



SANTA ROSA DE COMAS Y LA CRISIS DE CUIDADOS

Aprendizajes desde la organización comunitaria
durante la pandemia de COVID-19

(Lima, Perú)

La igualdad es el futuro



OXFAM

SANTA ROSA DE COMAS Y LA CRISIS DE CUIDADOS

**Aprendizajes desde la organización
comunitaria durante la pandemia de COVID-19**



SANTA ROSA DE COMAS Y LA CRISIS DE CUIDADOS: APRENDIZAJES DESDE LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 (LIMA, PERÚ)

Autoras:

Lucero Cuba Varas
Ella Goñez Fernández
Francesca Encalada Yong
Carolina Oviedo
Cinthia Navarro Lopez

Fotografía: Miguel Villalobos, Víctor Idrogo

Diseño y diagramación: Stephanie Barreto

Editado por:

© **Oxfam**

© **Fundación Oxfam Intermón**

Calle Diego Ferré 365, Miraflores, Lima, Perú
peru.oxfam.org | @oxfamenperu

Primera edición:

Enero de 2024

Tiraje: 300 unidades

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2023- 12061

Se terminó de imprimir en enero de 2024

Industria Gráfica Libra S. A. C

Av. Bolivia 148, Int. 2164, Lima

Reconocimiento:

Oxfam en Perú agradece de manera especial al Comité Central, Comité Anti-Covid, Comité de apoyo y las Secretarías de cuadra de Santa Rosa Km 12- Comas (Lima Metropolitana), por permitirnos contar parte de su historia.



En memoria de Idelso del Castillo. Su liderazgo sigue siendo inspiración para el trabajo comunitario de Santa Rosa de Comas.

Consulta el video "Salud pública, desigualdades y cuidados comunitarios en Perú", sobre la historia de Santa Rosa.



El presente documento ha sido elaborado en el marco de la investigación: Infraestructura de cuidados y salud comunitaria: Estudio de caso del Comité Comunitario Anti COVID-19 de Santa Rosa de Comas (Lima, Perú).

El contenido de la presente publicación es responsabilidad exclusiva de las autoras y no necesariamente refleja los puntos de vista de Oxfam.

SANTA ROSA DE COMAS Y LA CRISIS DE CUIDADOS

Introducción

Perú ha sido uno de los países de América Latina más golpeado por la pandemia de COVID-19, registrando la tasa de mortalidad per cápita más alta del mundo con más de una muerte por cada 20 personas contagiadas¹. A fines del 2020, el Ministerio de Salud (Minsa) indicó que la cifra nacional de seroprevalencia superaba el 50% en los estratos socioeconómicos medio y bajo, frente al 13.2% en estratos altos. En este contexto, la falta de un sistema integral de cuidados y la precariedad de las infraestructuras de cuidados y salud comunitaria ha sido altamente perjudicial. Frente a ello, surgió el Comité Anti COVID-19 de Santa Rosa de Comas, que se constituyó en un ejemplo de organización comunitaria para la constitución de infraestructura de cuidados y salud.

Desde su fundación Santa Rosa ha contado con una organización marcada por los lazos comunitarios, lo que

ha sido crucial para generar redes de apoyo y gestión de la vida cotidiana. Esta organización está encabezada por el Comité Central, instancia creada desde la fundación del barrio por vecinos y vecinas para atender las distintas problemáticas situadas y luchar por el acceso a derechos: vivienda, saneamiento, salud, etc. Esta organización se ha mantenido en los últimos 60 años, consiguiendo distintos logros y pasando de generación en generación a través de las directivas conformadas por un conjunto de vecinos y vecinas que asumen la dirección del comité. La directiva que asumió funciones en 2019 tuvo que afrontar la pandemia.

El Comité Central, con su organización ya establecida e histórica, fue esencial para gestionar la red de apoyo en un escenario de profunda desigualdad y limitado acceso a servicios de calidad como fue la pandemia. Así, gracias

El Pueblo Joven Urbano Marginal de Santa Rosa fue fundado en 1959 con 1129 lotes durante la primera etapa de la ocupación del distrito de Comas. En 1960, las personas de este y otros pueblos de la zona presentaron un memorial solicitando la creación del distrito y, en noviembre de 1961, el Congreso aprobó el pedido, convirtiendo a Comas en un nuevo distrito de la zona norte de Lima.



Fotografía: Las Pampas de Comas, Pueblo Joven Pampa de Comas sector Carmen Alto, 1962. Por Alberto Rojas, en Mar, M. (2012)
Mapa: Mapa de Santa Rosa, Comas. Creado por Eurídice Vargas para Chakakuna IMD.

¹ Taylor L. (2021). Covid-19: Why Peru suffers from one of the highest excess death rates in the world BMJ 2021; 372 :n611 <https://doi.org/10.1136/bmj.n611>

Aprendizajes desde la organización comunitaria durante la pandemia de COVID-19

a la reunión de los miembros del Comité Central y de varias vecinas y vecinos, se creó el Comité Comunitario Anti COVID-19 y se gestionaron los cuidados comunitarios durante la crisis sanitaria.

En este marco, la investigación sobre infraestructura de cuidados y salud comunitaria: Estudio del Comité Comunitario Anti COVID-19 de Santa Rosa de Comas (Lima, Perú), realizado entre mayo y agosto de 2022, consistió en caracterizar el rol de la sociedad civil organizada en la

generación de infraestructuras de cuidado para atender los efectos de la pandemia de COVID-19. El análisis del caso permitió entender, visibilizar y valorar los lazos y organización comunitaria para la gestión de la vida cotidiana, los cuidados y la salud integral de las personas de la comunidad. Además, la investigación permite identificar la necesidad de que el Estado asuma el rol de garante del derecho a la salud y cuidado desde el enfoque de la corresponsabilidad y de género.

La Organización comunitaria como infraestructura de cuidados

“

Nosotros estamos convencidos de que el sistema de salud ya había colapsado, el sistema de salud tradicional ya no daba para más. Entonces, nosotros nos hemos convencido, en la realidad acá de Santa Rosa, que tenemos que impulsar la lucha por la salud comunitaria del pueblo organizado. La comunidad tiene que pedirlo, no sólo recibir lo que el gobierno les manda. ¿Quién mejor conoce a su población? Nosotros (Presidente del Comité Central de Santa Rosa)

”

Durante los primeros meses del estado de emergencia por el COVID-19, Santa Rosa se vio fuertemente afectada. Según lo reportado por las lideresas y líderes de la comunidad, las personas fallecían casi de manera diaria, y los hospitales, los servicios de emergencia para pacientes graves y la provisión de balones de oxígeno habían colapsado.

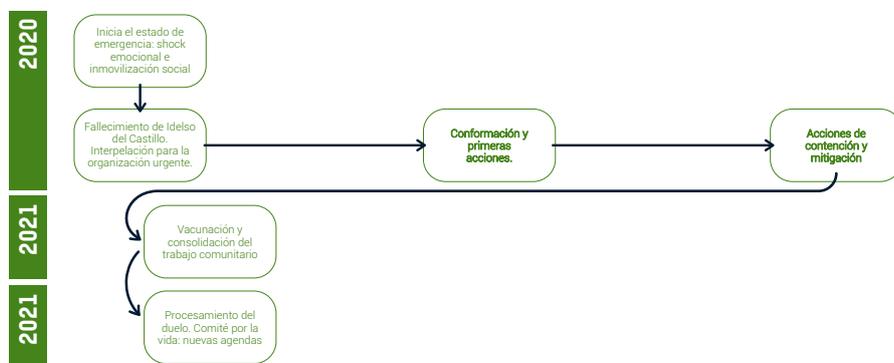
Asimismo, el miedo al contagio era alto y, dado el estado de inmovilización social obligatoria, las personas evitaban salir de sus hogares. Sin embargo, hacia julio de 2020, al constatar la magnitud y persistencia del problema, las necesidades de acceso a servicios y derechos insatisfechos de la población y luego del fallecimiento por COVID-19 de un reconocido líder de la comunidad, el Comité Central de Santa Rosa se autoconvocó y decidió enfrentar a la pandemia con su principal recurso: la organización comunitaria.

Es así que se conforma el Comité Comunitario Anti COVID-19 con el objetivo de defender la vida y la salud de la población de Santa Rosa y asentamientos colindantes, actuando para contrarrestar los efectos de la pandemia.

En el análisis de la respuesta organizada del Comité de Santa Rosa, es necesario reconocer las diversas formas de participación y promoción de articulación de distintas actorías. El trabajo del Comité Central y Anti-covid como el núcleo esencial de participación, organizando y dirigiendo todas las actividades desarrolladas no habría sido posible sin el Comité de apoyo, las secretarías de cuadra, las y los jóvenes que apoyaron en la fumigación de casas, las vecinas y vecinos del extranjero que donaron recursos, las personas que asistieron a sus eventos y actores externos, como el Estado, organizaciones no gubernamentales y profesionales.

Gráfico n° 1: Momentos en la historia del Comité Comunitario Anti COVID-19 de Santa Rosa.
Fuente: Grupo focal con lideresas y líderes

SANTA ROSA DE COMAS Y LA CRISIS DE CUIDADOS



Entre los años 2020 y 2022, el Comité realizó las siguientes acciones:

- Recopilar información sobre las personas contagiadas de COVID-19 en su comunidad y llevar un registro.
- Gestión de apoyos económicos, materiales, emocionales y psicológicos para su comunidad.
- Monitoreo de personas vecinas enfermas y, en algunos casos, contacto con autoridades para la derivación a hospitales.
- Organización por cuadras para realizar el monitoreo de síntomas de COVID-19 en los hogares.
- Articulación de demandas para promover campañas de salud, aplicación de pruebas COVID-19 y acceso a la vacunación.
- Diálogo con el Estado a nivel local: la Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Norte, la Unidad de Gestión Educativa Local 04 y personal de la Institución Educativa Santa Rosa para coordinar las fechas y establecimientos para los procesos de vacunación.
- Articulación con la DIRIS Lima Norte para la implementación de las campañas, aplicación de pruebas y vacunación.
- Alianzas estratégicas con sociedad civil (ONG, profesionales de la salud mental, ex vecinas y vecinos) y autoridades (DIRIS Lima Norte).
- Homenaje a las personas vecinas fallecidas por COVID-19.



Cuidados e infraestructuras de cuidados

El cuidado es una función social que provee bienestar por medio de un conjunto de acciones durante el ciclo vital, donde todas y todos somos interdependientes, requiriendo diferentes niveles de atención en momentos particulares de nuestras vidas². El cuidado es multidimensional, implica distintos tipos de apoyos económicos, materiales, emocionales y psicológicos que permiten gestionar el mantenimiento de la vida, bienestar, salud, seguridad y confort.³

En esa línea, las infraestructuras de cuidado consisten en la red de recursos, servicios y sistemas que están disponibles para satisfacer las necesidades de cuidado de las personas que cuidan y de aquellas que dependen de cuidados, con énfasis en niñas, niños y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad y personas enfermas. En esta red se distinguen tanto las infraestructuras de cuidado duras (servicios que instalan en lugares físicos y palpables) como las infraestructuras blandas, que están constituidas por las estrategias sociales y organización para el apoyo y la gestión de la vida cotidiana.⁴

Históricamente, ante la ausencia de políticas públicas para garantizar los cuidados, estas infraestructuras y necesidades de cuidados han sido cubiertas y sostenidas por las familias y la comunidad y, dentro de ellas, por las mujeres. Esta situación denota que la actual organización social del cuidado –entendida como la interrelación para producir, distribuir y proveer cuidados entre el Estado, familias, comunidad y mercado– perpetúa desigualdades multidimensionales basadas en el género, clase, etnia, entre otras intersecciones.

En Santa Rosa, la organización y lazos comunitarios se constituyeron en infraestructura de cuidados (ver Gráfico n° 2). Sus esfuerzos cubrieron necesidades insatisfechas en materia de salud, gestionaron y apoyaron necesidades económicas y de cuidados de la comunidad y, también, abordaron estrategias por la salud mental de la población.

La conformación de una infraestructura blanda de cuidados con el nivel de articulación que se logró en Santa Rosa no es fortuita, es resultado de: i) su historia de organización comunitaria, que ha sido reforzada durante la pandemia gracias a la labor de personas lideresas adultas y adultas mayores; ii) la organización colectiva interna establecida por el Comité Central de Santa Rosa; iii) la experiencia de activismo de las lideresas y líderes y las alianzas construidas a partir de dicha experiencia; y iv)

las habilidades individuales de sus miembros: tenacidad, resiliencia y vocación de servicio.

La investigación muestra cómo los derechos a la salud, al cuidado y a la vida digna se encuentran íntimamente ligados como indivisibles e interdependientes en los territorios. En este sentido, la experiencia de Santa Rosa evidencia la importancia de reconocer y valorar el rol de la comunidad en la organización social del cuidado, sobre todo, cuando el acceso a las políticas y servicios estatales de calidad es limitado.

En ese sentido, es necesario reflexionar sobre las políticas y condiciones en que se realiza el trabajo comunitario para garantizar su sostenibilidad y evitar su precarización e instrumentalización, reconociendo la diversidad e identificando las necesidades y roles de cuidado.

² Tribín, A.; Ramírez, N.; Mojica, T.; Santamaría, N.; Tenjo, L. & Camelo, P. (2021). Caracterización cuantitativa y cualitativa de las cuidadoras de Bogotá. Bogotá, Universidad de los Andes. [Documento sin publicar].

³ Aguirre, R., Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2014). Los Cuidados En La Agenda De Investigación Y En Las Políticas Públicas En Uruguay. *Íconos*, (50), 43-60. doi:<https://doi.org/10.17141/iconos.50.2014.1427>

Marco, F., & Rico, M. (2017). Cuidado Y Políticas Públicas: Debates Y Estado De Situación A Nivel Regional. In L. Pautassi & C. Zibecchi (Eds.), *Las Fronteras Del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (pp. 27-58). Editorial Biblos.

Comas, D. (2017). Cuidados, Género Y Ciudad En La Gestión De La Vida Cotidiana. In Ramírez, P. (Ed.), *La Erosión Del Espacio Público En La Ciudad Neoliberal* (pp. 59-90). México: UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Arquitectura.

Tribín, A. et al. (2021). Caracterización cuantitativa y cualitativa de las cuidadoras de Bogotá

⁴ Col·lectiu Punt 6: Ciocchetto A., Casanovas R., Fonseca, Escalante S., y Valdivia B. (2019). *Urbanismo Feminista. Por Una Transformación Radical De Los Espacios De Vida*. Barcelona: Virus Editorial. P. 90

SANTA ROSA DE COMAS Y LA CRISIS DE CUIDADOS

“

“Entonces era muy notorio la situación de abandono de las autoridades: no había municipalidad, no había misa, no había Ejército. En otros lugares, veíamos por la noticia que iban. Y nosotros decíamos: ‘¿nosotros somos los olvidados? La última rueda del coche. ¿Qué pasa con Santa Rosa que nadie viene?’ Entonces, nosotros hicimos una marcha por la vida. En el Parque Kennedy, Calle Santa Rosa y eso fue el inicio de nuestra lucha” (Miembro del Comité participante del Grupo focal)

”

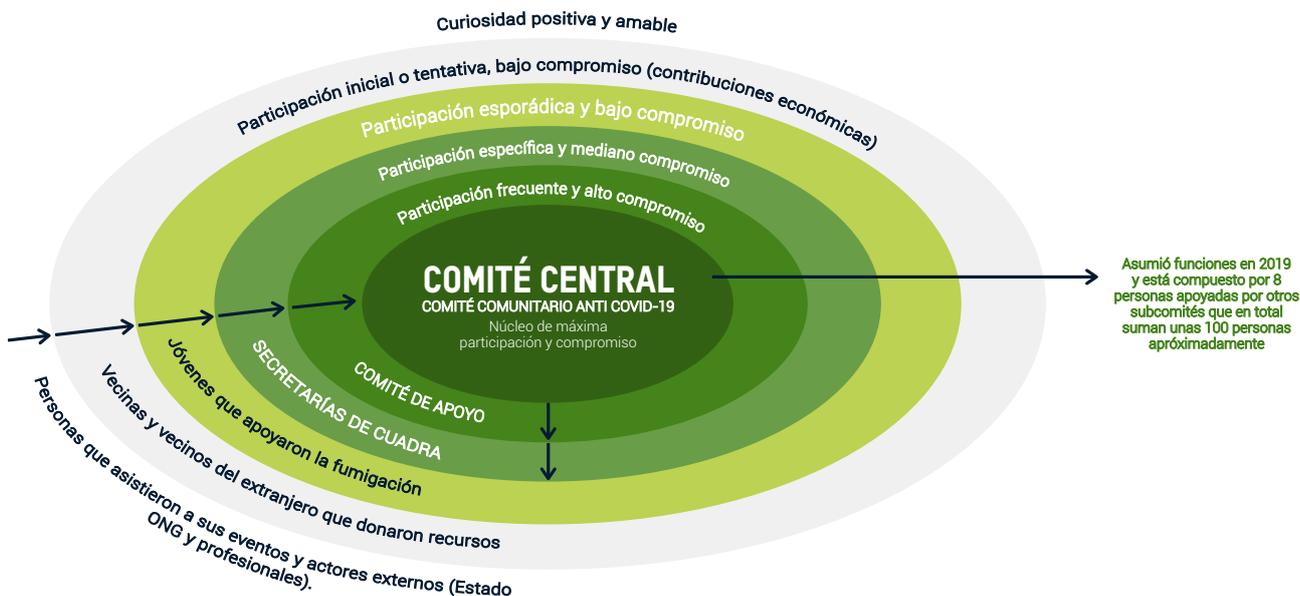
¿Qué son los Cuidados Comunitarios?

Entendemos a los cuidados comunitarios como aquellas actividades que buscan satisfacer las necesidades de cuidado de la población a partir del uso de recursos comunitarios como la organización colectiva, los vínculos locales y los saberes y prácticas para la sostenibilidad de la vida cotidiana. Implican la colaboración y participación activa de las y los miembros de la comunidad, a fin de promover el bienestar de todos sus miembros.

Estas actividades contribuyen en aspectos fundamentales de la vida como la prevención de enfermedades, cuidado de personas enfermas, promoción de la salud mental, gestión de la alimentación, cuidado de niñas, niños y personas mayores, entre otras. En la infraestructura de cuidados, la comunidad ocupa un lugar fundamental para mejorar la calidad de vida de la población y reducir las desigualdades en materia de cuidados.

Sin embargo, si el Estado no asume su rol de garante del derecho al cuidado la comunidad se ve obligada a asumir actividades más allá de sus posibilidades, y en condiciones de precariedad. Además, estas actividades no escapan de los efectos de la división sexual del trabajo, pues suelen realizarse por mujeres que sostienen con su trabajo no remunerado el bienestar de la comunidad.

Gráfico n° 2: La organización y lazos comunitarios en Santa Rosa



⁵ Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos. Paidós

Mujeres, Trabajo Comunitario y Cuidados



“

“Estaban las mujeres que tenían los triples roles. Tenías que trabajar para ganar un sueldo, tenías que trabajar en tu casa, con tus hijos, tu familia y también tenía que trabajar en la comunidad. Ya éramos la Mujer Maravilla.” (Lideresa del Comité Comunitario Anti COVID-19)

”

Los cuidados están presentes a lo largo de la vida de todas las personas y constituyen las actividades para “mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo de manera que podamos vivir en él lo mejor posible”⁶. Todas las personas necesitan cuidados en distintos momentos de su vida, sin embargo, existe una profunda desigualdad en el tiempo que hombres y mujeres destinan a tareas de cuidado.

Según la Encuesta uso del tiempo y trabajo doméstico no remunerado (2021)⁷, las mujeres peruanas encuestadas destinan al día más del doble de horas a actividades como las labores del hogar y el cuidado de otras personas en el hogar que sus pares varones. En el grupo etario de 25-36 años, cohorte que presenta la mayor brecha en el uso de tiempo, las mujeres dedican 3,60 horas al cuidado de otras personas, mientras que sus pares masculinos destinan solo 1,60 horas a esta actividad⁸. En cuanto a las actividades de cuidado de otras personas de su hogar mientras que las mujeres dedican 25.2 horas semanales

al cuidado de otras personas, los hombres dedican solo 11.2 horas semanales a dicha actividad. Esta brecha se mantiene en todas las etapas de la adultez.

Esta desigual distribución de cargas y responsabilidades de cuidados se basa en la división sexual del trabajo. Este término alude a la organización social que determina responsabilidades diferentes para hombres y mujeres, en función a su género.⁹ Se basa en estereotipos de género e impone, en mayor medida, sobre las mujeres la responsabilidad del cuidado de las personas dependientes, familias y comunidades. Esta situación limita el acceso de las mujeres al mercado laboral, a la educación y a su tiempo de descanso, lo que a su vez perpetúa su situación de desigualdad económica, social y brechas en los índices de salud física y mental. De hecho, la división sexual del trabajo es uno de los nudos estructurales en la agenda regional para alcanzar la igualdad de género y desarrollo sostenible hacia el 2030.¹⁰

⁶ Tronto, Joan C (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. New York: NYU Press

⁷ Oxfam, Instituto de Estudios Peruanos y CMP Flora Tristán (2021) Encuesta de uso del tiempo y trabajo doméstico no remunerado. Disponible en: <https://www.flora.org.pe/publicaciones/data-uso-del-tiempo-y-trabajo-domestico-no-remunerado/?fbclid=IwAR1eZl8eUyDhrx4-P-K5xCnLUh0756l08qVU-HflARC-uWpV92pY073VNa>

⁸ Ídem.

⁹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2017). *Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030*. Santiago: Naciones Unidas.

¹⁰ Los 4 nudos estructurales señalados por la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030 para alcanzar la igualdad de género y el desarrollo sostenible son (1) la desigualdad socioeconómica y la pobreza, (2) los patrones culturales patriarcales, discriminatorios y violentos, así como la cultura del privilegio, (3) La división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado y (4) la concentración del poder y las relaciones de jerarquía en el ámbito público. CEPAL (2017). *Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030*.

SANTA ROSA DE COMAS Y LA CRISIS DE CUIDADOS

Así, la sobrecarga de responsabilidades de cuidados que enfrentan las mujeres obstaculiza la conciliación de sus trabajos remunerados con las labores de cuidados no remuneradas; hecho que las aleja de las condiciones laborales igualitarias o similares a los de sus pares hombres. Debido a ello, se ven expuestas a trabajos en condiciones precarias, flexibilizadas o a tiempo parcial, disminuyendo sus oportunidades de crecimiento profesional y autonomía económica; contribuyendo a la feminización de la pobreza. Al 2022, la I Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades señala que el 87% de hombres encuestados refieren que su principal ocupación es remunerada, frente al 45% de mujeres; al mismo tiempo, para el 43% de mujeres, las tareas de hogar no remuneradas son su principal ocupación, frente al 2% de los hombres (ENADES, 2022).¹¹

Durante la pandemia de COVID-19, la falta de políticas de cuidados tuvo un impacto desproporcionado en las mujeres. Además de lidiar con los desafíos de la crisis sanitaria en sí misma, las mujeres asumieron, principalmente, la sobrecarga de las tareas de cuidado. La Encuesta uso del tiempo y trabajo doméstico no remunerado (2021), realizada por el CMP Flora Tristán, IEP y Oxfam, visibilizó que el 44% de personas encuestadas debieron dejar su trabajo. Mientras que el 15% de mujeres debieron dejar de trabajar por dedicarse a los cuidados de otra persona en el hogar, solo el 5% de los hombres lo hicieron por esta misma causa.¹²

En este contexto, se observan los costos (invisibles) en las vidas de las mujeres porque, en la organización social actual y desigual del cuidado, las mujeres ceden los

beneficios de su trabajo de cuidado a los hombres adultos autónomos y al Estado. Pese a que estos trabajos no reciben remuneración o reconocimiento alguno, gracias al esfuerzo de las mujeres, hombres adultos y Estado liberan recursos como tiempo, esfuerzos y presupuesto para otros fines, eludiendo sus responsabilidades de cuidado.¹³ Este escenario contribuye a la llamada feminización de la pobreza.

En este sentido, las mujeres del Comité Comunitario Anti COVID-19 de Santa Rosa asumieron una triple jornada laboral por la responsabilidad de las labores de cuidados en sus hogares, sus jornadas laborales remuneradas y el trabajo de cuidado comunitario en el Comité.

A partir de su experiencia como proveedoras de cuidados y posterior pérdida de familiares por COVID-19, las lideresas del Comité comentan que reflexionaron acerca de las necesidades que otras personas de su comunidad también podrían estar atravesando. Sobre todo, pensaron en aquellas personas que no contaban con redes de soporte para ser cuidadas o para compartir la carga de lo que supone cuidar. Frente a ello, reconocieron la ausencia de servicios públicos de calidad como una problemática colectiva que requería la participación comunitaria de todas las personas. Estas reflexiones las impulsó a actuar en la conformación del Comité Comunitario Anti COVID-19. Desde estos cuidados comunitarios se identificaron nuevos liderazgos de mujeres, quienes –a pesar de no tener experiencia previa– se sumaron a la organización de redes comunitarias y asumieron roles de liderazgo durante

¹¹ OXFAM e Instituto de Estudios Peruanos. (2022). "Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades (ENADES 2022)" <https://peru.oxfam.org/ENADES-2022>

¹² Oxfam, Instituto de Estudios Peruanos y CMP Flora Tristán (2021) Encuesta de uso del tiempo y trabajo doméstico no remunerado. Disponible en: <https://www.flora.org.pe/publicaciones/data-uso-del-tiempo-y-trabajo-domestico-no-remunerado/?fbclid=IwAR1ezl8eUyDhrx4-P-K5xCnLUh0756l08qVU-HfiARC-uWpV92pY073VNa>

¹³ Moral, E. & Pujal, L. (2018). El cuidado: más allá del trabajo doméstico. Revista Mexicana de Sociología, 80(2), 445-469.

la crisis sanitaria del COVID-19.

Pese a significarlo como “sacrificios” las lideresas continuaron asumiendo un rol clave en la organización y lazos comunitarios para enfrentar la crisis sanitaria,

económica y de cuidados profundizada por la pandemia, acciones que demuestran su resiliencia y compromiso con la comunidad, ante la ausencia de alternativas para salvar la vida de la población.

Efectos perjudiciales de la triple jornada

La conciliación de la triple jornada significó para las mujeres del Comité un dilema en el que alguna dimensión de sus vidas debía ser “sacrificada”. Los costos (invisibles) que implicó para estas mujeres la conciliación en relación a sus vínculos individuales, el autocuidado y salud emocional fueron altos.

“ Una anda con remordimiento y eso nos pasa a todos los dirigentes, te diría a todas las mujeres, principalmente, porque sientes que estás abandonado a tus hijos, te has largado por la gente. Cuando nos juntamos nosotras, cada una habla de lo que le dicen sus hijos. Me he dado cuenta de que es como un dolor que una guarda en su corazón, no hay un rechazo sino un resentimiento y sería mejor que te lo dijeran en lugar de que se lo guarden: eres una mala madre. (Lideresa del Comité Comunitario Anti COVID-19)

»



La Salud Mental: Cuidados y Autocuidados

“

“El COVID ha sido algo traumático. Antes de que muriera mi esposo, una vecina también se enfermó y nadie la atendía, no tenía seguro, no tenía el SIS. Llamaban y nadie les hacía caso. Recuerdo que eran la 1 o 2 am y la hija mayor salió gritando. ¿Usted se imagina a la gente mirándose por la ventana y que nadie pueda acercarse? Y la chica pidiendo que alguien le ayude. Es traumático. Hemos sido tocados, emocionalmente yo sé que aún hay muchas personas que no superan eso. Imagínese a esa familia, como están hasta ahora.” (Lideresa de Comisión de Apoyo del CC Anti COVID-19)

”

Durante el primer año de la pandemia, el COVID-19 generó un incremento en la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en la población peruana, sobre todo, en aquellas personas encargadas del cuidado directo de casos sospechosos o confirmados de COVID-19.¹⁴ Debido al incremento exponencial de casos y personas fallecidas en el Perú, los esfuerzos estatales se enfocaron en disminuir la propagación del virus, dejando a la salud mental como uno de los efectos que menor atención recibió durante la crisis sanitaria.¹⁵

En Santa Rosa, las condiciones de exclusión estructural en las zonas periféricas y de estratos socioeconómicos bajos y medios de Lima Metropolitana (trabajo informal, carencias económicas, altas tasas de desempleo)¹⁶, aumentaron la carga física, económica y mental en la población. La noticia de un contagio en las primeras olas de COVID-19 generaba suficiente miedo en la población. De este modo, las preocupaciones se multiplicaban al considerar la imposibilidad de cubrir los gastos médicos, la falta de acceso a servicios públicos de salud de calidad, la responsabilidad de asumir el cuidado total de los familiares enfermos y los desafíos que implicaba equilibrar

las demandas del cuidado con las jornadas laborales. Esto sin contar que, en muchos casos, la persona cuidadora también debía asumir las responsabilidades de cuidado de quien enfermaba. Esto incluía atender a las personas dependientes de la persona contagiada (como hijos, padres y parejas) durante la enfermedad y, en caso de muerte, apoyar emocional y económicamente a los familiares sobrevivientes a la pérdida. Frente a este contexto, desde el inicio de la conformación del Comité Comunitario Anti COVID-19, se posicionó a la salud mental como una de las principales necesidades a abordar. El Comité había identificado que muchas personas en el barrio presentaban síntomas de duelos prolongados, depresión, ansiedad, miedo a salir de sus casas por el contagio, deterioro de síntomas previos, etc. A raíz de ello, realizaron distintas actividades para visibilizar la importancia de la salud mental y atender los efectos que el COVID-19 había generado en el bienestar de la población. Entre estas se resaltan las marchas informativas sobre salud mental, la misa conmemorativa a las personas vecinas fallecidos, el acompañamiento a personas que atravesaban pérdidas por COVID-19, alianzas estratégicas con una psicóloga

¹⁴ Huarcaya, J. (2020) "Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19." Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 37, no. 2: 327-34. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.

¹⁵ Ídem.

¹⁶ Informe sobre la situación del mercado laboral en Lima Metropolitana. INEI. 2020. "Durante la pandemia la población ocupada disminuyó en 23,9% (1 177 500 personas) al compararla con el mismo trimestre móvil durante el año 2019." Obtenido de Coloma, Evelin. "El impacto del COVID-19 en las mujeres trabajadoras del Perú. ¿Se incrementa la desigualdad y la violencia en el trabajo?". Revista de la Facultad de Derecho, no. 53 (2021): 249-269. <https://doi.org/10.26439/iusetpraxis2021.n053.5064>.

Aprendizajes desde la organización comunitaria durante la pandemia de COVID-19

que pudiera atender a quienes lo necesitaban, gestiones con el Ministerio de Salud (MINSA) para la habilitación de un Centro de Salud Mental Comunitario¹⁷ en Santa Rosa, entre otras.

Además, el trabajo comunitario permitió apoyar a otras personas cuidadoras y se configuró como un espacio para resignificar la pena, encontrar utilidad a los conocimientos

que había traído la enfermedad y sentirse sostenidas (cuidadas) por personas que habían atravesado situaciones similares¹⁸. En esa línea, el cuidado comunitario contribuyó a mitigar, en alguna medida, los efectos de la emergencia en la salud mental de la población al permitirles dar sentido a sus experiencias de pérdida, encauzar sus sentimientos hacia la acción y construir espacios de cuidado.



“Como Comité no solamente atendimos la parte de salud, sino también el estado emocional: decirles que estamos acá, ‘no se preocupen, cuentan con nosotros cualquier cosa’, ‘su problema va a ser escuchado y transmitido, cualquier cosa se va a poder ayudar’.” (Lideresa de Comisión de Apoyo del CC Anti COVID-19)



La experiencia de las lideresas y líderes del Comité Comunitario Anti COVID-19 de Santa Rosa permite identificar la necesidad de servicios de salud mental para aquellas personas que realizan trabajos de cuidados. Como mencionó una de las lideresas, durante las primeras etapas del duelo por la pérdida de su esposo, no se sentía capaz de apoyar al Comité en tareas como apoyar o relacionarse con personas sobrevivientes a pérdida por Covid o familiares enfermos. Se restringía a colaborar con tareas logísticas y brindar su conocimiento como sobreviviente a la pérdida. Luego de realizar acciones para su autocuidado y procesar el duelo, pudo involucrarse más en las diferentes actividades.

En este sentido, es clave que la persona cuidadora cuente con espacios de autocuidado y servicios de salud integral. El Estado debe poder responder a las necesidades de las personas cuidadoras, incluyendo mecanismos de

soporte a la salud mental a fin de garantizar su bienestar y derechos. De hecho, el 68% de la población está de acuerdo con que el Estado debería ser responsable de proveer los servicios de salud en el país (ENADES, 2022). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende la salud como “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁹. La materialización de esta definición en el sistema de salud pública nacional y un enfoque territorial exige un modelo de atención de la salud mental comunitaria que se articule con las infraestructuras de cuidado a nivel local, principalmente en un contexto de continuas crisis.

Según lo propuesto por el Plan nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria, las comunidades (barrios y vecindarios) son parte de los sistemas protectores para enfrentar las enfermedades y problemas de

¹⁷ Los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) son instituciones de salud pública que tienen como objetivo brindar atención integral en salud mental a la población de una determinada área geográfica. Estos centros cuentan con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud mental y ofrecen servicios como psicoterapia, atención de crisis, reinserción social, promoción de la salud mental, prevención de la violencia en la comunidad, entre otros.

¹⁸ Muchos miembros del Comité Comunitario Anti COVID-19 perdieron familiares y amistades significativas durante las primeras olas de la pandemia.

¹⁹ OMS (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud en Documentos básicos. – 48.ª ed. Con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014.

²⁰ Ministerio de Salud [MINSA] - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública(2018). Plan nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. Lima: MINSA.

SANTA ROSA DE COMAS Y LA CRISIS DE CUIDADOS

salud mental.²⁰ En esa línea, el nuevo modelo de salud mental público impulsa el involucramiento activo de las comunidades en la planeación, implementación y evaluación de las acciones que busquen promover y proteger la salud mental, así como cuidar la salud de las personas, familias y colectividades; proponiendo un sistema de salud articulado con redes comunitarias coherente a los ODS y las recomendaciones de la OCDE.²¹

Entre las acciones que pueden realizar las organizaciones comunitarias, se encuentran el mapeo de información

sobre necesidades de salud mental, el acompañamiento a personas usuarias en su proceso de atención, acciones de prevención primaria, visitas domiciliarias y vigilancia comunitaria de la salud mental, trabajando en conjunto con los equipos de salud mental.²² Estas acciones se configuran como cuidados comunitarios, lo que requiere contemplar el acceso a servicios de salud de calidad para atender su bienestar (mental y emocional), a la vez que condiciones dignas para llevarlo adelante.



²⁰ Ministerio de Salud [MINSa] - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública(2018). Plan nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. Lima: MINSa.

²¹ Ministerio de Salud [MINSa] (2018). Plan nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria.

²² Ministerio de Salud [MINSa] (2018). Plan nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria.

Reflexiones para la Agenda de Cuidados

- 1.** El caso de Santa Rosa da cuenta que, en contextos donde se profundizan las desigualdades y frente a los limitados servicios públicos de calidad, la población organizada termina reemplazando a las instituciones públicas. La corresponsabilidad de los cuidados requiere que el Estado asuma su rol como titular de obligaciones: debe garantizar –entre otras políticas de cuidados– la cobertura, calidad y oportunidad en la prestación de servicios públicos, incorporando un enfoque de prevención, contención y mitigación frente a emergencias
- 2.** Las infraestructuras de cuidado blandas construidas localmente sostienen la vida en contextos de crisis, de debilitamiento institucional y de profundas desigualdades. Es fundamental que el Estado reconozca el derecho al cuidado en todas sus dimensiones y alcances, incluidas las condiciones dignas de los cuidados comunitarios y la contribución en los procesos de planificación, implementación y evaluación de los servicios para garantizar su calidad, oportunidad y cobertura.
- 3.** Es fundamental garantizar la inversión pública en infraestructuras de cuidados. Es necesario generar una asignación planificada y adecuada de recursos para brindar servicios de calidad destinados a la atención de personas que requieren cuidados y personas que cuidan.
- 4.** Adoptar políticas para una adecuada corresponsabilidad de género en la provisión de cuidados. Para ello, es necesario que se trabaje a nivel cultural en una transformación social que incluya el trabajo desde las masculinidades, el cuestionamiento a los estereotipos y roles asignados al género en las propias políticas y servicios públicos, la sensibilización de la ciudadanía sobre los nudos estructurales que sostienen la división sexual del trabajo y la injusta organización social de los cuidados, entre otros.
- 5.** Es necesario generar evidencia, que permita el desarrollo de mejores políticas públicas, sobre el uso del tiempo, las representaciones sociales, las necesidades de cuidados situadas, cuentas satélites, entre otras. Es importante recuperar la evidencia estadística de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), siendo que la última se implementó hace 13 años y no hay data oficial actualizada.
- 6.** En un contexto de múltiples crisis y de desigualdades persistentes, principalmente aquellas que afectan la autonomía de las mujeres, se requieren políticas que permitan garantizar una mayor y mejor inversión social que garantice el reconocimiento de derechos y condiciones de igualdad para el ejercicio de nuestra ciudadanía.





OXFAM



oxfamenperu



oxfamenperu



@oxfamenperu

www.peru.oxfam.org