: Sí, mi familia. Mis hijos me ayudan, mis nietos, mis hijas ya me dijeron que cuando esto lo hagan por mí y el día de mañana que yo no esté ellos no van a seguir.

Entrevistadora 1: Aproximadamente, ¿cuántas familias asisten?

Entrevistada: Ahora te muestro un registro que tenemos, pero hace tiempo que no venimos anotando y ya son más familias las que vienen

Entrevistadora 1: ¿Les toma asistencia o cómo es?

Entrevistada: No, yo tomé una lista para más o menos ver la cantidad de gente que tengo y así medimos la cantidad de comida que hay que preparar.

Entrevistadora 1: En el registro vemos 195 adultos y 203 niños, sin contar los nuevos.

Entrevistada: Claro, todos los nuevos no están anotados.

Entrevistadora 2: ¿Y cuando fue la última vez que anotaron?

Entrevistada: Y hace bastante ya que no anotamos.

Entrevistadora 1: Bien entonces si registran a las familias, les toman una mini asistencia o eso intentan.

Entrevistada: No le tomamos a la gente, lo hacemos para nosotros como un registro de las porciones que tenemos que hacer en el día.

Entrevistadora 1: ¿Cuándo las personas asisten, usted puede registrar otras problemáticas que la población le atraviesa? Por ejemplo, cuando llegamos nos comentó sobre la CUA eso es una problemática porque no tienen agua, pero usted acá si tiene agua?

Entrevistada: No, no tenemos agua, mi hija me pasa la manguera para que carguemos del tanque y toda la gente de acá atrás viene a buscar agua con bidones o botellas. L

Entrevistadora 1: Acá hay como una manguera comunitaria?

Entrevistada: No, está el tanque que tiene una canilla afuera. Después les voy a mostrar, la CUA carga el tanque con el camión dos veces a la semana.

Entrevistadora 2: ¿Y la gente comenta acerca de otras problemáticas?

Entrevistada: No, nosotros solo abrimos una ventanita que recibimos los tupper y entregamos la comida y a veces cuando nos donan ropa ponemos ahí adelante una mesita para que se lleve la gente lo que necesite...(nos dirigimos afuera de la cocina, sobre una pared de chapa del lado exterior se habilitó una pequeña ventana rectangular sostenida con una madera para entregar las porciones de comida).

Entrevistadora 1: ¿Y la gente de acá de qué labura?

Entrevistada: Y unos hacen changas, otros piden en la calle o salen con el carrito.

Entrevistadora 1: Le consultó también porque es una zona de fabriles.

Entrevistada: No, ahí ya no la gente no trabaja, quizás habrá uno o dos pero no. Pero la gente que yo más conozco se la rebusca en la calle o lavan el vidrio de los autos.

Entrevistadora 1: Bueno última pregunta ya que el comedor surge en pandemia ¿se presentaron algunas dificultades para abrirlo, esto de poder conseguir alimentos?

Entrevistada: Sí a veces estábamos medio apretados, hay veces que tenemos y otras que no.

Entrevistadora 1: ¿Y surge esto en la pandemia por el tema de que se paró todo o por otro motivo?

Entrevistada: No lo entiendo.

Entrevistadora 1: Me refiero en pandemia cuando se paró todo, donde hubo un momento de aislamiento social que la gente cuando estaba en actividad esto de hacer changas ya no lo podía hacer.

Entrevistada: Bueno cuando pasó eso de que la gente no podía salir, acá se llenaba más gente. Nosotros teníamos todo preparado, usábamos alcohol en gel para desinfectar las manos de la gente, tirábamos también en las bandejas. Y todos nos manejamos bien con todos los cuidados.

Entrevistadora 2: Podemos decir que la pandemia fue un motivo para abrir el comedor?

Entrevistada: Y sí porque hubo un tiempo en que la gente no tenía nada, no podía salir a la calle. Entonces qué hacía la gente, como ellos no podían salir póngale a rebuscarse a lavar los autos o manguear bueno venían y me pedían - ¿y Graciela vas hacer la comida?- Si les decía yo, y me decían -bueno ahora vengo-. Y la gente venía a buscar la leche, la comida. Hubo un tiempo que si medio cerré porque hubo un caso justo acá de covid, lo cerramos y después volvimos a abrir. Porque ya se estaba acercando mucha gente justo cuando el virus estaba muy avanzado y dije no, para prevenir cerramos un poquito y después repuntamos de nuevo.

Entrevistadora 1: Claro, en los picos de olas de covid o de contagios el comedor podía ser un factor de contagios.

Entrevistada: Claro sí, y no quería que después me echaran la culpa a mi porque ya era mucha la gente que hacía la fila. Entonces teníamos miedo y somos también personas grandes, mi marido tiene diabetes.

Entrevistadora 1: Y eso fue antes de la vacuna?

Entrevistada: Sí eso fue mucho antes, ahora ya con las vacunas estamos más tranquilos.

Entrevistadora 1: Bueno Graciela muchas gracias!

Entrevistada: ¡De nada! espero que les haya servido de algo.

Entrevistadoras: ¡Muchas gracias!! todo nos sirve!