

“Un día nos encontraremos en otro carnaval”. Relato sobre la experiencia de organización colectiva de las y los trabajadores de salud de Rosario en el contexto de la crisis sanitario por la pandemia, 2021.

Blajos, Ariel A.

DNI 22395442. Médico Generalista.

De Candia, Lucas F.

DNI 30851648. Médico especialista en Medicina General y Familiar.

Magister en Salud Pública. Coordinador de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar de la Universidad Nacional de Rosario.

Centro de Asistencia a la Comunidad (CeAC)

Calle Esmeralda 2363, Rosario. C.P.: 2000.

Atención Primaria de la Salud, Nodo Rosario, Provincia de Santa Fe.

Teléfono: 0341-4808582. Mail: ceac.rosario@gmail.com

Fecha de realización: octubre 2021.

Relato de experiencia inédito.

Categoría temática: Promoción de la Salud.

Resumen

“Un día nos encontraremos en otro carnaval”. Relato sobre la experiencia de organización colectiva de las y los trabajadores de salud de Rosario en el contexto de la crisis sanitario por la pandemia, 2021.

Autores: Blajos, Ariel A; De Candia, Lucas F.

Centro de Asistencia a la Comunidad (CeAC) Calle Esmeralda 2363, Rosario. C.P.: 2000.
Atención Primaria de la Salud, Nodo Rosario, Provincia de Santa Fe.
Teléfono: 0341-4808582. Mail: ceac.rosario@gmail.com

Relato de experiencia inédito.

Categoría temática: Promoción de la Salud.

Momento descriptivo: Desde las primeras noticias en 2020, sobre coronavirus en el mundo, se generó en forma paralela una corriente de desinformación muy poderosa, que la OMS llamó “Infodemia”. Sumado a esto, la sobrecarga de trabajo en los equipos sanitarios a medida que avanzaba la Pandemia, provocó trabajadores licenciados, enfermos, y hasta fallecidos. Este escenario de tensión, condujo a un grupo de ellos a constituir un espacio interdisciplinario de participación y discusión sobre estrategias de afrontamiento de la emergencia sanitaria. Se constituye así la Asamblea de Trabajadores por la Salud Colectiva (ATSC). Esta Asamblea formalizó en sus reuniones, múltiples acciones y definiciones en torno al trabajo diario de los equipos de salud, habilitando canales de comunicación interna (Botón Rojo 1 y 2) externa, con intervenciones en prensa gráfica, radial, y mediante un Boletín informativo (Hilo Rojo).

Momento explicativo: Para planificar es necesario democratizar los servicios de Salud (M. Testa). La inédita y espontánea experiencia de la ATSC se presenta como un ejemplo tanto de un espacio democrático y participativo de planificación sanitaria como así también de construcción contextualizada de los problemas y discusión crítica de los abordajes, recuperando las perspectivas locales y singulares de lxs trabajadores.

Síntesis: El espacio democrático, participativo y abierto de la Asamblea se constituyó en lugar para la catarsis, la puesta en común de experiencias particulares de cada contexto, la revisión crítica de las novedades científicas y las medidas oficiales y la construcción colectiva de posicionamientos y propuestas.

Palabras claves: Organización Colectiva, Trabajadores de salud, Covid-19.

MOMENTO DESCRIPTIVO

Desde la aparición de las primeras noticias en torno al coronavirus en el mundo, a principios de 2020, se generó en forma paralela una corriente de desinformación muy poderosa, a tal punto que fue advertida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la llamó “Infodemia”¹.

Para el organismo internacional, la “infodemia” es la sobreexposición de información, tanto verdadera como falsa, sobre una enfermedad. En un artículo publicado en febrero, el titular de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, advirtió que este fenómeno “está obstaculizando las medidas de contención del brote, propagando pánico y confusión de forma innecesaria y generando división en un momento en el que necesitamos ser solidarios y colaborar para salvar vidas y para poner fin a esta crisis sanitaria”.

En este escenario, la infodemia “invadió” el ámbito científico, biológico y médico con una súbita profusión de información acelerada. La mayoría de las veces esta no fue corroborada con el rigor científico requerido para una publicación científica, sea porque no han cumplido con el ciclo de tiempo para obtener datos sustentables y rigurosamente analizados, sea que no contaron con previa revisión de pares o ambas.

Como ejemplo de esto, destacadas revistas como JAMA (1) vieron cómo la recepción de artículos aumentó casi un 300% (11.000 artículos presentados en seis meses frente a los 4000 en igual período en 2019), llegándose a publicar una media de 367 artículos a la semana relacionados con la COVID-19, y de mediana transcurriendo solo seis días entre la presentación y la aceptación (un proceso que generalmente ha tomado alrededor de 100 días desde el envío hasta la aceptación) (2).

Por lo tanto, combinar un volumen tan enorme con una calidad elevada y una publicación rápida no fue tarea fácil. Surgiendo la necesidad, paradójica y urgente, de reducir el ritmo y salvaguardar la calidad a expensas de la velocidad (3), de manera tal de no poner en riesgo, la confianza pública en la ciencia (4).

¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha utilizado dicho término durante mucho tiempo para referirse al exceso de información sobre un tema, constituida en gran parte por bulos o rumores que dificultan a las personas encontrar recursos fidedignos y una guía de confianza cuando la necesitan.

En nuestro país y la región, el fenómeno se acrecentó a partir de marzo con la aparición de los primeros casos y la mayor exposición de la población a las redes sociales a partir de las medidas de confinamiento, que dispararon los niveles de conexión a internet. Paradójicamente, quedarnos en casa nos protegió del virus, pero nos volvió más vulnerables a las noticias falsas, que justamente apuntaron a generar confusión y atacar las políticas públicas de cuidado en todo el mundo (5).

En la provincia de Santa Fe, pasó algo similar. Tanto para la población general como para los trabajadores de la salud, la información disponible, en relación a Coronavirus no solo estaba sobredimensionada, sino que muchas veces aparecía como contradictoria según las fuentes consultadas.

En este contexto, resultó necesario investigar, analizar, y avanzar en el detalle de la información disponible, considerando el origen (organismos oficiales, papers, pre print, sitios gubernamentales, etc.), y los estudios que la respaldaban, con el objetivo concreto de reducir el efecto negativo de la infodemia.

En igual sentido, la situación de reorganización que el proceso de atención en salud fue sufriendo, a medida que avanzaba la Pandemia, donde el aumento de los contagios generó una saturación sostenida de los servicios de salud a nivel hospitalario, tanto en camas generales como en los servicios de Terapia Intensiva, también fue necesario ir definiendo protocolos no solo a nivel de servicios de salud, como en el resto de las actividades sociales y productivas.

Esto generó en los equipos de salud una sobrecarga de trabajo, que impactó fuertemente en la salud de los trabajadores, con muchos profesionales saturados, tensionados, agotados, que ocasionó múltiples consecuencias, desde licencias extraordinarias de trabajadores considerados grupos de riesgo (diabéticos, inmunodeprimidos, enfermos de EPOC, Asma severa, etc.), hasta licencias por trabajadores contagiados, internados y en muchos casos fallecidos por enfermar de Coronavirus, debilitando y reorganizando frecuentemente los equipos de atención, tanto en centros de salud como hospitales (6).

Este contexto descrito anteriormente provocó que un grupo importante de trabajadores decidiera autoconvocarse para constituir un espacio interdisciplinario que habilitara la participación y la discusión sobre las estrategias de afrontamiento de la emergencia sanitaria, las políticas públicas en el marco de la crisis y la realidad laboral vigente y sus consecuencias

en este contexto de Pandemia. Se constituye así la Asamblea de Trabajadores por la Salud Colectiva (ATSC), siendo el 29 de setiembre del 2020, la fecha de la primera reunión general que convocó a más de 200 trabajadores, de manera virtual, integrantes de todos los niveles de Atención Primaria, tanto Centros de Salud como Hospitales de 2do y 3er nivel.

Desde ese momento, periódicamente fueron organizándose encuentros con el objetivo de debatir y problematizar las condiciones sanitarias, laborales, y emocionales de los trabajadores en sus distintos espacios, así como definir acciones concretas en búsqueda de posibles soluciones a estos problemas.

Se constituye así un espacio colectivo de participación democrática para pensar críticamente sobre la crisis que la pandemia determinó y los modos de describir e intervenir los problemas. Para ello se fue construyendo una agenda de temas a desarrollar en los distintos encuentros que en modo “virtual” se fueron sucediendo, cada dos o tres semanas, en lo referente a personas contagiadas, personal aislado, horarios de atención en los centros de salud, disponibilidad de equipos de protección personal (EPP), insumos de limpieza, organización de espacios físicos para atención, protocolos de triage para atención de pacientes sospechosos de Covid-19, etc., incorporando también a la discusión todo lo referente al estado subjetivo del conjunto de los trabajadores, discutiendo, definiendo y organizando para ello, distintas actividades que evidenciaran y pusieran en conocimiento de toda la población dicha situación, sea a través de declaraciones en medios de comunicación radiales, escritos, redes sociales, sea a través de actividades presenciales en distintos puntos de la ciudad de Rosario, buscando en todo momento poner en discusión tanto al interior de la Asamblea, como para con las autoridades sanitarias, y para la ciudadanía en general, esta situación de sufrimiento psíquico de la cual los trabajadores no eran ajenos. Así se decidió utilizar como frase distintiva de dichas actividades “Botón Rojo Ya”, justificando la elección en la necesidad de evidenciar la urgencia en la toma de medidas sanitarias, que principalmente, buscaran disminuir y controlar el impacto a nivel poblacional del Coronavirus.

Así, el colectivo de la Asamblea fue recibido públicamente como un actor social con voz crítica y opinión contextualizada sobre la crisis sanitaria. Diferentes medios gráficos y radiales comenzaron a difundir periódicamente la perspectiva de lxs trabajadores agrupadxs en la Asamblea (ver Anexo: Documento de la Asamblea, noviembre 2020)

Avanzado el primer trimestre del año 2021, a medida que las diferentes “olas” de contagios se fueron sucediendo, provocando en los equipos de salud múltiples exigencias y

contingencias que debieron superar, utilizando muchas veces las herramientas inter y transdisciplinarias para afrontarlas, y observando que la necesidad de expresarse de cada uno de los trabajadores, excedía los espacios de reunión definidos por la Asamblea, se agregó un espacio virtual de encuentro y debate, habilitando para ello una red social en Internet, WhatsApp, y dentro de esta, dos grupos de Chat denominados Botón Rojo Ya 1 y 2.

Este espacio facilitó el intercambio y difusión de material tanto científico como de información general, como lo son: centros de hisopados, días y horarios de toma de test de antígenos, PCR, horarios de atención de Hospitales, y Centros de Salud, etc. También habilitó la discusión entre los trabajadores de información, noticias, artículos y protocolos, tanto nacionales como internacionales, y desde la incorporación de las Vacunas contra Covid-19, el monitoreo y seguimiento de dicha campaña tanto a nivel nacional, provincial y local (ciudad de Rosario).

Este intercambio de información, de datos, y artículos, permitió un intercambio de opiniones que enriqueció el análisis grupal de cada documento, y redujo en gran medida la impronta que la infodemia dejaba en ellos. A medida que esta actividad fue cobrando protagonismo en los grupos de WhatsApp, se fue generando un perfil de opinión y análisis que habilitó en muchos de los integrantes de la ATSC la discusión y el debate activo en torno a la necesidad de generar información “propia”. En otras palabras, poner a disposición de la población en general, y de las autoridades sanitarias, información producida por los propios trabajadores, a modo de producción local que diese a conocer la realidad desde el punto de vista de los propios actores sanitarios.

Así surge la propuesta de crear un instrumento de publicaciones periódicas que incluya y pueda difundir la perspectiva de lxs trabajadores de salud.

A esta publicación se decidió llamarla HILO ROJO (Boletín de la ATSC), en referencia a un relato de la mitología china, donde se cuenta que los dioses atan un hilo rojo del tobillo de aquellas personas que están predestinadas a conocerse y ayudarse en un momento concreto. El hilo puede estirarse, plegarse o enredarse, pero jamás se romperá. De manera simbólica se buscó representar la unión de los trabajadores en la defensa de lo colectivo como camino para enfrentar cualquier crisis.

El boletín N°1 de HILO ROJO se publicó y difundió por las redes sociales el día 17 de Julio de 2021. Dicho boletín, incluyó distintas secciones conforme a las principales temáticas que aparecían como relevantes al momento de confeccionar cada número de este.

También se conformó un Comité Editorial para dicho boletín, con la función de organizar, ordenar y revisar las distintas producciones que desde cada efector de salud se originaban. Este comité definió incluir en el boletín las secciones siguientes:

Presentación: Tapa del boletín, que incluye una breve síntesis de las temáticas que luego serán desarrolladas en el cuerpo del escrito.

Editorial: en esta sección se desarrolla el posicionamiento socio, político, sanitario del Comité frente a la situación de salud según la situación temporal de la Pandemia en curso.

Informe epidemiológico: tomando como fuentes primarias de datos, aquellas que se publican diariamente desde el Ministerio de Salud Nacional, el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, se construyeron gráficos y mapas representativos de la evolución de la Pandemia a nivel provincial, departamental y local. A esto, se sumaron los gráficos de Coberturas de Vacunas, por grupos etarios, por número de dosis, y el gráfico de evolución de la curva de Fallecidos.

Testimonios desde el territorio: a través de esta sección se buscó darles difusión a las actividades de prevención y promoción de salud en condiciones de Pandemia, relatadas por los mismxs trabajadores desde sus lugares específicos de prácticas, con relatos e imágenes que dieran cuenta de las acciones que, aún atravesadas por esta situación de emergencia, generaban espacios de producción inter y transdisciplinaria de los distintos equipos de salud de la ciudad.

Perspectivas: este espacio puso en análisis distintas temáticas que fueron apareciendo con el avance de la pandemia, como ha sido la inclusión de distintas vacunas contra el Covid-19, las posibles combinaciones entre ellas, las modificaciones de los protocolos de prevención y todo lo referente a medidas no farmacológicas, como el cierre de fronteras nacionales e internacionales, protocolos de aislamiento y rastreo de viajeros internacionales, etc.

Noticias en red: aquí se agruparon enlaces/ links de entrevistas a distintos trabajadores de la Asamblea, publicaciones en medios digitales y noticias de relevancia en torno al impacto socio-cultural de la pandemia.

Contratapa: en este espacio se ubicó la mirada de compañeres Psi que número a número sumaron su perspectiva en torno a las consecuencias subjetivas tanto en la población general como en los trabajadores de la salud que la pandemia produjo.

(Ver Anexo: Hilo Rojo - Boletín N°3 de la ATSC)

MOMENTO EXPLICATIVO

Mario Testa invita a pensar que la democratización de los servicios de salud es el único y el mejor camino para cualquier planificación. Identificar problemas y diseñar modos de intervenir será más exitoso si se realiza en espacios participativos en el marco de lineamientos de trabajo claros y compartidos (7). Siguiendo sus reflexiones, es inevitable encontrar en la génesis de la ATSC una cierta cercanía: ante un problema complejo como afrontar la pandemia como trabajadores de salud, se constituyó un espacio participativo/democrático para poner en juego las perspectivas de sus integrantes en un respetuoso y crítico intercambio. Mientras los gobiernos batallaban con los avances de la derecha y los medios hegemónicos, en la ATSC se fundaba un espacio colectivo de construcción de los problemas en los contextos particulares de los territorios y los servicios de salud. Aquí, ubicamos otro punto central en las propuestas de Testa: lo inadecuado de la descontextualización de la producción científica y luego del trabajo en salud. Este pensador señala que la verdadera construcción científica es aquella que realiza un doble movimiento: 1- abstracción del objeto de estudio para describirlo y 2- reconstrucción de las múltiples determinaciones que se relacionan con el fenómeno. En consecuencia, los procesos de producción de conocimiento o peor, de intervención clínica si se limitan a la aplicación sistemática de protocolos caen en el lugar de la descontextualización de los análisis y los abordajes. De esta manera, señala Testa, las miradas y las intervenciones descontextualizadas pierden eficacia por su desconexión con la red de determinaciones concretas que configuran el problema. En el caso del presente relato, estas ideas nos derivan en reflexionar que la implementación sistemática de los protocolos COVID desconociendo las particularidades de cada barrio y cada servicio de salud pudieron ser intervenciones sub-óptimas en términos de eficacia. La inédita y espontánea experiencia de la ATSC se presenta como un ejemplo tanto de un espacio democrático y participativo de planificación sanitaria como así también de construcción contextualizada de los problemas y discusión crítica de los abordajes, recuperando las perspectivas singulares de las y los trabajadores en sus lugares de atención.

SINTESIS

Como línea de fuga o como resistencia, la angustia, la incertidumbre y los indicadores ominosos de los momentos más críticos de la pandemia en Rosario desencadenaron procesos

que determinaron la constitución de un espacio colectivo de las y los trabajadores de salud. Este espacio, identificado como Asamblea de trabajadores por la Salud Colectiva se fundó en base a tres pilares fundamentales: 1- reconocer a la salud como un derecho, sin ningún tipo de distinción; 2- priorizar lo colectivo sobre lo individual en la construcción de los problemas y en el diseño de las intervenciones; y 3- asumir todos los problemas de salud como problemas sociales y por lo tanto, definirlos como elementos complejos y que requieren ineludiblemente la construcción de miradas y abordajes contextualizados.

Mientras los medios masivos de comunicación militaban públicamente la priorización de lo individual por sobre lo colectivo, basados en un exquisito uso de la medicina basada en evidencias científicas, las medidas que restringían la circulación de personas para prevenir contagios y muertes fueron fuertemente vapuleadas. La convocatoria amplia y contundente del gobierno nacional en marzo de 2020 para implementar medidas de cuidado colectivo que limiten la circulación del virus fueron denostadas en la opinión pública de algunos sectores, independientemente de efecto que tuvieron. Los gobiernos en sus diferentes niveles oscilaron entre el cuidado colectivo y un Estado presente regulando la vida social para evitar muertes por COVID y el corrimiento exigido por referentes de la derecha que abogaban por las libertades individuales.

Especialmente en Rosario, en los momentos más críticos de la primera ola (septiembre-octubre 2020) y de la segunda ola (abril-mayo 2021) las y los trabajadores de salud se enfrentaron al contraste entre servicios de salud saturados por una demanda en pleno crecimiento y medidas de cuidado controversiales, discutidas y no respetadas por una fracción de la población. Este desacople entre la crisis observada dentro de los hospitales y centros de salud y el “mundo exterior” resultó difícil de tramitar subjetivamente. El espacio democrático, participativo y abierto de la Asamblea se constituyó en lugar para la catarsis, la puesta en común de experiencias particulares de cada contexto, la revisión crítica de las novedades científicas y las medidas oficiales y la construcción colectiva de posicionamientos y propuestas. La pandemia se constituyó en el evento que empujó a muchas y muchos trabajadores a integrar el espacio, convencidos de que la construcción democrática y colectiva es la mejor manera de afrontar las crisis.

BIBLIOGRAFIA

1. Bauchner H, Fontanarosa PB, Golub RM. Editorial Evaluation and Peer Review During a Pandemic: How Journals Maintain Standards. JAMA. 2020; 324(5):453–454.
2. Palayew A, Norgaard O, Safreed-Harmon K, Andersen TH, Rasmussen LN & Lazarus JV. Pandemic publishing poses a new COVID-19 challenge. Nature Human Behaviour. 2020; 4:666-669.
3. Publishing in the time of COVID-19. Editorial. The Lancet Global Health. Volume 8, Julio de 2020.
4. Bauchner H, Fontanarosa PB, Golub RM. Editorial Evaluation and Peer Review During a Pandemic: How Journals Maintain Standards. JAMA. 2020;324(5):453–454.
5. Actas de Periodismo y Comunicación | Vol. 6 | N.º 2 | octubre 2020 | ISSN 2469-0910
6. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/07/trabajadores-de-la-salud-se13.pdf>
7. Testa, M. (1989). Pensar en salud. Representación OPS/OMS Argentina;(21), 1989.

Asamblea de Trabajadores por la Salud Colectiva

EL CUIDADO COLECTIVO es un imperativo ético y político.

La política puede limitarse a hacer lo posible o ser el arte de hacerlo posible.

Estamos a casi un año de evolución de la Pandemia por COVID 19 en el mundo y algo más de 8 meses en nuestro país. Partimos a navegar en un mar de incertezas, con poca experiencia previa y con lo que aprendimos de otros países. El debate mundial claramente dividió las aguas en 2 posiciones: dejar la pandemia librada a su evolución natural, o intervenir desde el Estado para intentar controlar y conducir su evolución, privilegiando LA VIDA. Frente a las dos alternativas de posicionamiento político posibles, la opción enunciada por el Gobierno Nacional, rápidamente compartida y adoptada por todas las provincias en el Consejo Federal de Salud (COFESA) en el marco de la declaración de Emergencia Sanitaria Nacional, fue la priorización de LA VIDA.

Este momento es de gran conmoción para la sociedad, especialmente para lxs que trabajamos para garantizar la salud como un Derecho Humano. Nos sentimos parte del país que puja por la elección de LA VIDA y los DERECHOS como sus principales valores. Aunque trabajemos con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte nuestra lucha no es contra el virus, sino por lograr una ampliación social que incluya las necesidades de la población, esas cuestiones que redundan en la salud colectiva y que sistemáticamente quedan invisibilizadas, y que resultan aún más negadas que la contagiosidad y letalidad del SARS- coV- 2. Cualquiera podría haber entendido que una Pandemia NO es un problema de orden biológico o meramente sanitario, sino un problema socio-político y, en ese sentido, objeto de la intervención del Estado entero, de los Gobiernos en todos sus sectores y niveles y de todas las organizaciones de la sociedad. Sin embargo, esto no fue así y, en cambio, ha predominado un discurso que circunscribe la cuestión al sector salud e interpreta el problema desde ese lugar.

Mientras el mundo de la ciencia se puso a estudiar e investigar distintos aspectos de este proceso, los sistemas de salud hicieron lo suyo intentando organizar la mejor respuesta posible. En Argentina, con el marco del Decreto del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) –la única cuarentena real en el sentido estricto de la palabra– se prepararon los servicios de salud para dar una respuesta que incluyó la incorporación de tecnología, la organización de los equipos, la elaboración de materiales para orientar las prácticas sectoriales con criterios únicos y construir las articulaciones entre los distintos subsectores a efectos del funcionamiento sistémico requerido–. Esa medida y su acatamiento nos ha dado la posibilidad de prolongar en el tiempo la etapa de contención hasta que comenzó la circulación comunitaria. Particularmente en Rosario, los resultados de esta intervención fueron significativos. Nuestro trabajo de vigilancia activa, rastreo y contención domiciliaria se vio reflejado en los resultados. Y ello fue reconocido tanto política como mediáticamente, aunque no fuera fama, publicidad o aplausos lo que esperábamos.

Inicialmente los casos se fueron concentrando en los grandes conglomerados urbanos, especialmente en Buenos Aires. Y desde allí a otras ciudades, como primera fuente de distribución de la epidemia. Con seguridad ese ASPO, en tanto primera decisión política de impacto nacional, resultó clave para que, aún agotadxs y al límite, estemos todavía en pie, trabajando, estudiando y juntándonos para ver cómo logramos ser partícipes de la definición de la estrategia que se adopte en el territorio en el que nos toca intervenir.

Con posterioridad, y especialmente a partir de verificarse la circulación comunitaria, el escenario epidemiológico de cada lugar fue cambiando. Se disparó el número de casos y en consecuencia el número de fallecidos en un proceso que se fue acelerando en relación directa con la disminución de la capacidad de rastreo y contención del sistema de salud. Cuando se empezaron a percibir los signos de nuestro malestar, se comenzó a hablar del stress del sistema de salud, del desgaste físico y subjetivo de lxs trabajadores. De algún modo nuestro trabajo y nuestras necesidades también estaban siendo invisibles y la Pandemia lo hizo evidente. Sin embargo, nuevamente lo que es puesto en el centro de la escena son los indicadores de ocupación de camas críticas. Ni las muertes evitables ni nuestro malestar.

Primero nos expresamos como siempre lo hemos hecho, por grupos. Lxs terapistxs, por un lado, lxs infectólogos por otro. Luego siguieron muchas expresiones y demandas por disciplina o inserción laboral: lxs enfermerxs, lxs choferes, lxs cardiólogxs, lxs psicólogos, lxs generalistas, lxs que trabajan en sistemas de emergencias, lxs que lo hacen en centros de salud o guardias hospitalarias, lxs que trabajan en sanatorios privados y así sucesivamente. Entre las pocas certezas que pudimos construir aparece allí la primera: la realidad nos demuestra que la fragmentación no es el mejor camino para inscribir cuestiones en la agenda de Gobierno.

Así fue como en el mes de septiembre nos convocamos para constituirnos como Asamblea y llevar nuestra voz a los espacios con competencias e incumbencias para hacer lo que creemos es necesario. Era el momento de pedir que no solamente nuestros núcleos de saber, sino también nuestra experiencia, nuestro sentir y los aprendizajes que fuimos teniendo como sector fueran considerados en los niveles decisorios. El primer acuerdo de la Asamblea fue trascender las reivindicaciones sectoriales, pero a la vez contenerlas. La asamblea desplegó desde el inicio un interés social por la defensa de la vida como valor.

Estaba claro que era necesario adecuar la estrategia de intervención a las inflexiones del proceso evolutivo de la Pandemia, íntimamente ligado a la circulación y los intercambios entre las personas. Sin embargo, frente al aumento de casos se repitió de manera automática la intervención sobre el sistema de salud en términos del espacio y el equipamiento. Como si el problema consistiera exclusivamente en lograr hacer lugar para más enfermos críticos, sin plantear reducir los casos ni profundizar el análisis de la capacidad real de respuesta, más vinculada a capacidades humanas que a la dotación de aparatos. Con base en esa certeza y en el apoyo experto que pudimos procurar, elaboramos una propuesta de intervención, fundamentada en el Aislamiento Selectivo, Planificado e Intermitente (ASPI), que presentamos a la comunidad y a las autoridades que aceptaron escucharla. Por su flexibilidad, nos parece la más adecuada para acompañar este proceso dinámico con el menor número de muertes posibles, hasta que logremos suficiente inmunidad poblacional con la llegada de las vacunas. Como explicamos oportunamente, el 'Botón Rojo' surgió como símbolo de voluntad política de intervenir para disminuir el nivel de contagios, para cuidar la vida. "Botón rojo YA" y "Botón rojo con derechos" fueron las primeras consignas. Y hoy es 'Botón Rojo Intermitente y Planificado', porque pensamos que sólo se puede afirmar a ciencia cierta que hasta que no haya vacunas efectivas y tengamos a más del 70% de la población inmunizada, la pandemia no acabará.

Este momento en la evolución de la pandemia es clave para no seguir debilitando aún más las funciones de regulación y control por parte de quienes tienen responsabilidades de gobierno. Consideramos que es clave en el sentido de que la progresiva disminución de casos en el sur de la provincia -pero con un incremento preocupante de la mortalidad y la letalidad- acentúa el riesgo de comportamientos sociales de negación de la situación, mientras que en otros sectores del territorio provincial los movimientos de la curva empiezan a ser preocupantes y hay que interrogar esos mecanismos, interrogarlos para generar conciencia. Sin embargo, el negacionismo es fortalecido por discursos político-sanitarios que insisten en el mensaje de la responsabilidad

individual del cuidado y en la exhortación a *“aprender a convivir con el virus”*. Tal mensaje evidencia debilidad y desconfianza a la hora de aplicar los instrumentos normativos requeridos para el bienestar colectivo, frente a la presión de demandas sectoriales derivadas de la profunda crisis económica.

También creemos que el momento es clave para evaluar lo actuado hasta la fecha en términos estratégicos, incluyendo también las cuestiones comunicacionales. Resulta imprescindible trabajar de manera planificada, con lineamientos estratégicos claros orientados a la preservación de la vida y la garantía de derechos. Mucho más si se toma en consideración lo que está sucediendo en diversos países europeos, cuya realidad actual se describe con sorpresa como una *“ola de rebrotes”*, como si fuera un evento natural e inevitable independiente de la acción humana y de la intervención política.

Asimismo, es clave en términos de que es posible una evaluación en tiempo real, participativa y permanente de lo actuado, porque hemos acumulado experiencia e información para hacerlo. Con ello podríamos ir respondiendo oportuna y tal vez más adecuadamente a distintos interrogantes, como por ejemplo aquellos vinculados a las razones por las cuales *“estalló”* la propagación de casos en una ciudad y una provincia que se mantuvieron durante un período prolongado sin circulación comunitaria del virus. Entendemos que las respuestas a esas preguntas son también un imperativo ético y una necesidad de cara a futuros escenarios posibles. Fundamentalmente, porque el *“estallido”* al que hacíamos referencia se tradujo, y sigue traducéndose, en muertes. ¿Qué análisis se realiza para poder establecer cuántas de esas muertes fueron evitables?

No nos referimos solamente a las muertes por COVID, sino también a las muertes acontecidas por el agravamiento de enfermedades que no pudieron ser atendidas en el momento y en la forma en que debieron ser atendidas. Quienes trabajamos en el sistema de salud sabemos que muchas de esas muertes podrían haber sido evitadas, pero acontecieron por la falta de disponibilidad de recursos esenciales, en circunstancias en las que todo el sistema priorizó la COVID. Sucedieron en domicilios tras largas esperas a ambulancias que no llegaban o en ambulancias que deambulaban horas sin poder ingresar los pacientes a un hospital. Algunas fueron en los efectores de salud frente a equipos extenuados, agotados física y emocionalmente, diezmados por la cantidad de contagios y, por ende, con menor capacidad y calidad de respuesta.

Con frecuencia el árbol tapa al bosque, especialmente en ocasiones excepcionalmente críticas como la que estamos viviendo. En los servicios de salud no sólo se tiene que elegir o clasificar para dar prioridad en el uso de un respirador o una cama especial, situación que duele y angustia mucho. También se *“elige”* qué tipo de problema de salud atender primero. La Covid 19, además del trabajo para cuidar, exige que nos involucremos para sostener la crítica al carácter inhumano del neoliberalismo evitando ser funcionales a esos procesos, aún sin quererlo.

Por eso creemos que se requiere establecer con precisión cuál fue el costo pagado hasta ahora y el por pagar para la población general y para el grupo social que representa el colectivo de trabajadoras y trabajadores de salud que da respuesta concreta a la pandemia. Quizá a más largo plazo se pueda también valorar el impacto de la pandemia y las políticas a nivel socioeconómico en el país, la región y la ciudad.

Vemos con preocupación cómo desde la concepción neoliberal lo *“Público”* se reduce a lo estatal y la responsabilidad del Estado se centra en atender lo que queda por fuera del mercado o apelando a la solución individual, tal como lo plantea el modelo de protección social llamado meritocrático. Incluso desde un discurso de derechos y la supuesta consideración de desigualdades sociales resulta igualmente posible seguir subordinando el sistema de protección a una racionalidad económica donde hay personas aptas para resolver sus necesidades en una relación directa con el mercado y

otras que no pueden hacerlo. Así el Estado rector, mediador o concertador se ocupa de desarrollar políticas para corregir las imperfecciones del mercado, por ejemplo, con lxs viejxs o lxs pobres, que no tienen espacio en el mercado de trabajo de forma temporal o permanente. Esto también se traduce en el abordaje de la pandemia cuando la distribución de las medidas restrictivas o de rastreo están dirigidas exclusivamente a lxs pobres y para el resto de la sociedad se apela a la “responsabilidad individual y libertad de decidir” cual si los derechos fueran diferentes según el grupo social de pertenencia. Existen un sinnúmero de ejemplos en los servicios de salud y en la falta de acceso a políticas de protección que ilustran tal desigualdad.

Diferente sería el planteo si el Estado colocara su fuerza en las funciones de regulación o control para implementar políticas redistributivas en términos de libertades, restricciones y acceso al cuidado.

Esta Asamblea valora como un costo elevado el quiebre de la salud física y mental de un colectivo de trabajadoras y trabajadores esenciales que se ocupan de garantizar la vida y la salud, que se materializa en los nombres y apellidos de los 16 trabajadores de la salud fallecidxs y lxs cientos de infectadxs con secuelas aún no evaluadas de manera definitiva. Creemos necesario observar y valorar estos procesos para tomar de manera permanente las decisiones conducentes a reducir este costo al mínimo posible. En ese sentido, discutir y pensar juntxs –para no perder el rumbo– no previene el contagio, pero es un modo de resistencia ante la alienación imperante, tanto como lo son la participación y la expresión que nos procuramos. De la misma manera que ciertos sectores de la población se autoorganizan para reclamar aperturas y otros lo hacen para intentar construir por sí mismos políticas sociales solidarias en sus barrios.

Consideramos como imperativo ético de igual importancia comunicar a la población con claridad, rigurosidad y transparencia qué escenarios posibles se prevén a futuro y qué estrategias de intervención se están analizando para la contención del virus. Esas tres condiciones: claridad, rigurosidad y transparencia son elementos claves para la construcción de vínculos de confianza entre población y gobernantes, porque no hay adherencia poblacional posible a las decisiones políticas cuando se ha resquebrajado la confianza en los gobiernos y, particularmente, en su capacidad para cuidar a sus ciudadanxs. Lo que se construya y proponga a la sociedad tiene que poder ser expresado con firmeza, dando cuenta de las certezas en las que se afirman las decisiones como también de las incertezas que podrían determinar cambios de rumbo. Los enunciados deberían ser claros, fácilmente comunicables y comprensibles, tan firmes como lo suficientemente flexibles, para no ser interpretados al modo de una secuencia predictiva de resultados esperables o compromisos que nadie podría garantizar que sean cumplidos.

Desde el comienzo de la pandemia, hablar de muertes y casos es un lugar común. Entendemos que cuando hay compromiso con la vida y los derechos de las personas, esto no puede ni debe ser naturalizado. Las noticias y los partes informativos, al ocultar la identidad y la historia singular de cada situación, las presentan como algo externo a nuestras responsabilidades individuales y colectivas, como si fuera una noticia más.

Por eso, visibilizar los rostros y las historias de vida detrás de cada número fue uno de los primeros elementos de la estrategia de comunicación a partir de la que nos posicionamos como Asamblea, tal vez la de mayor impacto. Creemos que muchas de esas intervenciones visibilizaron también a la Asamblea en tanto actor en proceso de construcción. Pero también podemos imaginar que el lanzamiento y difusión de estas informaciones hayan tenido cierta influencia en la reducción del relajamiento de los cuidados individuales que se venía desarrollando y que eso se esté reflejando en la disminución del número de casos.

Sostenemos la necesidad de controles verdaderos y diferentes a los que se observan hoy. Dichos controles tendrían que apuntar al cumplimiento tanto de las medidas básicas como a la restricción de las reuniones no permitidas, que se constatan diariamente en cualquier edificio o en cualquier manzana de la ciudad.

Sabemos que el aislamiento es subjetivamente muy costoso para quienes respetan las normativas, pero también afirmamos que la transgresión continua implica un retroceso de los logros que se puedan conseguir y sus efectos ya detallados. Si bien es impensable esperar un acatamiento total, resulta imprescindible que haya verdaderos controles de parte del Estado y una sanción real para quienes no cumplen con lo que hoy es la normativa vigente. Si los comportamientos sociales sintetizan los valores con los que el conjunto decide convivir, la noción de 'responsabilidad individual' remite a la lógica del neoliberalismo, que se caracteriza por dejar las problemáticas complejas del lado de las decisiones individuales.

Por tal razón creemos que el Estado debe ejercer el rol de conducción y regulación del cuidado colectivo, desplegando funciones de control y cohesión social que eviten el enfrentamiento entre lxs ciudadanxs. Asumimos el compromiso de seguir fortaleciendo ese rol en donde nos toque trabajar, para propiciar la construcción de un sistema único e integrado de Salud asentado en la noción de la salud como derecho humano.

Asamblea de Trabajadorxs por la Salud Colectiva
Rosario, 11 de noviembre 2020

HILO ROJO

SEPTIEMBRE
2021
Rosario

BOLETÍN DE LA ASAMBLEA DE TRABAJADORXS POR LA SALUD COLECTIVA

#3

email: boletinhilorojo@gmail.com - lg: hilorojoeditorial - lg: trabajadorxslasaludcolectiva - twitter: @botonrojo

Presentación

El capitalismo se ha apropiado de un modo convulso del tiempo y lo ha vuelto una mercancía cuyo valor se mide en la capacidad de expandir ilimitadamente el instante; volviéndonos ciegos, como el viejo Saturno, para mirar un horizonte que se nos borra aceleradamente haciendo que se nos oscurezca, como arena entre las manos, lo poco que nos queda en el reloj de la vida para torcer un rumbo suicida ("El derrumbe del palacio de cristal", Ricardo Forster)

La cultura de la inmediatez presenta un marco de imposibilidad de postergación de cualquier actividad. Las potenciales consecuencias de las decisiones de hoy parecen tener poca relevancia. Si bien es marcadamente lógico tomar medidas para prevenir una nueva crisis sanitaria a partir de la variante Delta, esto parece inaceptable para un sector de la sociedad argentina. Las vacunas disponibles demostraron efectividad y seguridad y posiblemente, sean un factor clave para mitigar el impacto de la tercera ola. Pero, la población no vacunada estará expuesta. Básicamente,

toda la población infantil y les adultes que por imposibilidad material o por elección propia no se vacunaron. Si bien está documentado que la probabilidad de desarrollar complicaciones agudas o cuadros de COVID prolongado en niños es menor, el riesgo no es cero. Por lo tanto, es necesario preguntarnos: ¿serán suficientes las vacunas para evitar la crisis? ¿cuál es el número de casos y muertes que como pueblo consideramos "aceptables"? ¿cómo apoyar a los sectores más afectados por la pandemia? Parte del discurso que circula en estos días invita a asumir la llegada de la Delta como algo inevitable y anula la posibilidad de otras intervenciones. Aún con la foto del escenario epidemiológico de otros países y el recuerdo reciente de la segunda ola, des-



de algunos sectores intentan imponer la noción de pospandemia definitiva. El regreso a la "normalidad" aparece como algo postergable, sean cuales sean las potenciales consecuencias. El tiempo como mercancía no puede detenerse. El instante debe llenarse ilimitadamente. Todo es y debe ser hoy. El pasado se desdibuja en la memoria de un pueblo que no logró metabolizar el dolor de todo lo vivido. El futuro, como posibilidad, se asume demasiado lejano. Entonces, el presente se disocia de lo que pasó y lo que podría ocurrir. Se estira irremediablemente.

Volver a la "normalidad prepandémica" implica permitir el establecimiento de la circulación comunitaria de la variante Delta. Las medidas más dramáticas como el confinamiento total no parecen ser necesarias, pero sí es ineludible la profundización de todos los protocolos sanitarios. Potenciar fuertemente las medidas de cuidado es una recomendación a la que adhieren casi todas las voces del sector sanitario y científico. La definición que debemos hacer como comunidad es qué estamos dispuestos a postergar: la normalidad previa o el cuidado de las poblaciones no vacunadas. Ambas opciones no parecen posibles hoy.

LUCAS E. DE CANDIA

BOLETÍN "HILO ROJO"
COMITÉ EDITORIAL

Jorge Kohen
Ariel Blajos
Marité Colovini
Milena Marro
Lucas de Candia

La complejidad de la pandemia y el cuidado de cercanía

25 de agosto 2021

A partir de la reciente detección de casos con la variante Delta sin nexo con viajes internacionales, podemos especular que la tercera ola está iniciando. Argentina registra¹ 27 millones de personas vacunadas con al menos una dosis (60% de la población total), de las cuales 12 millones completaron esquemas. Según los reportes de otros países, las personas no vacunadas de todas las edades son un blanco fácil. Por lo tanto, la inmunización como única medida podría no ser suficiente y parece sensato fortalecer las intervenciones no farmacológicas (INF) para evitar una nueva crisis con elevadas cifras de muertes. En este sentido, urge profundizar el uso de barbijos, mejorar los protocolos de todas las actividades (con énfasis en la prevención de la transmisión por aerosoles), afianzar los dispositivos de detección/aislamiento de casos y contactos, redefinir criterios para intervenciones que reduzcan el contacto social (confinamientos) y fortalecer las cuarentenas de personas que llegan al país. Una vez más en la breve, pero compleja historia de la pandemia, países como China, Japón, Australia y Nueva Zelanda han implementado estrategias muy exitosas basadas en INF.

Ernesto Resnik (biólogo molecular), en un Podcast reciente², destaca algunos errores de la pandemia: menospreciar el contagio de las personas asintomáticas, no reconocer tempranamente la transmisión por aerosoles y asumir a les niñes

como individuos no susceptibles de infectarse y transmitir. Detalla cómo una y otra vez la comunidad científica internacional ofreció algunas certezas sobre el virus, la enfermedad que produce y los mecanismos que utiliza para perpetuarse. Sin embargo, ni la posibilidad de observar los escenarios epidemiológicos de otros países, ni las evidencias científicas publicadas han tenido una traducción inmediata en beneficio de los pueblos en Latinoamérica.

¿Por qué el conocimiento sobre el virus no es suficiente para alcanzar resultados exitosos? ¿Qué elementos influyen en la definición de las políticas de cuidado? ¿Por qué aún vemos personas que no usan barbijo o eligen encontrarse en espacios cerrados? ¿Por qué Argentina superó las 100 mil muertes por COVID? Quizá, el tiempo y una mirada crítica sobre los hechos recientes nos permitan esbozar respuestas.

En principio, es inevitable abrir algunas discusiones. La primera de ellas: **la pandemia es un hecho social** y, por lo tanto, debe ser pensada y abordada como un fenómeno complejo. La complejidad de un problema esta dada por la imposibilidad de explicarlo mediante una relación simple causa-efecto. Es incorrecto suponer que las únicas determinaciones del problema son la transmisibilidad de una variante, su letalidad o la eficacia de un fármaco/vacuna. La crisis

de la pandemia y las cifras de muertes no pueden explicarse desde la mono-causalidad.

La segunda reflexión: el paradigma dominante de la biomedicina invita a asumir a las enfermedades como entidades independientes de las personas que las padecen. Así, la COVID, como la diabetes o el mal de Chagas, son fenómenos equiparables a un tornado o un chubasco. Podemos estudiarlos fuera de contexto, identificar sus partes, sus manifestaciones, sus causas. Pero, los escindimos de la historia de vida de quien sufre, de la cosmovisión de los pueblos, de la organización de los servicios, etc. Hemos diseñado estrategias de afrontamiento como si el virus fuera un **evento meteorológico incontrolable**. Por ende, nuestros discursos están impregnados de frases como “la inminente llegada de la tercera ola”. Reduciendo el fenómeno a un simple acontecimiento biológico, negando la dimensión social y subjetiva de las enfermedades, descomplejizamos e implementamos abordajes insuficientes.

La tercera: **reconocer la pandemia como un fenómeno complejo invita a reflexionar sobre las múltiples determinaciones que la caracterizan en cada realidad concreta de existencia**. Abre preguntas sobre cómo las personas de un barrio transitan la crisis, cómo se constituyen las redes vivas de lucha contra las adversidades. Redes vivas que existen donde las personas habitan y se relacionan. La diferencia radica en la mirada que tenemos de esas redes. Podemos negar su existencia y su influencia en los procesos de atención o reconocerlas y potenciar su enorme capacidad cuidadora. La verdadera clínica existe cuando una persona o comunidad se ocupa del cuidado de quien sufre.

La última reflexión (por ahora): si jerarquizamos la dimensión social de un problema complejo como la pandemia tenemos la obligación conceptual y ética de poner en contexto los análisis y las intervenciones. El **cuidado de cercanía**, el vínculo entre equipos de salud y comunidades, pasa a ubicarse en el centro de la escena. La complejidad del fenómeno puede abordarse mejor mediante una clínica entendida como encuentro. Entonces, por ejemplo, el tele-seguimiento de casos COVID tiene más eficacia si es realizado por trabajadores que conocen el barrio y las familias que allí viven, sus

modos de afrontar las adversidades, sus precariedades y sus redes de cuidado. Cualquier intervención sanitaria tendría más posibilidad de éxito si es construida por equipos territoriales en diálogo con la comunidad. ¿Imaginan la potencia cuidadora de un espacio democrático constituido por el centro de salud, la escuela y las personas de un determinado barrio? Esto también, nos lleva a discutir si el énfasis excesivo en la dimensión biológica del problema derivó en estrategias focalizadas en aparatología hospitalaria y abordajes descontextualizados. Emerson Merhy y su equipo³, nos invitan a pensar la crisis del coronavirus como una oportunidad para rediseñar los servicios de salud, jerarquizando los encuentros trabajadores-usuarios y el cuidado de proximidad. Los equipos de salud de Rosario vienen hablando de *adscripción territorial y clínica contextualizante* desde hace 30 años. El debate sobre un Sistema Nacional Integrado de Salud se encuentra en plena vigencia en Argentina. Quizá, es momento oportuno para atrevernos a soñar con la emergencia de un movimiento sanitario contra-hegemónico que luche por centralizar las redes de salud en las personas y sus necesidades.

LUCAS F. DE CANDIA

Médico Generalista y de Familia
Magíster en Salud Pública

VALERIA BULLA

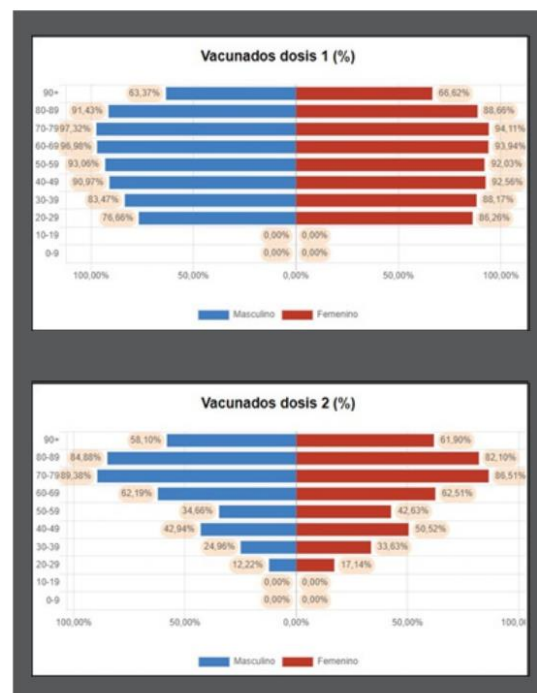
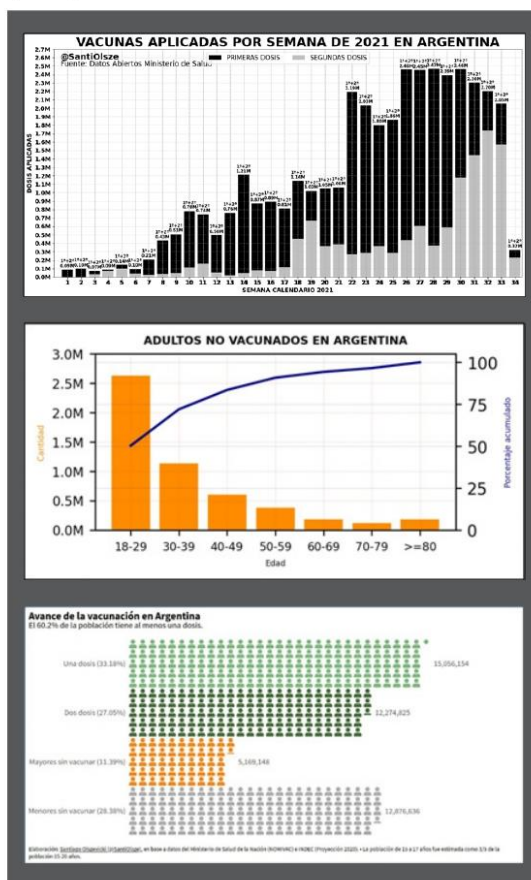
Médica Generalista y de Familia
Magíster en Salud Pública

(Endnotes)

1. Monitor Público de Vacunación COVID19. Ministerio Salud de la Nación. Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas> (Acceso: 25/08/21)
2. 18 de agosto de 2021 | Los errores de la pandemia: primera parte. PCR por Ernesto Resnik. Disponible en: <https://open.spotify.com/episode/1rtag2ytfZfHgs22AncaaA?si=14c96e41d3624ab7> (19/08/21)
3. Seixas, C. T., Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santo, T. B. D. E., Slomp, H., & Cruz, K. T. D. (2020). A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25.

En relación a la Campaña de Inmunización contra Covid-19, vemos que a nivel nacional el ritmo de vacunación cayó un poco en las últimas semanas por menor aplicación de primeras dosis. Hasta que se habilite la vacunación a menores, con primeras dosis hay un desafío importante: llegar a los cinco millones de adultos en Argentina que quedan por vacunar.

etarios, y en segundas dosis se observa una cobertura alta en mayores de 70 años, intermedia en mayores de 60 años, y en el resto de los grupos la cobertura presenta porcentajes bajos en relación a la definición del objetivo de cobertura del Ministerio de Salud que consiste en superar el 60% de la población con dos dosis o plan completo.



El 39,8% sin vacunar está compuesto por adultos (11,4%) y menores sin vacunar (28,4%).

Y en relación a la Campaña de Vacunación a nivel Provincial vemos que existe una gran cobertura de primeras dosis en todos los grupos

Es necesario en vistas de estos porcentajes de cobertura, seguir avanzando en la campaña, acelerar todo lo posible la velocidad de inmunización, y facilitar el acceso de la población a través de la descentralización del proceso vacunatorio, con mayor participación de los Centros de Atención Primaria y de todas aquellas instituciones barriales que permita lograr una alta cobertura vacunal frente a las posibles consecuencias que una tercera ola provocaría, vinculada a la variante Delta.

ARIEL BLAJOS
Médico Generalista y de Familia

Testimonios desde el territorio I

La pandemia no hizo más que visibilizar las brechas de desigualdad, estamos inmersos en un sistema capitalista exacerbado por valores de competencia e individualismo, dentro de él se desarrolla una de las peores pandemias mundiales de la humanidad.

Resulta difícil bajo esos valores y consignas exististas e individualistas hablar del padecimiento ajeno, del dolor del otro, del sufrimiento colectivo.

La pandemia deja expuestos procesos históricos de territorios contaminados, sin servicios, con falta de acceso a redes de agua, con falta de infraestructura. Desde el CS Ceferino Namuncurá como desde tantos otros en nuestra ciudad de Rosario, llevamos adelante la tarea de acompañar a las familias del barrio que se encuentran aisladas por un resultado de COVID positivo. Lo primero que realizamos es el llamado telefónico para confirmar el resultado y rastrear sus contactos estrechos, convivientes y no convivientes (es demasiada información que continúa intercambiándose constantemente durante los días de aislamiento) las preguntas más exhaustivas son para recabar datos sobre las comorbilidades de cada uno de esos contactos estrechos, cómo realizar el aislamiento con los cuidados que requiere y las pautas de alarma entre otras.

Cada seguimiento es diferente, las posibilidades de aislarse no son las mismas para todos, desde la infraestructura del hogar que habitan hasta el empleo formal o informal con el que se sustentan, como tampoco lo son los padecimientos subjetivos de los pacientes.

En cada intervención con los pacientes tenemos conocimiento de cómo habitan, como viven, como transitan la enfermedad. Nosotros acompañamos como acto político de acompañar, convencidos que no hay acompañar sin el Estado, donde el acto de desamparo disminuya. Parte de nuestra tarea diaria es alojar intentando que sobreviva la palabra, rescatando el concepto de ternura, sabemos que lo técnico invisibiliza las muertes y convierte todo en cifras.

También hay días de desesperanza cuando un papá y una mamá siendo ambos positivos de COVID nos preguntan quién de los dos tiene menos riesgos si sale a la calle; porque los dos no se pueden aislar porque sino no comen.

O cuando le estás recomendando a una mamá que su hijo (niño) coma lo más sano posible mientras atraviesa la enfermedad te diga "sí, quédese tranquila, que los días que hay comida come ella".

Desesperanza sentimos cuando las "patronas" hacen ir a las mujeres empleadas domésticas a trabajar con COVID y que no les respetan los días de aislamiento y las obligan a ir a trabajar enfermas, mismas situaciones en fábricas, supermercados, bares donde nos toca intervenir para defender los Derechos de los trabajadores.

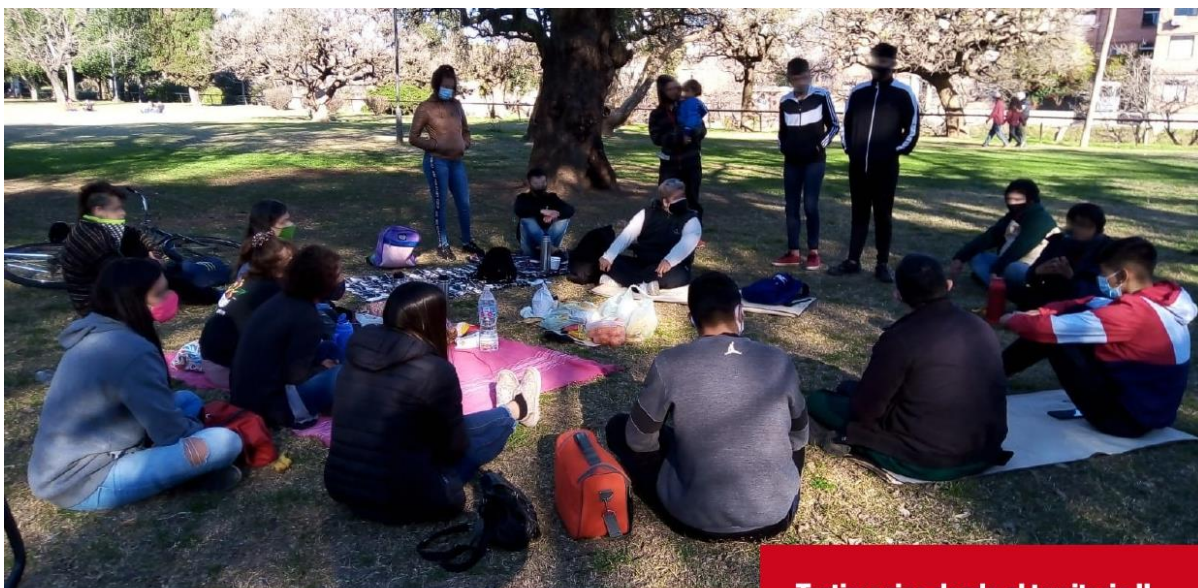
Desesperanza sentimos cuando no se traslada a un paciente de riesgo porque puede morir en la ambulancia o en la vereda de un efector de Salud, desesperanza sentimos cuando llamamos a muchos pacientes y sus hijos nos dicen que ya no están más que fallecieron, "mi papá murió ayer", "mi mamá falleció recién", "esta semana murió mi papá y mis dos tíos" (los seguimientos en su minoría terminan a los 10 días y generamos vínculos con familias que continúan aisladas luego de la pérdida de sus seres queridos).

Transitamos días devastadores con pacientes y con pérdida de familiares de compañeros de nuestro equipo, pero también resistimos juntas cuando llegamos con un llamado a tiempo a solicitarle a un paciente que se acerque a un control médico, a solicitarle un móvil, una ambulancia, a vacunarlo y el sólo hecho de la accesibilidad y cercanía de un teléfono y un equipo atrás hace que lleguemos a contener situaciones de emergencias antes incluso de un hisopado.

Como compartimos en el equipo los miedos y frustraciones también son una fiesta los resultados negativos de pacientes, de compañeros, las altas, las recuperaciones de pacientes internados que los seguimos a través de sus familiares. Seguiremos resistiendo juntas ...

Me permito citar a Galeano "para mí la esperanza es una cosa que tengo cuando me despierto, que pierdo en el desayuno, que recupero cuando recibo el sol en la calle y que después de caminar un rato se me vuelve a caer por algún agujero del bolsillo. Y me digo: ¿Dónde quedó la esperanza? Y la busco y no la encuentro. Y entonces, aguzando el oído, la escucho ahí, croando como un sapito minúsculo, llamándome desde los pastos" nuestras vidas están llenas de esperanza dentro de tanta desesperanza, aunque nos genere una contradicción más.

MARÍA DEL SOL ACOSTA
C S Ceferino Namuncurá



Testimonios desde el territorio II

Rosario, 2 de agosto de 2021

Taller de Vacunas para Adolescentes

” La promesa de una vacuna es magnífica pero no podrá alcanzar todo su potencial sin una sólida preparación y la aceptación de la comunidad, es importante explicar que no se está salteando ningún paso, que simplemente se están haciendo más rápido.

La clave para frenar la pandemia es alcanzar una base del 70% de la población vacunada?”

(HANS KLUGE, director para Europa de la OMS).

El barrio República de la Sexta no está ajeno a la crisis sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19. El aumento progresivo de los casos, los aislamientos de contactos estrechos, las dificultades para llevarlos a cabo, sumado a noticias y discusiones muchas veces contradictorias en los medios de comunicación en torno a la efectividad y cobertura de las vacunas, estimulando ideas y mensajes erróneos, constituye un universo de situaciones complejas al que se agrega la exigencia de vacunación que hoy día la mayoría de los padres reclaman para los niños y adolescentes.

Estas situaciones no son ajenas al trabajo de los equipos de APS, y representan desafíos cotidianos que se buscan resolver desde distintos espacios. Uno de ellos se enmarca dentro de las actividades comunitarias, a través de talleres, charlas, exposiciones, buscando de esta manera acercar información concreta, clara, y adaptada para los distintos participantes, logrando así sumar herramientas de las cuales la comunidad usuaria se apropie y los integre a su vida diaria.

Así fue como del intercambio y la consulta entre distintas organizaciones barriales para con nuestra agente sanitaria, Bety, surgió la necesidad de construir un tiempo de encuentro a modo de taller, que en esta oportunidad abarcara la temática de la Vacunación contra Covid-19 en los grupos etarios menores a 18 años.

Esta actividad estuvo coordinada junto a distintas organizaciones y/o programas provinciales/municipales que trabajaban con adolescentes en la zona de referencia del Centro de Salud Ceac. Así se sumaron: el Centro Cultural LA ANGOSTURA, Equipo de Capacitación Programa Santa Fe Más de Gestión Cultural, Fundación EOS para la

HILO ROJO • SEPTIEMBRE 2021

Infancia y Juventud, Equipo de Capacitación del Programa Santa Fe Más de Artesanía y Teatro.

Quedó así conformado un espacio de encuentro con jóvenes e instituciones, inter y transdisciplinario, donde el buzon de preguntas fue el disparador de la charla, asegurando todos los protocolos de cuidados personales, manteniendo la distancia, usando barbijos, y utilizando el espacioabierto y aireado del Parque Urquiza de Rosario.

Pudimos así, debatir puntos de vista, aclarar dudas, responder preguntas y alentarlos a participar en esta instancia de la campaña de vacunación, reforzando el concepto de prevención tanto personal como comunitaria.

Nos proponemos seguir con estos encuentros que fomentan la participación interinstitucional, y que busca desde actividades horizontales potenciar los recursos locales para la construcción de redes junto y desde la comunidad.

BETY CABRERA
Agente Sanitaria

ARIEL BLAJOS
Médico Generalista y de Familia





Agosto de 2021

La presencia de los niños en la pandemia

En este último año y medio de pandemia hemos escuchado y repetido hasta el cansancio la palabra presencialidad. Y lo hemos hecho sin reparar en su significado múltiple, diverso y a veces hasta contradictorio; y solamente se ha conservado el que alude a que los niños vayan a la escuela y digan allí: “presente, señorita”.

Pero la presencia es mucho más que eso y con ese último sentido que hemos adoptado creo que dejamos de tener “presente” a aquellos que supuestamente queríamos visibilizar.

Porque la presencia de los niños no va de suyo cuando hablamos de “presencialidad”, mantra de marketing electoral, intentando con este término “abrir” las escuelas.

Los niños están sufriendo la pandemia a la par de todos nosotros. Los vemos con sus barbijos de colores, de la mano de sus padres, corriendo en los parques cuando está permitido y saludando a sus familiares a través de un vidrio. Los vemos prendiendo sus pantallas para tener sus clases, abriendo el classroom para las tareas y haciendo videollamadas con amigos. Los vemos con miedo a contagiarse y contagiar dibujando el virus una y mil veces y hasta jugando al hospital y la ambulancia. Los vemos internados en terapia intensiva. Los vemos impactados por el duelo respecto a padres, tíos, abuelos o el vecino tan querido. Los vemos por la calle que cuando vendemos pañuelitos o medias o fibrones. Los vemos acompañando a sus padres en los contenedores de basura. Los vemos...pero... ¿los hemos escuchado?

Investigaciones:

Dos investigaciones actuales nos traen las voces de los niños. Sólo dos, en medio de tantas alusiones periodísticas, de tantos profesionales que se autozizaron a hablar por ellos, de proclamas de Padres Organizados y de reclamos para que se los vacune.

Unicef y World Vision, publicaron sus investigaciones en las que les dieron voz y hasta participación activa como investigadores a niños y adolescentes.

¿Qué nos dicen los niños en ellas?

Los resultados de la Encuesta Rápida realizada por Unicef en Argen-

tina, mostraron que 36% de los adolescentes entrevistados presenta algún sentimiento negativo, siendo que se siente asustado/a (22,5%), angustiado/a (15,7%) o deprimido/a (6,3%). Más de la mitad habla de estos temas con sus madres. El 47% de los adolescentes encuestados manifestó creer que ellos o alguien de su familia puede contagiarse. 98% del total de los adolescentes encuestados afirmó estar cumpliendo con las medidas de aislamiento. Sobre el uso del tiempo, las tareas escolares son la actividad que se realiza con mayor frecuencia (87%), seguido por hablar con los amigos y amigas (57%), ayudar con tareas domésticas (49%), jugar a la play, pc o consolas (48%) y otras. Cabe resaltar que 76% considera que está más tiempo ante las pantallas.

Concluye su estudio Unicef afirmando que: “El momento de crisis global y que la Argentina atraviesa puede convertirse en una oportunidad para innovar y avanzar estrategias capaces de atender no sólo la coyuntura de la pandemia ocasionada del COVID-19 sino también los factores estructurales que limitan el ejercicio de esos derechos humanos fundamentales. Distintas estrategias pueden apoyar a la comunidad, fomentar la salud mental en este contexto, proteger el acceso a bienes y servicios esenciales y aliviar el impacto económico de las medidas de permanencia en el hogar, especialmente en los hogares en mayor situación de vulnerabilidad con niñas y niños. Hacerlo es fundamental para asegurar para cada niña, niño y adolescente, el pleno ejercicio de sus derechos, incluso en situaciones de emergencia.”

LAS VOCES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN TIEMPOS DE COVID-19

“Cuando los niños y jóvenes se involucran en actividades participativas con sus pares, están más capacitados para hacer frente a las dificultades y mejorar su confianza en sí mismos y su sentido de eficacia personal. En alineación con esta postura, World Vision conversó con aproximadamente 100 niños y jóvenes de 13 países en marzo y abril de 2020 para explorar su comprensión y experiencias durante la crisis de COVID-19 y cómo les gustaría contribuir para detener la propagación de COVID-19. En este informe se ofrece un resumen de sus respuestas con ejemplos inspiradores de participantes jóvenes que ya están tomando acciones con sus amigos y comunidades, así como de las áreas que ellos han identificado como las que necesitan más apoyo”.

Emiliano Galende (1993) y Vicente Galli (1985) sitúan a la participación comunitaria como un indicador privilegiado respecto a la Salud Mental. Por ello, al leer las respuestas de niños y adolescentes de esta investigación, podemos concluir que, si bien los niños están sufriendo los temores, la angustia que la incertidumbre produce y la nostalgia por las actividades prepandémicas, imaginan y realizan muchas acciones para participar de los cuidados colectivos. Esta manera de transitar por la pandemia da cuenta de un recurso muy poderoso para hacer con lo que la catástrofe produce.

“Estamos en cuarentena, y no podemos salir. La situación está bien mal. La gente está experimentando angustia y desesperación en sus casas. Al inicio de la cuarentena, la gente estaba comportándose bien, pero a medida que el tiempo pasa, muchas personas no están respetando el confinamiento, y estas personas están poniendo en riesgo a otras. (Natalia, 16 años, Perú)”

“Yo soy voluntario en mi comunidad para luchar contra la pandemia del coronavirus y crear conciencia sobre los riesgos que el virus trae para la población. Queremos garantizar que la gente está siguiendo las instrucciones y estamos usando mascarillas y guantes cuando son necesarios. Siento que esta es una oportunidad para ayudar a otros. (Jomarie, 17 años, Filipinas)”

“Yo creo que podemos enseñar a los niños sobre la pandemia –por qué es tan peligrosa y por qué la gente se está asustando tanto. Muchos niños todavía no están tomando el asunto en serio ya que están siendo testigos de una pandemia por primera vez. Lo mismo pasa con sus padres, no están tan preocupados. De modo que, si educamos a los niños, ellos pueden, a su vez, difundir la información con sus familias. (Ahona, 16 años, Bangladesh)”

“Nosotros estamos haciendo videos y creando pancartas con información sobre qué cosas no podemos hacer. Estamos contando cuentos para niños para mantenerlos entretenidos y ocupados. Esto ayuda a que los niños se queden en casa y no salgan a las calles. (Lara, 17 años, Brasil)”

NIÑES Y ADOLESCENTES DE ROSARIO

Para escuchar lo que podían decir de su “estar pandémico” se pidió audios breves a niños y adolescentes de la ciudad. Se les informó que estábamos tratando de saber qué les pasaba y cómo se sentían en la pandemia. De los 134 audios recibidos seleccionamos algunos para que tuvieran presencia en este artículo.

“Con mi hermana nos ponemos en el balcón a mirar si la gente que pasa tiene bien puesto el barbijo. Mi papá nos dice que es una buena manera de no contagiarnos y no contagiar a los otros. En todo este año no me resfrié ni una sola vez. (Renata, 10 años, Rosario, Argentina)”

“Puedo hacer las clases virtuales desde mi cama. Lo que no me gusta es que el profe de Educación Física quiere que prendamos la cámara y hagamos los ejercicios. Me da mucha vergüenza que me miren los compañeros. Por eso no la prendo. Pero me va a poner baja nota. (Antonela, 13 años, Rosario, Argentina)”

“Mi hermano se contagió pero no tuvieron que internarlo. Nos tuvimos que aislar todos. Por suerte a mi abuela la vemos sólo por videollamada o a veces la vamos a visitar y la saludamos desde la vereda. Ella está un poco viejita y si se contagia se puede morir. Ahora ya la vacunaron pero igual la tenemos que cuidar. (Renzo, 10 años, Rosario, Argentina)”

“Volvimos a la escuela. A mi hermana la puso contenta. A mi no. Las profes están contentas o dicen eso. Mis amigas están en otra burbuja y por eso me aburre en los recreos. Podemos ir al patio grande al aire libre. No nos dan mucha tarea para la semana que no vamos. Por suerte. (Camila, 13 años, Rosario, Argentina)”

“Tuve fiebre y me llevaron al centro de salud para que me hisoparan. Es horrible pero dio negativo. Igual nos aislamos todos y mi papá no fue a trabajar. Mi mamá ya no trabaja desde el año pasado porque la señora adónde iba a trabajar no la llamó más. Ahora ayuda en el Co-

medor del barrio. (Jonathan, 15 años, Rosario, Argentina)

Los niños y adolescentes de Rosario comparten el sentir de los de Latinoamérica y el mundo. Están informados, se cuidan y han entendido que el cuidado es colectivo. Tienen miedo de contagiarse y contagiar y quieren cuidar a sus familiares. Sufren la distancia y las restricciones, pero las acatan en la medida en que sus familias lo hacen. Algunos quieren poder volver al mundo de “antes” pero esperan y se adaptan a la modalidad de vida en pandemia.

Quizás esta crisis pueda promover algunos cambios en la escolaridad si se advierte que la “escuela estaba vieja y no lo sabía”, o, como nos dice Francesco Tonucci, quien siempre ha pensado en estrategias de escucha y participación para las infancias; podamos reinventar las prácticas y políticas públicas respecto a las infancias invitando a esa reinención a los protagonistas y centro de ellas: los niños.

UNA INICIATIVA ROSARINA

En este mes de las infancias, Ojo al Píjolo, el Festival Internacional de Cine Infantil, incluye en el Jurado de premiación a niños y adolescentes. El festival, que ya cumple una década, siempre situó a las infancias en el centro de la escena, tanto como espectadores y realizadores y este año inaugura su presencia en los Juados. “Sobre los niños participantes, algunos forman parte de talleres de cine pero otros no. Hay adolescentes que han presentado sus producciones y están en la misma categoría en términos de calidad, expresividad estética y artística”, señala a La Capital Mariana Sena, subdirectora del Centro Audiovisual Rosario (CAR) y productora de Ojo al Píjolo.

LA PRESENCIA QUE QUEREMOS

Para cualquier práctica que involucre a niños necesitamos la participación de ellos porque en sus tiempos y en sus decires encontraremos las pistas que nos permitan sostener estas prácticas en aquello que nos demandan y no dejarlos de lado cuando de ellos se trata. Podemos tratar de situar a los niños como verdaderos sujetos de derecho si les permitimos tomar la palabra y escuchar su voz.

¿Cómo producir salud cuando se trata de niños y adolescentes? Obviamente debemos atender su cuerpo biológico, su crecimiento, su desarrollo... pero también y simultáneamente, tenemos que promover la participación de esos niños y adolescentes en las políticas de cuidado.

Nos sorprenderíamos mucho si los dejamos hablar y los escuchamos, ya que ellos pueden acercarnos sus ideas, sus propuestas y como ha dicho Francesco Tonucci, se trata de mirar las infancias poniéndonos en el mismo plano de su mirada, se trata de no mirarlos desde arriba, de situarnos a su altura y poder producir acciones de salud CON ellos y no sobre ellos.

MARITÉ COLOVINI

1. Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, Mayo 2021, Buenos Aires, Argentina.
2. Las voces de los niños y niñas en tiempos de Covid-19. <https://www.wvi.org/sites/default/files/2020-08/WWW-Las%20voces%20de%20los%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20en%20tiempos%20de%20COVID-19.pdf>
3. La capital, 14 de agosto de 2021. Educación: Un festival de cine donde los niños son protagonistas. Paula Busnadiago

Con los números no alcanza

En un primer intento por definir qué se entiende por **principio precautorio** podríamos decir que es un concepto que respalda la adopción de medidas protectoras ante las sospechas fundadas de que ciertos productos o tecnologías contengan un riesgo grave para la salud pública o el medio ambiente, pero sin que se cuente todavía con una prueba científica definitiva.

Daniel Feisterstein dice “el principio precautorio constituye un modo de representarse nuestra relación con la comunidad en la que vivimos. Cuando decidimos implementar un conjunto de cuidados ante un virus desconocido (no solo para no contagiarnos sino fundamentalmente para no contagiar a los demás) asumimos la cooperación como guía comportamental. Hacemos algo por otro con la esperanza de que otro lo hará por nosotros y encontramos ratificación y estímulo al observar los resultados positivos de las medidas de cuidado.”

A medida que esta Pandemia avanza, junto a variantes de un virus que se modifica en relación a su huésped, encontramos momentos muy complejos de sobrellevar, con múltiples frentes que atender y coordinar, con acciones y medidas que en un momento parecen las mejores para contener y al poco tiempo se vuelven obsoletas, y vuelta a empezar. Esto genera consecuencias que sobrepasan muchas veces las proyecciones más pesimistas y condicionan en mucho, cualquier medida o acción que intente “llegar antes”.

Tampoco alcanza sólo con medir indicadores, aunque sin los indicadores no se puede, extraña paradoja, de todos modos, insuficientes dentro de un panorama dinámico en el que lo **biológico atraviesa lo político y viceversa**.

Hoy es difícil sostener una única forma o un único grupo de indicadores frente al dinamismo que impone esta pandemia y sus distintas etapas y variantes, por ello resulta necesario, una información abierta, pública, y de acceso libre, más aún, teniendo en cuenta que **esta etapa incluirá “casos sensibles” a la comunidad toda, puesto que se prevé una mayor incidencia de casos graves en grupos etarios más jóvenes y esto no sólo provocará “números” también un gran impacto social.**

Siendo concreto, es parte de nuestra “mochila de vida” entender que a cierta edad “vamos a morir” y sea esta la causa

u otra, de alguna manera nos vamos “armando” para afrontarlo, ahora bien, ¿qué tan armados estamos para el momento donde el impacto más crudo de esta enfermedad prevalezca en edades tempranas de la vida?, ¿De qué **manera se están organizando los servicios sanitarios para afrontar una demanda de jóvenes y niñas con cuadros de extrema gravedad y complejidad? ¿Cuáles serán las medidas a tomar, los protocolos a escribir cuando los indicadores den cuenta de esto? ¿Se está considerando a nivel de las autoridades prepararse de “antemano” a un escenario que pueda incluir en su informe diario pérdidas infantiles?**

¿Existe suficiente equipo material y por sobre todo recurso humano capacitado para poder afrontar esta posibilidad?

Por el momento, son solo preguntas, en un contexto social que se muestra “relajado” y cruzado por otras prioridades muy distintas a las sanitarias. Hasta hoy, la incidencia de complicaciones graves por Covid-19, en jóvenes y niñas, ha sido baja, pero si tomamos en cuenta:

- que la variante Delta ha disparado exponencialmente los contagios, principalmente en grupos etarios no vacunados, que justamente son adultos jóvenes, adolescentes y niñas,
- que nuestro país aún no define comenzar la vacunación en menores de 12 años,
- que tenemos una escolaridad abierta ya en el nivel preescolar y primario, con grandes posibilidades de sumar al secundario y terciario que ya están con una presencialidad mayor al 40%,
- que dichos grupos presentan una movilidad muy aumentada favoreciendo la transmisibilidad del virus, y
- que la distribución de la población argentina, muestra una pirámide poblacional de base ancha, del tipo población joven, **la baja incidencia de una complicación grave o fatal, distribuida en una gran cantidad de población de niñas y jóvenes, condiciona una futura alta prevalencia.**

ARIEL BLAJOS
Médico Generalista y de Familia

Noticias en red

Diciembre 2020
La derrota del principio
precautorio
El cohete a la luna

<https://www.elcoheteealaluna.com/la-derrota-del-principio-precautorio/>

12/07/2021
Viejas herramientas para
nuevos problemas
Revista Arg. de Salud Pública

<https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/662>

19/08/2021
Los errores de la pandemia:
Segunda parte
PCR por Ernesto Resnik

https://open.spotify.com/episode/65fqXfaBEGBj3Z7speMo1T?si=MS-cz5lbToeojqsERrWAeg&utm_source=whatsapp&dl_branch=1

25/08/2021
Lucas De Candia
Pandemia. Delta. Vacunas.
Cuidados.
Rompiendo los Cocos. Radio UNR

<https://ar.radiocut.fm/audiocut/lucas-candia-med-generalista-25-8-21/>

28/07/2021
Escuelas y COVID-19
Revista Argentina de Salud
Pública

<https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/668>

24/08/2021
Entrevista a **Lucas De Candia**.
Variante Delta. Vacunación
Radio La Red
Escape de Noticias

<https://ar.radiocut.fm/audiocut/radio-red-escape-noticias-entrevista-a-lucas-candia-24-08-21/>

26/08/2021
Entrevista a **Jorge Kohen**
El 1° de la mañana
LT8

<https://ar.radiocut.fm/audiocut/lt8-entrevista-jorge-kohen-1deg-manana-26-08-21/>

HUMOR



Variante delta, a la vuelta de la esquina

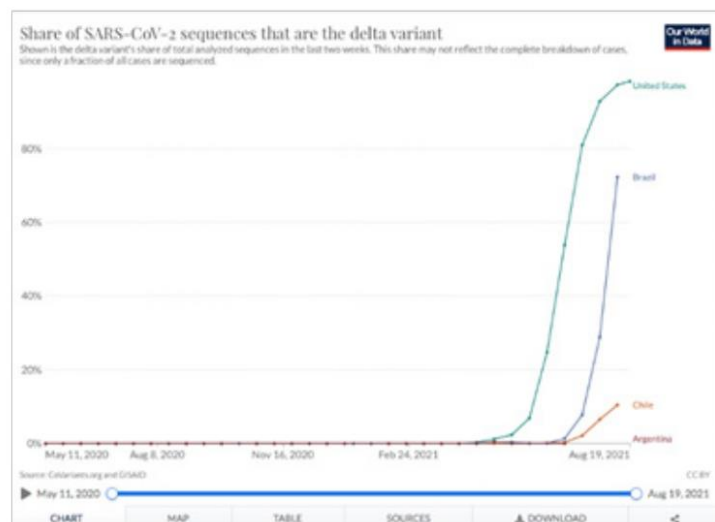
No alcanza con el voluntarismo ni el deseo.

“Sabemos que la Delta está en la Argentina, está con casos en nuestra provincia, no tiene hasta aquí la circulación comunitaria. Ojalá podamos tener el mayor tiempo hasta que eso ocurra y ojalá que no ocurra nunca. Ese tiempo tenemos que aprovecharlo en vacunar lo más rápidamente posible. Y lo otro es lo esencial: seguir cuidándonos. Sería un gran error bajar la guardia”, concluyó el Gobernador Omar Perotti (diario La Capital 24 agosto 2021, 17 hs).

El Gobernador y la Ministra de Salud de la Provincia de Santa Fe, el Intendente Pablo Javkin, las autoridades Municipales y la Secretaria de Salud Pública de Rosario, deben tomar medidas serias para evitar que esto suceda, no alcanza con el comentario ni la advertencia, eso corresponde a los periodistas u otros opinantes. Los funcionarios son responsables de tomar las medidas que eviten que volvamos a tener un pico de contagios con el lamentable costo en enfermedad y muerte.

Ya se han confirmado 8 casos en Rosario de la variante Delta del SARS-CoV-2, 1 en Rafaela, 220 en el país y 2 fallecidos en Córdoba al día 25 de agosto del 2021; ha pasado la frontera y ya está entre nosotros.

Si no se organiza el CUIDADO COLECTIVO, si no se toman medidas serias para garantizar trazabilidad y bloqueo de los casos incipientes, entonces, sí,



asistiremos a la circulación comunitaria de la variante Delta con los resultados que la pandemia nos muestra en Europa, Estados Unidos, Chile y Brasil.

Por eso es muy imprudente haber decretado anticipadamente que estamos en “Pospandemia” y la apertura indiscriminada de todas las actividades. Es una contradicción absoluta anunciar el peligro y resolver medidas que incrementan y aceleran la circulación viral de la variante más contagiosa que hasta el momento se ha detectado en el transcurso de la pandemia.

Intensificar y descentralizar la campaña de vacunación, organizar el cuidado colectivo y evitar una vuelta a la antigua

normalidad consumista e individualista, son las acciones imprescindibles para no volver a sufrir una nueva ola de contagios y lamentar muertes que son evitables.

Como dice Naomi Klein “Cada vez que la normalidad (neoliberal) vuelve gana el virus.”

Estamos protagonizando y viendo por tercera vez consecutiva la misma película en relación a la evolución de la pandemia. ¿Podremos protagonizar un final distinto en esta oportunidad en la Argentina?

DR. JORGE KOHEN