

Desigualdades en el marco de la pandemia

Reflexiones
y desafíos

Nora Goren y
Guillermo R. Ferrón
(compiladorxs)



EDUNPAZ
Editorial Universitaria

Desigualdades en el marco de la pandemia

Desigualdades en el marco de la pandemia

Reflexiones
y desafíos

Nora Goren y
Guillermo R. Ferrón
(compiladorxs)

Instituto de Estudios Sociales
en Contextos de Desigualdades
(IESCODE)



Colección **Horizontes**

Goren, Nora

Desigualdades en el marco de la pandemia : reflexiones y desafíos / Nora Goren ; Guillermo Ferrón. - 1a ed. - José C. Paz : Edunpaz, 2020.

Libro digital, PDF - (Horizontes I+D+i)

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-4110-48-0

1. Estudios Sociales. 2. Desigualdad. I. Ferrón, Guillermo. II. Título.

CDD 303.401

1ª edición, junio de 2020

© 2020, Universidad Nacional de José C. Paz. Leandro N. Alem 4731

José C. Paz, Pcia. de Buenos Aires, Argentina

© 2020, EDUNPAZ, Editorial Universitaria

ISBN: 978-987-4110-48-0

Universidad Nacional de José C. Paz

Rector: **Darío Exequiel Kusinsky**

Vicerrectora: **Silvia Storino**

Secretaría General: **María Soledad Cadierno**

Directora del Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades: **Nora Goren**

Jefa de Departamento Editorial: **Bárbara Poey Sowerby**

Corrección de estilo: **María Laura Romero y Nora Ricaud**

Diseño de colección, arte y maquetación integral: **Jorge Otermin**

Publicación electrónica - distribución gratuita



Licencia Creative Commons - Atribución - No Comercial (by-nc)

Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga con fines comerciales.

Tampoco se puede utilizar la obra original con fines comerciales. Esta licencia no es una licencia libre. Algunos derechos reservados: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>

Índice

Presentación

DARÍO KUSINSKY

11

Introducción

NORA GOREN

15

COVID-19 y el sistema de salud en Argentina (lo que nos revela la pandemia)

MARCELA BELARDO

23

¿Los cuidados en agenda? Reflexiones y proyecciones feministas en época de COVID-19

NORA GOREN, CELESTE JEREZ Y YAMILA FIGUEROA

33

Estudiar y trabajar en la universidad en contextos de aislamiento social, preventivo y obligatorio

LUCÍA PETRELLI, PAULA ISACOVICH Y MARA MATTIONI

45

“Nuestra pandemia es otra”. Violencia de género y distanciamiento social, preventivo y obligatorio ante el COVID-19. Concepciones y prácticas en tensión en el campo de la salud pública

CLAUDIA CERNADAS FONSAÍAS, GLADYS CHÁVEZ Y LÍA FERRERO

57

“Pesada herencia”, prácticas y discursos sobre migraciones y educación en el Conurbano Bonaerense en el marco del COVID-19

CELESTE CASTIGLIONE Y XIMENA MACERI

67

Las personas adultas mayores frente a la pandemia

PAULA LEHNER Y MARIANA CATALDI

75

Vivir y (trans)itar la cotidianidad en contexto de COVID-19. Un informe sobre la situación de la población travesti y trans en el noroeste del Conurbano Bonaerense

MARTÍN BOY, MARÍA FLORENCIA RODRÍGUEZ, SOLANGE BASUALDO,
ANAHÍ FARJI NEER, CAMILA NEWTON Y ALEJANDRA PEDRANI

83

*Relevamiento y consideraciones con relación
a normativa, acciones y problemáticas socio-laborales*

MARIO GAMBACORTA

95

El trabajo en el Conurbano Bonaerense frente a la COVID-19

NICOLÁS DZEMBROWSKI, DIEGO ALVAREZ

NEWMAN Y GUILLERMO R. FERRÓN

111

*Algunas notas sobre los impactos del COVID-19
en las condiciones de trabajo de la población del noroeste
del Conurbano Bonaerense*

SANDRA GUIMENEZ Y YANINA RIVOLTA

119

*La respuesta al COVID-19 desde la enfermería.
Avances de investigación desde la Región V hacia
el Conurbano Bonaerense*

ROBERTO REPETTO Y GRISEL ADISSI

127

*Desigualdades en el acceso al agua y la salud en contextos de
pandemia. El caso del noroeste del Conurbano Bonaerense*

MELINA TOBÍAS, MARA INÉS GARCÍA, LUCILA MORENO

Y LEONARDO FERNÁNDEZ

141

*Las desigualdades urbanas en el contexto
de aislamiento social*

MARINA WAGENER

151

*Actividad física, educación física y deporte
en “tiempos de pandemia”*

PABLO PASCUALINI

165

Autorxs

173

*COVID-19 y el
sistema de salud
en Argentina
(lo que nos revela
la pandemia)*

MARCELA BELARDO*

Las epidemias son oportunidades para revelar los valores sociales, los miedos individuales y colectivos, las prácticas institucionales, los intereses políticos y económicos, las condiciones estructurales, el rol de los medios de comunicación y la “buena salud” de los sistemas de salud. En este artículo vamos a reflexionar en torno a la pandemia y el sistema de salud argentino.

En el momento de escribir estas líneas existen dos grandes debates. Uno de carácter coyuntural, qué hacer en el día a día, mientras perdure la pandemia. En este sentido, COVID-19 nos trajo al centro de la escena la medida sanitaria más antigua que conoce la humanidad para combatir epidemias: la cuarentena. Podemos decir que los países adoptaron tres posiciones diferentes ante la rápida propagación del virus: el “dejar pasar”, el asilamiento físico inmediato y el ais-

* La autora de este artículo es investigadora CONICET en el IESCODE-UNPAZ.

lamiento físico tardío.^{1,2} Pero más allá de esta clasificación, lo que emerge es la tensión que existe entre aquellos gobiernos que priorizan la salud colectiva y aquellos que priorizan el funcionamiento del libre mercado. Sin lugar a duda, en esta situación excepcional, lo que debe regir es la política sanitaria, y es el aislamiento físico la única medida sanitaria que puede salvar vidas hasta tanto los científicos no encuentren tratamientos ni vacunas. Los países que implementaron el aislamiento físico hoy se debaten entre salir de la cuarentena o flexibilizar el aislamiento, y la respuesta depende de muchas condiciones y de las características de cada país, porque el comportamiento de la enfermedad no depende solo de lo biológico, también es un hecho político y social.

El otro debate, y es al que quiero referirme en esta reflexión, es el que pretende poner en discusión las condiciones estructurales que salen a la luz con la epidemia. El gobierno argentino, mirando lo que estaba sucediendo en Asia y fundamentalmente las experiencias de Italia y España, adoptó rápidamente las medidas de aislamiento físico. En menos de una semana, del 15 al 20 de marzo de 2020, se suspendieron las clases en escuelas y universidades, los eventos musicales, deportivos, políticos y sociales masivos, se cerraron las fronteras y, finalmente, se restringió el desplazamiento de la fuerza laboral considerada no indispensable para la supervivencia de la sociedad. Bajo

1. Herrero, M. B. y Belardo, M. (5 de abril de 2020). COVID-19 y la necesidad de rediscutir nuestros sistemas de salud. Diario *El País Digital Argentina*. Recuperado de <https://www.elpaisdigital.com.ar/contenido/covid-19-y-la-necesidad-de-rediscutir-los-sistemas-de-salud/26294>

2. Belardo, M. (mayo 2020). Coronavirus: lecciones de la pandemia. *Revista Cuadernos Marxistas*, 18, 63-66. Recuperado de <http://www.elcefma.com.ar/category/cuadernos-marxistas/>

un mensaje claro y sin titubeos por parte de Presidencia, todo el arco político se encolonnó detrás de estas medidas excepcionales ante la emergencia sanitaria. Debido a las características específicas de este nuevo virus, su amplio período de incubación de catorce días, su rápida propagación y la transmisión por parte de personas asintomáticas, el aislamiento físico solo pretende preservar el sistema de salud (y, por ende, disminuir la letalidad evitable), de ahí la importancia de aplanar la curva para poder distribuir en el tiempo el número que se prevé de casos nuevos y que, de esta manera, no colapse el sistema de salud y los pacientes tengan una mejor atención. Al mismo tiempo, las medidas contribuyen a retrasar el pico de casos, lo que permite ganar tiempo en la compra de insumos necesarios y en el desarrollo de tratamientos y vacunas. Es una batalla para ganar tiempo.

Ningún sistema de salud está totalmente preparado para atender este tipo de epidemia y este es el principal problema que enfrentan los países ante este nuevo virus, pero las condiciones estructurales de los sistemas sanitarios juegan hoy un papel central y diferencial en cada uno de ellos, y en este escenario, las secuelas que han dejado las políticas neoliberales de ajuste al gasto público que se vienen implementando desde la década de 1980, se hacen mucho más visibles. América Latina es la región más desigual del mundo, y ha sido blanco de reformas salvajes de sus sistemas sanitarios. Esta región presenta un mosaico epidemiológico en el que, en cada país, y al interior de este, prevalecen diferentes tipos de enfermedades, por un lado, las crónicas, como hipertensión, diabetes, distintos tipos de cáncer, y, por otro lado, las infecciosas, como fiebre amarilla, zika, tuberculosis, chikungunya y chagas. Estos tipos de eventos requieren acciones, infraestructura, profesionales e investigadores de salud específicos. Además al momen-

to de escribirse estas líneas tanto Argentina como muchos otros países de la región se encuentran atravesando un grave brote de sarampión y la peor epidemia de dengue en la historia de América Latina.

Las formas organizativas de nuestro sistema de salud están afectadas por las tensiones permanentes entre el universalismo y el particularismo, la intervención estatal y la regulación corporativa, la unificación y la fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional³ y desde la década de 1990 se ha consolidado su fragmentación. La pandemia pone nuevamente de relieve la situación del sistema sanitario argentino, que ha sido puso de relieve esta situación tan extensamente estudiado, y bastante poco modificado en su estructura. ¿Cómo puede afrontar esta pandemia el sistema de salud? Según la experiencia de los países más afectados hasta el momento, al menos un 20% de los infectados necesita internación hospitalaria y, de ese universo, un 5% necesita cuidados intensivos. Argentina cuenta con 25.751 establecimientos de salud (40% son públicos), la mitad de los cuales se encuentra en la región Centro del país. Del total de los establecimientos de salud del país, el tipo más frecuente es el establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT), que supera la mitad del total (55,8%). Luego se encuentra el establecimiento con internación general (ESCIG) y, en tercer lugar, el establecimiento de diagnóstico sin internación (ESSID). La mayor cantidad de camas está en la región Centro, que cuenta con el 74% del total del país. Pero cuando hablamos de cantidad de camas hospitalarias durante el transcurso de la pandemia no debemos olvidar que habitualmente alrededor del 80% están ocupadas por otros pro-

3. Belmartino, S. (2009). *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*. 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires.

blemas de salud. Si bien ese porcentaje ha disminuido considerablemente, la infraestructura para atender la demanda por coronavirus y otras patologías no es suficiente, por ello la acelerada construcción o puesta en funcionamiento de espacios extrahospitalarios.

En el primer mes de emergencia sanitaria nacional se hicieron evidentes algunos problemas de carácter estructural,⁴ que consignamos a continuación.

LA FRAGMENTACIÓN CONSOLIDADA

La fragmentación en tres subsectores se expresa —entre otros indicadores— en el gasto en salud expresado como porcentaje del PBI, que ronda el 9,4%. Si observamos la proporción por subsector, el 2,7% se destina al gasto público en salud, el 3,9% al gasto de la seguridad social y el 2,8% al gasto privado. Estas proporciones son expresivas del escaso peso de la salud pública a pesar de que atiende al 34,8% de la población (15,3 millones), ya que para acceder a cualquiera de los otros subsectores se debe contar con un trabajo formal o una jubilación y/o pensión o pagar una cuota mensual a una aseguradora privada de salud. El peso de estos dos subsectores se hizo sentir cuando el gobierno nacional intentó poner bajo un comando único al sistema de salud en su conjunto. Inmediatamente se alzaron voces en contra de la coordinación centralizada en manos del Estado nacional ganando el debate en la opinión pública. Lo que se juega es tan significativo que incluso fue rechazado de plano a pesar de que el gobierno hizo ese planteo para el período de emergencia.

4. No pretende ser una lista exhaustiva.

MONOPOLIO FARMACÉUTICO Y DE INSUMOS MÉDICOS

El aumento exorbitante de precios en los insumos de higiene, tanto para el público general como para el personal de salud, pone en evidencia las dificultades que tiene el Estado para la fijación de precios en el mercado local, lo que en tiempos de emergencia sanitaria resulta criminal. Esta es una vieja disputa que los gobiernos latinoamericanos enrolados en la UNASUR-Salud intentaron contrarrestar cuando desarrollaron un estudio que se denominó Banco de Precios de Medicamentos para determinar la factibilidad y potenciales beneficios de la compra conjunta por parte de los gobiernos de medicamentos de alto costo, llegándose a la conclusión de que tal medida permitiría un considerable ahorro de recursos públicos a los países miembros.

FUERZA LABORAL EN SALUD

La fuerza laboral en salud del país se compone de 172.502 médicos,⁵ o sea, 3,9 cada mil habitantes, lo que posiciona a Argentina al nivel de los países europeos en la comparación internacional. Si bien existe una adecuada relación médicos/habitantes, su distribución es desigual en el territorio nacional: el 73% se distribuye en la región Centro compuesta por CABA, provincia de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. También la distribución dentro de la región Centro es desigual, y la epidemia ha evidenciado la falta de profesionales de la salud en zonas altamente vulnerables; de ahí la necesidad del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires de contratar personal de salud extranjero.

5. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud.

Por su parte, el personal de enfermería contabiliza un total de 192.829, que en su relación con la población del país representa 4,4 cada mil habitantes considerando los tres niveles de formación (licenciatura, tecnicatura y auxiliares). La relación enfermerx/médicx es de 1,12. No obstante, al excluir del cálculo a los auxiliares de enfermería, esta relación disminuye a 0,64. Por lo que existe una inadecuada relación de personal de enfermería por habitante y esto se ha evidenciado en que, si bien el personal de enfermería también se concentra en la región Centro, gobiernos como el de Córdoba o CABA han tenido que convocar a personas que no estaban en servicio o a extranjeros, incluso acelerando los trámites de convalidación de títulos. Se podrá decir que esta decisión se da por la situación de emergencia y efectivamente así es. Pero no deja de evidenciar la desigual distribución de la fuerza laboral y la imposibilidad, incluso en pandemia, de movilizar y redistribuir al personal de salud donde es necesario.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

Las enfermedades del sistema respiratorio han aumentado un 58% en el período 2001-2015. Este aumento se está produciendo por factores que pueden ser modificados: el acceso al sistema de salud de manera temprana, la información a la población, el fortalecimiento de las especialidades médicas en enfermedades respiratorias, etc. Al aumento persistente de este tipo de enfermedades hay que sumar ahora una nueva enfermedad como COVID-19, más virulenta y que convivirá con nuestra especie durante un período de tiempo más o menos prolongado.