

Representaciones sociales sobre el **COVID-19** en usuarios de 10 **Unidades de Salud de la Familia** de Paraguay

Expectativas y demandas a las
Unidades de Salud de la Familia



Atención primaria de
la **salud** en **pandemia**

Representaciones sociales sobre el **COVID-19** en usuarios de 10 **Unidades de Salud de la Familia** de Paraguay

Expectativas y demandas a las Unidades de Salud de la Familia

Carmen Gómez
coordinadora

Equipo de trabajo:
Raquel Escobar
Elke Strübing
Clara de Iturbe
Dania Pilz



Atención primaria de
la **salud** en **pandemia**



Atención primaria de
la salud en pandemia

**Representaciones sociales sobre el COVID-19
en usuarios de 10 Unidades de Salud de la Familia de Paraguay.
Expectativas y demandas a las Unidades de Salud de la Familia**



@ Decidamos, Campaña por la Expresión Ciudadana
París 1031 casi Colón
Asunción, Paraguay
(595 - 21) 425 - 850
comunicacion@decidamos.org.py
www.decidamos.org.py

Coordinación general: Carmen Gómez
Dirección del proyecto: Susana Aldana
Equipo de trabajo: Raquel Escobar, Elke Strübing, Clara de Iturbe y Dania Pilz
Edición y corrección: Rebeca González Garcete
Diseño gráfico y diagramación: Karina Palleros

ISBN: 978-99953-892-4-6
Impresión: SV Servicios Gráficos
Primera edición, enero 2021
Tirada: 500 ejemplares

Se autoriza el uso y la divulgación por cualquier medio del contenido de este libro, siempre que se cite la fuente.

La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo del CONACYT. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de los autores y en ningún caso se debe considerar que refleja la opinión del CONACYT.

Por motivos de agilidad de la lectura se ha optado, en parte de algunos documentos, por el uso del lenguaje en masculino genérico clásico con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español “o/a” para marcar la existencia de ambos sexos. Sin embargo, esto no significa que no se tengan en cuenta la perspectiva de género.



Con el apoyo de:



Este Proyecto es cofinanciado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología - CONACYT con apoyo del FEEI.



RESUMEN

El objetivo del estudio es explorar a profundidad las percepciones, prácticas, demandas y expectativas hacia el COVID-19 de los y las usuarios/as de las USF a partir de la teoría de las representaciones sociales. Se realizaron 40 entrevistas semiestructuradas durante las visitas efectuadas a 10 Unidades de Salud de la Familia (USF) durante octubre y noviembre de 2020. Según criterios de oportunidad, se diversificó la muestra en cuanto a sexo, edad, años de educación formal y la presencia o no de patologías crónicas.

Las personas conciben al COVID-19 como una enfermedad grave y mortal y mantienen un nivel de conocimiento básico sobre su origen, transmisión y factores de riesgo, pero avanzado en cuanto a las medidas de prevención. La cuarentena y el distanciamiento social han tenido un impacto profundo en la economía, las relaciones sociales y las prácticas de higiene de las personas. Se observan cambios tendientes al reinicio de las actividades familiares y laborales, con el desafío principal de sostener las medidas de prevención en el tiempo. Las USF se limitaron a brindar algunos servicios y se percibe la falta de recursos humanos e insumos para brindar una atención de calidad. Aun así, juegan un rol importante en el acceso a la salud para la población. Las demandas que se plantean a estas USF pueden sobrepasar sus funciones, evidenciando necesidades no satisfechas en cuanto al acceso a la salud y un escaso conocimiento sobre sus objetivos.

A partir del análisis de los relatos y las representaciones sociales, se extraen recomendaciones para la elaboración de estrategias de comunicación, educación y participación comunitaria que pueden ser trabajadas junto con las USF.



ÍNDICE

Listado de siglas y acrónimos	6
INTRODUCCIÓN	7
1. CONTEXTUALIZACIÓN	12
1.1. Pandemia en Paraguay	12
1.2. Impacto de la pandemia en la economía: crisis económica y aumento de la desigualdad	17
1.3. Comorbilidades y mortalidad por COVID-19	18
1.4. Actitudes y conocimientos sobre COVID-19 en Paraguay	19
2. REPRESENTACIONES SOCIALES	21
2.1. Representaciones sociales y COVID-19: acceso a información	24
2.2. Salud humana, promoción y participación	26
3. APS INTEGRAL O MODELO CENTRADO EN EL CUIDADO	29
3.1. Rol de las USF durante la pandemia	30
4. REPRESENTACIONES SOCIALES QUE CIRCULARON EN PARAGUAY	33
4.1. Percepciones sobre el COVID-19	33
¿Qué información se conoce sobre el COVID-19?	34
Percepción de la confiabilidad de la información	36
Efectos emocionales de la pandemia	39
Trabajo y estrategias de supervivencia económica	43
Religión como consuelo en la adversidad	46
Valores positivos de la pandemia	48
4.2. Prácticas sociales hacia el COVID-19	51
Uso de tapabocas y distanciamiento social	51
Nuevas prácticas de higiene y organización dentro del hogar	54
Trabajo	56

Encuentros familiares	58
Encuentros sociales y actividades de ocio.....	60
Cuidado de la propia salud.....	62
4.3. Demandas	64
Nada que demandar al sistema de salud: porque “siempre estubo mal” o porque “tienen todo”	64
Usuarios perciben a las USF como importantes, pero que deben mejorar	66
Medidas tomadas por las USF durante la pandemia por COVID-19.....	67
4.3.1 Principales demandas a las USF.....	68
Medicamentos	68
Recursos humanos.....	69
Infraestructura.....	70
Medio de traslado.....	71
Acceso a información: demanda específica en contexto de pandemia por COVID-19	72
4.3.2 Principales demandas al Gobierno nacional	73
Acceso al trabajo para tener ingresos.....	77
4.4. Expectativas.....	78
5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	85
5.1. Prácticas y percepciones	85
5.2. Demandas y expectativas	89
CONCLUSIÓN.....	93
RECOMENDACIONES.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99

Listado de siglas y acrónimos

APS	Atención Primaria de la Salud
CDIA	Coordinadora por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia
EPP	Equipos de Protección Personal
ESF	Equipo de Salud de la Familia
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
EPHC	Encuesta Permanente de Hogares Continua
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
MITIC	Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicación
OPS	Organización Panamericana de la salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PANI	Programa Alimentario Nutricional Integral
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratorio Agudo Severo (causado por) el Coronavirus de tipo 2
SNS	Sistema Nacional de Salud
UTI	Unidad de Terapia Intensiva
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USF	Unidad de Salud de la Familia
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

INTRODUCCIÓN

El COVID-19 fue declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020. La expansión del virus es facilitada por su alta contagiosidad y por la globalización que facilita el tránsito permanente de personas de un país y de un continente a otro.

En Paraguay, el 7 de marzo de 2020 se confirma el primer caso de COVID-19 y el segundo, que lleva a sospechar de circulación comunitaria, tres días después. El 10 de marzo, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) determina suspender eventos y espectáculos públicos o privados de concurrencia masiva, actividades en lugares cerrados y actividades educativas en todos los niveles de enseñanza. Seis días después, con 9 casos confirmados, el Ejecutivo declara estado de emergencia sanitaria y el 19 de marzo, ante la confirmación de circulación comunitaria del virus, dispone aislamiento total hasta el 28 de marzo¹, que terminó extendiéndose hasta el 3 de mayo.

En este contexto, la red de atención primaria, conformada por las Unidades de Salud de la Familia (USF), debe reorganizarse y readaptarse con el objetivo de dar seguimiento en territorio a los pacientes con sintomatología leve para que permanezcan cuidados y se curen en sus domicilios, sin necesidad de acudir a los hospitales a fin de no desbordarlos y que los mismos se enfoquen en los pacientes graves que necesitan hospitalización o terapia intensiva. Al mismo tiempo, se espera que den continuidad con la atención integral por ciclos de vida de toda la población de su territorio: los recién nacidos, las embarazadas, los pacientes con enfermedades crónicas, los ancianos y ancianas, los casos de salud mental, el programa de vacunación, la distribución de anticonceptivos, entre otros.

1 “Gobierno extiende la vigencia de Emergencia Sanitaria por el coronavirus, y endurece medidas de aislamiento social”, 20 de marzo de 2020, MSPBS, <http://www.mdi.gov.py/index.php/component/k2/item/12196-gobierno-extiende-la-vigencia-de-emergencia-sanitaria-por-elcoronavirus-y-endurece-medidas-de-aislamiento-social>. La secuencia de eventos y antecedentes regulatorios puede seguirse en <https://www.mspbs.gov.py/covid-19-actualizacion.php>

El virus vino para quedarse, por lo cual el abordaje comunitario debe ser fortalecido con el enfoque promocional de la salud. Este enfoque implica el empoderamiento en salud de las comunidades, la reorientación de los servicios de salud, entornos saludables y seguros, potenciación de la salud pública, participación y acción comunitaria, intersectorialidad y equidad en salud. Se parte de las necesidades sociales de las personas, para abordar diagnósticos de situación de salud y plantear planes locales junto a los demás actores y sectores del desarrollo local comunitario.

Ante el incremento de casos de COVID-19 en el país, se debe fortalecer la promoción de la salud, así como afianzar y preparar todas las puertas de entrada al sistema sanitario, no solamente las áreas de urgencias de los hospitales. Al ser una enfermedad transmisible, las estrategias de prevención se deben plantear con un rol protagónico de la comunidad. Por ello, esta investigación se propuso conocer las percepciones, demandas y expectativas que tienen actores involucrados de 10 USF que se tomaron para el estudio (usuarios de distintas edades, sexo, nivel educativo, con y sin enfermedades de base), para contar con criterios que permitan adecuar las acciones promocionales de salud.

Las representaciones sociales del COVID-19 han sido estudiadas alrededor del mundo a medida que la epidemia se iba extendiendo a los distintos países. Estos estudios han buscado adentrarse en los imaginarios, las prácticas y los conocimientos que manejan los grupos sociales, de manera a informar las estrategias de salud pública para la contención del virus.

En España, Páez y Pérez (2020) analizaron las representaciones sociales alrededor del COVID-19 desde los diferentes actores sociales y sus respectivas construcciones desde los imaginarios de “héroes” (personal de salud y científicos), “villanos de élite” (empresarios farmacéuticos y Gobiernos), “villanos populares” (personas descuidadas) y “víctimas” (grupos de riesgo y pobres).

Gross, Terán-Puente y Terán (2020) analizaron el enfoque político y discursivo detrás de las estrategias de cuarentena en Ecuador y señalaron que el carácter vertical de las medidas adoptadas mediante la militarización, el control policial, el toque de queda, entre otras medidas represivas, no per-

mitieron la instalación de enfoques participativos de la salud y “evidenció la ausencia de una representación social de la salud/enfermedad como un proceso biosicosocial, holístico, surgido en las corrientes de la salud pública y de los presupuestos de la salud colectiva” (p. 5).

Al-Hasan, Yim y Khuntia (2020) realizaron un estudio de la adherencia a las normativas sanitarias ante la epidemia de COVID-19 en tres países (Estados Unidos, Corea del Sur y Kuwait). Se midieron las percepciones de los ciudadanos sobre sus Gobiernos, junto con la adherencia propia y de los demás a los cuidados sanitarios. Entre los factores que influyeron positivamente en el acatamiento de las normas sanitarias se encuentran: la percepción de respuesta de sus Gobiernos a la epidemia, así como de los esfuerzos de reapertura económica, una mayor intensidad en la información sobre salud en general y el uso de redes sociales.

En Perú, Ruiz-Aquino, Díaz-Lazo y Ortiz (2020) estudiaron las creencias, los conocimientos y las actitudes frente al COVID-19, concluyendo que las creencias negativas que predominan son aquellas de resignación ante el destino. En cuanto a las actitudes, una gran proporción atribuye la salud y el bienestar a la responsabilidad individual y propone la medicalización como solución al contagio. El desconocimiento de los síntomas y las formas de contagio se relacionan significativamente con estas creencias y actitudes negativas hacia el COVID-19.

Macassi (2020) se enfoca en tres campañas de comunicación llevadas a cabo por el Gobierno peruano: “Yo me quedo en casa”, “Primero mi salud” y “El COVID no mata solo. No seamos cómplices”, concluyendo que las campañas no se articularon con la estrategia sanitaria y no se enfocaron de forma oportuna en el cambio del comportamiento social. Por lo tanto, “no fueron preventivas, sino respuestas al incremento de contagios y muertes” y no pusieron “énfasis en el rol de la ciudadanía para romper con la cadena de transmisión” (p. 252).

Yupari-Azabache, Díaz-Ortega, Rodríguez-Díaz y Peralta-Iparraguirre (2020) estudiaron la relación entre los factores biológicos, sociales y culturales con las actitudes y prácticas preventivas frente a la pandemia del COVID-19 entre ciudadanos de Trujillo (Perú). Los investigadores encon-

traron relaciones entre tener actitudes y prácticas adecuadas y el estado civil, así como el tener o no hijos.

En cuanto a los jóvenes y la pandemia, Parra y Zorro (2020) estudiaron las percepciones de estudiantes sobre el COVID-19 en Colombia. Entre las representaciones sociales de los jóvenes, resaltan principalmente la adaptación a la nueva modalidad educativa, la preocupación económica, el cuidado sanitario y el conflicto familiar que coexiste con el fortalecimiento de los vínculos familiares.

Los estudios mencionados muestran la necesidad de conocer percepciones, actitudes, demandas y expectativas de la población, que pueden ser claves para el sistema de salud. En ese sentido, este documento busca aportar al debate en torno a representaciones sociales sobre el COVID-19 en usuarios de 10 USF de Paraguay y contribuir al fortalecimiento de la atención a la salud que se brinda en el primer nivel de atención mediante la socialización de los aprendizajes logrados a través del estudio y el impulso de planeamientos estratégicos de mejora en la calidad de atención.

Para conocer las percepciones, prácticas, demandas y expectativas con relación al COVID-19, se realizaron 40 entrevistas semiestructuradas, previo consentimiento voluntario de la persona seleccionada, durante las visitas efectuadas a las 10 USF. Según criterios de oportunidad, se incluyeron criterios de diversificación de los casos para recoger un número suficiente de situaciones que den cuenta de la complejidad y la heterogeneidad del objeto de estudio.

Entre las personas entrevistadas con y sin patologías crónicas (24 mujeres y 16 hombres, de entre 10 y 80 años), algunas son analfabetas y otras tienen más de 12 años de estudios. Las entrevistas fueron anonimizadas y codificadas según un número identificador, seguido del sexo (H=Hombre; M=Mujer) y ciclo de vida (AD=Adolescentes de 10 a 19 años; A=Adultos de 20 a 59 años; AM=Adultos mayores de más de 60 años). Por ejemplo: “26HAD” se refiere a la entrevista número 26, que corresponde a una persona de sexo masculino, adolescente.

Las entrevistas recogieron información sobre conocimiento del COVID-19, factores de riesgo para una forma de enfermedad más grave, fuente de in-

formación más confiable, medida en que la pandemia modificó la vida cotidiana, de la familia y la comunidad; asimismo, acerca de los problemas ocasionados por la pandemia –registrando las afectaciones emocionales o afectivas–, las demandas a las USF y al Gobierno, así como los sentimientos y expectativas ante el futuro.

El estudio se divide en 5 capítulos. En el primero se presenta una breve contextualización de la situación de la pandemia en Paraguay y su impacto en la salud y en la situación socioeconómica de la población. En el segundo, se exponen las principales ideas sobre las representaciones sociales concebidas como formas de afrontamiento simbólico colectivo, que rigen las relaciones con el mundo y con los demás, orientan y organizan las conductas y las comunicaciones sociales (Jodelet, 1991; 2011). En el tercero, se aborda la Atención Primaria de la Salud (APS) y el rol de las USF durante la pandemia. El cuarto capítulo expone los principales hallazgos sobre las prácticas sociales, demandas y expectativas de usuarios de la USF. En el quinto, se presentan las discusiones de los resultados y, finalmente, se encuentran las conclusiones y recomendaciones basadas en los hallazgos y discusión.

1

CONTEXTUALIZACIÓN

1.1 Pandemia en Paraguay

El 19 de marzo del 2020, ante la confirmación de circulación comunitaria del virus, el Ejecutivo declara estado de emergencia sanitaria y dispone aislamiento total, inicialmente hasta el 28 del mismo mes. Según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), el objetivo de la cuarentena total, aparte de evitar el contagio masivo, era aumentar la cantidad de camas disponibles² y comprar equipos de protección personal, equipamientos médicos, medicamentos e insumos.

2 Principalmente, las camas de terapia intensiva, ya que hasta ese momento solo se contaba con alrededor de 700 camas, sumando el sector público y el privado, en su mayoría, sobre todo las públicas, saturadas por pacientes con otras afecciones. “Salud duplicará cantidad de camas para pacientes con COVID-19”, MSPBS, 30 de marzo de 2020, <https://www.mspbs.gov.py/portal/20673/salud-duplicara-cantidad-de-camas-para-pacientes-con-covid-19.html>

El MSPBS realizó una serie de reorganizaciones y adaptaciones para poder dar respuesta a las necesidades de salud que irían surgiendo en la medida que el virus se propagara hasta llegar a todo el territorio nacional y a un gran número de personas. Se readecuaron espacios físicos para la atención de personas con síntomas respiratorios –priorizándose esta afección sobre las demás– y se redistribuyó personal de salud. Entre las consideraciones para el manejo de las USF, se estableció que se debían tener dos accesos a la misma: uno para la atención de personas con infecciones respiratorias agudas (IRA) y otro, para las demás afecciones no IRA (MSPBS/DAPS, 2020).

Se dieron situaciones críticas con la insuficiencia de Equipos de Protección Personal (EPP) para el personal de salud al inicio de la epidemia (un lote llegó al país recién el 18 de abril) y la escasez de médicos. En el mes de julio, la directora de Terapias y Servicios del MSPBS, Leticia Pintos, informaba que en el país solo se contaba con 198 intensivistas para atención a personas adultas, mientras que para neonatales y niños, había 85 médicos³. Para hacer frente a la situación, el MSPBS lanzó un curso virtual, destinado a médicos no intensivistas, para la adquisición de competencias en el manejo de pacientes en Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

Además, se instó a la gente a no consultar para controles de salud, lo que desencadena una reducción drástica de la atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), pacientes oncológicos, mujeres embarazadas y niños y niñas (especialmente para vacunaciones) (OMS, 2020). La paradoja de esto es que son justamente las atenciones ambulatorias de seguimiento las que deberían continuar, considerando que la mayoría de las personas que fallecen a causa del COVID-19 son aquellas adultas mayores y/o que presentan comorbilidades (OPS/OMS, 2020a).

En el periodo entre el 7 de marzo –primer caso confirmado– hasta el 4 de mayo –fin del aislamiento total–, Paraguay llegó a los 415 casos y 10 fallecidos. Ante otros países, Paraguay se erigió como referente para compartir experiencias sobre las medidas tomadas para enfrentar la pandemia.

3 “Salud Pública: En Paraguay hay 198 médicos intensivistas para adultos”, Última Hora, 11 de julio de 2020, <https://www.ultimahora.com/salud-publica-paraguay-hay-198-medicos-intensivistas-adultos-n2894509.html>

A partir del 5 de mayo, el número de casos fue aumentando, junto con el número de muestras procesadas. Para el 7 de junio, a tres meses del primer caso de COVID-19 en el país, se tenían 1.135 casos confirmados, con 8 internados y 11 fallecidos. Estos números no tuvieron variaciones muy significativas hasta junio, cuando empezaron a aumentar los casos sin nexo conocido, los detectados en penitenciarías y en ciertas zonas del país. El mes de julio cierra con 5.338 confirmados y 49 fallecidos, pero es desde agosto que los casos confirmados comienzan a subir significativamente, así como el número de personas fallecidas. Como puede observarse en la tabla 1, el mes de noviembre cierra con 82.424 confirmados y 1.756 fallecidos⁴. Entre estos últimos, hay 1.085 hombres (62%) y 1.295 (74%) personas adultas, entre 60 y más de 80 años (tabla 2).

Tabla 1. Total casos confirmados por edad y por sexo, hasta noviembre 2020

Edad	Femenino	Masculino	Total general
0 a 17	2.005	1.956	3.961
18 a 24	5.357	5.653	11.010
25 a 31	8.866	8.535	17.401
32 a 38	7.689	7.806	15.495
39 a 45	5.179	5.134	10.313
46 a 52	3.837	3.785	7.622
53 a 59	3.335	3.213	6.548
60 a 66	2.247	2.334	4.581
67 a 73	1.259	1.383	2.642
74 a 79	659	739	1.398
80 o +	715	738	1.453
Total	41.148	41.276	82.424

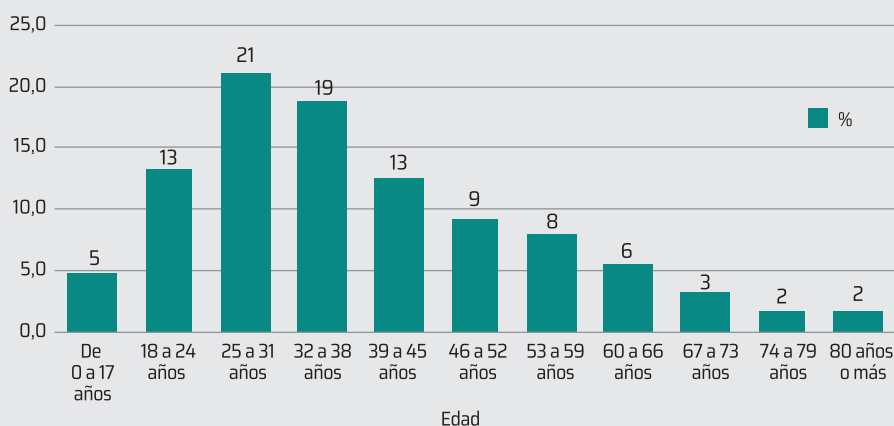
Fuente: Reportes - COVID-19 del MSPBS.

4 Reportes - Covid-19 del MSPBS.

Un dato que cabe destacar es que el mayor porcentaje de contagiados se encuentra dentro de las franjas etarias 25-31 (21%) y 32-38 (19%), es decir, un número significativo de población joven (tabla 2, gráfico 1). Sin embargo, teniendo en cuenta las proyecciones de población para el 2020 (DGEEC, 2015), si se observan los porcentajes de contagiados según edad, teniendo en cuenta que existen en total 3.467.935 personas entre 15 y 44 años y 720.211 entre 60 y más de 80, se tiene que 1,6% de la población joven se ha contagiado y 1,4% de personas de 60 años y más.

Gráfico 1.

Porcentaje de contagiados según edad, hasta noviembre 2020



Fuente: Reportes - COVID-19 del MSPBS.

En cuanto a sexo, del total de confirmados, los porcentajes son prácticamente similares –49,9% mujeres, 50,1% hombres–, sin embargo, son más los hombres fallecidos que mujeres (tabla 2).

Tabla 2. Cantidad de fallecidos, según edad y sexo, hasta noviembre 2020

Edad	Mujeres	Hombres	Total
0 a 17	2	2	4
18 a 24	7	4	11
25 a 31	8	11	19
32 a 38	17	33	50
39 a 45	20	49	69
46 a 52	38	76	114
53 a 59	77	117	194
60 a 66	117	209	326
67 a 73	127	218	345
74 a 79	102	158	260
80 o +	156	208	364
Total	671	1.085	1.756

Fuente: Reportes - COVID-19 del MSPBS.

Si bien, a 5 meses del inicio de la llegada del virus al país, las camas de terapia intensiva para adultos aumentaron de 304 a 509, desde el propio MSPBS se advierte la imposibilidad de seguir aumentándolas. Esto, debido a la falta de personal especializado⁵, a lo que se podría agregar que el número de personal de salud contagiado a principios de septiembre era el 6% de los casos confirmados de COVID-19 en el país (MSPBS/DGVS, 2020).

En tanto, los medios de comunicación empiezan a recoger numerosas denuncias y pronunciamientos acerca de la insuficiencia o llegada a des-tiempo de equipos de protección y de test diagnósticos en los servicios de

5 “Salud advierte que solo se pueden habilitar unas 50 camas más de Terapia”, Última Hora, 28 de agosto de 2020, <https://www.ultimahora.com/salud-advierte-que-solo-se-pueden-habilitar-unas-50-camas-mas-terapia-n2902163.html>

salud⁶, hechos que empiezan a generar cuestionamientos y reclamos de parte de la población. Además, resaltan debilidades históricas del sector salud tales como una ejecución insuficiente de los fondos, corrupción, infraestructura precaria, ausencia de una política implementada de recursos humanos para la llegada oportuna, integral, eficiente y cierta de servicios de salud para toda la población⁷.

1.2. Impacto de la pandemia en la economía: crisis económica y aumento de la desigualdad

Las medidas tomadas para frenar el número de contagios y muertes pronto tuvieron un impacto en la economía de las personas. Datos de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC), del segundo trimestre del 2020, muestran que, de un total de 1.873.122 hogares, el 68,5% de los mismos reportó que algún miembro del hogar tuvo disminución de ingresos, 37,8% pérdida de trabajo o fuentes de ingreso y 27,7% suspensión del trabajo sin pago.

Los datos de la EPHC (2020) igualmente señalan que, entre el primer y el segundo trimestre del año 2020, la población ocupada disminuyó en 187.395 personas, siendo la mayoría mujeres (131.250). Estos datos evidencian un aumento de la pobreza y una mayor precarización de la situación laboral de las mujeres. La encuesta realizada por UNICEF en mayo del 2020 también reporta que el 92% de los encuestados manifiesta sentirse afectado principalmente en lo económico y el 50% señaló entre sus preocupaciones, precisamente, perder el trabajo.

6 “Gremios médicos advierten que Gobierno ‘decepcionó’ y cuestionan retardo en resultados de test”, Última Hora, 17 de agosto de 2020, <https://www.ultimahora.com/gremios-medicos-advierten-que-gobierno-decepciono-y-cuestionan-retardo-resultados-test-n2900388.html>; “ALAMES Paraguay: Gobierno encamina entrega de servicios de salud al sector privado”, E’a, 8 de mayo de 2020, <http://ea.com.py/alames-gobierno-encamina-entrega-de-servicios-de-salud-al-sector-privado/>

7 En el artículo sobre derecho a la salud del informe de Derechos Humanos de la Codehupy (2020) se presenta un balance de los últimos 25 años que muestra las falencias en el sistema de salud.

La crisis sanitaria significó además una crisis alimentaria: 14,7% de los hogares informó problemas para conseguir alimentos o productos de limpieza (EPHC, 2020). Mario Samaja, coordinador residente de la ONU en Paraguay⁸, a partir del informe del Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe de la FAO (2020), manifestó que la pandemia ha contribuido a agravar la situación de muchas personas en el mundo que no tienen acceso a una alimentación equilibrada y sana; también ha aumentado la población que no tiene acceso a ningún tipo de alimento y la población que debe optar por alimentos de baja calidad y poco nutritivos, que conlleva un aumento del sobrepeso y la obesidad, un factor de riesgo para las personas contagiadas por COVID-19. Conforme a datos del MSPBS, el sobrepeso afecta a casi dos de cada tres paraguayos y, ya antes de la pandemia del coronavirus, 10% de las muertes en Paraguay eran atribuidas a la obesidad⁹.

1.3. Comorbilidades y mortalidad por COVID-19

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que las personas con enfermedades no transmisibles como afecciones cardiovasculares, diabetes y cáncer “presentan un riesgo mayor de sufrir enfermedad grave por coronavirus y más probabilidades de morir a causa de ella”¹⁰. En Paraguay, el promedio de muertes por enfermedades no transmisibles alcanza aproximadamente 15% (OPS/OMS, 2019).

El reporte de situación de fallecidos por COVID-19 en Paraguay, al 30 de octubre de 2020¹¹, según comorbilidades y/o factores de riesgo, por gru-

8 “Hambre y obesidad: Probables impactos de la pandemia, según la FAO”, Última Hora, 10 de diciembre de 2020, <https://www.ultimahora.com/hambre-y-obesidad-probables-impactos-la-pandemia-segun-la-fao-n2917957.html>

9 “Covid-19: ¿Por qué la obesidad se convirtió en el principal factor de complicación?”, Última Hora, 21 de septiembre de 2020, <https://www.ultimahora.com/covid-19-por-que-la-obesidad-se-convirtio-el-principal-factor-complicacion-n2905787.html>

10 “Hambre y obesidad...”

11 Reporte de situación N.º 32 OPS/OMS Paraguay 30 de octubre de 2020, https://www.paho.org/es/file/77518/download?token=V_PSNz9E

po de edad, da cuenta de que para el grupo etario de 60 años y más se encuentran, en primer lugar, las enfermedades pulmonares (84%), seguidas por las nefropatías (78%), las cardiopatías (77%) y la diabetes (75%). Mientras que, para los fallecidos del grupo etario correspondiente a menores de 60 años, el factor de riesgo más importante es la obesidad (42%).

1.4. Actitudes y conocimientos sobre COVID-19 en Paraguay

Un estudio de Ríos González (2020) sobre conocimientos y prácticas hacia el COVID-19, cuya encuesta fue relevada durante el mes de marzo de 2020, encontró un buen nivel de conocimiento sobre el COVID-19, así como actitudes favorables para el control de la pandemia, como el uso extendido del barbijo y la no asistencia a lugares de concurrencia masiva.

Poco después, otro estudio, llevado a cabo durante junio y julio, abordó la percepción del riesgo del COVID-19 en cuanto a factores demográficos, presión social, conocimientos sobre la enfermedad y formas de cuidado, encontrando relación entre el mal uso de barbijo y lavado incorrecto de manos y una menor percepción de riesgo de la enfermedad (Ríos González y Ríos González, 2020).

Durante el mes de mayo de 2020, UNICEF (2020) realizó un relevamiento rápido sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de comportamiento. Entre las palabras principales que refieren al COVID-19, el 21% de los encuestados citó “miedo”, “enfermedad” y “contagiosa”; el 18% manifestó “cuidado”, “prevención” y “virus”. Cuatro meses después, algunas prácticas y percepciones habían cambiado.

El primer informe de seguimiento del relevamiento de UNICEF presentado en septiembre revela que entre mayo y julio hay una disminución en 3 puntos porcentuales en cuanto a mención de miedo, que pasó de 21% a 19% y la idea de que es una enfermedad contagiosa, también presenta disminución (18% en mayo, frente a 15% en julio). Sin embargo, “angustia/preocupación” primero muestra un aumento en 9 pp (2% mayo, 11% julio)

para después volver a bajar 6 pp en octubre en el segundo informe de seguimiento (UNICEF, 2020a, 2020b y 2020c). Lo que estos datos evidencian son cambios en los comportamientos y las creencias, independientemente de los niveles de contagio y muerte por COVID-19, que deben ser examinados en contexto.

El estudio de la CDIA (2020), realizado en julio, también presenta datos sobre principales emociones: “preocupación” está en primer lugar (51,9%), siguen “cansancio/estrés” (16,4%) y “miedo” (13,3%). Asimismo, en la EPHC, 26,4% de los encuestados declaró que algún miembro del hogar se sintió solo o abandonado. Esto muestra los efectos de la pandemia en la salud mental de las personas.

Ferreira, Coronel y Rivarola (2020), por su parte, hicieron un relevamiento de los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio durante la cuarentena total. Encontraron que una de cada cinco personas presentó ansiedad y depresión moderadas y tres de cada diez encuestados presentaron síntomas de insomnio moderado o severo.



2

REPRESENTACIONES SOCIALES

La pandemia por coronavirus no solo provocó una crisis sanitaria sino también económica y social. Por ello, a más de ser enfocada desde su dimensión biológica, caracterizada por su alta contagiosidad y letalidad, también debe ser examinada por su impacto socioeconómico.

El aislamiento y el distanciamiento obligatorios, la pérdida de empleos, la falta de acceso a alimentos y a medicamentos, el temor y la incertidumbre generaron en la población diversas reacciones y maneras de enfrentar la situación. Ante una realidad que también se mostró cambiante, la pandemia por COVID-19 fue modificando hábitos y actitudes, condicionados por la situación socioeconómica de los grupos, el impacto en la salud y el acceso a la información.

Al ser una enfermedad infecciosa que se propaga por contacto, de persona a persona, su prevención supone un conjunto de comportamientos individuales. Por este motivo, el presente estudio propone conocer las percepciones y prácticas desde las representaciones sociales sobre el COVID-19,

teniendo en cuenta la insuficiente –y a veces contradictoria– información acerca de cómo se comportan este nuevo virus y la enfermedad, tomando como centro las USE, que tienen un rol de promoción de la salud en territorio. Cabe suponer que la visión –ya sea basada en información real o datos falsos– acerca de la enfermedad y del papel del Estado, sobre todo de las instituciones sanitarias, puede ayudar a comprender algunas conductas y generar acciones en torno a la salud.

Como en el caso del VIH/SIDA (Jodelet, 1991), el COVID-19 ha generado dudas sobre su origen e incluso sobre su propia existencia. Han circulado teorías conspiratorias y surgieron la estigmatización y la discriminación de personas contagiadas (algunas inclusive ante posibles contactos).

Algunos autores, citando el trabajo de Serge Moscovici *El psicoanálisis, su imagen y su público* (publicado en 1961), señalan que, en situaciones de crisis, las representaciones sociales surgen como una manera de entender la realidad; son de carácter grupal y, además, emergen cuando: a) la información es dispersa y desorganizada, no todas las personas acceden a la misma información, ni en cantidad, ni en calidad; b) socialmente se focaliza la atención sobre un acontecimiento novedoso; y c) existe presión a la inferencia: necesidad de emitir conclusiones, opiniones, tomar decisiones, etc., que no han sido previamente elaboradas (Becerra *et al.*, 2020; Banchs [1990], citada por Knapp *et al.*, 2003).

Las representaciones sociales son concebidas como formas de afrontamiento simbólico colectivo. Se conceptualizan como un sistema de información, creencias, opiniones y actitudes sobre un objeto determinado (Jodelet, 2011, citada por Paéz y Pérez, 2020). Corresponden a una forma específica de conocimiento, el conocimiento ordinario, que es una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, que tiene un objetivo práctico y que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social, juega un rol en la vida social y aclara procesos cognitivos (Jodelet, 1991; 2011).

Por lo tanto, las representaciones sociales son un proceso de construcción de la realidad social, propiciando la construcción del objeto del cual son una representación (Álvarez y Vasallo, 1999, citados por Knapp *et al.*, 2003). Describen los procesos de creación de significado mediante los cua-

les los grupos sociales interpretan nuevos eventos, como catástrofes o nuevas enfermedades, que cuestionan sus cosmovisiones (Vala y Castro, 2017, citados por Páez y Pérez, 2020; Jodelet 1991). Se elaboran como un modo de controlar lo que es extraño, a partir de la sobrecarga de datos, de imágenes, de creencias y muchas contradicciones (Villarroel, 2007; Becerrera *et al.*, 2020). Es decir, se trata de un conocimiento socialmente elaborado, utilizado y compartido, para orientar las respuestas sociales de los sujetos ante un evento (Knapp *et al.*, 2003, p. 153).

Torres López *et al.* (2010, p. 155) señalan tres funciones de las representaciones sociales. La primera es la de permitir entender y explicar la realidad; la segunda, definir la identidad y permitir la salvaguarda de la especificidad de los grupos; y, la tercera, guiar los comportamientos y las prácticas, ya que la representación interviene en la definición de la finalidad de la situación.

Teniendo presentes las funciones que desempeñan las representaciones sociales, estas

condicionan concretamente nuestra vida cotidiana: las formas del trabajo, las relaciones familiares, el sentido del deber, el tiempo de ocio, la actividad sexual, la actividad deportiva, etc. Impregnan el sentido común y, a la vez, se nutren de él. Para reconocerlas y describirlas es necesario desnaturalizar la vida social, tomar distancia y tratar de reconocer como procesos objetivos fenómenos en los que también estamos involucrados (Becerra *et al.*, 2020).

Las personas construyen visiones del mundo significantes a través de la interacción social y de la comunicación cotidiana, que ocurren en contextos sociales diferenciados: pluralidad de contextos (Vala y Castro, 2013, p. 570). La reelaboración de los conocimientos está mediada por la posición social que ocupan los grupos e individuos. Es el enraizamiento social de la representación y de su objeto (Knapp *et al.*, 2003).

La acción de lo social, por ejemplo, sobre la salud, no incluye solo el *micromedio* social en el cual se desarrolla el individuo (el sistema más inmediato de relaciones del sujeto: familia, grupos de coetáneos, colectivos laborales y sociales, etc.), sino también el *macromedio*, es decir, la sociedad en la cual surge y se expresa la subjetividad social (León y Knapp, 1997, citados por

Knapp *et al.*, p. 156) y funcionan como un sistema de interpretación de la realidad, que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, determinando comportamientos o prácticas (Torres López *et al.*, 2010).

Otra característica del proceso de creación de significados es su dependencia con relación a la comunicación social:

En efecto, ya sea ésta intersubjetiva o situada en el espacio público, por una parte va a contribuir a producir y mantener una visión común a un grupo social, ya se trate de una clase social, de un grupo cultural o simplemente de un grupo profesional (Jodelet, 2011, p. 135).

2.1. Representaciones sociales y COVID-19: acceso a información

Los grupos sociales le ponen rostro al COVID-19 desde las representaciones sociales, lo presentan como algo concreto y casi familiar. En esto, los medios de comunicación social juegan un rol importante.

La difusión de las representaciones sociales del COVID-19 está promovida por los medios de comunicación y las redes sociales. A partir de la información oficial y no oficial, a partir de nuestras expectativas, nuestros valores y nuestros prejuicios, nos inclinamos por una u otra (Becerra *et al.*, 2020, p. 2).

Como señala Costas (1981), es, en efecto, en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la construcción de las representaciones sociales. Los medios de comunicación de masas tienen un peso preponderante para transmitir valores, conocimientos, creencias y modelos de conducta.

Tanto los medios que tienen un alcance general, la televisión o los que se dirigen a categorías sociales específicas como las revistas de divulgación científica, por ejemplo, desempeñan un papel fundamental en la conformación de la visión de la realidad que tienen las personas sometidas a su influencia. La comunicación interpersonal y en particular la de las innumerables conversaciones en las que participa toda persona durante el transcurso de un día cualquiera de su vida cotidiana, es otra modalidad de la comunicación social cuya influencia es igualmente significativa (Costas, 1981).

Un estudio realizado por el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicación (MITIC, 2018) destaca que 56,9% de la población utiliza las redes sociales para acceder a información –principalmente WhatsApp (69,6%) y Facebook (17,8%)–, siendo todavía la televisión el principal medio para informarse (81,5%), lo cual quedó evidenciado durante el contexto de pandemia por COVID-19.

El informe de UNICEF/MITIC (2020) sobre los canales o medios de información utilizados para informarse sobre el COVID-19 revela que 92% se informó a través de la televisión, siendo además el medio en el que más confían (82%)¹². Siguen como medio para informarse Facebook (62%) y WhatsApp (49%), que, sin embargo, solo tienen el 10% y 7% de nivel de confianza, respectivamente, por lo tanto, si bien son medios de alto consumo, se presentan como de baja confiabilidad¹³.

En cuanto a fuentes de comunicación señaladas como las más fiables, también se encuentra en primer lugar la televisión (74%), seguida por Facebook (62%) y WhatsApp (49%). En tanto que como institución más confiable para informar sobre el COVID-19, el MSPBS se encuentra en primer lugar (91%), dejando muy por detrás a Presidencia de la República (22%) y medios de comunicación en general (10%) (UNICEF/MITIC, 2020).

De acuerdo con la teoría de la representación social, el proceso mismo de creación del mensaje por parte del remitente está influenciado por el receptor o la audiencia a la que está dirigido. Además, el mensaje se crea teniendo en cuenta la relación social que el remitente tiene o quiere tener con el receptor al que va dirigido, y si el objetivo es influir en la formación de una opinión, una actitud, un estereotipo o una acción específica (Páez y Pérez, 2020).

Una de las principales dificultades durante la pandemia del SARS-CoV-2 fue la transmisión de información confiable, ante una gran producción, difusión y consumo de información –certeras y falsas (*fake news*)–, tanto a nivel de medios masivos de comunicación, radio, televisión, como a través de las redes sociales con su consecuente efecto en la población

12 Es importante señalar que también influyó quiénes fueron las fuentes de información. Cabe recordar que, en los primeros meses, la principal fuente era el ministro de Salud.

13 Siendo además los medios a través de los cuales circula un mayor número de *fake news*.

(Moreno-Fleitas, 2020). Al inicio, ante la llegada del virus al país, la difusión de noticias falsas pudo haber contribuido a compras compulsivas, xenofobia, prácticas riesgosas de cuidado sanitario, entre otros comportamientos.

2.2. Salud humana, promoción y participación

La salud es un concepto que ha evolucionado con el tiempo. Actualmente se entiende “como un recurso para la vida y no como el objetivo de la vida” (Vergara Quintero, 2009, p. 109). La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y determina al goce del grado máximo de salud como un derecho humano fundamental (OMS, 2014). Aunque al pensar en la salud se dialoga con conceptos como bienestar y calidad de vida que pueden ser complejos de definir (Eslava Albarracín y Puntel de Almeida, 2002), la salud es facultativa para una vida plena y viceversa.

Algunos enfoques de la salud se basan en su estudio y entendimiento meramente desde la biología y la medicina, mientras que otros destacan la importancia de la realidad social y cómo esta determina los estados de salud y enfermedad. La segunda corriente, por ende, reconoce que los determinantes de la salud pueden ser biológicos, pero también ambientales, psicológicos, económicos, institucionales y sociales (Knapp *et al.* 2003); y que se relacionan “con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, [se relacionan con] su cultura (Vergara Quintero, 2009, p. 109).

No solo el entorno social influye en la salud; las percepciones sobre qué es la salud también están socialmente determinadas. Torres López *et al.* (2010) identificaron que, según estudios realizados en diferentes sociedades, “la salud puede definirse desde diferentes puntos de vista: no enfermedad, ausencia de enfermedad, reserva, comportamientos, estilos de vida, bienestar físico, energía, vitalidad, relación social, función y bienestar psicosocial” (p. 155). Ciertamente, el *micromedio* y el *macromedio*, así como las construcciones religiosas y culturales, influyen en las percepciones sobre lo que significa tener una “buena” o “mala” salud (Knapp *et al.*, 2003).

Como se ha definido en el apartado anterior, las representaciones sociales nos permiten acercarnos a las miradas individuales y colectivas sobre temas como la salud y la enfermedad. Estas perspectivas del entender cotidiano, “si bien pueden ser no-científicas, son, en cualquier caso, formaciones cognoscitivas legítimas que tienen una función precisa en la orientación de los comportamientos y de la comunicación entre los individuos y los grupos” (Villarroel, 2007, p. 439). Por lo tanto, según Knapp *et al.* 2003 “no se puede pretender conocer y cambiar las prácticas de las personas, sin antes conocer sus representaciones” (p. 154).

Alrededor de estos imaginarios de salud y enfermedad, las comunidades construyen sus estilos de vida (Vergara Quintero, 2009, p. 109). Las prácticas de salud se ubican en espacios y momentos determinados, en contextos económicos, sociales, políticos específicos, por lo cual “la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona” (Vergara Quintero, 2009, p. 112).

La promoción y la prevención ejercidas a través de la participación comunitaria permiten trabajar sobre la salud y la enfermedad, considerando las representaciones sociales y las prácticas de salud en su entorno. En ese sentido, el cambio del modelo asistencialista hacia un enfoque promocional participativo lleva a un empoderamiento, donde los integrantes de una comunidad pasan de ser objeto de políticas públicas y receptores de asistencia, a ser sujetos de derechos y agentes de cambio con capacidad de opinión y de decisión en las decisiones que afectan la salud de la comunidad y el entorno donde habitan (Kroeger y Luna 1987, p. 10; Menéndez, 1998).

La participación social abre las puertas para una democratización del acceso a la salud, donde la toma de decisiones y planificación de actividades se da de forma intersectorial. El análisis de los estilos de vida y la salud en la comunidad dependen de “factores ideológicos, políticos, sociales y culturales” que median el proceso de participación (Kroeger y Luna 1987, p. 10).

En el paradigma de la atención primaria de salud, la promoción y la participación son elementos básicos que quedaron plasmados desde su concepción en Alma Ata. La Declaración concibe a la participación en la

planificación y aplicación de la atención en salud como un derecho y un deber (art. 4).

No es menor que la participación comunitaria sea una de las herramientas empleadas para contener y reducir las principales afecciones, “en particular la de los grupos subalternos” (Menéndez, 1998, p. 5) y que constituya uno de los principios generales del modelo de APS en Paraguay, que empodera –en teoría– a la comunidad y la convierte en corresponsable de su salud (MSPBS, 2016).

La participación será efectiva a medida que los actores comunitarios se involucren (Kroeger y Luna, 1987), pudiendo incidir en su entorno y lograr la “transformación social y del propio sujeto” (Menéndez, 1998, p. 9). De esta forma, la atención primaria de salud no solo constituye un punto de entrada al sistema de salud, sino que apunta al trabajo *con* y *por* sus usuarios/as, *en* y *desde* las comunidades, que pasan a ser actores centrales.



3

APS INTEGRAL O MODELO CENTRADO EN EL CUIDADO

La APS fue implementada en Paraguay recién después de 30 años de su lanzamiento a nivel mundial en Alma Ata (1978) cuando fue reconocida como la mejor estrategia para el logro del grado máximo de salud para todos, urgiendo acciones concretas a los Gobiernos para alcanzarlo.

La salud, entendida como emergente social, es un problema de toda la sociedad, de manera que no se reduce a una institución o a un grupo de instituciones parciales en tanto la satisfacción del ser humano en su trabajo, la vida familiar plena, su educación, la cultura, sus condiciones materiales y espirituales de vida son factores indisolublemente ligados a la salud (Zaldívar, 1988, citado por Knapp, 2003). En este sentido, la APS asume a la salud como un derecho humano –que debe obligatoriamente ser garantizado por el Estado– indispensable para un desarrollo social y económico sostenido, lo cual colabora para mejorar la calidad de vida.

La USF es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de la estrategia de la APS de forma coordinada, integral,

continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en él (MSPBS, 2016, p. 23). Los Equipos de Salud de la Familia (ESF) asumen la responsabilidad sanitaria y social sobre un territorio definido geográficamente y demográficamente. Se basan en un criterio de fácil accesibilidad, atendiendo un promedio de 800 familias, hasta 5.000 personas por USF en caso de poblaciones dispersas (MSPBS, 2016, p. 28).

El estudio *1.000 Voces* (CDIA, 2020) muestra que durante la cuarentena total por COVID-19, 65,2% de la población manifestó que las USF, Puestos o Centros de Salud brindaban atención. Esto hace suponer que las personas recurrieron a estas unidades de salud, teniendo en cuenta que son las que generalmente se encuentran más cerca de sus domicilios.

3.1. Rol de las USF durante la pandemia

Un estudio realizado en Cuba sobre las representaciones sociales de la prevención de enfermedades en la atención primaria de salud señala que

los profesionales de la salud en la APS, al realizar las labores de prevención de enfermedades tanto como la promoción de salud, podrían emprender distintos tipos de intervenciones de corte psicosociales, como son: la consejería básica asociada a un tema, la orientación psicológica, la psicoterapia e intervenciones psicosociales comunitarias (Rodríguez Méndez, 2009, p. 58).

Asumiendo que las USF buscan acercar el sistema de salud a las poblaciones más vulnerables, en un contexto de crisis sanitaria, económica y social correspondería a estas unidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) una actuación clave para evitar mayores adversidades para la población. Una evaluación de las USF realizada en el 2018 (Zavattiero, 2018) da cuenta de la cobertura en unidades, población, recursos humanos y atención que realizan las USF, así como la importancia de las mismas al aumentar la cobertura y el acceso a las redes de atención, asegurando una atención permanente y continua a la población más vulnerable. Las principales debilidades identificadas en el estudio guardan relación con la falta de cobertura universal, el desequilibrio entre las actividades de promoción, de

las de prevención y las curativas, y la falta de completitud de los recursos humanos (Zavattiero, 2018, p. 87).

Sin embargo, a pesar de las debilidades señaladas, en muchas comunidades y zonas del país, las USF constituyen efectivamente el principal acceso a la salud para la población. Para adaptar y fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en el contexto de pandemia por COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020b, p. 6) realiza recomendaciones, entre las que están:

mantener las acciones dirigidas a promover la salud y el desarrollo de las capacidades para la prevención de problemas de salud a lo largo del curso de la vida; el control de embarazadas y la atención del parto; la prevención y el control de otros brotes de enfermedades como el sarampión, el dengue, la malaria y la tuberculosis; y el monitoreo y la atención de personas con enfermedades o factores que requieran cuidados a largo plazo como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la diabetes, la hipertensión y la rehabilitación física, entre otros. Estos servicios e intervenciones adaptados al contexto de la pandemia y del país deben aplicar las medidas para proteger el personal de salud y todos los involucrados en las acciones de prevención y control mediante la aplicación de medidas de salud y seguridad ocupacional.

En el mes de marzo, al inicio de la crisis sanitaria, la Dirección de Atención Primaria de la Salud del MSPBS presentó un protocolo para el manejo en las USF y entre las consideraciones generales (MSPBS/DAPS, 2020) en el Primer Nivel (USF) se plantean:

- Establecer dos accesos a la USF: uno para la atención de personas con infecciones respiratorias agudas (IRA) y el otro para las demás afecciones y no IRAS.
- Colocar información visual (carteles) en lugares estratégicos en el acceso de la USF para que la población pueda visualizar el circuito diferenciado para las personas con IRA.
- Dar continuidad y garantizar los servicios esenciales, principalmente vacunación, control prenatal, planificación familiar, Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI), enfermedades crónicas no transmisibles y otros, según necesidad de la comunidad.

- Generar un sistema de agendamiento para las consultas convencionales en las USF que cuentan con infraestructuras adecuadas.
- Potenciar la consulta telefónica sobre las consultas presenciales en las USF sin infraestructura adecuada.

Por otra parte, para el área de Promoción y Prevención, entre otras, el protocolo (MSPBS/DAPS, 2020) propone las siguientes consideraciones generales:

- Sensibilizar sobre la importancia del aislamiento social y evitar aglomeración de personas.
- Orientar sobre medidas de bioseguridad en la casa, especialmente la insistencia en el lavado de manos, la utilización correcta de mascarillas y la etiqueta de la tos.
- Concienciar sobre la importancia del aislamiento en el domicilio de las personas con síntomas relacionados al COVID-19 y brindar recomendaciones sobre los cuidados durante el aislamiento domiciliario.
- Evitar los traslados a zonas de riesgo, disminuyendo así la propagación comunitaria.
- Desarrollar actividades de comunicación con radios locales para mantener informadas a las comunidades sobre la situación epidemiológica, actividades a realizar y sistemas de trabajo de acuerdo con la clasificación de infraestructuras de servicios de salud.

4

REPRESENTACIONES SOCIALES QUE CIRCULARON EN PARAGUAY

4.1. Percepciones sobre el COVID-19

A principios de mayo del 2020, cuando se levanta el aislamiento total, Paraguay tenía una baja tasa de muertes y contagios debido a la implementación temprana del aislamiento total, la cuarentena en albergues (que permitió el aislamiento supervisado de casos positivos y de personas que ingresaban al país) y el cierre de fronteras. En ese momento, referentes de organismos internacionales ponían a Paraguay como modelo para compartir experiencias sobre las medidas para enfrentar la pandemia¹⁴.

Esta imagen de éxito, de medidas acertadas del Gobierno, sobre todo del equipo liderado por el ministro de Salud, también estuvo presente en

14 “Paraguay considerado como modelo de éxito para elaborar propuesta de desarrollo sostenible post COVID-19”, Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social, 27 de mayo de 2020, <https://www.stp.gov.py/v1/paraguay-elegido-modelo-de-exito-para-elaborar-propuesta-de-desarrollo-sostenible-post-covid-19/>

la ciudadanía, que entre marzo y mayo respondió a las medidas sanitarias y puso en práctica los protocolos que se debían aplicar en la casa, lugares públicos y de trabajo. Un actor que destacó fue el ministro de salud, Julio Mazzoleni.

▶ “[...] Estuvo siempre firme desde que empezó. Yo creo que gracias a él lo que no tuvimos tantas muertes como en otros países”. (16MA)

▶ “[...] desde un principio Paraguay se puso en campaña y empezó ya a cancelar muchas cosas, se cerró la frontera, empezamos a cuidarnos muchísimo. Porque otros países, por ejemplo, no tomaron en serio esto y por eso lo que hubo muchas muertes en otros países. Acá, gracias a Dios no hubo tantas muertes al principio. Porque nosotros tomamos en serio y el Gobierno se tomó en serio”. (22MA)

A medida que se normalizaron las actividades, los casos de COVID-19 fueron aumentando paulatinamente. Con este incremento, las personas fueron adaptando sus representaciones sobre la nueva normalidad. Como las percepciones sobre el virus se traducen en actitudes hacia la enfermedad y estas, en comportamientos de la población, estudiarlas nos ayudará a comprender los niveles de cuidado que mantienen las personas en sus diferentes actividades diarias.

¿Qué información se conoce sobre el COVID-19?

Los entrevistados, en general, tienen un nivel básico de conocimiento sobre el COVID-19. Lo que más destacan es la gravedad de la enfermedad, refiriéndose a ella con descriptivos como “letal”, “mortal”, “fuerte” y que “lleva a la muerte” cuando se suma a enfermedades de base u otros factores de riesgo. Muchos entrevistados identifican la contagiosidad característica del virus y que se transmite al compartir utensilios, compartir el tereré o estar en estrecha cercanía con otras personas.

En menor medida, se refieren a su origen en China, desde donde se extendió rápidamente al resto del mundo. Ciertos entrevistados señalaron que ya habían escuchado del COVID-19 cuando aún no había casos confirmados en Paraguay y que luego vieron cómo repentinamente llegó al país.

En cuanto a los síntomas, se mencionan principalmente la fiebre, la tos y el dolor de garganta, así como su parecido con la gripe, pero de una forma más severa. Quienes ya padecieron la enfermedad (o conocieron a alguien que la padeció) cuentan con un conocimiento más acertado de su desarrollo en cuanto a los síntomas. Por ejemplo, mencionan las complicaciones como el agua en los pulmones o bien se refieren a la pérdida del olfato y del gusto.

En general, también mencionan los cuidados necesarios para evitar el contagio. Escucharon que hay que lavarse las manos y utilizar alcohol para desinfectarse las manos y las superficies. Igualmente escucharon que el virus circula en ambientes “donde se junta la gente”, es decir, donde existe algún tipo de aglomeración de personas y comprenden que deben guardar la distancia.

Pocos entrevistados mencionan no saber nada del virus o la enfermedad. Saben de su existencia, pero no manejan otra información más allá de los cuidados requeridos. Una persona hace referencia a teorías de la conspiración como que el virus haya sido creado en un laboratorio; otra menciona una supuesta noticia que mostraba que en Brasil abrieron tumbas con presuntas víctimas del COVID-19, pero que al abrirlas solo encontraron piedras. En otras palabras, se desconfía de las cifras de muerte a nivel internacional: denuncian un montaje de las cifras de letalidad.

Casi todos los entrevistados y entrevistadas reconocen la existencia de factores de riesgo que pueden agravar la enfermedad. Sin embargo, algunas personas no reconocen dicha expresión como un concepto, sino que se debe definir en la entrevista como “a quiénes les puede enfermar más grave”.

Existe cierta diversidad de opiniones en cuanto a cuáles son los factores de riesgo. La mayoría menciona enfermedades crónicas como la hiperten-

sión y la diabetes; en segundo lugar, la edad a partir de los 60 años; y en tercer orden de importancia, se encuentran las demás condiciones como las enfermedades pulmonares (el asma, entre ellas) y los pacientes inmunodeprimidos.

Entre las concepciones erróneas, algunas personas parecen confundir los factores de riesgo que favorecen que la enfermedad sea más grave con la predisposición a padecer la enfermedad, es decir, creen que las personas con factores de riesgo son más propensas que las demás a enfermarse: “a las personas de más de 60 años es más fácil pues que les agarre esto” (39MA). En otro caso, el entrevistado afirma que todos formamos parte del grupo de riesgo, inclusive los asintomáticos. Finalmente, existe una preocupación general hacia el posible contagio de niños y niñas, donde se incluye erróneamente su edad como un factor de riesgo, como manifiesta una entrevistada:

▶ “Ella [mi hija] vive en Benjamín Aceval. Y tampoco puedo ir a visitarla porque ella tiene muchas criaturas. [...] Y los otros son chicos, adolescentes, pero tiene dos chiquitos todavía. Y por eso no me voy a visitarles más. Hablamos por teléfono y hasta ahí nomás. No me voy más a visitarla y ella tampoco viene más porque tenemos miedo, pues...” (2MAM)

Percepción de la confiabilidad de la información

Los medios de comunicación han jugado un rol muy importante para la difusión de la situación actual del COVID-19 y de la información relevante para los cuidados. La televisión ha sido la fuente más importante de información sobre la pandemia, seguida por la radio y las redes sociales (UNICEF/MITIC, 2020).

En cuanto a la confiabilidad de la información, la televisión y los noticieros resultan las fuentes de información más confiables para los entrevistados. De la misma manera, la información recibida a través de la radio es también considerada como creíble. Las redes sociales, por su parte, fueron

mencionadas en varias oportunidades, sin embargo, no se perciben tan confiables como las anteriores.

Algunas personas también mencionaron a la USF o a los profesionales de la salud como sus principales fuentes de información sobre la pandemia y son percibidos como altamente confiables:

► “A través de las redes sociales también lo que llegó muchísima información. Pero nosotros esas cosas también cautelosamente conferíamos con lo que nos decían acá en la USF [...], porque a ellos les conocemos, nos conocen y sabemos cómo trabajan, también. Sabemos que ellos son personas muy confiables...”. (18HA)

También se mencionan otros espacios de socialización de la información como la iglesia y la escuela. Una entrevistada adulta mayor mencionó haberse informado casi exclusivamente en la iglesia, mientras que otra entrevistada, madre de una niña pequeña, mencionó haberse informado principalmente a partir de las clases de su hija y resalta a la profesora y al grupo de WhatsApp de la escuela como una fuente confiable de información.

Algunas personas sienten rechazo hacia la información que dan los medios, no porque no les parezcan confiables, sino porque les causa angustia o preocupación.

► “La tele, la radio no. La verdad que no veo tanto para no preocuparme de más. Trato de no interiorizarme tanto, por eso”. (40MA)

► “No me informo tanto porque me da cosa, vamos a decirle. No veo tanto la tele tampoco”. (25MAD)

Las personas entrevistadas, en general, creen que existe el virus, que la sociedad debe ser cuidadosa y que se debe evitar el contagio. No obstante, una minoría desconfía de algunos aspectos relacionados con la enfermedad o de las estadísticas que se informan o sospechan de las intenciones del

Gobierno. Ocho personas manifestaron “no creer” o tener ciertas dudas acerca del COVID-19, pero no todas las posturas son iguales. En primer lugar, se encuentra la desconfianza en las estadísticas oficiales, ya sean del país o a nivel internacional:

- ▶ “Algunos ya son exagerados [con] las cifras que están dando. Tipo no creés demasiado. Pero sí creo en el COVID, que existe y siempre nos cuidamos en casa”. (22MA)
- ▶ “[...] de repente vos morís de otra enfermedad y dicen que es COVID. ¿Y por qué hacen eso? Eso no tiene nada que ver. Si el que muere normal, que muera normal. Si todos tenemos que morir”. (7HAM)

En segundo lugar, están las dudas que generaron ciertos casos mediáticos. En un contexto donde la información y los criterios médico-científicos son cambiantes, la prensa es un actor importante a la hora de aclarar y evitar generar más confusión, brindando información de calidad, veraz, con argumentos sólidos y, sobre todo, evitar las noticias falsas (*fake news*) sobre los casos que se desarrollan. Para algunos entrevistados la información brindada no era confiable:

- ▶ “Sinceramente yo tengo una desconfianza en cuanto a la información, porque pasaron muchos datos que por ejemplo no coincidían en cuanto a lo que pasaba, por ejemplo, a lo que mencionaban [...] en cuanto a las muertes. Que algunos decían que no era, que era. Algunos decían que falleció de otra cosa y no de coronavirus. Esa es mi percepción particular. [...] Para mí que no son confiables por todas las noticias que sucedieron, verdad. Hubo mucha gente que se le hizo el test positivo que al final no eran positivos”. (10HA)
- ▶ “Y esa controversia que había con el tema de que algunos decían que se murió de tal cosa y después al final decían que se murió de COVID y así. Hubo manejo de información y, como te digo, te hacen creer lo

que ellos quieren nomás también. Siempre fue así la prensa. Y la verdad nadie sabe bien qué es este virus. Nadie sabe bien. Algunas veces dicen que te da así, después al final a alguien no le hace nada y eso lo que te pone a pensar. Pero hay que cuidarse igual”. (21HA)

Por último, se encuentra la postura de desconfianza hacia las autoridades, dando a entender que el COVID-19 existe, pero que se ha utilizado como una excusa para la corrupción.

▶ “[...] No tuve miedo de la enfermedad. Porque te voy a decir una cosa: yo dije, sinceramente, que todo era el tema para sacar plata nomás. El tema de los ‘poguasú’. Acá en Paraguay pocos muertos hubo. Y la mayoría eran de la tercera edad y todos esos nomás fueron. No hubo una persona para decir de 15, 16 años que falleció. Y la verdad que no... ni, luego, le tuve miedo...”. (31MA)

▶ “[Hubo] gente que tenían rango muy alto dentro del Ministerio, que renunciaron por desconfianza inclusive por el trabajo que se estaba haciendo y la forma en cómo se estaba haciendo y cómo se estaba encarando”. (10HA)

Efectos emocionales de la pandemia

Entre las principales emociones se mencionan la tristeza, el miedo, la añoranza (echar de menos a familiares y amigos), la preocupación, el encierro y el malhumor. También se señalan el aburrimiento, la rabia y la soledad.

Miedo al COVID-19

El temor a la enfermedad es un elemento central en las discusiones sobre el aspecto emocional e inclusive afectivo que tiene la pandemia en la vida de las personas. Al momento de la recolección de datos, una amplia mayoría de los entrevistados manifestaba no temerle al COVID-19, sin embargo,

esto no fue siempre así. Al inicio de la pandemia predominó el miedo a la enfermedad, pero luego este sentimiento fue convirtiéndose en aceptación.

▶ “Hoy en día ya se me pasó [el miedo]. Es como que ya acepto y no sé... es como una forma de convivir ya. No me olvido tampoco. Pero ya es como una aceptación. Al principio, sí, me aterrorizaba”. (5MA)

Detrás de la falta de miedo de algunas personas se encuentra cierta resignación ante la muerte. Reconocen que la realidad va más allá de lo que pueden controlar, por lo tanto, sobrevivir o no a la enfermedad queda en manos del destino.

▶ “Si de cualquier enfermedad vamos a morir, vamos a morir igual. Aunque sea de cualquier cosa que te agarre vas a morir. Yo no tengo miedo, aunque soy diabética y tengo presión alta, no tengo miedo. Si uno va a morir, como te digo, se muere”. (39MA)

▶ “Solamente yo tengo miedo a Dios. Porque él no te va a perdonar. Y cuando te llame, tenés que ir con él”. (30MAM)

Finalmente, se encuentran las personas que no tienen miedo porque no creen que el virus sea lo suficientemente grave para provocarles la muerte, o bien se sienten más fuertes que el virus.

▶ “Y, no sé por qué se va a tener miedo, si... no sé. Para mí el COVID no es casi nada, porque es como dice la gente... bueno, la gente dice que es una gripe, dolor de garganta y dolor de cabeza nomás. Entonces yo me guío por eso y rezo mucho, también”. (28MA)

▶ “[risas] ¡Qué vamos a tener miedo! Como venga vas a pelear con él, como se dice...”. (15HAM)

Entre algunas personas que sí señalaron tener miedo, este se relaciona con el conocimiento de los grupos de riesgo. En otros casos, temían enfermarse ellos mismos o enfermar a sus seres queridos.

▶ “Ahí sí voy a tener miedo. No de mí, sino de que le pase algo a alguien de mi familia. Que se muera o algo”. (26HAD)

▶ “Y, [tengo miedo] de contagiarme y traer en la casa. Eso me está forzando así... y yo acá vengo en la despensa... y vos sabés que en la despensa hay muchas personas que entran. Los proveedores entran y salen. Y vos te vas ahí –tenés que irte– yo, por ejemplo, tengo que irme a traer algo, ¿verdad? Y de eso lo que tengo miedo. Me voy un ratito y luego yo vengo acá, y me voy, me cambio todito. Me baño y me cambio todita mi ropa. Así yo sigo. Porque yo salgo, y tengo una enferma en mi casa. Y puedo irme y contagiarle a ella así nomás”. (9MAM)

El cuidado y el conocimiento han sido herramientas para superar el miedo al COVID-19. La mayoría de las personas que señalan no tener miedo, siguen guardando las debidas precauciones para evitar contagios.

▶ “Al principio sí, verdad, era un susto para todos, pero después yo tomé todas las precauciones que se recomendaron y me di cuenta [de] que a mí no me afectó. Que cuando yo me cuido y hago bien las cosas, creo que no hay nada que temer demasiado”. (18HA)

▶ “Sabiendo lo que sé, sé que me puedo cuidar. Miedo, no. Respeto”. (8MA)

También se debe mencionar cómo se percibe al “otro” y los miedos que se han generado en torno a la enfermedad que, para algunos significa “no hablar de esto”. No faltaron los prejuicios e inclusive reacciones xenofóbicas.

▶ “[...] La gente que viene de otro lado es la que vuelve a traer. [...] Los que estaban acá se curaron todos y le querían al presidente, y después metieron [a] los que vinieron de afuera. Y ahí volvió a fallar el presidente. Por haber permitido”. (32HAM)

Violencia en la comunidad

La mayoría de los entrevistados percibe, desde el inicio de la pandemia, un aumento de la violencia en la sociedad, especialmente la violencia de género. Sin embargo, solo una entrevistada comenta un caso específico en su familia, mientras que los demás mencionan que se han enterado a través de las noticias, pero no conocen, no reconocen o no desean comentar sobre casos particulares que puedan ocurrir en sus hogares o comunidades.

La entrevistada que comentó el caso específico en su familia explicó que, a pesar de no convivir con la afectada, buscan contenerla y apoyarla visitándola casi todos los días, ya que viven cerca.

Además de la violencia de género, se percibe un aumento de la inseguridad que se atribuye a la crisis económica.

▶ “Viste que no hay más trabajo. Y hay asaltos todos los días. Hay algunos que les asaltan, que les matan. Hay algunos borrachos, también”. (2MAM)

Renuncia al duelo en familia

Para una de las entrevistadas, el distanciamiento social no solo modificó las dinámicas familiares del día a día, sino que desencajó su proceso de duelo ante la muerte de un familiar. A pesar del dolor que le produjo no participar del velatorio, la entrevistada reconoce la importancia del sacrificio que hicieron al no asistir. Sacrificar las emociones por preservar la salud física, en este caso de su abuela, que es una persona de riesgo.

► “Hace poco falleció mi abuelo. Y ninguno pudimos participar. Pero era cuestión de entender –digo yo– no era el momento y lastimosamente no pudimos. Nosotros los paraguayos somos muy apegados a los abuelos y dolió bastante. Pero era por el bienestar de mi abuela y muy pocos son los que pudieron estar”. (5MA)

Trabajo y estrategias de supervivencia económica

La crisis económica desatada por el cese de las actividades complicó enormemente a una población que ya se encontraba insegura económicamente. El cese de los ingresos por dos o tres meses o incluso la pérdida de trabajo implicaron tener que implementar estrategias para sostener la economía de las familias.

Sistemas de protección social del Estado

Desde el Estado, se crearon programas a través de los cuales se buscó dar respuestas rápidas a la población afectada.

- **Ñangareko** consistió en una transferencia monetaria en bonos a grupos vulnerables para la compra de alimentos y productos de higiene, entregados en un único pago.
- **Pytyvõ** se creó para hacer frente al problema del desempleo, dirigido fundamentalmente a trabajadores informales afectados por la pandemia.

Si bien las personas destacan estas medidas de protección social y la importancia de las transferencias monetarias, solo dos fueron beneficiarias directas del subsidio Pytyvõ. Otras más afirman que algún familiar cercano recibió el subsidio y que esto ayudó a aliviar la situación económica de la familia.

► “Acá, en el barrio, varias veces les llegó. Y a nosotros nunca nos llegó. Nosotros queríamos que nos llegue ese Pytyvõ para traer nuestras mercaderías [...]”. (25MAD)

La mayoría de las personas que no recibieron un subsidio manifestaron no conocer el motivo del rechazo. Solo un entrevistado afirmó que no recibió porque tenía RUC, aunque como trabajador independiente (carpintero) sus ingresos también ya habían disminuido significativamente.

▶ “En el primer, primer cobro, mi mamá, mi hermana, mi sobrina que es menor y que no tiene hijos ni nada..., toditos [cobraron el subsidio]. Y me decían por qué será que a vos no te dan, qué hiciste mal... Qué voy a hacer mal. Hice bien. De tanto que me decían que hice mal, ya pensé que hice mal. Pero hice bien todo”. (34MA)

Algunos, a pesar de haber sido beneficiarios de Pytyvõ, opinan que no es la solución: en vez de transferencia monetaria, hubiese sido mejor recibir víveres.

Las medidas de protección social para paliar la inseguridad económica constituyen un factor importante en la estrategia de contención del virus. Sin ellas, si una persona en vulnerabilidad económica contrae el virus, no podrá cumplir con el aislamiento, pues no tendrá satisfechas sus necesidades básicas.

▶ “Algunas personas se asustan porque uno tiene COVID positivo, te dice el doctor. Pero no te dan algún remedio ni un aliento para poder recuperarte. Sólo te dicen que te quedes en tu casa. Y qué me voy a quedar en casa a comer... encima que renuncié a mi trabajo. Y ahora ya es fin de mes, y fin de año, y tenía que cobrar mi aguinaldo, todo eso perdí”. (36HA)

Los programas de protección social fueron criticados duramente por cinco entrevistados. En primer lugar, porque sienten que la asignación no fue justa, ya que personas que no lo necesitaban pudieron beneficiarse. En segundo lugar, porque se percibe que tuvieron un alcance muy limitado: cada uno/a conoce pocas personas que recibieron algún subsidio y enton-

ces dudan de la transparencia. Finalmente, porque sienten que la ayuda no fue suficiente sino apenas “migajas”.

Otras estrategias paliativas

Para hacer frente a crisis, surgieron acciones solidarias dentro de las familias y la comunidad.

En ese sentido, las **ollas populares** se han conocido como ejemplos paradigmáticos de organización comunitaria contra el hambre en los barrios. Sin embargo, en las comunidades visitadas se conocieron casos puntuales de ollas populares que enfrentaron desafíos y no pudieron sostenerse en el tiempo.

▶ “No hay pues gente que quiere hacer. Si yo quiero hacer, no voy a luego poder hacer. Uno luego, no voy a tener para comprar tantas cosas. Y la gente no quiere luego juntarse para hacer”. (2MAM)

La falta de medios para sostener el trabajo de planificar, conseguir los insumos, cocinar, distribuir y limpiar dificultó la organización de muchas ollas populares. Por otro lado, otra entrevistada relata que decidió no acudir a la olla de su comunidad por vergüenza.

▶ “[...] la gente pues siempre quiere menospreciar al otro “porque fulano necesita más”. Por más que yo necesitaba, no me iba porque mis hijos están en una edad que no da gusto cuando el otro te señala. Entonces dije nomás, no”. (34MA)

Otra asistencia vino de los **grupos religiosos**, que entregaron víveres a personas necesitadas. El entrevistado 37HA comentó que cuando recibió víveres, los compartió con su cuñada. Así, mucha de la ayuda iba siendo redistribuida, y también varias familias compartieron las transferencias monetarias del Estado.

La búsqueda de **alternativas de solidaridad** entre amigos y vecinos es otro ejemplo de apoyo, como el caso que comenta una entrevistada:

▶ “Tengo una amiga que su esposo es panadero... en el súper se tiraban los panes. Viste que generalmente no se usa. Lo que hacía su esposo es: ellos contrataban un carretillero, porque ellos no les venden a los empleados, venden a otras personas... entonces él compraba y él traía eso. Y ella hasta hoy día me llama. Y me dice vení, pues.... Tengo ya algo. Y eso para mí es una ayuda... mucho es... porque si vos vas a comprar y no tenés. Sin embargo, de eso vos podés hacer... te hace pasar con alquilo”. (34MA)

Otros ejemplos de estrategias mencionadas por las personas entrevistadas fueron el uso de ahorros, la huerta familiar, compartir la liquidación por despido con la familia y recortar al máximo los gastos familiares, incluyendo los de alimentación. De esta manera, los entrevistados y sus familias pudieron sobrellevar los momentos más difíciles de la crisis, aunque muchas veces a un costo muy elevado.

Religión como consuelo en la adversidad

Ante la incertidumbre, la religión y los grupos religiosos aparecen como respuesta.

▶ “Rezar [...]. Yo siempre creí en Dios [...]”. (25MA)

En las familias religiosas, la religión ha sido fundamental para encontrar el sentido de las situaciones e interrogantes que plantea una circunstancia tan particular en la vida como lo es una pandemia.

▶ “Y si Dios no quiere, no nos morimos”. (7HAM)

▶ “Eso tenía que llegarnos a nosotros. Está luego en las escrituras que eso nos tenía que llegar. Ese virus. Yo sé luego eso. Porque nosotros somos de la Iglesia evangélica. No somos de la Iglesia católica. Eso está todo en la Biblia. Nos va a llegar eso y cosas peores, después. Y nosotros tenemos que aguantar, superar. Y para eso, debemos orar a Dios, para que no nos alcance. Todo está escrito. Pero gracias a Dios a la familia Benítez no le agarró. Porque nosotros oramos”. (30MAM)

▶ “¿Por qué la gente dice que el COVID es tan pesado? Porque ellos no tienen a Dios. Ellos tienen olvidado a Dios. Pero nosotros no olvidamos. No olvidamos al que está arriba. Y si hay cosas muy malas, hacemos vigiliyas y hacemos ayuno para poder con esto. El COVID es un trabajo del enemigo. Y, sin embargo, Dios a todos ama”. (1MA)

La creencia religiosa también ha servido de consuelo y fuente de fortaleza para superar los momentos difíciles. Dios existe como respuesta a la inexplicable resiliencia ante la adversidad que tuvieron las personas durante los tiempos difíciles, al mismo tiempo que brinda tranquilidad porque lo que sucede tiene una razón de ser y forma parte de algo que, aunque no puedan comprender, es la voluntad de su Dios.

▶ “Y a mí, por ejemplo, te digo, si yo no tuviera conocimiento de Dios, porque yo soy cristiana evangélica, a lo mejor yo me iba... me agarraba como taquicardia. Pero yo luchaba conmigo misma. Y le pedía a Dios que ponga las personas que tiene que poner en mi camino. Y yo pude ver. Porque hambre, hambre no pasamos. A veces cualquier arroz, fideo. Yo tenía también huevo de mis gallinas. Algo tenía, algo había. Y siempre... no te voy a decir... a veces días que no había leche [...]. Sí, mi esposo es mi esperanza. Pero Dios es el que da, Dios provee”. (34MA)

Valores positivos de la pandemia

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales pusieron en marcha campañas que brindaron información a la ciudadanía sobre las acciones preventivas para evitar el contagio: lavado de manos, uso de tapabocas, distancia de 2 metros entre persona y persona, limpieza de superficies y evitar espacios cerrados y/o muy concurridos. Básicamente, el mensaje era: “cuídate, nos cuidamos entre todos”. Esto efectivamente llegó a la población y para algunos entrevistados supone esencialmente una conciencia personal: que cada uno se cuide, *por sí mismo y por los seres queridos* porque la *inconsciencia perjudica a muchos*. Doce personas manifestaron que todos deben adoptar un “nuevo estilo de vida” para evitar más contagios.

A pesar de las dificultades y los cambios necesarios para adaptarse a una “nueva normalidad”, los entrevistados rescatan aprendizajes y valores positivos que surgieron con la pandemia. Entre ellos, se pueden mencionar la gratitud ante lo que se tiene, la unión familiar, la solidaridad, la responsabilidad individual y colectiva, y los nuevos hábitos de higiene.

Con la pandemia, muchas personas han puesto en perspectiva el significado del bienestar y han revalorizado las dichas materiales, como la comida y el techo, y las inmateriales, como las amistades, la familia, la salud, entre otras.

▶ “[...] valorar a la familia, valorar la salud que uno tiene, valorar la comida que siempre tenemos en nuestra mesa. Porque ahora más que nunca sentimos esa falta de la comida del día a día. Muchos sintieron eso y ahora valoraron eso. Valoraron también lo que es estar unidos en familia. Porque mucha gente no valoraba y ahora creo que mucha gente tomó en serio eso de valorar a los padres, valorar la salud y valorar las amistades [...]. También seguramente mucha gente recibió ayuda de sus amistades. Valorar siempre lo que tenemos”. (22MA)

En cuanto a la unidad al interior de las familias, la cuarentena social ha propiciado nuevos espacios y tiempos para la construcción de lazos afectivos. Es así como los entrevistados han rescatado la importancia del tiempo de calidad que les permitió conocer mejor, conectarse y preocuparse por los intereses y las necesidades de sus familiares.

▶ “Mucho cambió porque antes luego nadie se quedaba en casa, todos salíamos. Así que todo el día estábamos todos juntos, otra vez. Gracias a la pandemia nos juntamos más *siqué* en familia. Porque antes nosotros no nos sentábamos a conversar, a no ser que sea de noche”. (25MAD)

▶ “[...] Y ahora como que pasamos más tiempo juntos, conversamos más y nos unimos más gracias a esta pandemia. Lo positivo que le puedo sacar. Y... no sé si cuenta como actividad el charlar todos los días, el preguntarte qué tal te fue en tus estudios, qué dan... que se preocupen por el colegio. Creo que es lo más importante”. (19HAD)

Los entrevistados reconocen la responsabilidad individual y colectiva que permitió que se pudieran adoptar los cuidados sanitarios como parte de la rutina en público y en privado. Los cambios vendrán si la comunidad se une, si siguen cuidándose todos, si no se dejan de seguir los protocolos y para algunos, si se aporta y ayuda a la sostenibilidad de las USF.

▶ “Primeramente, respetar las órdenes. Usar correctamente tu tapabocas, lavarte las manos. Ponerte el alcohol en gel y andar tranquilos. [...] Hay que respetar [...]”. (7HAM)

Como parte de la responsabilidad colectiva, la solidaridad fue fundamental para la subsistencia, como se mencionó en apartados anteriores.

▶ “En todo este periodo de la pandemia –vamos a decir– los que hicieron las cosas fueron la gente. La gente se quedaba en su casa, la gente se cuidaba, la gente se lavaba las manos, no salía. La gente daba de comer a otra gente. La gente, por ejemplo, en los barrios más carenciados, da de comer a mucha gente. Y eso no lo digo yo, salió en todas las noticias. Y eso no lo hizo el Gobierno. El Gobierno lo único que hizo es cerrar todas las cosas. Pero quien respetó, quien siguió todas las normas, fue la gente”. (10HA)

Finalmente, la incorporación de prácticas como el lavado de manos, el distanciamiento social y no compartir utensilios, entre otros nuevos comportamientos de higiene, se reconoce ampliamente como algo que tuvo un impacto positivo, ya que disminuyeron en gran medida enfermedades como la gripe, el resfrío y la diarrea, que afectan con frecuencia a los más pequeños.

▶ “Menos nos estamos enfermado con todos los cuidados que están dando ellos”. (28MA)

▶ “Vamos bien. Porque la diarrea antes... comías algo y tenías diarrea”. (32HAM)

▶ “También en lo que es nosotros, nuestra cuadra, creo que sí afectó para bien. Porque toman muchos recaudos, son más cuidadosos, son más aseados. En ese sentido, sí, cambió muchísimo”. (8MA)

▶ “Y, como siempre hay que seguir. Tomar los remedios, remedios amargos. Todo eso. Porque uno de balde va a decir que esto se fue. No hay enfermedad que se vaya del todo. Nos rodea y en un tropezón nos agarra otra vez”. (7HAM)

4.2. Prácticas sociales hacia el COVID-19

Las prácticas sociales y de higiene se han adaptado a los diferentes contextos sanitarios, económicos y sociales que se han vivido durante y después de las fases de la cuarentena. Estudiar las prácticas sociales hacia el COVID-19 nos ayudará a comprender las razones por las que los contagios se han elevado en Paraguay y qué estrategias de contención se deberían promover.

Uso de tapabocas y distanciamiento social

El uso de tapabocas es la medida de cuidado más conocida y citada por los entrevistados. Es también la más mencionada, junto al lavado de manos, como “lo que se debe hacer”. Casi todos los entrevistados afirman utilizar regularmente un barbijo cuando salen de la casa, aunque esto no siempre se aplica a los encuentros sociales o de ocio, donde se ve un mayor relajamiento de la medida.

Al mismo tiempo, es la medida que provoca mayor desagrado o se percibe como de difícil aplicación. Aproximadamente un tercio de los entrevistados la señalan como la medida más difícil de poner en práctica, citando como algunas de las razones la incomodidad, el olvido y el dolor luego del uso prolongado.

▶ “Yo nomás no aguanto con el tema del embarazo”. (5MA)

▶ “Trabajar con el tapabocas. Te duele toda tu oreja, te mata. Vamos a decirle... yo salgo de casa a las 05:30 y ya tengo que tener el tapabocas por mí y laburo de seguido hasta las 12 del mediodía. Ahí me quito para comer, esto y aquello. Después, entro a la 1:00 y ahí hasta las 4:00”. (21HA)

El uso del barbijo es una de las recomendaciones que requirió de cierta adaptación en la rutina de las personas.

▶ “La mascarilla nos costó mucho. Porque vino de repente, pues. Nunca usamos ninguna cuestión de esto. Y eso es lo que nos costó más”. (20MA)

Así como fue difícil de adoptar e incorporar a la rutina, paulatinamente, también va siendo abandonada cuando no se percibe como estrictamente necesaria.

▶ “No sé, capaz que el uso de tapabocas lo que algunas veces entre familiares ya no usamos, verdad”. (10HA)

▶ “Y, el tapabocas [ya estoy dejando de usar tanto]. Y en momentos donde no hay tanta aglomeración de personas, verdad. Ponéle [desde hace] dos meses, por ahí [empecé a usar menos el tapabocas]. Acá [en la despensa] sí, uso de vez en cuando”. (13HA)

Otra recomendación de difícil cumplimiento que destaca una entrevistada, trabajadora del área de la salud, es la de no tocarse la cara. Resulta llamativo que no más personas la hayan mencionado, ya que es una conducta, muchas veces involuntaria, que está estrechamente vinculada con la recomendación del lavado de manos.

▶ “Y, [me cuido con] todos los recaudos. Nosotros somos maníacos, luego. De todo lo que dan, lo de tocarse los ojos y el cabello es lo único que yo no podía respetar. No sé, te da un tic... me tocaba todo... [Me decían:] ‘no vayas a tocarte’ y yo más me tocaba”. (8MA)

La cercanía y el contacto físico con personas externas al núcleo de convivencia también cambiaron y necesitaron de cierto tiempo de adaptación.

▶ “Al principio [me resultaba difícil cumplir con] el saludo, quedarte ahí nomás”. (5MA)

▶ “Nos saludamos así desde lejos. No con besos, ni nada. Ni con abrazos. Rarísimo es, porque nosotros somos gente que nos saludamos con beso, con abrazos, y eso, pero eso se terminó”. (2MAM)

Finalmente, una minoría muy pequeña no menciona adoptar cuidados en su vida diaria y parece negar la “nueva normalidad” que les fue impuesta.

▶ “Parece que ni existe el coronavirus. Ni existe... o sea, en nuestra casa donde estamos ahora”. (6MA)

En cuanto al uso de transporte público, resulta difícil hacer generalizaciones, ya que el tipo de movilidad escogida depende de otros factores además de la voluntad personal. En algunos casos, su utilización se redujo a causa del desempleo o de la falta de actividades sociales y, en otros casos, no se vio afectado, pues es el único medio de transporte al que tienen acceso.

Algunas personas dejaron de usar el transporte público o lo usan menos por elección, ya que reconocen el riesgo que implica la aglomeración de personas que ocurre al interior de los buses. En esos casos, las personas salen menos o buscan otros medios de transporte.

▶ “Legalmente, nosotros no usamos [transporte público]. No. Solamente Uber y nos pasan a buscar, porque yo miraba y estaban todos llenos. Y todos sin cuidarse. Le tengo miedo luego. No por mí, sino porque yo tengo sobrinos. Y mis sobrinos son mi preocupación”. (BMA)

▶ “Él tiene su moto. Entonces en moto se iba él. Y a mí, al menos, no me dejaba irme al súper. Y ahora que estoy embarazada tampoco no me quiere dejar ir”. (22MA)

Las compras se realizan, en general, con normalidad, aunque incorporando los protocolos sanitarios de cada establecimiento. En algunos casos, se redujo la cantidad de visitas y aumentó el volumen de compras de una vez, buscando así reducir el contacto con personas extrañas. Sin embargo, esa tendencia fue regularizándose con el transcurso de los meses.

▶ “[...] Y el tema del súper, me iba solamente yo. Solamente yo y con todas las precauciones, con todo lo que se podía, más o menos una vez por semana. Ahora lo que a lo mejor son dos veces por semana, ya ahora que se abrió más”. (18HA)

El factor económico también influyó en la frecuencia de las visitas al supermercado, mercado o almacén. La siguiente entrevistada comentó que debían hacer las compras frecuentemente, porque, además de ser una familia numerosa, contaban con poca cantidad de dinero y así no podían comprar con anticipación.

▶ “Y, la verdad que mi hermana [es] la que salía así [a hacer las compras] cuando no había más nada. Porque es difícil no salir porque tenés que comer. Y ella se iba, pero llevaba su tapabocas, alcohol, todo. Y, ponele que dos veces al día nos íbamos [...]. Porque [siempre andamos con] lo justo. [Para comprar] lo que faltaba nomás era”. (20MA)

Nuevas prácticas de higiene y organización dentro del hogar

Las prácticas de higiene y limpieza también cambiaron al interior de los hogares. Se han establecido nuevas rutinas como la desinfección y el lavado de manos al ingresar a la casa, la no manipulación de la vestimenta utilizada en exteriores, la desinfección de las compras, entre otras.

En algunos casos, la “nueva normalidad” inclusive derivó en una nueva conformación de los hogares. La situación económica generada por la pandemia también hizo que muchos jóvenes y adultos independizados salieran de sus hogares de alquiler y volvieran a vivir con sus padres, mientras que otros se separaron de su núcleo anterior por tener algún factor de riesgo o tuvieron familiares que se mudaron a otro núcleo donde hay mayor aislamiento social.

▶ “En este momento, ahora mismo no, porque mi mamá me está ayudando por mi situación. Porque viste que ya es grandecito, hay que estimularle todos los días y también por el hecho de que yo estoy trabajando con mi marido. Diariamente estoy en contacto con gente y mi hijo, así como me estabas preguntando hace rato, él es también vulnerable. Entonces yo no quiero también que él tenga contacto tanto conmigo ahora en esta situación. Y como que él es especial... tiene microcefalia”. (5MA)

Así también, las prácticas de cuidado llevaron a una reorganización de las tareas. En el caso de las familias que buscaron limitar el uso de transporte público, esto supone esperas, planificación y nuevas responsabilidades.

▶ “Yo, las veces que me voy al hospital tengo que esperar que mi marido pida permiso para que él me lleve. Y si vamos a hacer las compras, yo me tengo que ir con él, porque él no quiere que nos subamos en el colectivo”. (12MA)

En los hogares donde hay personas de algún grupo de riesgo, las tareas se dividieron de manera que estas no necesitaran salir de la casa.

▶ “Y desde que empezó realmente nosotros nos encargamos de llevar, comprar lo que necesitaban para que ellos no salgan ni siquiera a la esquina de la despensa. Y hasta ahora mantenemos así, para que ellos

se queden tranquilos y nosotros ponemos el pecho. Resguardados, sí. Porque son personas adultas, pues”. (5MA)

La pandemia también supuso nuevos retos para las mujeres. En el hogar aumentaron las cargas de cuidado de niños, niñas y adolescentes a raíz del cierre de escuelas y centros de cuidado infantil. La permanencia de los niños en casa se sumó a otras dificultades como el cierre de instituciones públicas y privadas, nuevos horarios de atención, una mayor lentitud por estar operando a media capacidad, el temor a usar el transporte público y la prohibición de ingreso de niños y adolescentes a ciertos establecimientos.

Trabajo

Entre los entrevistados y entrevistadas que mencionaron sus ocupaciones se encuentran amas de casa, comerciantes, despenseros, artesanas, profesionales independientes, trabajadoras domésticas, personal de limpieza, operadores de depósito, carpinteros, entre otros.

Aproximadamente la mitad de los entrevistados ha sufrido la pérdida de ingresos familiares a causa de la pandemia. Debemos recordar que las poblaciones cubiertas por las USF son generalmente de bajos recursos y cuentan con pocos años de educación formal y con empleos precarizados, ya sean por cuenta propia o en relación de dependencia (Zavattiero, 2018). Si bien muchos trabajadores, principalmente los cuentapropistas, continuaron trabajando durante las diferentes fases de la cuarentena, su actividad se vio limitada por el bajo movimiento comercial a causa de la depresión económica. Algunos trabajadores en relación de dependencia enfrentaron suspensiones laborales o despidos.

► “Yo antes trabajaba de empleada doméstica. Y desde ahí ya no trabajo más. Me quedo nomás en mi casa, trabajo en mi huerta y así. Tengo así [algunos ingresos]... vendiendo gallinas, huevos y eso. Él [mi marido] tiene trabajo, pero no es tampoco así efectivo. Él se va y trabaja en el

Chaco haciendo alambrados y eso, limpieza. Cuando eso se termina, él ya viene a casa y no hay más ingresos. Estoy haciendo eso [cuidando mi huerta] y cuido a mis pollitos, que tengo muchos. Y eso es lo que hago”. (2MAM)

Quienes no perdieron su empleo se consideran afortunados y son conscientes de la situación socioeconómica que atraviesa el país; sus respuestas iban acompañadas casi sin excepción de un “gracias a Dios”. Por otro lado, quienes vieron sus ingresos afectados tuvieron que encontrar nuevas formas de generarlos, ya sea acudiendo a la solidaridad o a los programas de protección social o muchos, como en el caso de este entrevistado, “improvisando” un nuevo negocio:

► “Nosotros trabajábamos en una escuela, estábamos en la parte de la cantina. Entonces, este año no hubo movimiento. Y tuvimos que improvisar un pequeño negocio en mi casa y gracias a Dios demasiado bien nos fue. La gente hacía su pedido [de comida], venía a retirar y en algunos casos nosotros también entregábamos. [...] Y con el tema de que tenemos nuestro laburo acá también de venta de comidas; los lunes, martes y jueves sí o sí. Todos los días sin falta nos íbamos al mercado para reponer nuestras cosas. Y, al principio, sí. No había nada de ventas. La gente tenía mucho miedo, que ni quería salir de sus casas. Pero ahora sí empiezan a venir, con los cuidados”. (18HA)

Al momento de la realización de las entrevistas, muchas familias se encontraban transicionando hacia una mayor apertura social y económica, no obstante, el principal, y para muchas familias, único motivo para salir de la casa seguía siendo el laboral.

Los protocolos sanitarios han sido adoptados en los diferentes lugares de trabajo, tanto en empresas grandes como en los pequeños emprendimientos.

▶ “Solamente una ventanita se abre y a través de eso. Se desinfecta cada persona que viene y cuando sale otra vez. [...] Si no vienen con tapabocas, les decimos luego que no les atendemos. Tenemos luego un enlace de WhatsApp que les enviamos a nuestros clientes que les pedimos que traigan tapabocas y que mantengan distancia”. (18HA)

▶ “Mi señora lo que sale sí o sí porque se va a su trabajo. Que ahí tienen todo también sus protocolos ellos... Ella trabaja acá cerca en una empresa, donde se hace zapatón. Son empresas grandes, luego”. (17HA)

Encuentros familiares

Ante la imposibilidad de visitar a la familia, ya sea por obligación durante la cuarentena total, o por elección luego de su flexibilización, muchas personas recurrieron a la tecnología para mantenerse en contacto con sus familiares.

▶ “Y nosotros, por ejemplo, tomamos los recaudos. No les veo hace 7 meses. Y si les veo, es solamente por videollamada. Nosotros –porque todos somos de salud– no nos vemos. Ni siquiera a mis abuelos nosotros no les vemos. Respetamos muchísimo”. (8MA)

La familia es el segundo motivo para salir de casa luego del laboral. El recibir o hacer visitas fuera del núcleo del hogar ha sido una de las primeras actividades sociales que se reanudaron a partir de la flexibilización de la cuarentena.

▶ “Y, el distanciamiento [cambió la vida] digo yo. Porque estamos más encerrados, más... ahora recién empiezo a tener contacto otra vez con mis suegros, porque son personas adultas, y creo que ahora recién vamos a ir reiniciando todo otra vez. Totalmente apartados antes”. (5MA)

En algunos casos, se han formado nuevos núcleos con familiares que no conviven en la misma casa. La práctica de medidas de cuidado puede o no estar presente en estos encuentros familiares que se van reanudando.

▶ “Mi hija nomás está. Mis hijos, los otros, ellos ya son independientes. Pero vienen, me visitan. Pero nunca ellos entran ahí donde está la hermana que es enferma. Vienen y en el patio nomás nos recibimos todos, y ahí ellos mismos luego previenen las cosas. Ellos mismos. Porque nosotros somos mayores de edad. Y hay una enferma. Ellos mismos, luego. El que más viene es mi hijo que trabaja luego cerca de mí. Entonces siempre viene y me saluda, se va a su trabajo, y de su trabajo ya a su casa. Él es el que más viene. Ese que está más cerca mío. El otro siempre viene, pero eso fue ya hace 15 días. El otro que está más lejos”. (9MAM)

No poder ver a la familia significó un gran desafío emocional para los entrevistados, especialmente para aquellos que tienen familiares en diferentes localidades del país o en el exterior. Con las fiestas de fin de año acercándose, momento que tradicionalmente se aprovecha para visitar a los parientes, existía cierta incertidumbre sobre la posibilidad o no de encontrarse con ellos. También se enfrentaban al dilema de decidir si hacerlo era o no lo correcto, por la situación sanitaria.

▶ “Yo lo que calculo ahora es que la gente está diciendo que no habrá otra vez colectivos para el interior a partir del 20 [de diciembre] [...]. Yo no quiero más que eso pase porque ya es doloroso que sea fin de año y no puedas visitar a tu padre, a tu madre. Los que trabajan en la ciudad. Yo soy de Caaguazú; hace seis años estoy por acá, por Asunción. Tengo dos hermanas, dos hermanos, y nosotros a fin de año nomás nos vamos. Tenemos nuestro vehículo que, si queremos, vamos a ir. Pero no da gusto ir si no está en condiciones. Que dicen que se va a cerrar, que no habrá colectivo...”. (36HA)

Encuentros sociales y actividades de ocio

Durante la pandemia se vieron severamente afectadas las actividades de ocio y esparcimiento. Muchos de los entrevistados aún no habían tenido encuentros sociales o habían realizado sus primeros encuentros durante el mes de octubre.

▶ **“O sea que ahora recién, sí. Salgo, de repente. Ahora, después de 8 meses, por ejemplo, la vez pasada me encontré con mis amigos. El sábado pasado. Después de la pandemia. O sea, 8... casi 9 meses”. (17HA)**

En general, entre los que afirman haber acatado las normas de aislamiento y distanciamiento, los encuentros en ese momento se dieron con la implementación de algunas medidas de cuidado.

▶ **“Siempre con tapabocas. O sea, nos desinfectamos... estamos ahí, solamente cuando estamos todos juntos, tipo para charlar, nos separamos un poquito, y cuando sabemos que alguien se está acercando mucho, le decimos: ‘alejate un poquito’, porque no podemos confiar del todo todavía”. (19HAD)**

En dos casos aislados, la pandemia no afectó la decisión de realizar encuentros sociales sin los cuidados sanitarios. Por ejemplo, la entrevistada 6MA afirmó no haber seguido ninguna de las recomendaciones: “realmente por acá no tengo amigos porque casi recién me acabé de mudar a lo de mi suegra. Antes vivía en la casa de una amiga y ahí venían nuestros amigos a tomar tereré los fines de semana”.

Una entrevistada que tiene a su cargo una despensa, lo cual le permite tener un panorama de las preferencias de sus clientes en cuanto al consumo de alcohol en la zona, comenta que observa cambios, inclusive en algunos encuentros donde media el alcohol.

► “Toman, así como siempre, [como] antes de la pandemia luego. Pero lo normal. El compartir lo que no se ve mucho, el querer compartir boca con boca la botella ya... ‘No, con botella chica nomás’, te dicen ‘porque estamos muchos, para no compartir’. Entonces se reúnen mucho, pero toman en la botellita chica”. (11MA)

El deporte es otra de las prácticas de ocio que se vieron afectadas por la pandemia y que en algunos casos se estaba reanudando al momento del estudio. Los deseos de volver a realizar un deporte y socializar en ese espacio colisionan con el miedo al contagio.

► “Solía jugar vóley y ahora ya no. Ya no me iba más a la cancha. De repente se pide [volver a jugar vóley], pero tienen miedo... y por eso”. (3MA)

► “La parte deportiva nosotros dejamos de lado. Hasta ahora, luego. Hace poco estamos empezando otra vez. Y hace un mes, no... dos meses que se abrieron los gimnasios”. (8MA)

Volver a las plazas todavía está en duda para varios entrevistados, sin embargo, ante el aburrimiento que genera la ausencia de otras actividades de ocio, muchas personas están volviendo a visitar los espacios públicos.

► “Nosotros en casa nomás luego estamos siempre. Pero luego llega sábado o domingo y nos vamos a la plaza. Pero no hay tanta gente para alterarnos por ahí. Porque todo el día en casa pues, nos aburrimos también. Y si salimos, hay que cuidarnos nomás también”. (6MA)

Finalmente, se encuentran las prácticas religiosas, que durante meses se llevaron a cabo desde el hogar.

▶ “En casa tengo mis santos, les prendo vela y rezamos ahí”. (40MA)

Inclusive cuando se reiniciaron estas celebraciones, algunas personas optaron por no concurrir:

▶ “[A] la misa tampoco no nos vamos. Aparte [de] que todo un protocolo es ahora irte a la misa. Que tenés que pedir turno y todo eso. Y nos evitamos nomás eso y no nos vamos”. (22MA)

Cuidado de la propia salud

Durante la pandemia, la salud se ha revalorizado y reconocido como importante. Junto con las nuevas pautas de cuidado, algunos entrevistados comentan sobre otros cuidados de la salud que practican en su vida diaria y que complementan su estrategia contra el COVID-19. Entre estas prácticas se encuentran la alimentación saludable, no fumar, no beber alcohol, no dejar que los niños consuman bebidas azucaradas y fomentar el consumo de frutas o vitaminas.

Al mismo tiempo, la situación ha obligado a postergar o dejar de acudir a los controles de salud propios o de los hijos/as. Ya sea por precaución propia o por indicación de terceros, muchos prefirieron “quedarse en casa”.

▶ “Y ya hace poco tuvimos que asistir para preguntar si... porque mi hija no había tenido ni una consulta desde que nació, por recomendaciones mismo de las personas de salud. Y después les llevamos a mostrar porque tenía que también aplicarse sus vacunas. Entonces aprovechamos esa oportunidad para preguntarle a la doctora si qué podíamos hacer, algunas recomendaciones y así”. (18HA)

▶ “Especialmente, a las embarazadas no las atienden bien porque tienen miedo y las embarazadas tampoco quieren venir acá”. (3MA)

En los meses anteriores a octubre parecía haber cierto temor a asistir a los hospitales y centros de salud. Esto hizo que las personas no renovaran sus prescripciones o interrumpieran sus tratamientos, arriesgándose a tener complicaciones. No obstante, muchas consultas postergadas parecen ir regularizándose.

► “Y yo no tomaba todos los días [el medicamento]. El mío pues de 5 nomás es. [...] Y a veces mi mamá también me daba. Mi papá toma enalapril y mi mamá toma atenolol. Y mi papá me daba. Mi hermano también retiraba a veces y me daba. Porque yo no sé si realmente casi no me fui... yo, en esta época, me voy otra vez acá. Porque mi hermano me decía ‘no se vayan en los hospitales’. Tengo un hermano que le decía a mamá, no te vayas a ir mamá porque si vos te vas ahí te van a matar. Y entonces yo no me llegué a ir”. (34MA)

Ninguno de los entrevistados ha tomado medicamentos farmacéuticos como profilácticos o tratamientos contra el COVID-19. Sin embargo, casi la totalidad de los entrevistados mencionaron consumir remedios naturales habitualmente. En ese sentido, existe un gran abanico de opciones, entre las cuales destacan hojas de guayaba, de eucalipto, de mamón y hierbas naturales como cedrón, *kapi'i kati*, *jaguarete ka'a* y *menta'i* que se utilizan en el mate o tereré.

Ninguno menciona que los remedios naturales sean indicados específicamente para el COVID-19. La mayoría los consumía habitualmente antes de la pandemia y sus prácticas en al respecto no han cambiado; más bien, se reconocen como una opción para levantar las defensas o tratar los síntomas gripales.

► “Y nosotros, si no se va esa fiebre, ¿qué hacemos? Machacamos bien el mamón *rogué* [hojas de mamón] [...] y mezclás con cedrón *kapi'i* y un poquito le das al que tiene mucha fiebre. No se hierva. Así nomás, como agua, un poquito le das de tomar y a la tardecita, le esparcís por

acá completo, le bañás con eso. Y para que veas lo que vale, a la noche... ¡Se moja! Agua. Le sale toda la fiebre. Y a la mañana le ves completamente sano”. (1MA)

Varios entrevistados mencionan la importancia de la vitamina C en este contexto sanitario. Una persona la tiene en cuenta y ha reforzado el consumo de cítricos en su familia. Otros recurren a suplementos vitamínicos; una madre afirma que, a partir de la pandemia, ella y sus hijos han empezado a consumirlos.

4.3. Demandas

Lo que reclaman los y las usuarios/as de las USF a las mismas y al Gobierno en contexto de pandemia por el COVID-19 no solo se explica por el impacto social y económico de esta en la vida de las personas, también revela impresiones y percepciones previas sobre el rol de las USF, de otras instituciones públicas y del Gobierno, así como la visión del acceso a la salud como un derecho. Además, evidencia creencias que se construyen desde lo colectivo y lo individual, a partir de prácticas anteriores, conocimientos y acceso a la información.

Nada que demandar al sistema de salud: porque “siempre estuvo mal” o porque “tienen todo”

En Paraguay, el acceso a la salud muestra brechas e inequidades históricas: cobertura limitada, alto gasto de bolsillo, porcentaje mínimo de la población con acceso a protección social (Gómez y Guillén, 2018; Serafini, 2020). En ese aspecto, para algunos usuarios de las USF entrevistados, antes de la pandemia el acceso a la salud ya estaba limitado, ya no respondía a las necesidades de la población.

Por lo tanto, si ya había desabastecimiento en los hospitales y en los centros de salud, no se puede culpar al coronavirus de la precarización y las carencias en el sistema de salud.

► “No creo que sea por el tema del coronavirus que no haya remedios”.
(31MA)

Esta percepción coincide con informes que muestran que el sistema de salud viene arrastrando déficits presupuestarios desde hace varios años (Martín y Lima, 2020).

Además, si el sistema de salud no responde a las necesidades de la población, esta muestra escasa confianza en cuanto a posibles cambios y, por lo tanto, piensa que no tiene sentido realizar demandas, porque no cree que la situación de la salud vaya a mejorar después de la pandemia.

► “[...] No hay remedios, no hay nada. Ni siquiera esos asegurados no tienen remedios y ni qué decir nosotros que no tenemos seguro”. (31MA)

En el otro extremo, están quienes afirman que todo está bien, especialmente en las USF, que reciben la atención y los insumos necesarios. Entonces, si todo está bien, claramente no es necesario realizar reclamos: tres entrevistadas *agradecen* lo que reciben.

En cuanto *a todo*, al referirse a las USF, principalmente señalan la presencia y “la bondad” de médicos y especialistas, así como la buena y rápida atención. La frase “son personas muy buenas” fue expresada por cuatro mujeres.

► “Ellos son buenos. Porque por lo menos te dan remedios para [la] presión, siempre. [...] Muchas cosas te dan”. (9MAM)

También están los y las usuarios/as que solo dicen “nada que reclamar”, sin dar muchas explicaciones. Queda la duda de si es porque no necesitan, porque reciben lo que esperan o no saben qué esperar, o porque creen que no tendrá efecto.

Usuarios perciben a las USF como importantes, pero que deben mejorar

Teniendo presente el rol de la USF de atención y prevención temprana, diagnóstico oportuno y seguimiento de los pacientes en un territorio definido que permita fácil acceso a las personas, 18 usuarios/as entrevistados opinan que “a mucha gente está ayudando (5MA)”, porque llega a la gente, cuentan con especialistas que son valorados y el personal de salud va a las casas, están cerca, brindan atención rápida, cumplen con su función –siendo vacunación y visitas domiciliarias las más mencionadas– y es el primer lugar al que acuden si se sienten enfermos. También perciben que el Estado llega a través de las USF a las personas.

▶ “[...] Para mí es demasiado importante. Yo he visto personas adultas [a las] que [...] les costaba muchísimo llegar hasta ese lugar o hasta un Centro de Salud y ellos vinieron a atenderles en su casa. [...] Para mí que eso es demasiado grande, demasiado importante. Por eso valoro muchísimo lo que es la USF”. (18HA)

▶ “Sirven cuando entran a la comunidad y hacen las atenciones. [...] cuando entran a mi comunidad ya es positivo [por]que yo sé que trabajan bien”. (3MA)

Algunas personas consideran que si no están las USF, no hay nada más, no tienen otras alternativas en la comunidad. Pero las mismas no cuentan con todos los recursos necesarios para brindar la atención a la población: “solos acá ellos tampoco pueden” (29MA). Inclusive, cuentan con pocos medicamentos: “no se les hace caso a ellos” (31MA). Además, falta mejo-

rar la infraestructura. Y cinco usuarios/as reclaman una mejor atención de parte de los profesionales.

► “[Deberían contar con] por lo menos lo básico. Porque a veces de repente venís con una enfermedad fuerte ya y te mandan a otro lado. Porque son pocas cosas pues lo que tienen acá. Y por lo menos lo necesario te tratan de ayudar, hasta donde se pueda. Cuando no se puede más, te mandan ya a otro lado. [...]”. (17HA)

Tres hombres reportaron no utilizar la USF (están acompañando a sus esposas e hijos/as), o es la primera vez que acuden, por lo tanto, manifiestan desconocer en parte las funciones y la atención que ofrecen las USF.

Medidas tomadas por las USF durante la pandemia por COVID-19

Durante la pandemia por COVID-19, la atención en las USF y las visitas a las casas se limitaron, los y las usuarios/as vieron esto como medidas de precaución y temor al contagio.

► “[...] la gente de salud no visita más la comunidad, porque algunos no saben si ellos ya tienen el virus [...]”. (3MA9).

Cumpliendo con el protocolo que estableció límites para la atención de los/as pacientes (MSPBS/DAPS, 25 de marzo de 2020), siete usuarios mencionaron que agendaron y realizaron citas para las atenciones, incluso para solicitar las visitas domiciliarias.

► “[...] No sé si por una cuestión de precaución o por disposición de arriba, por ejemplo, en esta pandemia bajó el porcentaje de atención. [...] No sé si porque les obligaron a ellos [...] Después también nos enteramos [de] que hubo contagiados entre los que trabajaban ahí, y tuvieron que alternar. Algunas veces venían, algunas veces, no”. (10HA)

En cuanto al cumplimiento de las medidas de prevención, algunos usuarios mencionaron que en las USF se aplicaron todas las medidas durante la cuarentena total y se siguen aplicando: “obligatoriamente con tapabocas. Sin tapabocas no atendían. Se les mandaba otra vez de vuelta” (31MA). Aunque también hubo quien señaló el no uso de tapabocas por parte de algunas personas. “O sea, hay gente que se junta allá en la esquina y ellos no usan. Estaría bueno que ellos [agentes de las USF] les den” (29MA).

Algunos usuarios consideran que lo que funcionó durante la cuarentena por la pandemia, no fue que las USF tenían condiciones para la atención de la población cumpliendo con los protocolos, sino que poca gente fue a consultar, lo cual facilitó aplicar medidas como distanciamiento, verificar el lavado de manos y uso de tapabocas.

4.3.1. Principales demandas a las USF

Asumiendo el contexto del país, el impacto de la crisis sanitaria y económica en la vida de las personas, las percepciones sobre el rol que cumplen las USF –que en algunos casos no se corresponden con sus funciones– y las limitaciones señaladas, en general, los y las usuarios/as ven necesario que las mismas mejoren. Entre las principales demandas planteadas se encuentran acceso a medicamentos, contar con más profesionales y especializaciones, mejorar y ampliar la infraestructura para poder contar con una mejor atención, y medios de traslado.

Medicamentos

Teniendo presente que ya antes de la pandemia por COVID-19 la compra de medicamentos y los estudios estaban entre los principales gastos de bolsillo de una parte de la población que realiza consultas médicas (Zavattiero, 2018), esta situación se agudizó aún más durante la crisis sanitaria. Por lo tanto, la dotación de medicamentos a las USF para que puedan acceder a los mismos aparece como una de las primeras demandas, planteada por 12 entrevistados, “[...] Porque a veces ni Kitadol no había” (34MA); así

como los estudios, “por ejemplo radiografías, resonancia, yo creo que esas cosas son caras ya, pero que si había acá se le iba a dar buen uso” (35HA).

Algunos usuarios señalaron que ocasionalmente consiguen medicamentos, mientras que a menudo –la mayoría de las veces, sobre todo a fin de mes– ya tienen que comprar. También indicaron que los mismos son caros y en algunos casos –casi siempre–, no tienen posibilidad de adquirirlos. Si se tiene presente que la población que más utiliza las USF es parte de la población más vulnerable, que se encuentra dentro de la franja de pobreza, en la cuarentena, ante la pérdida de trabajos o recortes de salarios, la situación se agravó.



“De dónde voy a sacar para comprar remedios [...] no voy a poder comprar porque no tengo [...]. [...] No sé qué pasa. Pero a fin de mes nomás viene el remedio y solamente viene un día y después al otro día ya no hay más remedios”. (31MA)

Entre los insumos y necesidades específicas mencionadas debido al contexto de la pandemia por COVID-19, están los tapabocas y el alcohol en gel: “con este virus hay que tener de todo” (20MA).

Recursos humanos

En cuanto a la demanda recursos humanos, es importante recordar que una USF estándar debería contar con un médico, una licenciada, auxiliar o técnico en enfermería u obstetricia y agentes comunitarios y, en algunos casos, un personal de odontología. El tipo de especialistas responde a las características del tipo de establecimiento y al rol específico que cumple dentro del SNS, de promoción y prevención. Por lo tanto, las demandas se deben comprender en el marco de un contexto de limitadas ofertas para el acceso a la salud, que la pandemia solo vino a profundizar.

Aproximadamente un tercio de los y las usuarios requieren poder contar con más especialistas (entre los mencionados están odontólogos, pe-

diatras, ginecólogos, clínicos, nutricionistas, fisioterapeutas). Igualmente, piden contar con atención todos los días: “[...] a veces vienen y a veces no, tiene sus días (24MA)”, y extender el horario de atención –algunos piden que haya atención las 24 horas– lo cual necesariamente requeriría de más profesionales. Con respecto al horario, se debe mencionar que en las USF estándar y satélite, el horario establecido para la atención es de 7:00 a 15:00, de lunes a viernes (MSPBS, 2016).

► “El horario podría mejorar. Necesitamos médicos que trabajen las 24 horas [...] porque se puede, ampliando. Ahí el Estado puede construir más [...] consultorios. Ahí necesitamos pediatras, clínicos, muchas cosas”. (11MA; 12MA)

► “[...] Pero cada uno tiene que tener un doctor con quien va a hablar. Ese es el problema. Porque uno va a querer hablar con el médico y te dicen que está ocupado o que no está [...]”. (32HAM)

La falta de recursos humanos fue vista como una limitación durante la cuarentena por COVID-19: “[...] difícilmente que se vayan casa por casa a preguntar. Pero una vez acercado, te hacen el seguimiento” (35HA).

Infraestructura

Mejorar la infraestructura para responder a todas las necesidades y el tamaño para contar con más espacio fueron sugerencias propuestas por algunos usuarios. Asimismo, plantearon la posibilidad de contar con un local propio, ya que en varias zonas del país las USF comparten espacio con Puestos de Salud (por lo que algunos entrevistados siguen nominando a las USF como Puestos de Salud), o están ubicadas en propiedades prestadas, que limitan la posibilidad de invertir en mejoras (14HA; 9MAM).

▶ “No tenemos sillas, no hay mesas. Nada no hay acá. No hay condiciones. Arreglar los baños. Porque vos te vas a los baños y están un desastre”. (31MA)

▶ “[...] como es chico, salen todos afuera a atender”. (15HAM)

La falta de inversión para mejorar las condiciones de la infraestructura de algunas USF en algunos lugares es subsanada por la misma población, que realiza actividades para recabar fondos que se invierten en mejoras de las USF. Esto, en cierta medida, muestra ausencia del Estado para responder a las demandas de salud.

▶ “Ayudar siempre. Cualquier actividad que haya acá en este Puesto de Salud siempre ayudamos, siempre colaboramos. Acá se hicieron muchas actividades. Y conste que era chiquitito. Se hicieron actividades: polladas, hamburgueseadas. Tienen ahí una cajita donde vos podés aportar tu granito de arena, siempre se aportó. [...] Y gracias a eso esto se levantó muchísimo”.

“[Esas actividades ayudan] a la infraestructura. Todas las comodidades que hay ahora. Porque anteriormente no había tanta comodidad como ahora. Porque era chico, se encimaban todos. Prácticamente este [espacio] nomás era”. (17HA)

Medio de traslado

Una demanda planteada por cuatro usuarios, que sobrepasa las funciones y el tipo de servicios que brinda una USF, es la de disponer de un medio de transporte-ambulancia. Si bien no está contemplado que las USF tengan ambulancia propia, en caso de necesidad deberían poder contar con el apoyo de la red de transporte del SNS que les garantice una ambulancia de traslado. “Una buena ambulancia es lo que falta en este momento (15HAM)”, para poder trasladar a las personas que necesitan ser derivadas

a otros centros de mayor complejidad. Esta petición se da a partir de casos de urgencias, que ya no pueden ser atendidos en una USF y requieren traslados de las personas a centros de mayor complejidad, lo que indica un reclamo a las instituciones públicas que deben responder a esta necesidad.

▶ “[...] entonces cuando no tenés móvil para irte de repente en urgencias [...] Entonces siempre pienso. [...] una camioneta que tenga algo para que te traslade. Alguna ambulancia o algo... Se necesita”. (17HA).

Acceso a información: demanda específica en contexto de pandemia por COVID-19

Brindar información sobre prevención de enfermedades y realizar charlas educativas de promoción de la salud forman parte de las funciones de las USF, no solo en situación de crisis sanitaria. En ese sentido, en el contexto de pandemia por COVID-19, algunos usuarios señalaron que sí recibieron alguna información, que se realizaron campañas, incluso mencionaron un número telefónico a través del cual podían comunicarse con el personal de salud, al mismo tiempo, pusieron énfasis en la necesidad de contar con más información.

▶ “Cuando nos íbamos a consultar, nos daban tipo una charla y nos informaban de las cosas que tenemos que hacer. Cómo se contagia y las actividades que tenemos que realizar para evitar el contagio [...]”. (19HAD)

▶ “[...] el personal de enfermería hace más charlas, orientación, todo eso. Y yo creo que eso también le despierta más a la gente. [...] Entonces, a través de eso también ellos orientan, pues. [...] Yo creo que es algo que cambió muchísimo, el tema de los cuidados”. (16MA)

Otros usuarios manifestaron desconocer si durante la pandemia por COVID-19 desde las USF se brindó información sobre el virus, modos de contagio y medidas que se tenían que tomar para prevenir: “[...] yo no sé si dieron, [...] pero seguro que sí dieron todo (20MA)”.

Llama la atención que solo una usuaria mencionó los letreros, teniendo en cuenta que el protocolo para el manejo en las USF hace referencia a colocación de información visual (carteles) en lugares estratégicos en el acceso de la USF para que la población pueda visualizar el circuito diferenciado para las personas con IRA (MSPBS/DAPS, 25 de marzo de 2020).

► “Están haciendo [...]. Así, con letreros, hablando... allá en el fondo. [...] para llegar a más gente... poner letreros únicamente... porque viste que nosotros nos fijamos y a veces nos olvidamos y vemos y [decimos] ‘ah, cierto’...”. (5MA)

4.3.1. Principales demandas al Gobierno nacional

La crisis sanitaria y económica que produjo la pandemia también genera demandas dirigidas al Gobierno. Para algunos entrevistados, las cosas definitivamente “retrocedieron o empeoraron” (20MA). Siete personas manifestaron que “Nada mejoró”.

► “Porque muchos despidos hay. [...] Y si el Gobierno sigue así, creo que vamos a irnos peor. Porque yo no veo ninguna mejoría económicamente. Porque ellos, según que ayudaban a los pobres, pero [...] a gente que realmente no necesitaba, se le dio”. (12MA)

Dos personas hicieron referencia al presidente de la República, a quien ven con poca capacidad para resolver la situación, inclusive creen que no tiene interés en ayudar a la gente que necesita.

▶ “Parece que está durmiendo. [...] que a él no le importa luego nada. No solamente esta pandemia. [...], no le interesa nada de nada. Para el Gobierno creo que nosotros tenemos que ayudarnos para poder salir adelante y para estar bien sanos, lavándonos las manos y cuidándonos”. (16MA)

▶ “[...] nada no hace nuestro presidente. No tiene mando. [...] Y qué vamos a hacer, no anda el presidente. No le podemos pedir nada o mandarle a hacer”. (32HAM)

A partir del mes de abril, los medios de comunicación empiezan a publicar denuncias sobre temas de corrupción relacionados principalmente con la adquisición de insumos hospitalarios. Desde el mes de mayo, varias organizaciones y grupos sociales realizan manifestaciones o sacan comunicados para denunciar y exigir transparencia en los procesos licitatorios para la compra de insumos sanitarios y equipamientos. Estos hechos ponen en duda las acciones del Gobierno en la lucha contra el coronavirus y algunos de los entrevistados señalan que no se realizaron las inversiones necesarias y que los fondos para salud fueron a parar en manos de políticos.

▶ “Ni vienen a mirar cómo estamos. Son todos unos bandidos. [...] Toda la plata que viene se roba. Dicen que es para los pobres”. (32HAM)

▶ “[...] O sea, yo he visto y escuché, tengo una versión en cuanto a los insumos, las licitaciones de equipamientos. Salió mucho a la luz el alto índice de corrupción que existe dentro de la Salud misma, viniendo de las autoridades. [...] Porque el servicio es para la gente normal. Y el hecho [de] que se haya utilizado esta pandemia para aprovechar, por ejemplo”. (10HA)

▶ “[...] toda la ayuda que va es como una migaja y ellos se beneficiaron otra vez, agarrándose de la necesidad del pobre. [...] muchísimas personas que teniendo recursos recibían la ayuda...”. (34MA)

Por lo tanto, en relación a la pandemia y a la salud en general de la población, para un tercio de las personas entrevistadas, el Gobierno tiene una deuda con el país y la crisis sanitaria solo puso aún más en evidencia el déficit en salud; consecuentemente, las principales demandas al Gobierno son el acceso a la seguridad médica, mejorar la atención y la infraestructura de los centros de salud y las USF; aumentar el número de médicos y el acceso a medicamentos: “[...] si vos sos pobre, la receta es el tema. Comprar el medicamento” (9MAM).

En general, estas demandas al Gobierno no son muy distintas de las dirigidas a las USF.

▶ “Que prioricen la salud. En cuando a infraestructura, medicamentos. Muchas cosas están faltando. Yo creo que los paraguayos eso nomás luego necesitamos. salud y educación. [...] que invirtieran un poco más”. (5MA)

Un entrevistado, para quien el servicio que brinda la USF es importante, plantea como pedido al Gobierno que:

▶ “[...] apoye este tipo de emprendimientos de células de salud. Porque en estas células de salud se están haciendo las cosas bien. Porque acá la gente viene a pie, concurre. Todos somos vecinos. Ahí se le auxilió a una señora que todos le conocemos. Pobladora antigua de acá. Tiene sus cosas positivas. Yo no sé si al Gobierno le causa algún efecto negativo porque se tiene que masificar más, democratizar más. Y seguramente que eso tiene su costo”. (35HA)

También el acceso al seguro médico fue mencionado por un entrevistado. Cabe señalar que la cobertura de seguro médico en el país es baja: 73% de la población no accede a algún tipo de seguro médico y solo 19% tiene cobertura del Instituto de Previsión Social (IPS), que es la más importante (EPHC, 2017-2018), pero –al mismo tiempo– presenta muchos déficits.

▶ “[...] Porque IPS, por ejemplo, mi señora hace 15 años que paga, y a veces hay cosas que vos te vas y no te dan, no tienen. Y eso, por ejemplo, es muy injusto para los que están pagando”. (17HA)

Coincidiendo con observaciones de la OMS (2020) sobre los impactos secundarios de la pandemia en la salud pública –que muestran: el aumento de las tasas de letalidad entre las personas con enfermedades no transmisibles; la demora en el diagnóstico de las enfermedades no transmisibles; el retraso, la insuficiencia o la interrupción de la gestión (tratamiento, rehabilitación, paliación) de las enfermedades no transmisibles; y el aumento de los factores de riesgo conductuales, como el sedentarismo y el aumento del consumo de sustancias nocivas–, algunos entrevistados señalaron la necesidad de prestar atención a las mismas, no solo al COVID-19.

▶ “[...] uno se va por otra enfermedad que no sea COVID en el hospital y no le atienden [...]”. (13HA)

▶ “[...] Que no se olviden de las demás enfermedades. Están muy relegadas todas las demás. Como yo veo, las quejas de atención son sobre los medicamentos y eso, pero para las demás enfermedades. No solo para COVID. [...] Se va la gente a su consulta. [...] no atienden [...]”. (8MA)

▶ “[...] problema de salud que hay más, que tiene la gente que no se está atendiendo por culpa de la pandemia [...]. Especialmente a las embarazadas. No las atienden bien porque tienen miedo, y las embarazadas tampoco quieren venir acá. Tienen miedo”. (3MA)

Para un entrevistado, la pandemia es una oportunidad para mejorar el sistema de salud a largo plazo, teniendo en cuenta los fondos destinados y las inversiones realizadas.

► “[...] termina el COVID y va a entrar el dengue. Puede venir algo peor y nosotros vamos a estar todavía carenciados de cualquier otra cosa. [...] el Gobierno tendría que aprovechar para fortalecer el sistema de salud en cuanto a dar, por ejemplo, más capacidad de atención. [...] Esto se hubiera aprovechado para descentralizar o fortalecer los centros asistenciales que existen, así como este o en el interior. [...] Crear más capacidad para centros asistenciales, especialmente en la parte de atención, [...] apostar más en cuanto a la incorporación de gente de blanco [...]”. (10HA)

Un entrevistado pide que “– aunque sea– cada un mes, por ejemplo, repartan remedios [...]. *Para que la gente no se vaya y se aglomere todo por el presidente*” (26HAD). Esta última expresión no deja de llamar la atención, porque, si bien no de manera explícita, hace referencia a dos temas: por un lado, la salud como un derecho y por el otro, las históricas prácticas prebendarias.

Acceso al trabajo para tener ingresos

El impacto de la crisis generada por la pandemia en la economía de las familias a raíz de la pérdida de trabajo e ingresos se refleja en otra de las principales demandas dirigidas al Gobierno: cinco entrevistadas piden *más trabajo*, que –además– se relaciona con acceso a recursos para conseguir alimentos.

► “Que haya más trabajo. Porque hay mucha gente que no tiene ni para comer”. (24MA)

► “Porque pasamos mucha hambre, [...]. Porque son mucha la gente más pobre que todos, que no trabajan luego”. (9MAM)

Otra problemática que también se evidenció durante la crisis por COVID-19, fue el acceso al agua corriente, al que muchas comunidades y zonas del país no tuvieron, lo cual significó un obstáculo para seguir los protocolos de higiene. En algunos casos, las familias tuvieron que comprar agua, constituyendo un gasto más para las mismas.

► “[...] en mi comunidad [...] ya terminó el agua, y vino esa sequía también. [...] tienen que tomar el agua sucia, porque a veces se lleva y a veces, no [...] Ahora mismo tiene agua mi comunidad [...]. Pero no sé si va a durar porque hay mucha gente”. (3MA)

► “Nos quedamos sin agua varias veces, por eso tenemos tres, cuatro, cinco bidones de agua, de esos que se venden. Porque cuando hace demasiado calor, encima, se va”. (25MAD)

4.4 Expectativas

La incertidumbre ante la crisis económica y el profundo deseo de mejoras imprimen sentido a las expectativas.

En general, el deseo es que durante el 2021 la situación cambie, pero los entrevistados son conscientes de que no será un cambio inmediato, y los cuidados deberán seguir. Frente a este deseo, nueve entrevistados manifestaron preocupación ante el relajo de la población, que podría significar retrocesos e insisten en la necesidad de seguir con las medidas sanitarias: lavado de manos, uso de alcohol, uso de tapabocas y el distanciamiento.

▶ “Yo sueño con un país mejor para mis hijos. Y ojalá que el Gobierno, que la gente que se sienta allá en el poder se ponga las pilas y que le dé un mejor futuro a nuestro país, a los jóvenes. [...] Y me gustaría que las personas que tienen esa oportunidad de hacer algo, que lo hagan. [...] yo creo que con ese patriotismo en el corazón deberían luchar todos los que están en el Gobierno para que mejore, para que le vean a cada paraguayo con una mejor vida”. (18HA)

Un cuarto de los entrevistados exterioriza esperanzas: “va a terminar todo esto y vamos a estar todos bien”; la situación económica mejorará, como el acceso a la salud, al trabajo y a la alimentación; pero hay que ser pacientes y seguir cuidándose” (19HAD). La frase más repetida, dicha por siete personas, es “ojalá que sea mejor”.

▶ “[...] que esto acabe. Lo que todos queremos es eso. Y que podamos estar libres otra vez como antes. Porque eso es lo que más extrañamos. De ser libres y estar haciendo lo que queramos. Porque muchas veces nos cohibimos [...]. Por el tema este del protocolo, la pandemia y todo eso”. (22MA)

Cabe destacar que casi la mitad de los entrevistados cree que en el 2021 todo va a mejorar, más que los que piensan lo contrario; pero, para eso, el COVID-19 tiene que acabar. Esperan una mejor vida y la vacuna es una esperanza, hay optimismo en cuanto a progresos en lo social, lo económico –sobre todo trabajo– y expectativas en cuanto a mejoras en salud, teniendo en cuenta las inversiones realizadas durante el 2020 y los aprendizajes en cuanto a los cuidados logrados en torno a la enfermedad y la población en general; inclusive hay quienes dicen que volverá la normalidad.

▶ “[...] el año que viene... me parece que ya va a ser normal...”. (16MA)

- ▶ “Yo creo que esto va a terminar. Porque según los otros países ya están los que empezaron antes, van terminando. Yo quiero que esto acabe porque mucha gente necesitada hay [...]”. (36HA)
- ▶ “[...] ojalá que Dios mediante ya termine todo esto y que podamos estar bien todos, y que podamos hacer la actividad normal que hacíamos”. (20MA)
- ▶ “Y, en el tema de salud soy optimista. Creo que esto va a terminar al menos en la parte fea. Va a terminar. Vamos a seguir con los cuidados, que es bueno y está bien. Y yo creo que va a ir mejor en la parte de salud. En la parte económica también se ve venir algo mejor. Porque la gente está también deseosa de hacer muchas cosas. [...] De hecho que seguro va a costar porque hay muchas cosas que se vieron afectadas por este paro y también por la sequía que estuvo por acá también. De costar, va a costar; pero creo que una vez que se vaya levantando, se va a levantar a grandes pasos”. (18HA)
- ▶ “[...] por lo menos en cuanto a camas de terapia vamos a tener más. No sabría decirte si se va a invertir o no, pero ojalá. [...] podría decirte en infraestructura que se [mejoró] en el último tiempo, se procuró mucho para que se termine a tiempo...”. (5MA)

Por otra parte, para otro grupo, la incertidumbre genera pocas expectativas de cambio, y superar el impacto de la crisis económica se ve como una cuestión individual.

- ▶ “[...] pienso que cada persona se ingenie para poder salir. Porque si uno se queda en casa encerrado, va a ir mal. Hay que buscar maneras de sobresalir de esta crisis económica cada uno. [...]”. (11MA)

De esta forma, las expectativas para el año 2021 son poco alentadoras, hasta puede que empeore la situación; nueve personas entrevistadas ven escasas probabilidades de mejoras económicas y de acceso a empleos. La recuperación de la crisis económica y social será lenta; incluso creen que los despidos continuarán.

► “Es difícil que se recupere pronto porque demasiadas cosas se perdieron”. (7H)

► “[...] Y, creo que, dentro de todo, nos va a ser un poquito difícil el retomar nuestra economía, porque –como te digo– creo que va a haber muchas deudas. Y creo que la gente no piensa eso... que van a querer volver a ser como antes, sin saber si el año que viene vamos a seguir teniendo esta pandemia o si alguien se quede con el virus y pueda volver a brotar el virus”. (19HAD)

También una entrevistada (16MA) mencionó la deuda que contrajo el Gobierno –préstamo de 1.600 millones UDS para hacer frente a la pandemia– y que habrá que seguir pagando.

Entre esperanza e incertidumbre, los puntos críticos mencionados por los y las usuarios son:

Sistema de salud colapsado. Algunos entrevistados mencionaron como deficiencia la falta de profesionales de la salud, el número de médicos para atender a la población contagiada es escaso, y se empieza a sentir el déficit de atención a otros problemas de salud (8MA; 5MA; 18HA).

► “...por la pandemia [...] incluso los médicos estuvieron enfermos y muchos se han ido también por eso, dieron su vida”. (18HA)

Como dato, cabe mencionar que, en el mes de julio, la cantidad de médicos especialistas en terapia intensiva a nivel país para la atención de pacientes críticos era de 220, a este número se suman unos 700 profesionales

de enfermería¹⁵, sin embargo, también se debe señalar que el número de pacientes en UTI empezó a subir desde el mes de julio. Al mismo tiempo, entre el 13 de marzo y el 30 de noviembre de 2020, 4.970 profesionales de la salud fueron confirmados con COVID-19, lo que corresponde al 6,5% del total de casos confirmados a nivel nacional¹⁶, hecho que también impacta en el servicio hospitalario.

Falta de medicamentos y de atención en los centros de salud. Ambas carencias no se lograrán revertir pronto, si se tiene en cuenta que la pandemia vino a agravar la situación en salud. La impresión de que todo está colapsado de alguna manera evidencia apreciaciones que no son nuevas.

▶ “[...] está todo colapsado y todavía no llegó el pico, yo no sé cómo va a ser cuando llegue el pico, verdad. Porque supuestamente dicen que no se llegó todavía al pico de contagios”. (10HA)

Impactos en la salud mental. El temor, la ansiedad por el aislamiento y la incertidumbre en torno a la enfermedad –que ha generado la pandemia– también están impactando en la salud mental de la población.

▶ “[...] va a haber mucho estrés, mucha depresión”. (8MA)

▶ “[...] acá hay un perjuicio colateral que nadie está teniendo en cuenta. Y yo me doy cuenta en mi sobrino. Perdió el cariño natural. [...] Lo afectivo. Si esto va a diez años, vamos a tener muchísimos problemas [...]. Es una necesidad grande también la necesidad afectiva”. (35HA)

15 “UTI: 220 médicos especialistas a nivel país”, MSPBS, 30 de julio de 2020, <https://www.mspbs.gov.py/portal/21400/uti-220-medicos-especialistas-a-nivel-pais.html>

16 Reporte de situación No. 36 OPS/OMS Paraguay, 27 de noviembre de 2020.

Expectativa de duración. En cuanto a cuánto tiempo más vamos a seguir así, los y las usuarios esperan que termine, y que eso se dé en el 2021. Seis entrevistados creen que está terminando y que sería en los primeros meses del 2021. Otros, en tanto, creen que falta mucho (33MA; 17HA); dos incluso piensan que no va a terminar más, o al menos se tendrá que convivir con la situación indefinidamente, mientras que no exista una cura o una vacuna.

▶ “[...] con esto vamos a seguir por lo menos un año, dos años más, para poder vivir otra vez como nosotros vivíamos antes [...]”. (17HA)

▶ “[...] la pandemia... Yo eso pienso, que va a seguir así el próximo año todavía. Todo el año. Si la gente no se cuida, no va a terminar nunca. Porque la gente pues a veces no se cuida”. (3MA)

▶ “[...] hasta que el Ministerio de Salud diga que ya podemos quedarnos tranquilos de que ya pasó, de que ya estamos libres de esto”. (19HAD)

Algunos creen que se tienen que tomar medidas para lograr que la población tome conciencia y consideran necesario que las autoridades e instituciones públicas (centros de salud, municipalidades, Ministerio de Salud), sigan instando y controlando a las personas que se juntan, que sean más exigentes, que pongan orden porque “tienen el poder (20MA)”.

▶ “Así se van a quedar en casa y... no van a salir tanto. Que le[s] hagan tener miedo. Que le[s] multen a los que salen así por salir nomás. Algunos salen para trabajar, para mantenerse. Pero otros, no. Y son muchos los que están así. Y la gente joven capaz que si se les multa tengan más miedo y se queden en casa”. (6MA)

- ▶ “[...] Creo que es como una obligación de parte de las instituciones”. (19HAD)

También esperan que las USF exijan y controlen a los usuarios.

- ▶ “[...]Que digan que hay que cuidarse y todo. Y con el tema de la mascarilla, más”. (20MA)



5

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Prácticas y percepciones

La pandemia supuso la interrupción de algunas prácticas y la adopción de otras nuevas y, entre estas, se negocian las posibilidades de realizar encuentros familiares y sociales. Algunas de las medidas, como el uso de barbijos y el lavado de manos, tienen mayor efectividad si son implementadas correctamente, mientras que las creencias erróneas pueden limitar aún más las posibilidades de socialización y/o añadir estrés adicional al implementar prácticas que no añaden mucha seguridad a los encuentros.

Es llamativa la preocupación que algunos entrevistados manifiestan en cuanto a la vulnerabilidad de los niños a desarrollar una forma más severa de la enfermedad. En ese sentido, está demostrado que los niños tienden a desarrollar una forma más leve de la infección (Ludvigsson, 2020). Sin embargo, muchos padres y madres anteponen la protección de los niños como

razón principal para implementar los cuidados, no así para ellos mismos u otros integrantes del hogar que sí tendrían una mayor predisposición a padecer una forma severa de la enfermedad.

Otras concepciones erróneas sobre la naturaleza de la enfermedad y las formas de contagio hacen que se tomen medidas innecesarias. Algunas medidas ideadas por las familias y los entrevistados no son efectivas y añaden una carga adicional de estrés al hacer cumplir protocolos excesivos:

► “Y al llegar a casa me desinfecto, me ducho y me aíso de mis padres otra vez”. (19HAD)

Si bien la mayoría de los entrevistados confían plenamente en las informaciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, algunas personas ponen en duda las informaciones que se manejan sobre el COVID-19. Esta población no es homogénea y desconfía de diferentes aspectos, por lo tanto, se debe prestar atención a las ideas subyacentes de quienes “no creen”.

Los medios de comunicación tienen un gran impacto en la percepción de la confiabilidad de la información y de las estrategias sanitarias que se implementan. Asimismo, tienen una gran responsabilidad de explorar a fondo las controversias que, una vez aclaradas, se deben explicar con claridad para no generar desconfianza o contribuir a la construcción de falsos relatos o rumores no verificados. Cabe destacar que las denuncias de corrupción restan legitimidad a las medidas que implementa el Gobierno.

Es importante resaltar que ninguna persona entrevistada manifiesta consumir medicamentos farmacéuticos como profiláctico o tratamiento contra el COVID-19¹⁷. Ante la atención que han recibido ciertos fármacos como el antiparasitario ivermectina, la hidroxiclороquina o el compuesto químico dióxido de cloro como supuestos preventivos y/o tratamien-

17 Se reconoce la posibilidad de que los entrevistados omitan esa información debido a las controversias que rodean al uso de estos compuestos. Sin embargo, eso implicaría la existencia de un estigma significativo alrededor de su utilización, ya que otras percepciones y prácticas socialmente reprochables como “no creer” en el COVID-19 o no seguir las indicaciones de salud sí fueron admitidas en algunos casos.

tos ante una infección por COVID-19, estos no parecen ser considerados como alternativas entre los entrevistados y entrevistadas. Aunque puedan formar parte de ciertos discursos en redes o grupos sociales, no se han traducido en prácticas concretas para estas personas.

El miedo, el temor o la importancia atribuida a la enfermedad en algunos casos se reflejan a partir de la experiencia personal que el entrevistado o la entrevistada haya tenido con la enfermedad. Un entrevistado afirma que la enfermedad no es grave, porque él ya la padeció y tuvo síntomas leves que duraron apenas tres días. Efectivamente, a diferencia de la perspectiva *ética*, que implica una mirada externa a un proceso de enfermedad, rescatar la perspectiva *émica* de quienes la padecen o han padecido “permite explicitar la experiencia subjetiva de vivir con salud o enfermedad” (Vergara Quintero, 2009, p. 110).

A medida que avanza la epidemia, es posible que las personas que enfrenten cuadros leves potencialmente extrapolen sus experiencias al resto de la población, obviando otros factores y proyectando una falsa sensación de seguridad en su entorno inmediato. Esto debe ser contrarrestado con información y educación acerca de los medios de transmisión del virus, factores de riesgo, síntomas y contagiosidad de la enfermedad.

El miedo de las personas entrevistadas puede o no relacionarse con el nivel de cuidado que manifiestan en sus vidas diarias. Mientras que muchas personas que sintieron miedo al inicio de la pandemia han pasado a una etapa de aceptación y “respeto” por la enfermedad, otras siguen con temor, pero ninguna de las dos necesariamente implica que se abandonen los cuidados. Efectivamente, los resultados de la encuesta de seguimiento de UNICEF (2020) demuestran que la asociación del COVID-19 con el miedo se redujo del 21% al 19% y con la muerte, del 6% al 0% entre los meses de mayo y julio de 2020.

El temor prolongado puede llegar a ser taxativo emocionalmente a largo plazo y se relaciona con un estado de alerta que solo es sostenible mientras dure el miedo. Nuevamente, las estrategias se deben centrar en el conocimiento de la enfermedad y de los métodos correctos de prevención.

Aunque no es una variable en este estudio, resulta importante notar que existe cierta diferencia entre las entrevistas que se realizaron en octubre, cuando una mayor proporción de los entrevistados manifestaba temor, y aquellas que se realizaron en noviembre, cuando se fue revirtiendo esa tendencia. Esto podría ser una coincidencia, pero la recolección de datos se dio en un momento en el que se estaban retomando las actividades sociales y, a su vez, los contagios iban en aumento. Esto pudo haber hecho que los entrevistados se hayan familiarizado con el virus y, con base en algunos testimonios, hayan ido adaptando sus percepciones del riesgo, miedos y prácticas. También, posiblemente, la necesidad de generar ingresos se valore como más fuerte o urgente que el miedo a la enfermedad. Por lo tanto, las percepciones de riesgo se adaptan conforme se normalizan las salidas y el ritmo de trabajo.

La salud mental se vio severamente afectada por el cambio repentino en los vínculos familiares, el estrés económico, la carga adicional de trabajo de cuidado en el caso de las mujeres, el aumento de la violencia que no se refleja del todo en los relatos, sobre todo la violencia intrafamiliar, la interrupción de las actividades de ocio y esparcimiento, las actividades religiosas, el miedo al contagio, la incertidumbre hacia el futuro, la realización de deportes o ejercicio físico, entre tantas otras que se vieron interrumpidas o cambiaron drásticamente en esta “nueva normalidad”.

Las actividades de ocio y esparcimiento se vieron afectadas y quedaron relegadas a un segundo plano al considerarse como “no esenciales”. Como la diversión y el ocio juegan un rol central en la salud mental, especialmente en momentos de estrés emocional, las estrategias deben contemplar la preservación de un equilibrio entre las necesidades emocionales de esparcimiento y socialización y las prácticas de cuidado e higiene.

En cuanto al aumento de la violencia de género durante la pandemia, se atribuyen sus causas al estrés generado por el encierro y la convivencia, pero no se mencionan otras situaciones o desigualdades de fondo que contribuyan a las actitudes y los comportamientos violentos. Por ejemplo, uno de los entrevistados se atrevió a ahondar en el tema de la violencia doméstica, relacionándola con el abuso del alcohol y los celos.

▶ “La caña es la que hace todas las macanadas. Ahí por Luque es cosa de todos los días. Toman mucha caña, matan a sus esposas, golpean a sus esposas. Por todos lados ahora es todo argelería. [...] Por culpa del alcohol, de la caña”. (32HAM).

La pandemia ha provocado cambios en la vida familiar que se dieron, no solo en cuanto a las prácticas de higiene, sino que, en ciertos casos, en la alteración de la composición misma del núcleo familiar. Los movimientos de entrada y salida de familiares configuraron nuevos núcleos.

Por otro lado, la reorganización de las tareas del hogar añadió más responsabilidades a los cuidadores (sobre todo mujeres) y, a la vez, implicó una pérdida de la autonomía para quienes, repentinamente, ya no tenían permitido tenerla, lo cual pudo haber influido en la sensación de encierro que experimentaron especialmente niños y adultos mayores.

▶ “Yo pues siempre estuve sola con ellos... me iba con ellos al súper, a los hospitales, todo con ellos. Y a mí me vino mal porque no tenía más con quién dejar a mis hijos. Y no podía más salir con ellos porque estaba prohibido por el tema de la pandemia [...]”. (16MA)

Los entrevistados cuyos hogares sufrieron una pérdida de ingresos desarrollaron varias estrategias de supervivencia y recurrieron a los programas de protección social, a la solidaridad, a la cooperación y al ingenio, entre otras. Así, la pandemia ha hecho que se revaloricen los lazos familiares y de amistad, la salud y aspectos materiales como la vivienda y la comida.

5.2. Demandas y expectativas

Antes de la pandemia por COVID-19, el 23,5% de la población total estaba en situación de pobreza, aproximadamente 1 millón 657 mil personas residían en hogares cuyos ingresos per cápita eran inferiores al costo de

una canasta básica de consumo (EPHC, 2019); también, antes de la crisis económica generada por la pandemia, a nivel nacional, 510.630 personas (el 14,2% de la población) estaban desocupadas o subocupadas (EPHC, 2020); asimismo, antes del inicio del 2020, ya se tenía un retroceso en el acceso a la salud (Serafini, 2020); en tanto que, según datos de la EPHC, en el 2018, solo el 26,9% de la población contaba con cobertura de seguro médico (1.889.133 personas); y solo el 19% aportaba a la seguridad social. Es decir, el contexto previo a la pandemia contribuye a determinar el tipo de demandas que la población plantea al Gobierno y, para este estudio, a las USF, teniendo como marco la pandemia por COVID-19 y las expectativas en cuanto a mejoras.

Y no solo el tipo de demanda, este contexto además repercute en la predisposición de las personas a reclamar un derecho, como el derecho a la salud (se debe trabajar más en el tema de ciudadanía, exigibilidad, universalidad, integralidad) y el derecho al trabajo digno, que se vieron afectados por las medidas tomadas por el Gobierno para hacer frente a la pandemia, que agudizaron la pobreza y ampliaron las desigualdades sociales y económicas. ¿Para qué reclamar si nada va a cambiar? ¿Qué sentido tiene realizar demandas?

La pandemia por COVID-19 y las medidas económicas y sociales sí impactaron en la población. Los entrevistados han mencionado pérdidas de ingresos, cambios emocionales, hambre, problemas de salud. También ofrecen evidencias de ello estudios de percepción generados por organismos internacionales (UNICEF) y organizaciones sociales nacionales (CDIA) y los datos de la EPHC 2020.

Sin embargo, a pesar del impacto negativo en la situación socioeconómica, algunas personas manifiestan que no tienen nada que reclamar a las USF, que nada falta, que todo está bien. Frente a esta postura se abren dos interrogantes: **1.** si efectivamente las USF, a pesar de la pandemia, siguieron brindando servicios que venían brindando antes –independientemente de la calidad– y, por lo tanto, “todo está bien”, o **2.** si los servicios que reciben en sus USF se corresponden con los que deben brindar según el rol que les compete dentro del SNS. Y si la respuesta a ambas interrogantes es negati-

va, ¿qué factores pueden explicar la conformidad o el conformismo ante un el servicio de salud que debería ser el más cercano a la gente y que presenta amplios márgenes de mejora?

La manera de referirse al equipo de salud de las USF como “personas buenas” y el valor que otorgan a las USF, incluso como única alternativa para acceder a la salud, son signos de ausencia de políticas públicas claras, sumando a esto que varios entrevistados plantean demandas que no corresponden a la función de una USF, lo que evidencia desconocimiento. Al mismo tiempo, estos puntos permiten inferir la importancia que tienen las USF para las comunidades y las familias, dado que esperan más respuestas del sistema de salud en general y piden más a las USF, porque es donde están recibiendo una respuesta mínima ante algún evento que afecta la condición de salud.

En general, se puede apuntar que las demandas de los y las usuarios de las USF a las mismas y al Gobierno, están condicionadas por los aspectos señalados en los párrafos precedentes, por lo tanto, muestran coherencia con las necesidades básicas en torno a la salud y a la economía de las personas: el acceso a los medicamentos, recibir atención de profesionales médicos que pueden resolver situaciones más complejas, contar con una infraestructura mejor y ambulancia. Estas necesidades reflejan las condiciones socioeconómicas de las familias y de sus expectativas en cuanto al acceso a la salud y de que no funciona el SNS como una red de servicios. No significa que estas personas desconozcan del todo el alcance de una USF, pero esperan más. Lo que le exigen a las USF podrían estar recibiendo si existiera una red de servicios integrados, con una fuerte referencia y contrarreferencia, logística de medicamentos, transporte y comunicación.

En tanto, al Gobierno se le reclama el trabajo, además de las demandas en torno a salud ante un sistema colapsado, con cada vez más dificultades para atender a un mayor número de personas infectadas y que requieren de terapias intensivas. En el fondo, lo que parecen estar demandando son ingresos para cubrir necesidades básicas, empezando por la alimentación; ningún entrevistado/a hizo referencia a mejores condiciones laborales, sí mencionaron “hambre”. La seguridad alimentaria también es parte de la

determinación social de la salud: no se puede tener salud, si no se cuenta con alimentos accesibles, asequibles, inocuos, variados en calidad y cantidad.

Ningún entrevistado hizo mención de la mitigación o disminución de las consecuencias de la pandemia, al mejoramiento del sistema de salud o protección del empleo gracias a los fondos de emergencia que tenían estos fines. Cuando se refieren a Ñangareko y Pytyvõ, lo que tienen presente es “acceso a alimentos”.

Así como la situación socioeconómica previa del país genera pocas expectativas de cambios, también los hechos de corrupción y la deuda contraída por el Estado para los fondos de emergencia para hacer frente a la crisis generan percepciones de sentirse “usados”. Mientras que la ciudadanía se esforzó social, emocional y económicamente, en nombre de los pobres se crearon programas y realizaron préstamos que después van a parar a manos de personas que no los necesitan.

Al ser el COVID-19 una enfermedad infecciosa que se propaga por contacto, de persona a persona, supone un conjunto de comportamientos individuales para la prevención, que tienen sus efectos en otras personas. El eslogan que utiliza el MSPBS, “Informe, actúa y prevení”, carga la responsabilidad en cada persona. Los entrevistados efectivamente tienen un compromiso individual importante “conciencia de cada uno”, pero también esperan que los “otros que no están cumpliendo con los protocolos” sean controlados y sancionados, y asignan esa responsabilidad al Gobierno.

Los usuarios sí ven a las USF como medio para brindar información sobre prevención y promoción de la salud, y en el contexto de pandemia esperan recibir más información sobre la enfermedad y los protocolos. Estas son una expectativa y una demanda que se pueden aprovechar para reforzar el rol de estas unidades de salud y el vínculo que tienen con la población.



CONCLUSIÓN

Atendiendo a que las representaciones sociales se conciben como un sistema de información, creencias, opiniones y actitudes sobre un objeto determinado, que tiene un objetivo práctico –entender y explicar la realidad– y que concurre a la construcción de una realidad común –la identidad–, a partir de las entrevistas realizadas se extraen algunas conclusiones en torno a las representaciones del COVID-19 como enfermedad, al rol de las USF, a la percepción sobre las responsabilidades y los escenarios futuros.

Las personas que conciben a la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 como una enfermedad “letal”, que “lleva a la muerte”, probablemente forman parte del grupo que aplica los protocolos, no tanto por convencimiento, más por el miedo que sienten. En tanto, la falta de miedo de algunas personas, junto con la actitud de resignación ante la muerte (por la que se deja la situación en manos de Dios y del destino), pueden generar apatía hacia la aplicación de las medidas de cuidado necesarias. Ambos factores no necesariamente conllevan prácticas poco favorables para hacer frente a

la pandemia por COVID-19, pero deben ser tenidos en cuenta en caso de observarse descuidos problemáticos, especialmente en personas de riesgo y sus entornos más cercanos.

Los miedos y la desinformación que se generaron en torno a la enfermedad, especialmente al inicio de la epidemia, llevaron a la estigmatización de las personas infectadas o que habían estado expuestas al virus. En algunos casos, esto condujo a la construcción de prejuicios e inclusive de reacciones xenofóbicas hacia el “otro” que se vio como una amenaza a la salud pública. El diálogo social se convierte en una herramienta para combatir la vergüenza y el “no hablar de esto”, de manera a promover la aceptación y el cuidado responsable individual y colectivo.

La información que tienen las personas entrevistadas sobre el COVID-19 les permite elaborar una idea parcial sobre la enfermedad, los factores y grupos de riesgo, y sobre los cuidados necesarios para evitar el contagio. En general, el conocimiento ha sido una herramienta para superar el miedo al COVID-19 y guardar las debidas precauciones para evitar contagios.

La percepción y la información sobre la enfermedad, junto con el contexto socioeconómico cambiante, sobre todo en cuanto a la situación laboral y a los encuentros familiares, generaron prácticas sociales y de higiene, que ofrecen evidencias para entender los números bajos de contagios y muertes al inicio de la epidemia, que posteriormente evolucionaron hacia un aumento significativo con el transcurso de los meses.

Desde la confirmación de los primeros casos positivos de COVID-19 en Paraguay, la televisión y los noticieros constituyeron las fuentes de información más confiables para los entrevistados. Algunas personas también mencionaron a la USF y a los profesionales de la salud como sus principales fuentes de información sobre la pandemia, que, además, son percibidas como altamente confiables. Esto resulta positivo, ya que dichas fuentes de información, en mayor o menor medida, tienen la capacidad de aclarar las dudas de la ciudadanía con base en informaciones científicas verificadas.

En el contexto de pandemia, las USF se limitaron a brindar algunos servicios, con muchas limitaciones en cuanto a los horarios, cantidad de aten-

ciones y llegada en terreno a sus poblaciones. Aun así, para algunos usuarios juegan un rol importante y en algunos territorios son efectivamente el principal punto de acceso a la salud para la población. Al mismo tiempo, se percibe la falta de recursos humanos e insumos para brindar una atención de calidad. Las demandas que se plantean a estas unidades de salud sobrepasan, en muchos casos, las funciones de las mismas, evidenciando otras necesidades no satisfechas en cuanto al acceso a la salud, como también un escaso conocimiento sobre sus funciones.

El empoderamiento en el cuidado de la propia salud se puede lograr a través del enfoque participativo que plantea el modelo de la atención primaria. La promoción y la prevención ejercidas a través de la participación comunitaria permiten trabajar sobre las representaciones de la salud y la enfermedad y las prácticas en el entorno de las personas. Así, los integrantes de una comunidad pasan de ser objetos de políticas públicas como receptores de asistencia o usuarios de servicios, a ser sujetos de derechos y agentes de transformación social con capacidad de opinión y decisión en las cuestiones que afectan directamente a su comunidad.

La percepción sobre acciones del Gobierno y los principales dirigentes políticos influyen en las actitudes de las personas en el contexto de pandemia. Cuando se tenía la percepción de que las acciones del Gobierno eran acertadas, la población respondió de manera positiva, aun en un escenario de presión económica e incertidumbre. Sin embargo, la percepción posterior de “corrupción en nombre de la pandemia” restó credibilidad a los esfuerzos gubernamentales de contención del virus e influyó negativamente en las prácticas sanitarias de la población.



RECOMENDACIONES

De los relatos contenidos en el presente estudio y su análisis correspondiente, se pueden extraer algunas recomendaciones para la elaboración de estrategias de comunicación, educación y participación comunitaria que pueden ser trabajadas junto con las USF.

En cuanto a las acciones del Gobierno central:

- Apoyar e incentivar medidas de contención social y económica –ya sean del Gobierno central o local, de actores comunitarios u organizaciones de la sociedad civil– y considerarlas como acciones que facultan el cumplimiento de las recomendaciones de salud.
- Ceñirse a los estándares más elevados de transparencia y anticorrupción en el manejo de las licitaciones y fondos de emergencia, así como combatir la impunidad en los casos de corrupción, de manera a restaurar la confianza ciudadana en el Gobierno.

En cuanto a las prácticas de cuidado:

- Promover el empoderamiento en el cuidado con acciones de prevención y promoción de la salud individual y colectiva.
- Fortalecer el monitoreo de los casos positivos y sospechosos de COVID-19 y sus contactos para un seguimiento adecuado y de respuesta rápida en terreno.
- Promover y fomentar el acceso a los servicios de salud mental.

En cuanto a la comunicación:

- Apostar a una comunicación social que tenga como objetivo compensar los efectos negativos de los bulos o la desconfianza causada por el tratamiento de los casos controversiales en medios de comunicación masivos y redes sociales.
- Asesorar con información científica y colaborar con la formación de periodistas especializados en la materia.

En cuanto a la educación:

- Aclarar, en todos los niveles de atención, con base científica y en términos sencillos, las principales dudas de la ciudadanía acerca de la enfermedad para rectificar las concepciones y prácticas erróneas.
- Brindar información sobre prevención de enfermedades y charlas educativas de promoción de la salud, que forman parte de las funciones de las USF, no solo en situación de crisis sanitaria.

En cuanto a la participación:

- En las USF, reiniciar las actividades comunitarias con actores locales y trabajar en la elaboración y aplicación de planes locales de salud *con* las poblaciones.

- Reconocer y fomentar la agencia de las personas en el autocuidado y en la acción colectiva, para que los procesos comunitarios sean realmente empoderantes y sostenibles en el tiempo.
- Trabajar con la comunidad las implicancias del derecho a la salud y la responsabilidad del Estado en garantizarla, que implica no solamente el derecho a los servicios de salud de diferente complejidad según necesidad, sino también el derecho a una calidad de vida que incluye el cumplimiento de otros derechos, tales como acceso al agua y saneamiento, vivienda, educación, trabajo digno, alimentación saludable, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Hasan, A., Yim, D. y Khuntia, J. (2020). Citizens' Adherence to COVID-19 Mitigation Recommendations by the Government: A 3-Country Comparative Evaluation Using Web-Based Cross-Sectional Survey Data. *Journal of Medical Internet Research* 2020;22(8):e20634. doi: 10.2196/20634
- Becerra, F., Barrionuevo, N., Debattista, S., dos Santos, S., Rius, P., Sayago, S., Sourouille, J. y Williams, G. (2020). *Una aproximación a las dimensiones simbólicas del COVID-19 (i): las representaciones sociales*. <https://www.elextremosur.com/nota/24486-una-aproximacion-a-las-dimensiones-simbolicas-del-covid-19-i-las-representaciones-sociales/>
- CDIA. (2020). *Resumen estudio "1.000 voces Amplificando las voces de las personas referentes de las comunidades"*. <https://www.cdiaobserva.org.py/2020/10/07/resumen-estudio-1000-voce-amplificando-las-voce-de-las-personas-referentes-en-las-comunidades/>
- Costas, M. (1981). *Representaciones sociales*. Universidad Complutense de Madrid. https://www.academia.edu/972855/Representaciones_sociales
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). (2020). *Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) COVID-19. Principales Resultados, 2do. Trimestre 2020, agosto 2020*.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). (2020). *EPHC COVID-19 2do. Trimestre. Situaciones adversas (Efectos del COVID-19)*. <https://www.dgeec.gov.py/publication-single.php?code-c=MTMy>
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). (2015). *Paraguay. Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000- 2025. Revisión 2015*.
- Eslava Albarracín, D. y Puntel de Almeida, MC. (2002). Representaciones sociales de salud y enfermedad: investigando el estado del arte. *Ciencia y enfermería* 8(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000200007>

- FAO. (2020). *Informe del Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe de la FAO*. <http://www.fao.org/3/ca2127es/ca2127es.pdf>
- Ferreira, MS., Coronel, G. y Rivarola, MA. (2021). Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19 en Paraguay. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* marzo 2021; 8 (1). https://www.revistaspmi.org.py/avancemarzo2021/pdfs/impacto_sobre_la_salud_mental_durante_la_pandemia_COVID_19_en_Paraguay.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) / Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicación (MITIC). (2020). *Encuesta de percepciones sobre COVID19 en Paraguay. Julio 2020*. <https://www.mitic.gov.py/materiales/publicaciones/encuesta-de-percepciones-sobre-covid-19-en-paraguay>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) / Oficina de Monitoreo y Evaluación. (2020a). *Conocimientos, actitudes y prácticas de comportamiento de familias paraguayas sobre la COVID-19: resultados de la encuesta. Junio 2020*. <https://www.unicef.org/paraguay/media/5431/file/Informe%20del%20Estudio%20de%20percepci%C3%B3n%20sobre%20COVID-19%20en%20Paraguay.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). / Oficina de Monitoreo y Evaluación. (2020b). *Informe de seguimiento: conocimientos y prácticas de comportamiento de familias paraguayas sobre la COVID-19. Septiembre 2020*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/96b132-Conocimientosyprcticasdecomportamiento-defamiliasparaguayassobrelaCOVID19.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) / Oficina de Monitoreo y Evaluación. (2020c). *Segundo informe de seguimiento: conocimientos y prácticas de comportamiento de familias paraguayas sobre la COVID-19. Noviembre 2020*. <https://www.unicef.org/paraguay/media/5946/file/Segundo%20informe%20de%20seguimiento:%20conocimientos%20y%20pr%C3%A1cticas%20de%20comportamiento%20de%20familias%20paraguayas%20sobre%20la%20COVID-19.pdf>

- Gómez, C. y Guillén, C. (2018). Acceso a los servicios de salud y equidad tributaria. En *Fiscalidad para la Equidad Social*, tomo 2. Decidamos/ CADEP.
- Gross, M., Terán-Puente, C. y Terán, J. (2020). Entre el dogma y la razón: teorías epidémicas y representaciones sociales en la pandemia Covid-19 en Ecuador. *Temperamentvm. Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero*, 2020; v16: e12927. ISSN: 1699-6011. <https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e12927/e12927>
- Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación Espacios en Blanco. *Revista de Educación*, vol. 21, junio, 2011, pp. 133-154. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. <https://www.redalyc.org/pdf/3845/384539803006.pdf>
- Jodelet, D. (1991). Representación Social: un área en expansión. En D. Páez, *Sida: imagen y prevención*. Fundamentos. https://www.researchgate.net/publication/328701891_Representacion_social_un_area_en_expansion
- Knapp Rodríguez, E., León Hernández, I., Mesa Borroto, M. y Suárez Alemán, M. (2003). Representación social de la salud humana. *Revista Cubana de Psicología*, Vol. 20, No. 2, 2003. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n2/07.pdf>
- Kroeger, A. y Luna, R. (1987). *Atención Primaria de Salud: Principios y métodos*. 2da Edición. Editorial Pax México.
- Ludvigsson, J. F. (2020). Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta paediatrica*, 2020;109(6), 1088-1095. <https://doi.org/10.1111/apa.15270>
- Macassi, S. (2020). Comunicación para el cambio de comportamientos y estrategias sanitaria del gobierno peruano frente al COVID-19. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación* N.º 145, pp. 235-258. ISSN 1390-1079

- Martín Martínez, M. y Lima Pereira, P. (2020). Derecho a la Salud. Un país que vive en emergencia y una reforma de salud de los años 90. En *Derechos Humanos en Paraguay 2020* (pp.155-174). Codehupy. <http://codehupy.org.py/ddhh2020/un-pais-que-vive-en-emergencia/>
- Menéndez, E. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos médico sociales* 73: 5-22.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2020). *Reporte COVID-19*. <https://www.mspbs.gov.py/reporte-covid19.html>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) / Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS). (2020). *Protocolo para “Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2).”, Versión 25 de marzo 2020*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/8ccd21-ProtocoloUSF.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) / Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS). (2020). *Coronavirus / COVID-19 en Paraguay. Reporte N° 76*, Sala de Situación Vigilancia Epidemiológica. Actualizado: 09 de septiembre de 2020 http://dgvs.mspbs.gov.py/files/boletines_covid19/SE37_2020_Boletin_Covid19.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles / Dirección General de Vigilancia de la Salud. (2020). *Guía Técnica de Prevención y Control de infecciones durante la atención sanitaria de casos sospechosos o confirmados de COVID-19*. Versión 3. 11 de marzo 2020. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/5afa33-PrevincinycontroldeinfeccionesdurantelaatencionsanitariadecasossospechososoconfirmadosdeCOVID19nuevo.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) / Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS). (2016). *Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/7aa3c3-ManualdefuncionesdelasUSF1.pdf>

- Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicación (MITIC). (2018). *Acceso y uso de TIC en Paraguay 2018*.
- Moreno-Fleitas, O. E. (2020). La divulgación de la información en la encrucijada de la crisis del COVID-19 en Paraguay. Reacciones y trasmisión de datos falsos y científicos a través de las redes sociales y los medios masivos. *Revista Sociedad Científica del Paraguay*, 2020; 25(1):58-85. <https://doi.org/10.32480/rscp.2020-25-1.58-85>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID19. Orientaciones provisionales; 1 de junio de 2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Documentos básicos. - 48ª ed. Con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014*. ISBN 978 92 4 365048 7.
- OPS/OMS. (2020a). *Reporte de situación No. 32 OPS/OMS Paraguay, 30 de octubre de 2020*. https://www.paho.org/es/file/77518/download?-token=V_PSNz9E
- OPS/OMS. (2020b). *COVID-19. Comunicación de riesgo y participación comunitaria (CRPC). Planilla para planificación*. <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-comunicacion-riesgos-participacion-comunitaria-crpc>
- OPS/OMS. (2020c). *Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, septiembre 2020* OPS/IMS/HSS/COVID-19/20-0032.
- OPS/OMS. (2019). *Indicadores Básicos de Salud, Paraguay 2019*.
- Páez, D. y Pérez, J. A. (2020). *Representaciones sociales de COVID-19*, 18 de agosto de 2020. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783852>
- Parra, E. y Zorro, Y. (2020). Representaciones sociales de los jóvenes frente a la pandemia COVID-19. *Experiencias Investigativas y Significativas* 6(6), pp. 57-68. ISSN:2422-0280.

- Ríos González, C. y Ríos González, D. (2020). Percepción del riesgo de la enfermedad COVID-19 y sus factores relacionados en Paraguay. *Revista del Nacional* (Itaiguá). 2020; 12(2): 004-015, <https://doi.org/10.18004/rdn2020.dic.02.004.015>
- Ríos-González, C. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas hacia COVID-19 en paraguayos el periodo de brote: una encuesta rápida en línea. *Revista de Salud pública del Paraguay*, Vol. 10 N° 2, Julio - Diciembre 2020. <https://doi.org/10.18004/rspp.2020.diciembre.17>
- Rodríguez Méndez, M. (2009). Representación social de la prevención de enfermedades en la atención primaria de la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 25. N.º 3 (julio-septiembre 2009). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300007
- Ruiz-Aquino, M., Díaz-Lazo, A. y Ortiz, ML. (2020). Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social. *Revista Cubana de Enfermería*. 2020;36:e4251. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4251/672>
- Serafini Geoghegan, V. (2020). Financiamiento de Salud y Protección Social. En *Qué Reforma, pensando el Estado pospandemia*. CADEP. <http://www.cadep.org.py/reforma-pospandemia/documentos/>
- Torales, J., Ríos-González, C., Barrios, I., O'Higgins, M., González, I., García, O., Castaldelli-Maia JM. y Ventriglio, A. (2020). Self-Perceived Stress During the Quarantine of COVID-19 Pandemic in Paraguay: An Exploratory Survey. *Frontiers in Psychiatry* 11:558691. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.558691>
- Torres López, T., Munguía, J., Pozos, B. y Aguilera, MA. (2010). Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Atención Primaria* 42(3): 154-161. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709004065>
- Vala, J. y Castro, P. (2013). Pensamento social e representações sociais. *Psicologia social* (9ª edição revista e actualizada), https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8702/1/ICS_JVala_Pensamento_CLN.pdf

- Vergara Quintero, MC. (2009). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 7, núm. 1. pp. 105-133.
- Villarroel, G. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología* 17(49), pp. 434-454.
- Yupari-Azabache, I., Díaz-Ortega, J., Rodríguez-Díaz, Á. y Peralta-Iparraguirre, A. Factores asociados a las actitudes y prácticas preventivas frente a la pandemia del COVID-19. *Revista MVZ Córdoba*, 2020; 25(3):e2052. <https://doi.org/10.21897/rmvz.2052>
- Zavattiero, C. (2018). Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia - USF. *Fiscalidad para la Equidad Social, tomo 2*. Decidamos/CADEP.

Este Proyecto es cofinanciado
por el Consejo Nacional de
Ciencia y Tecnología - CONACYT
con apoyo del FEEI.



Atención primaria de
la **salud en pandemia**