

Les trabajadores en el ámbito de la salud en contexto de pandemia por COVID-19. Aproximaciones desde una ciudad intermedia de la Pcia. de Buenos Aires

María Isabel Escurra¹
Verónica de Avila²

Resumen

En este trabajo proponemos aproximarnos a caracterizar aspectos del trabajo profesional de los trabajadores del sistema público y municipal de salud en el marco de la pandemia por COVID-19, destacando el trabajo desarrollado por trabajadores sociales, centrándonos en las posibilidades de construcción de prácticas de cuidado en un contexto por demás complejo y demandante, donde los trabajadores de la salud fueron protagonistas.

Situamos este tema en una ciudad intermedia de la provincia de Buenos Aires, considerando que resulta importante conocer y visibilizar las dinámicas singulares de atención y cuidado de la salud que construyen los trabajadores en territorio.

El recorte tempo-espacial tiene su base en los cambios de las formas en las que se realiza el trabajo en salud en contexto de pandemia, sin desconocer cuestiones contextuales que van más allá de la irrupción de la pandemia. Por lo tanto intentaremos, también, esbozar aspectos centrales en torno a la crisis societal contemporánea, su relación con la pandemia y con el trabajo en salud.

Palabras clave: PANDEMIA, SALUD COMUNITARIA, TRABAJO PROFESIONAL

Resumo

Neste trabalho propomos caracterizar aspectos do trabalho profissional dos trabalhadores da rede pública e municipal de saúde no âmbito da pandemia de COVID-19, enfatizando o trabalho realizado pelos assistentes sociais, e nas possibilidades de construção de práticas de cuidado num contexto extremamente complexo e exigente, onde os trabalhadores da saúde foram protagonistas.

Situamos esta questão em uma cidade intermediária da província de Buenos Aires, considerando que é importante conhecer e tornar visíveis as dinâmicas de atenção e atenção à saúde que os trabalhadores constroem no território.

O recorte temporal-espacial parte das mudanças nas formas de se fazer o trabalho em saúde no contexto de uma pandemia, sem deixar de lado questões contextuais que vão além da eclosão da pandemia. Assim, procuraremos também delinear aspectos centrais em

¹ Licenciada en Trabajo Social (FCH, Unicen). Especialista en Salud Social y Comunitaria, Universidad del Salvador. Doctoranda en Trabajo Social, FTS, UNLP. Ayudante Diplomada en la Licenciatura en Trabajo Social, FCH, Unicen (cátedras Trabajo Social 1 y Estado y Políticas Sociales). Miembro del NACT PROIEPS, FCH, Unicen. Correo electrónico: mescurra@fch.unicen.edu.ar

² Licenciada en Trabajo Social (FCH, Unicen). Especialista en Salud Social y Comunitaria, Universidad del Salvador. Maestranda en Ciencias Sociales, FCH, Unicen. Ayudante Diplomada en la Licenciatura en Trabajo Social, FCH, Unicen (cátedras Introducción al Conocimiento en las Ciencias Sociales, Investigación Social y Antropología Social y Cultural). Miembro de NACT PROIEPS, FCH, Unicen. Correo electrónico: vdeavila@fch.unicen.edu.ar

torno da crise societária contemporânea, sua relação com a pandemia e com o trabalho em saúde.

Palavras-chave: PANDEMIA, SAÚDE COMUNITÁRIA, TRABALHO PROFISSIONAL.

Introducción

En este trabajo proponemos aproximarnos a caracterizar aspectos del trabajo profesional de los trabajadores del sistema público y municipal de salud en el marco de la pandemia por COVID-19, destacándose el trabajo desarrollado por trabajadores sociales, específicamente desde el año 2020 y centrándonos en las posibilidades de construcción de prácticas de cuidado en un contexto por demás complejo y demandante, donde los trabajadores de la salud fueron protagonistas.

C. Iriart (2020) plantea que el sistema de “salud” durante el apogeo neoliberal fue orientado hacia la producción de consumos (de medicamentos, de servicios, de consultas, etc.), no de salud. Despojando a la prevención y promoción de su carácter público, de su vinculación con el agua potable, las cloacas, las posibilidades de vivir en un lugar que no esté contaminado, las vacunas, las pautas colectivas saludables, etc. Y orientándose a su mercantilización, con el consecuente desfinanciamiento del sector público de salud, generándose deterioro, desvalorización, mayor fragmentación y precarización de sus trabajadores.

En este contexto, con la pandemia afloraron cuestiones, límites y debates invisibilizados. Algunos de ellos están plenamente relacionados con la discontinuidad de ingresos laborales de los hogares, la dificultad de acceso a alimentación básica y elementos de higiene, la violencia de género al interior de los hogares y las restricciones en el acceso a la prestación de los servicios de salud. También la importancia de contar con servicios de cuidado de la salud públicos fuertes, seguros y con capacidad de respuesta.

La intervención política ha sido y es indispensable en los contextos de pandemia. Se observó en el contexto argentino durante 2020 intervención estatal a nivel nacional a través de transferencias de ingresos monetarios (con refuerzos en instrumentos ya dispuestos e implementación de nuevos) y de asistencia alimentaria directa (Maceira, Vázquez, Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2020). Y, junto con ello, resultó decisiva la activación del denso entramado organizacional y las respuestas que logró articular con diferencias según las características de cada región y territorio³.

En torno al sistema de salud, se observó una marcada vuelta al centro de lo público. Pues el mercado cuando el negocio marcha mal pide que el Estado se haga cargo e incluso financie las pérdidas (Iriart, 2020). Y, a su vez, destine fondos públicos “*para equipar a los servicios estatales que fueron deteriorados en las épocas de las vacas gordas para el sector privado, ya que ahí se atienden, según los neoliberales criollos, los que “caen” en el hospital público.*” (Iriart, 2020: 18).

La importancia de lo público en salud y de su necesaria universalidad se hizo visible. Pues la complejidad de la intervención en cada territorio ha planteado la centralidad de trabajar en torno al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, cuidados y asistenciales. Siendo indispensable la articulación entre los diferentes niveles del Estado y entre el Estado y las organizaciones que están presentes en el territorio. Tomando relevancia tareas y recursos ligados al promover, al atender y al cuidar. Y, como plantea Grassi: “*La pandemia también trajo a la luz la necesidad imperiosa de trabajos hasta ahora desconsiderados y*

³ Los autores mencionados reflexionan sobre estas cuestiones mirando el conurbano bonaerense. Si pensamos en otros partidos de la provincia de Buenos Aires, podemos referir a los informes elaborados por la FCH, UNCPBA (2020, 2020a.), destacando la importancia de los entramados de organizaciones sociales e instituciones con anclaje territorial (como los centros de salud comunitaria) para sostener a la población ante la situación de emergencia sociosanitaria frente a ciertas ausencias y “suspensiones” en determinadas instancias estatales. (Fernández Soto, 2021; Leivas, 2021).

mal remunerados, que comprometen fuertemente la intervención humana, incluso la afectividad, cuestionando el supuesto productivista de que sobran trabajadoras/es.” (2021: 143)

Situamos este tema en una ciudad intermedia de la provincia de Buenos Aires, considerando que resulta importante conocer y visibilizar las dinámicas singulares de atención y cuidado de la salud que construyen los trabajadores en territorio.

El recorte tempo-espacial tiene su base en los cambios de las formas en las que se realiza el trabajo en salud en contexto de pandemia, sin desconocer cuestiones contextuales que van más allá de la irrupción de la pandemia.

Para abordar el tema propuesto, retomamos reflexiones de compañeres que se desempeñan en instituciones de salud en torno a: sus espacios socio profesionales, procesos de trabajo, limitaciones, posibilidades y desafíos presentes. Dichas reflexiones fueron compartidas en el “Ciclo de Diálogos desde la experiencia en contextos de pandemia: Estado, Políticas Sociales y Prácticas profesionales. Realidades y desafíos”, convocado por las cátedras de Trabajo Social 1 y Estado y Política de Social de la Lic. en Trabajo Social, FCH, UNCPBA durante noviembre de 2020; y en la Mesa Redonda: Salud y Trabajo. Procesos, estrategias y desafíos presentes, actividad realizada en el marco del IX Encuentro Regional de Estudios del Trabajo y Jornadas Regionales Sobre Estado, Políticas Sociales y Organizaciones Sociales Perspectivas Latinoamericanas, realizadas durante agosto de 2021 por PROIEPS, FCH, UNCPBA. A su vez tomamos como fuentes entrevistas a trabajadores del primer nivel de atención de la salud y recuperamos registros, informes, trabajos académicos y notas periodísticas que nos permiten realizar un análisis situado.

El Subsistema Público de Salud a nivel municipal. Lecturas para comprender el primer nivel de atención y la atención primaria de la salud/salud comunitaria

Sabiendo de la existencia de investigaciones que estudian la implementación de políticas sanitarias en diferentes territorios de la provincia de Buenos Aires, con especial énfasis en el Gran Buenos Aires (Chiara, 2011, 2018). Y del impacto de los procesos de trabajo en la salud de los trabajadores (Pautassi, 2006; Róvere, 2006; Crojethovic, 2010; Aspiazu, Baldi y Lanari, 2011; Neffa y Henry, 2017, Maleville, Fernández y otros, 2020), resulta interesante avanzar en indagaciones que tomen a municipios y ciudades intermedias como territorio en el cual centrar la investigación. En este sentido, el presente trabajo pretende abordar dimensiones del subsistema público de Salud de Tandil, de gestión municipal, adentrándonos en el primer nivel de atención. Entendiendo que no se liga lo local, o el caso, a un espacio físico preestablecido por fuera de los procesos históricos y sociales.

Para ello es necesario considerar que la política de Atención Primaria de la Salud buscó que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes desplieguen una estrategia de promoción y prevención, y políticas saludables. Recordemos que la Constitución Nacional de 1994 otorga la autonomía a los municipios en sus diversas cuestiones, entre ellas lo relacionado con la APS. Chiara (2018) plantea que el rol que fueron asumiendo progresivamente los municipios en el modelado del subsector salud estatal es uno de los rasgos de la matriz institucional y del entramado de actores que distingue a la provincia de Buenos Aires.

Teniendo en cuenta que la ciudad es el producto de procesos sociales y económicos, para analizar la situación de la ciudad Tandil es necesario considerar procesos de transformación en sus diferentes niveles de concretización, los cuales generan situaciones de privación social en amplios sectores.

Iniciada la década del 2000 se observa en Tandil la predominancia del municipio en la ejecución de la política de salud pública. Más allá de los cambios y el crecimiento de la infraestructura de la APS durante el siglo XXI, resulta interesante tener en cuenta la mirada de algunas de las autoridades que plantean tensiones y desafíos de cara a las maneras en que se implementa esta estrategia. En 2009, al asumir la Dirección de APS una de las gestoras de política expresa tanto apuestas a la jerarquización de la APS como a la participación de los trabajadores en la gestión de la misma:

(...) el objetivo principal de iniciar una nueva etapa en la Secretaría, a partir de una política de re-jerarquización de los centros de salud. Todos los profesionales de cada uno de los centros de salud estarán presentes para establecer un diagnóstico participativo que sirva de puntapié inicial para la planificación en lo que tiene que ver con la atención primaria. (Funcionaria local en Tandil Diario: 22/12/2009)

En ese momento también se divulgaba la aspiración al desarrollo de un modelo participativo, considerando tanto a los equipos que se conformaban como a las comunidades en la que se situaron los CAPS.

La participación activa de la comunidad para vincular el sistema de salud con las necesidades de la población, fortaleciendo un modelo de cuidados de la comunidad con base de acción en equipos interdisciplinarios, así como la asignación de áreas de responsabilidad de cada equipo. (Funcionaria local en AbcHoy, 31/12/2009)

Promociándose la incorporación de personal, cambios en los modos de gestión y atención de los centros de salud, de la mano con el desarrollo de un modelo de historia clínica única electrónica orientada a problemas y en red en el sistema local de salud.

El 30 de diciembre del año 2015 se crea el Sistema Integrado de Salud Pública (SISP) como ente descentralizado a través de la ordenanza Nro. 15049, que prevé que el SISP esté integrado por: Hospital Dr. Ramón Santamarina; Hospital de Niños Debilio Blanco Villegas; Centros de Atención Primaria de la Salud; Centro de Salud Mental; Hospital de Vela Enrique Larreta; y Centro de Bromatología.

En este marco, la Dirección de APS en 2015 se organizó a través de una estructura piramidal, conformada por un Director, 5 coordinaciones (Zona Norte, Zona Sur, Zona Rural, Vacunación, Logística,); 2 áreas referentes a Programas (Programas Alimentarios y Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable), 21 CAPS (15 Centros de Salud urbano, 1 vacunatorio, 5 CAPS ubicados en localidades y parajes rurales). La planta de trabajadores es heterogénea tanto a nivel disciplinar y de realización del trabajo, como en el aspecto salarial. En este último aspecto se observa que se compone de trabajadores dependientes salarialmente del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, trabajadores municipales de planta estable, mensualizados, contratados y con planes de empleo (SECYC), becarios del programa nacional Médicos Comunitarios.

Esta mayor complejización de la atención de la salud pública, reflejado en el primer nivel de atención, se puede relacionar con varios factores, entre ellos la relevancia histórica de los centros de salud barriales, la mayor centralidad que se les da en la política de salud, los convenios existentes entre diferentes niveles estatales (nación, provincia y municipio) y principalmente la complejización, vulnerabilidad y mayor precarización de la población,

sumado a cambios profundos en la forma de gestión. Los centros de salud han ocupado un lugar central en las dinámicas barriales, siendo espacios de referencia y atención.

A fin de seguir contextualizando el sistema de salud pública es importante tener en cuenta que en septiembre de 2016 la Dirección de Atención Primaria comienza a llamarse Dirección de Salud Comunitaria. Este cambio es explicado por su directora en los medios locales, quien refiere que la nueva denominación *“parte de la concepción de que el abordaje debe ser territorial y en la comunidad, con trabajo de equipos interdisciplinarios que se piensen lidiando a diario con los determinantes sociales de la salud para resolver de manera profunda y sostenida los problemas de la comunidad.”* (Funcionaria local, 2/09/2016 en AbcHoy). Dejando entrever la complejidad de las tareas a desarrollar por aquellas instituciones de salud nucleadas bajo su dirección. Durante esta misma gestión, en el 2017, se empieza a desarrollar el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias "PRIM", dependiente del Ministerio de Salud de la Pcia (El Diario de Tandil, 06/07/2017), buscando *“un modelo de formación que está atravesado por tensiones que buscan articular los objetivos académicos con los requerimientos de los servicios de salud de la población donde opera”* (La Voz, 22/09/2022) y anclando su sede en el Cesac del Barrio Morediza. En paralelo al proceso de proyección de las residencias en salud, a nivel nacional se agota el programa Médicos Comunitarios, dejando de sumarse contrataciones bajo su forma⁴.

En el año 2020 la pandemia encontró a Tandil y su salud comunitaria municipal con una estructura conformada por 15 Centros de Salud urbanos, 5 ubicados en localidades rurales y un vacunatorio; trabajadores de diferentes profesiones y formas de contratación. Si bien se trata de una estructura numerosa en dispositivos y desconcentrada geográficamente, cuando revisamos los gastos del SISP observamos que solo el 9 % se destina a esta Dirección. Esta situación se repite durante los años 2020, 2021 y 2022⁵. Los mayores gastos en salud se observan en el Hospital R. Santamarina, que representa más de 50% del total. Se observa que el menor gasto está en el área de Bromatología, Hospital de Vela y Salud Mental.

Aunque presupuestariamente no se refleja (lo que implica un grave problema), el trabajo en los Centros de Salud tomó relevancia durante la pandemia, siendo de las pocas instituciones que no cerraron sus puertas, desarrollándose la realización del trabajo de forma presencial e incorporándose formas de teletrabajo, con atención telefónica y a través de redes sociales.

Pandemia, condiciones y procesos de trabajo en salud pública municipal

Esta pandemia no nos encontró a todes en la misma situación; la condición de clase, de género, de raza y el lugar donde vivimos traza líneas de desigualdad en la forma en que habitamos este contexto de crisis. Al respecto, Harvey (2020) explica que cuando se dice que las enfermedades contagiosas no reconocen clases ni otras barreras o límites sociales estamos frente a un mito, hoy los efectos y repercusiones de las enfermedades son

⁴En Octubre de 2009 se modificó en un programa más amplio orientado a la atención primaria llamado “Programa de Médicos Comunitarios, Equipos de salud de primer nivel de atención”. Ese programa duró hasta octubre del 2016, donde se transformó al “Programa de Equipos Comunitarios - Cobertura Universal de Salud” A partir de 2016 se limitaron las localidades donde se realizaba el proyecto bajo la premisa de potenciar los lugares donde funciona la Cobertura Universal de Salud (CUS). (González Sánchez, Parceró Paez y Tonini, 2018).

⁵ Véase informes de la sección Información presupuestaria financiera de la página del SISP, Municipio de Tandil.

diferenciales según las condiciones sociales. El autor reconoce que el avance del COVID-19 exhibe todas las características de una pandemia de clase, de género y de raza. Pues gran parte de la clase trabajadora (especialmente mujeres y/o quienes tienen empleos informales y/o más precarios) se enfrentó al desagradable dilema de enfermarse en nombre de los cuidados y el abastecimiento o caer en el desempleo.

Esta “nueva clase trabajadora” está en primera fila y lleva la peor parte tanto de ser la fuerza laboral que soporta mayor riesgo del virus en su trabajo o de ser despedida sin recursos, debido al repliegue económico impuesto por el virus (Harvey, 2020: párr. 20).

Para pensar el trabajo en pandemia no podemos dejar de mencionar las condiciones histórico sociales en la que se realiza. M. Rovere (2006) plantea que los trabajadores de salud son el corazón de los sistemas sanitarios y que el trabajo en salud se ha vuelto más alienante debido al incremento de las demandas, la carencia de recursos, y la situación social. Al respecto son claros los dichos de uno de los referentes trabajadores:

(...) la historia del sistema de salud argentino, que es segmentado, con todas las grandes desigualdades (...) Y también tenemos que recordar que nosotros, cuando se diagnostica el primer caso de covid de Argentina, que fue el 3 de marzo del año pasado, el 8 de marzo es el primer óbito. Nosotros veníamos recuperando un Ministerio de Salud que se había perdido, que pasó a ser Secretaria, desfinanciando todo tipo de programa de prevención. También recordar que en ese momento había una sindemia, había otras epidemias, como el sarampión que estaba prácticamente desaparecido del diagnóstico frecuente, y también había epidemia de dengue en el norte argentino, en el NEA, en el NOA, lo mismo que en Brasil y en Paraguay. Y nosotros como trabajadores también veníamos ya golpeados, maltratados y esto vino a cargar un peso más y enorme en la mochila de todos y de todos los trabajadores. (Referente 2, médico, 25/08/2021)

Aquí resulta importante también volver al plano local, considerando los procesos de gestión estatal y de las políticas públicas de salud.

Es necesario decir que nosotros tenemos una gestión política municipal que tiene 16 años de la misma fuerza y en la misma persona del intendente, con lo cual esto ha hecho que haya una impronta en la gestión municipal y lo que es la política sanitaria específicamente. (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

Esta continuidad tiene relación con las formas en que se ha gestionado la política de salud a nivel local y los procesos de precarización desencadenados,

(...) habla de la situación que estamos atravesando, las condiciones de trabajo que hace años se sostienen de manera precaria en Tandil tiene que ver también con cómo se está gestionando en el municipio. Nosotros vimos un detrimento enorme en los salarios, un deterioro de los salarios. (Referente 3, trabajadora social, 25/08/2021)

Las palabras de las trabajadoras dan cuenta de procesos de pérdida salarial y una impronta que deja a los trabajadores expuestos y sosteniendo los servicios.

La pandemia hizo visibles las tensiones en la implementación de la política de salud. Por un lado la referencia que las personas tienen para con los servicios de salud y sus trabajadores, junto al lugar central de estos últimos sosteniendo la materialización de la política. Por otro, y en tensión con lo anteriormente mencionado, la falta de consideración de la voz de los trabajadores a la hora de construir y decidir en torno a las bases de las políticas de salud.

(...) creo que se puso más que nunca en evidencia que la política sanitaria se hace sin la participación del conjunto de los trabajadores. Y acá todos los que quedamos éramos necesarios. Sin embargo en algún momento nos sentimos... poco útiles para lo que es la política de salud, pensada como está pensada, y la contradicción que la población nos venía a demandar a nosotros respuestas y ayudas, y soluciones, y las intervenciones nuestras. Entonces, algo habrá que cambiar con respecto a la participación... digo yo... habría que cambiar... con respecto a eso, ¿no? A pensar cómo se atiende a la población, si no es con los saberes del conjunto de los trabajadores de la salud. (Referente 1, trabajadora social, noviembre 2020)

La demanda para que desde los lugares de gestión se tengan en cuenta los saberes de los trabajadores constituye una de las dimensiones que caracterizan al sistema de salud. Siendo una relación tensionada y con matices verticalistas. Si recordamos el discurso de los gestores de las políticas de APS en la ciudad, que bregaban por una construcción participativa junto a los trabajadores, observamos que esto no se materializa. Aún así, se apela a su creatividad, esfuerzo y voluntad, para asumir la tarea de dar respuestas ante el incremento de las demandas en la situación crítica de pandemia.

Observamos que la impronta que se va cristalizando se caracteriza por una matriz que desconcentra territorialmente el primer nivel de atención de la salud, como se expresó en el apartado anterior. Esta desconcentración de la atención ha implicado procesos de precarización en los trabajadores y en consecuencia en los servicios. Los servicios se han ampliado frente a un deterioro general de las condiciones salariales y de trabajo. Decimos esto teniendo en cuenta los procesos de complejización social y empobrecimiento de amplios sectores de la sociedad, que atienden su salud en los centros de salud. Son los trabajadores de la salud quienes construyen y demandan respuestas ante situaciones urgentes. Y son estos trabajadores, al mismo tiempo, integrantes de este sector empobrecido.

En relación a los trabajadores, también es importante mencionar como una característica del sistema de salud la rotación de su personal. Este proceso es visualizado por los trabajadores, quienes consideran que es un obstáculo para la garantía del derecho a la salud.

En estos procesos, que es una de las cosas que nosotros fuimos denunciando, el sistema de salud se va debilitando porque estamos sufriendo un éxodo de profesionales y de personal en general de todos los agrupamientos, formados, con experiencia, que saben hacer su trabajo, que tienen empatía con la comunidad, que la comunidad los reconoce y se están yendo del sector público ante la mirada indiferente de las autoridades. (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

Sabemos de la importancia de la confianza y los vínculos en el trabajo en salud. El recambio de profesionales es un obstáculo a la hora de pensar en equipos fuertes y situados. A esto se suma que no sólo se daña la calidad y calidez de los servicios sino que también, como dice la referente: “(...) *daña los equipos de salud, deja sobrecarga y deja angustia en los que se quedan. Este proceso lo venimos viviendo desde hace bastante tiempo.*” (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021). La mirada de proceso también nos remite a concebir la rotación de personal como otra característica del sector.

En la Mesa Redonda del 25/08/2021 les trabajadores relataron aspectos de sus condiciones salariales y materiales de trabajo. Vale destacar que se encontraban atravesando un conflicto y demandando mejoras en sus condiciones laborales. Al explicar los motivos de este conflicto decían:

(...) Particularmente por las condiciones de trabajo precarias que tenemos. Entonces, nosotres empezamos a discutir en torno a los salarios, las condiciones de trabajo y del medio ambiente de trabajo que presentamos en los distintos servicios del Sistema Integrado de Salud pública de Tandil. (Referente 3, trabajadora social, 25/08/021).

Las condiciones de contratación son un punto central en sus pliegos de demandas. Visibilizando que “(...) *hay todavía contratos por 2, 3 meses, contratos a término. O gente que está en planta transitoria muchos años.*” (Referente 2, médico, 25/08/021)

A esta cuestión se suma que han visto descender el poder de compra de sus salarios:

(...) año tras año en las paritarias vamos perdiendo gran parte de nuestro salario y del poder adquisitivo. Porque además de la inflación y de los malos acuerdos paritarios que se han logrado, hace que cada vez el desfasaje que hay entre los salarios nuestros y lo que es necesario para poder vivir, sea más grande la brecha.(Referente 3, trabajadora social, 25/08/2021)

Este cuadro de situación se fue agravando en contexto de pandemia. Momento en que muchos espacios fueron suspendiendo su atención presencial (especialmente en ASPO y DISPO), pero el Hospital y los Centros de Salud estuvieron abiertos y atendiendo múltiples demandas de manera presencial.

(...) los trabajadores de la salud fueron desde el primer momento que comenzó este contexto sanitario, mantuvimos abiertas las puertas y, como decían algunas compañeras, atendiendo demandas que tenían que ver con otras instancias y tratando de dar respuesta a la gente y atender y contener esa necesidad que presentaba la población (...) (Referente 4, trabajadora social, 25/08/2021)

(...) Estábamos haciendo el censo de familias de barrios populares, el detectar, viendo como conteníamos a la población, viendo como hacíamos los trámites para ANSES, los trámites para todo porque estaban todas las organizaciones desbordadas. Entonces todo iba al Centro de Salud, a lo de Cacha que estaba abierto y alguna organización más de la Sociedad Civil, porque todo lo otro estaba cerrado, el Centro Comunitario

estaba cerrado, ANSES cerrado. (Referente 3, trabajadora social, entrevista marzo 2022)

En este sentido reconocemos que los Centros de Salud fueron un lugar de referencia para las barriadas, junto con organizaciones sociales que siguieron abordando presencialmente las urgencias y demandas que surgían en un contexto de emergencia social, económica y sanitaria. Sumando tareas a las habituales e intensificando los ritmos de trabajo.

(...) se intensificó el trabajo presencial pero también el remoto, el telefónico (...). Todo el tiempo estamos con el teléfono en la mano porque también fue una medida de cuidado para que la población que no tenía que acercarse concretamente por algo al centro de salud pero necesitaba consultar pudiera hacerlo, pudiera acceder al sistema de alguna manera. (Referente 3, trabajadora social, 25/08/2021)

Consideramos que las expresiones de los referentes denotan por un lado, la centralidad del trabajo que realizan y realizaron en contexto de pandemia y, por otro las condiciones en las cuales lo realizan, condiciones que afectan su integridad física y psíquica en el corto y mediano plazo.

La intensificación de las tareas sumado a la “suspensión” de derechos laborales constituye una cuestión central al pensar el trabajo en salud en este contexto, con las implicancias que esto tiene en la vida de los trabajadores.

Las licencias se cortaron (...) No podíamos tomarnos vacaciones, teníamos miedo. (...) El acceso a las dispensas era un problema, un problema muy grave. Hay compañeros y compañeras que no podían acceder a las dispensas aún cuando había criterios para dispensas. A su vez quienes se dispensaban dejaban lugares vacantes y esos lugares no eran cubiertos. Lo que generaba mayor intensificación en las tareas de quienes sí quedaban trabajando. Tener que hacer diferentes tareas, la multitarea. (Referente 3, trabajadora social, entrevista marzo 2022).

La suspensión de derechos, el incremento de las demandas y la multitarea han sido una característica del trabajo en salud. Seguimos recuperando algunos fragmentos de entrevistas y encuentros que denotan y sitúan estas cuestiones.

El primer mes fue caótico, encima tuvimos que reacomodar el espacio físico, entonces había un espacio para personas que presuntamente podían tener Covid, para que pudieran atenderlos, pero que no se contagiara la otra población. Y la otra parte era para atención, entonces el consultorio de trabajo social y psicología quedaron “del lado covid”. Menos consultorios implicaba menos consultas y turnarnos para atender (...) se trataba de que no vaya la gente al centro de salud. Pero la gente terminaba yendo igual porque no tenía donde ir, tenían que hacer trámites para anotarse al IFE, trámites para anotarse al Centro Comunitario. No se podían hacer talleres, no se podían hacer controles, nada presencial. (Referente 3, trabajadora social, entrevista marzo 2022)

Los trabajadores expresaron que debieron desarrollar nuevas formas de atención, lo que

implicó un reordenamiento al interior de los centros de salud, en zonas de posible circulación de Covid-19 y zonas “limpias” donde se realizaban las tareas de prevención y atención de otras demandas, no asociadas con el virus. Los consultorios de las diversas especialidades debían ser compartidos llegando, en algunos casos, a atender tres profesionales en un mismo consultorio. Produciéndose demoras y mermas en las posibilidades de atención.

En este marco de readecuación de los espacios edilicios los usuarios de los centros de salud se vieron afectados también al no disponer de la sala de espera, debían permanecer en la vereda con variadas condiciones climáticas, con mayor exposición a contraer enfermedades y/o ver debilitadas sus condiciones sanitarias.

Otras de las cuestiones manifestadas por los trabajadores en los registros elaborados por los equipos de los CeSaC es la escasa disponibilidad de elementos de protección y cuidado personal durante la jornada laboral. Refirieron que a pesar de los protocolos difundidos, en la mayoría de los Centros de Salud, no se contaba con personal administrativo capacitado adecuadamente para realizar el triage, de manera que se exponía a todos los trabajadores. Sumado a esto, los insumos eran inadecuados para trabajar en el ámbito comunitario, dado que sólo eran aptos para atender población que no presentaba síntomas de Covid-19 (barbijos quirúrgicos, máscaras y tapabocas caseros). Evaluaban que estos elementos podrían resguardar a la población atendida pero no resguardaban a los profesionales y trabajadores intervinientes, en caso de que estos últimos se encuentren infectados.

Las condiciones laborales, edilicias, de insumos de todo tipo siempre han sido carentes. Al principio tuvimos una seria discusión por un barbijo que nos proveían desde la Dirección de Atención Primaria, yo trabajo en un Centro de Atención Primaria de la Salud, y también esa diferencia que se hace con el primer y segundo nivel de atención. (Referente 2, médico, 25/08/2021)

Se establecieron diferencias en la dotación de recursos para la protección entre el primer y el segundo nivel de atención, desconsiderando el trabajo de proximidad que se hace en los centros de salud. En los CeSaC se presentaban múltiples demandas y consultas por parte de la población (vacunación, urgencias, asesoramiento, entrega de recursos, entre otros) y, en este abanico de demandas, no era posible dilucidar o anticipar en qué momento ingresaría un paciente con síntomas respiratorios, incluso si se estaba brindando atención a personas asintomáticas que se encontraban infectadas con el Covid19. Por lo que los recursos para el cuidado eran tan esenciales como en otros servicios.

Esta situación da cuenta del lugar concreto que tiene la salud comunitaria y sus trabajadores en la política de salud. Son los servicios de mayor proximidad con la población pero, a la hora de pensar prioridades en los recursos, quedan subalternizados y desvalorizados frente a una lógica que pese a los esfuerzos mantiene una matriz hospitalocéntrica.

Los elementos de protección personal al inicio fueron un problema porque la calidad de esos elementos era muy mala, nos sentíamos realmente desprotegidos, desprotegidas. Y también esto que se genera en los vínculos (...) tener que estar todo el tiempo tapados por una máscara, con miedo de contagiar a otros, con incertidumbre constante también. (Referente 3, trabajadora social, 25/08/2021)

Esta incertidumbre y los faltantes en medidas de cuidados de los trabajadores afecta a las subjetividades. La desprotección y el miedo pasan a un lugar central en relación a lo que refiere a condiciones de trabajo.

Porque durante la pandemia, con el miedo al contagio (...) teníamos que ir a ver pacientes y no sabíamos al volver a casa. (...) Pero uno no tiene miedo por sí mismo, pero si tiene miedo de contagiar a los seres queridos, con los que uno convive (...) Todas estas cosas que en el medio nos fueron pasando a nivel humano, digamos. No tuvimos espacios para hablar esto. (Referente 1, trabajadora social, noviembre 2020)

En relación a esto, Neffa y Henry (2018) analizan que en el trabajo en salud se evidencian con mayor magnitud la carga psíquica y la carga mental generadas por el contenido y la organización del proceso de trabajo. Pues las exigencias emocionales sumadas a la intensificación del trabajo, sin el acompañamiento social y técnico necesario, repercuten en los cuerpos de los trabajadores, y en los vínculos y las emociones dentro y fuera del lugar de trabajo. Apareciendo sentimientos negativos como el miedo a contagiar y contagiarse. Esta característica, previa al desencadenamiento de la pandemia, se acentúa durante este período.

El Estado municipal no contuvo, los trabajadores se contenían entre ellos. Estas cuestiones fueron visibilizadas por los trabajadores, dándose diferentes estrategias para colectivizar los reclamos por mejores condiciones de trabajo

(...) tenemos conformado un espacio de trabajadoras sociales del sistema de salud, que no lo integramos todos los espacios pero están casi todos los centros de salud, que tienen esa práctica más de diálogo y participativa y nosotras nos sumamos a ese grupo de compañeras trabajadoras sociales donde muchas de las cosas que nos estaban pasando y con todo el distanciamiento pero bueno algunas reuniones hicimos y un grupo de whatsapp donde algunas cosas podíamos compartir y contenernos. (Referente 1, trabajadora social, noviembre 2020)

El espacio de las trabajadoras sociales. Posibilidades para el cuidado y el trabajo colectivo

Este espacio conquistado por las trabajadoras sociales de salud comunitaria, histórico y central en momentos previos a la pandemia, y en pandemia, habilitó la posibilidad (para ellas y para colegas del segundo nivel de atención) de mantenerse comunicadas, expresar situaciones y ordenar información que fue útil para acompañarse ante la incertidumbre, dolor, angustia y colocar demandas ante las autoridades. Estos diálogos y discusiones permitieron procesos de problematización de las condiciones de trabajo y posibilidades de intervención por parte de los equipos interdisciplinarios.

Como se ha mencionado, una de las cuestiones problematizadas durante la pandemia fueron las modificaciones en la modalidad de intervención, con prácticas que exigieron un abordaje de teletrabajo y el mismo no se ajustaba a los horarios laborales. Esto visibilizó la sobrecarga de trabajo no remunerado y su contracara, el derecho a la desconexión.

En las entrevistas y en los informes desarrollados, las Trabajadoras Sociales destacaron respecto a su quehacer profesional la continuidad en tareas convencionales como la realización de visitas domiciliarias para la evaluación de condiciones habitacionales y socioeconómicas; las convocatorias para inmunización, entregas de recursos y divulgación

de información cuando no se lograba la comunicación telefónica. Remarcaron la importancia de los elementos de cuidado y la necesidad de capacitación para su uso.

En relación a las nuevas tareas desarrolladas, visibilizaron el asesoramiento y acompañamiento para la realización de trámites de ANSES, Renaper, Secretaria de Desarrollo Humano y Hábitat del municipio, etc. mediante plataformas virtuales, a partir del cierre de oficinas en contexto de ASPO y DISPO. Frente al cierre de la atención presencial de los Centros Comunitarios ubicados en los barrios, las trabajadoras sociales de los CeSaC atendieron demandas de recursos materiales que las superaron en cantidad y tipo de recursos, tal es el caso de gestiones de garrafas, alimentos, desagote de pozo, colchones, frazadas, leña, entre otros. Realizaron gestiones y derivaciones pero en muchas situaciones no tuvieron respuestas ante las urgencias, quedando expuestas como las caras visibles de la política social frente a la respuesta insuficiente del Estado.

Otra de las problemáticas referenciadas fue la insuficiencia de insumos y recursos para la intervención tanto en el Programa de Fortalecimiento Nutricional y Alimentación Saludable como en los montos de dinero asignados para subsidios. Observaron la imperiosa necesidad de actualización de los montos, contemplando los niveles de inflación y el costo actual de los recursos en el mercado. Evaluando que garantizar condiciones adecuadas de abrigo, higiene, alimentación y vivienda resultaba impostergable, contemplando que estos bienes se constituyen en determinantes de la salud y que obviarlos implica desatender las necesidades sanitarias de la población.

Con respecto al acceso a la medicación, visibilizando faltantes de ciertos medicamentos del programa CUS-Remediar y marcando la necesidad de que personas que cuentan con cobertura de Obra Social, pero no pueden solventar el costo de la medicación debido a su situación económica deficitaria, pudieran acceder a los medicamentos de manera gratuita, garantizando así los tratamientos indicados.

Los debates entre las trabajadoras sociales abonaron (junto a los de otros agrupamientos como les enfermeras) a cuestionamientos profundos al interior de los equipos, que con mayor o menor intensidad lograron aunar pareceres en relación a lo que implicaba trabajar en salud comunitaria en pandemia y las cuestiones que no se podían obviar en relación a elementos de cuidados, horarios de trabajo, exposición ante la enfermedad, uso de herramientas personales, necesidades de la población, salarios, disposición de los espacios, etc. Siendo estas reuniones y espacios colectivos valiosos, potenciadores y necesarios si pensamos en una salud comunitaria garantista y respetuosa del derecho a la salud.

“Un despertar de lo colectivo”. Acciones de visibilización, resistencia y lucha

Continuando con lo que compartimos en el apartado anterior es interesante recuperar el proceso de organización y acción colectiva que los trabajadores fueron construyendo en el transcurso de la pandemia. En un primer momento destacan procesos de fragmentación en el colectivo de trabajadores:

Empezamos a conocernos y a conocer las situaciones que tenemos entre los distintos trabajadores y trabajadoras del sistema, que a veces en la tarea cotidiana, en la vorágine de la producción del trabajo cotidiano ni siquiera nos conocemos entre nosotres o ni siquiera conocemos cómo están los otros sectores (Referente 3, trabajadora social, 25/08/2021)

Y la importancia de construir información propia que acompañe los reclamos. *“Entendimos que teníamos que mirar hacia dentro del sector de trabajo, de trabajadores de salud y empezar a pensar en hacer una especie de diagnóstico y en base a eso reclamar por mejores condiciones.”* (Referente 3, trabajadora social, 25/08/2021)

Frente a esta situación la estrategia fue relevar situaciones y visibilizar la heterogeneidad existente en relación a las condiciones de contratación

Empezamos a relevar situaciones de compañeros y compañeras así pasando por los sectores, comunicándonos entre nosotros, preguntándonos cuál era nuestro salario básico en cada sector. Hay una heterogeneidad enorme debido a las diferentes condiciones de contratación que tenemos en distintos servicios. (Referente 3, trabajadora social, 25/08/2021)

Al conocimiento sobre la existencia de diferentes condiciones de contratación sumaron datos sobre las falencias en la constitución de los equipos interdisciplinarios de los Centros de Salud, cuestión que se profundizó en la pandemia.

Ahí vimos que no se contrata la cantidad suficiente de personal para sostener el funcionamiento de cada unidad, que se genera, sobre todo en pandemia pero esto es previo, la pandemia lo que vino es a acentuar las condiciones precarias preexistentes. Pero bueno, lo que empezamos a notar fuertemente en la pandemia, a raíz del agotamiento físico, mental, emocional, fue esto: llegar al límite. (Referente 3, trabajadora social, 25/08/2021)

Otra de las trabajadoras pone de relieve que el proceso de desnaturalización, de problematización colectiva, tuvo relevancia en la toma de conciencia que permitió avanzar en acciones concretas tendientes a mejorar las condiciones de trabajo: *“(…) lo que tomamos conciencia definitivamente es que estamos permanentemente expuestos a los riesgos de vida y la pandemia lo dejó crudamente expuesto. Entonces yo creo que ahí empezamos como un despertar un poco colectivo de esta situación.”* (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

Este “límite” y este “despertar colectivo” que mencionan las trabajadoras puede interpretarse como toma de conciencia de su condición de trabajadores y de la opresión. Este factor, junto con el fortalecimiento de los vínculos entre los trabajadores posibilitó que, entre las primeras acciones en el proceso de lucha, se confeccione una demanda colectiva materializada en una nota donde colocaron reivindicaciones,

Nos costó, esto lo empezamos con una pequeña nota que la elaboramos un grupo de compañeros pensando en mejorar las condiciones laborales, en donde no teníamos el apoyo, como dijeron las chicas, del sindicato y bueno, obviamente, con una autoridad local que nos decía que no era el momento, que somos antojadizos. Desde el lugar que nos ubicaron, menospreciando el trabajo nuestro. (Referente 4, trabajadora social, 25/08/2021)

Pero esta no fue la única estrategia que les trabajadores pusieron en marcha. *“Inventar formas de reclamo”* (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021) fue importante en este

camino en el que pretendían que se valorara su trabajo; se escucharan sus demandas tanto en el Sindicato como en la gestión municipal y se garantizara el trabajo digno y cuidado.

Primero el diálogo (...) empezar a tomar datos, empezar a tener un relevamiento de nuestra situación, conocernos las caras, hablar entre nosotros, generar espacios virtuales de encuentro y ver que hacíamos y ahí empezamos. Bueno, elaboramos un informe, pedimos una audiencia a la comisión de salud del Concejo Deliberante. (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

Estas acciones se sumaron a la apuesta por colocar la problemática en la arena pública, a través de manifestaciones que tenían como finalidad hacer partícipe a la comunidad. Los argumentos para tomar estas decisiones tuvieron que ver con las dificultades para obtener representación sindical y una apuesta a no discontinuar la atención de la salud en momentos de emergencia socio sanitaria.

A partir de eso, después, empezamos a hacer manifestaciones públicas solicitando el acompañamiento de la ciudadanía. No queríamos, al principio, tomar medidas de fuerza. Primero porque no teníamos representación sindical y no lo podíamos hacer. Pero tampoco queríamos en principio llegar a una medida de fuerza por la situación de pandemia, para no perjudicar a la población. (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

La estrategia fue diferente a las comúnmente utilizadas en el sector. Los trabajadores pidieron a la población apoyo en los reclamos, convocándola a posicionarse, y colocando sobre la mesa el deterioro en las prestaciones de salud y, por tanto el perjuicio ocasionado en torno a la garantía del derecho a la salud. Para ello utilizaron los medios y las redes sociales, donde dieron a conocer cuáles eran las condiciones reales en las que estaban desarrollando su trabajo.

Le pedimos a la población que nos apoyara en los reclamos, explicamos cuáles eran nuestros reclamos públicamente, hicimos un uso intensivo de las redes sociales, generamos un propio Facebook para tener identidad como trabajadores de la salud pública. (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

Esta estrategia se realizó bajo la identidad que fueron re-construyendo: *“Éramos eso, no teníamos una agrupación, no teníamos un nombre, éramos trabajadores de la salud pública reclamando.”* (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021) Lo que generó el acercamiento de la ciudadanía, logrando acciones en conjunto, como el “bocinazo” y la “marcha de antorchas”. En estas acciones se logró articular la visibilización de las demandas de los trabajadores de la salud con las necesidades de la población de tener un sistema de salud fuerte. De esta manera se acompañaron ambas demandas, totalmente imbricadas, logrando dar visibilidad al problema en la ciudad.

Hicimos un bocinazo al que asistió muchísima cantidad de gente... vecinos que nos acompañaron. Leíamos petitorios, cartas abiertas en las manifestaciones, hicimos también una marcha de antorchas, le llamamos.

En realidad fue una marcha alrededor de los hospitales nocturna.
(Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

El hacer visible el conflicto y colocarlo en la agenda de la ciudad tuvo repercusiones en las subjetividades de los trabajadores. Ocupar el primer plano llevó a que muchos ciudadanos pudieran hacer público (en redes sociales, en comentarios de las notas periodísticas, en su acompañamiento en las acciones presenciales, en el diálogo cotidiano en los lugares de trabajo/atención) el reconocimiento del trabajo de los trabajadores de la salud. Proyectarse en las palabras de los otros y reconocer lo valioso y legítimo del trabajo y el reclamo fue significativo.

(...) los trabajadores de la salud tomamos un primer plano a nivel social, en la opinión pública... en los posteos, en Facebook, bueno en todo lo que aparecía. Eso también nos hizo tomar conciencia, creo yo, de la necesidad de que merecemos un reconocimiento y el reconocimiento tiene que ser en función de los derechos laborales. Porque el acceso a la salud también nos incluye como integrantes de la sociedad, como ciudadanos y cuidar nuestro trabajo, cuidar las condiciones de trabajo, que el trabajo no nos enferme y no nos mate tiene que ver también con el acceso a la salud. Y por otro lado, si nosotros estamos bien cuidados vamos a poder atender y cuidar mejor a la población (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

Este reconocimiento tenía que pasar de ser discursivo a replicarse en mejoras en las condiciones laborales. Si bien estas no han sido resueltas, sí se logró con esta visibilización el acercamiento del Sindicato para con los trabajadores y sus demandas.

El acompañamiento sindical, logrado a partir de la presión de los trabajadores del sector, permitió profundizar los reclamos. Ante la falta de respuestas desde el Estado pudieron avanzar en realizar un paro

(...) luego de un mes y medio que el sindicato inicia negociación con el municipio por nuestros reclamos, la respuesta es prácticamente nula. Nos dicen que les van a dar las 6 horas solamente a las guardias de los hospitales, las guardias nada más, el resto nada, y que no hay aumento posible para darnos. Eso generó la determinación de un paro por tiempo indeterminado. A los 8 días el Ministerio de Trabajo decretó la conciliación obligatoria, que estamos transitando en este momento".
(Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

Las movilizaciones y el paro abonaron a que sectores de hospital lograran bajar a 6 horas diarias su jornada laboral bajo la categoría de insalubridad. Sin embargo, tanto quienes trabajaban en Salud Comunitaria como el Servicio Social hospitalario no accedieron a este derecho. Al respecto:

Y nosotros no queremos más que nos romanticen el trabajo crítico, queremos que nos reconozcan la insalubridad, queremos que nos paguen para poder vivir, queremos que nos dejen trabajar pero que el trabajo no nos quite la realización personal. Hemos elegido carreras de servicio y de cuidado a la población y eso necesita tener el correlato con condiciones dignas de trabajo, ese es el reconocimiento que le pedimos. Y esa es la

tensión que hemos puesto con las autoridades municipales, condiciones que son ideológicas y son materiales obviamente. (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

A esta situación les trabajadores la visibilizaban como de “destrato”.

Las respuestas que obtuvimos de las autoridades municipales fueron, como podría decirlo... de destrato, no sé... para ejemplificar: el intendente la primera respuesta que nos dio fue que los trabajadores tenían que poner el hombro, que era momento de poner el hombro y no de hacer reclamos porque estábamos atravesando una situación sanitaria complicada. Bueno, después nos dijeron que nuestros reclamos estaban fuera de la realidad, que no era el momento, que estábamos rompiendo las reglas de juego. (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

Este “destrato” podría vincularse a la asociación entre esfuerzo, voluntad y compromiso que se afilia al trabajo territorial y de cuidado, aquí más precisamente en salud. Apelando a las voluntades de los trabajadores y escindiendo esta voluntad de un correlato en las condiciones de trabajo. La separación no es casual, sino que se asienta sobre un ideal que oculta y deslegitima los reclamos gremiales y el estatuto de trabajadores de los profesionales de la salud comunitaria. Esta dimensión que apela a la voluntad se entrama con lo que expresamos anteriormente respecto del ocultamiento del valor del trabajo en salud comunitaria y su subalternidad frente al trabajo en el hospital. Cristalizándose en una negación del valor de los servicios que produce el sector y negando derechos y posiciones a sus trabajadores

(...) en cuanto a las estrategias para afrontar la pandemia, yo creo que organizarnos para poder llevar adelante nuestros reclamos y de alguna manera poder decir como colectivo de trabajadores ¡basta a esto! fue una estrategia de afrontar los padecimientos que tuvimos en la pandemia. Porque... todo lo que ya describieron las compañeras (...) nosotros también lo vivimos y nos hizo tomar conciencia de la tarea crítica que llevamos adelante. Por eso uno de los primeros reclamos que retomamos, como reclamo histórico, postergado, negado ha sido el reconocimiento de la insalubridad (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021)

La pandemia vino a visibilizar el valor del trabajo en salud, y de todos los trabajadores, incluidos quienes se desempeñan en salud comunitaria y profesiones subalternizadas como el trabajo social. También puso sobre la mesa reivindicaciones históricamente postergadas y la necesidad de espacios de encuentro donde compartir y dialogar sobre cómo y en qué condiciones se trabaja: *“Pero nos falta mucho discutir (...) nos falta porque nosotros estamos en condiciones muy relegadas y además no tenemos espacios de encuentro ni de discusión. Estamos atomizados dentro del sistema de salud tandilense (...) No hay encuentros de discusión del personal de salud.”* (Referente 1, trabajadora social, 25/08/2021).

Consideraciones finales

Este trabajo coloca múltiples aristas y cuestiones para seguir profundizando. A continuación, planteamos algunos puntos centrales, que den puntapié a seguir reflexionando.

La Estructura del SISP y su financiamiento es un punto central. Más allá de sus mutaciones en pandemia y la re-jerarquización discursiva de los centros de Salud, el dinero destinado a los CeSaC es menor, insuficiente, y se genera una desigualdad para con el segundo nivel. El Sistema sigue planteando una estructura hospitalocéntrica, donde pareciese que la Salud Comunitaria tiene un lugar secundario.

Se observa una tensión participación-decisionismo, permaneciendo formas de trabajo en las cuales los trabajadores no logran una participación real en los procesos de toma de decisiones. Pero sí han construido un acumulado en cuanto a saberes propios como colectivo de trabajadores y un profundo conocimiento de lo que sucede en los territorios, en los servicios de salud y en sus condiciones y procesos de trabajo.

Como expresamos anteriormente, se visualiza una tensión igualdad formal de los efectores del sistema de salud – desigualdad real en condiciones, escuchas y reconocimientos concretos. Percibiéndose “destratos” hacia algunos agrupamientos y disciplinas. Subalternizando, a su vez, a la salud comunitaria, cuestión que se traduce en descuidos de las condiciones de trabajo (protección y capacitación, salarios) de sus trabajadores y de las poblaciones a atender. Poblaciones que han sido afectadas profundamente por los procesos de precarización de la vida, y visto perjudicadas aún más sus condiciones durante la pandemia.

En los procesos de trabajo de los trabajadores se han observado cambios en las formas, más multiplicación e intensificación de las tareas. Con una presencia continua de los efectores de salud en territorio (junto a organizaciones sociales). Esto por un lado, marca un deterioro en las condiciones de trabajo, pero a su vez resalta la importancia de estos dispositivos y la potencia del trabajo de proximidad en salud. Como plantean Batista Franco y Merhy (2016) el trabajo en salud tiene un potencial colectivo transformador, donde es posible lograr procesos *instituyentes*. Tal es el caso de los reconocimientos y acompañamientos logrados por el colectivo de trabajadores y las poblaciones atendidas, quienes legitiman demandas y reclamos históricos del sector. La pandemia hizo visibles tareas y trabajos otrora desvalorizados. Los trabajadores lograron que en ciertos momentos, como el “bocinazo” y “la marcha de antorchas” estas cuestiones impactaran en la agenda pública. Aunque muchas de sus demandas siguen sin tener respuesta.

En cuestiones de colectivización de experiencias y demandas, pudimos observar el protagonismo de las trabajadoras sociales, y otros agrupamientos profesionales como los enfermeros. Estas acciones se sostuvieron sobre una tradición histórica de encuentros colectivos, necesarios de mantener en el tiempo, valorizar y potenciar.

En este sentido planteamos la importancia de los espacios que colectivizan, ya que son una herramienta que ha permitido revalorizar el trabajo realizado, sistematizar información y potenciar discusiones para pensar caminos reivindicativos en relación a condiciones de trabajo que hacen a las posibilidades reales de garantía del derecho a la salud de las poblaciones y de los propios trabajadores de la salud.

Bibliografía

AbcHoy, 02/09/2016: La Dirección de Atención Primaria de la salud se llamará Salud Comunitaria.

http://www.abchoy.com.ar/leerturismo.php?id=130856&t=la_direccion_atencion_primaria_la_salud_se_llamara_salud_comunitaria

- AbcHoy, 31/1272009: Fortalecimiento de los centros de salud como pilares del sistema público. Se desarrolló el Primer Encuentro de los Equipos de Atención Primaria de la salud del municipio. <http://www.abchoy.com.ar/fotos/paginas/61524.html>
- Aspiazu, E.; Baldi, L.; Lanari, M. (2011): Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud. En: 10 Congreso Nacional de Estudios del Trabajo: Pensar un mejor trabajo, Acuerdos, controversias y propuestas. Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo. Buenos Aires, 3, 4 y 5 de Agosto de 2011. <http://nulan.mdp.edu.ar/1385/1/01224.pdf>
- Batista Franco, T y Merhy, E. (2016): Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Buenos Aires. Lugar Editorial
- Chiara, M. (2011): La descentralización en salud: aportes teórico metodológicos para una mirada relacional de la política sanitaria en el Gran Buenos Aires. En: Sexto Congreso Argentino de Administración Pública, Resistencia, 6, 7 y 8 de julio de 2011. http://aaeap.org.ar/wp-content/uploads/2013/6cong/CHIARA_MAGDALENA.pdf
- Chiara, M. (2018): La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011. Universidad Nacional de General Sarmiento
- Crojethovic, M. (2010): El efecto de la informalidad en la dinámica organizacional. El análisis de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata, Argentina, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=eventos&d=Jev5344>
- El Diario de Tandil (06/07/2017): Llegaron los quince nuevos residentes para la salud tandilense. <https://eldiariodetandil.com/2017/06/06/llegaron-los-quince-nuevos-residentes-para-la-salud-tandilense>
- La Voz de Tandil (20/09/2022): Residencias: espacios de formación y encuentro con la psicología clínica y comunitaria. <https://www.lavozdetandil.com.ar/2022/09/20/residencias--espacios-de-formacion-y-encuentro-con-la-psicologia-clinica-y-comunitaria>
- FCH, UNCPBA (2020): Primer informe: Tandil en la cuarentena Informe sobre el impacto social de las medidas de aislamiento. Tandil, Argentina, Facultad de Ciencias Humanas, UNCPBA. <https://www.fch.unicen.edu.ar/tandil-en-la-cuarentena-informe-sobre-el-impacto-social-de-las-medidas-de-aislamiento/>
- FCH, UNCPBA (2020a): Segundo Informe: Tandil en la cuarentena Informe sobre el impacto social de las medidas de aislamiento." Tandil, Argentina, Facultad de Ciencias Humanas, UNCPBA. <https://www.fch.unicen.edu.ar/wp-content/uploads/2020/07/Segundo-informe-impacto-social-de-la-cuarentena-en-Tandil.pdf>
- Fernández Soto, S. (2021): Las organizaciones de la sociedad civil y la construcción de territorialidades. Experiencias en contextos de pandemia. Tandil, 2020-2021. Revista Plaza Pública, 24 (13), 131-153. <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/927>
- Grassi, E. (2021): Necesidades sociales y trabajos para la vida. Una política social pospandemia. Revista ConCiencia Social, 4 (8), 135-155. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/32879>
- González Sánchez, M.; Parceró Paez, I. y Tonini, M. (2018). El Programa de Médicos Comunitarios: una aproximación desde el enfoque de referenciales de políticas públicas. X Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2018, Ensenada, Argentina. EN: [Actas]. Ensenada : Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. En Memoria Académica.

- http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.11549/ev.11549.pdf
- Harvey, David (2020): Política anticapitalista en tiempos de COVID-19. <https://www.sinpermiso.info/textos/politica-anticapitalista-en-tiempos-de-covid-19>
- Iriart, C. (2020): Pandemia. Neoliberalismo y Sistema Sanitario Argentino. Córdoba, Argentina. Colección Liberalibro, UniRío editora.
- Leivas, M. (2021): Reflexiones sobre la intervención de Organizaciones Territoriales frente a la profundización de la Desigualdad Educativa en contextos de pandemia. El caso de la ciudad de Tandil, provincia de Buenos Aires. Revista Plaza Pública, (13) 24, 154-164. <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/933>
- Maceira, V.; Vázquez, G.; Ariovich, A.; Crojethovic, M. y Jiménez, C. (2020): Pandemia y desigualdad social: los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo y obligatorio. Revista Argentina Salud Pública. 12 Supl COVID-19:e12, 1-10. http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12supl/AO_Maceirae12.pdf
- Malleville, S; Fernández, A. M; Fernández, M. y otros (2020): Informe de Resultado: Los trabajadores y las trabajadoras de la Salud en tiempos de Pandemia. Relevamiento de la situación en La Plata, Berriso y Ensenada. Observatorio de Políticas de Salud de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la Universidad Nacional de La Plata, la Secretaría de Redes en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas y la Dirección de Vinculación con Graduados de la Facultad de Trabajo Social.
- Municipio de Tandil, HCDL. Ordenanza 15049, 30/12/2015. <http://www.hcdtandil.gob.ar/legislacion/Ordenanza-15049.html>
- Municipio de Tandil, Secretaría de Desarrollo Social (2004): Tandil Frente A Los Nuevos Escenarios Sociales. Propuesta de Descentralización y Zonificación Municipal.
- Municipio de Tandil, SISP: Información presupuestaria Financiera. <http://sisptandil.gob.ar/index.php?id=267>
- Neffa, J. y Henry M. L. (coords.) (2017): ¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud. Instituto de Investigaciones Administrativas, Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argentina. <https://www.econo.unlp.edu.ar/frontend/media/52/12352/1c19b54bed1eb75a66a354f5a8ec886f.pdf>
- Neffa, J. y Henry M. L. (coords.) (2018): Los factores de riesgo psicosociales en el trabajo en una clínica privada de la ciudad de La Plata. Informe sintético de resultados. Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social (PDTs). CIN- CONICET (422). La Plata. Argentina. Instituto de Investigaciones Administrativas La Plata, Facultad de Ciencias Económicas, UNLP. http://www.ceil-conicet.gov.ar/?attachment_id=9692
- Pautassi (2006): El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención. En: Rico M.; Marco, F (Coord.): Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina. Siglo XXI Editores. Argentina
- Tandil Diario, 22/12/2010: La nueva directora de Atención Primaria de la Salud afirmó que se encontró con un "área olvidada". <https://www.tandildiario.com/noticias/Locales/6803:3/La-nueva-directora-de-Atenci%C3%B3n-Primaria-de-la-Salud-afirm%C3%B3-que-se-encontr%C3%B3-con-un-%C3%A1rea-olvidada-.html>