Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia

III Jornadas de la Red
de Antropología y Salud de Argentina

Compiladoras
Ma. de Lourdes Guggia, Ana Bensi,
Marcela Valdata y Estibaliz Cuesta Ramuno

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia

COMITÉ ACADÉMICO

Dra. Alejandra Roca
Secretaría de Ciencia y Tecnología, UNPaz
Dr. Alejandro Goldberg
ICA, FFyL, UBA. CONICET
Lic. Alicia Cattáneo
Facultad de Ciencias Sociales UBA
Dra. Ana Ariovich
UNGS
Dra. Ana Dominguez Mon
FSOC, UBA. IIDYPCA, UNRN
Dra. Ana Pérez Declercq
Observatorio de violencia contra las mujeres, Salta
Dra. Mariana Lorenzetti
INMeT, ANLIS-Malbrán
Dra. Raquel Drovetta
UNVM-CONICET
Dra. Susana Margulies
ICA, FFyL-UBA
Mg.Lidia Schiavoni
FHyCS, UNaM
Dra. Anahí Sy
DESACo, IJDH. UNLa. CONICET
Mg. Elida Carracedo
UNR
Dra. Mabel Grimberg
ICA, FFyL, UBA
Dra. María Epele
FSOC, UBA. CONICET
Dra. María Emilia Sabatella
IIDYPCA, UNRN- CONICET
Dr. Marcelo Sarlingo
FSOC, UNICEN
Dr. J. Adrián Sotelo
UNPaz, CGA
Dra. Susana Ortale
FaHCE, UNLP. CIC/PBA
Dra.Valeria Alonso
INE/ ANLIS/UNMdP
Dra. María Laura Recoder
ICA, FFyL-UBA

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. Ana Bensi
EAPROS, FHUMyA, UNR
Cecilia Camacho
CEAPROS, FHUMyA, UNR
Dr. Diego Díaz Córdova
UBA - UNLa DESACo
Dra. Estibaliz Cuesta Ramunno
FCVyS, UADER
Dra. Eugenia Brage
ICA, FFyL-UBA, CONICET
Jazmin Petrelli
CEAPROS, FHUMyA, UNR
Lic. Marcela Valdata
CEAPROS, FHUMyA, UNR
Lic. Ma. de Lourdes Guggia
CEAPROS, FHUMyA, UNR
Dr. Matías Stival
CEAS, FHUMyA, UNR
Paola Iglesias
CEAPROS, FHUMyA, UNR
Dra. Pía Leavy
ICA, FFyL- UBA, CEREN-CIC- CONICET
Dra. Romina del Monaco
FSOC, UBA. CONICET
Lic. Sofía Fernández
CEAPROS, FHUMyA, UNR
Escuela de Antropología y Departamento de Antrop. Sociocultural FHUMyA
UNR
Asociación Rosarina de Antropólogos
Rosario

III Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina

Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia

Compiladoras

Ma. de Lourdes Guggia, Ana Bensi,
Marcela Valdata y Estibaliz Cuesta Ramuno

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA









redASA

RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

Valdata, Marcela Isabel
Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia: Actas de las III Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina redASA / Marcela lisabel Valdata; María de Lourdes Guggia; compilación de Ana Celeste Bensi; Estebaliz Cuesta Ramuno. - 1a ed. compendiada -. Rosario: Marcela Isabel Valdata, 2024.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-631-00-6009-8

1. Antropología. 2. Salud. I. Guggia, María de Lourdes. II. Bensi, Ana Celeste, comp. III. Cuesta Ramuno, Estebaliz, comp. IV. Título.
CDD 303.483



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

Los contenidos de este libro de actas son responsabilidad única y exclusiva de los autores firmantes de cada texto en particular.

ÍNDICE

Presentación 13

Paneles centrales 21

GRUPO DE TRABAJO N° 1
CUIDADOS Y DESIGUALDADES

Antropología y salud/salud Mental 27
Mariano Gil, Carla Guirado, María Soledad Llovera

Estrategias, experiencias y cuidados desde el equipo de orientación y apoyo de una escuela especial de Misiones 41
Serena Orellano

Prácticas y sentidos en torno al "cuidado" desde mujeres y varones trabajadores de la construcción en Rosario (Argentina) y La Paz (Bolivia) 51
Gretel Philipp, Magalí Marega

Saberes de salud de la población migrante desde la perspectiva de trabajadores/as de CESACs del sur de CABA 63
Agustina Storto

GRUPO DE TRABAJO Nº 2
EXPERIENCIAS DE TRABAJO EN SALUD DURANTE LA PANDEMIA: APROXIMACIONES INTERDISCIPLINARIAS, COLABORATIVAS Y ETNOGRÁFICAS

Ecos de la pandemia. Estrategias de vinculación comunitaria relativas a la producción social del cuidado en Mar del Plata 79
Valeria Alonso, Sonia Fuertes, Laura Paola Sánchez, María Mercedes Hoffmann, Paula Mercedes Romero, Paula Posada Campoy, Mariel Susana Varela

Miradas locales a un proceso global: la vacunación contra la COVID-19 desde los trabajadores de la salud de Misiones 91
Miguel Alejandro Avalos, Lidia del Carmen Schiavoni

Salud Mental de trabajadores de salud y trabajadores de salud mental, en pandemia 107
Cecilia Berra, Jacinta Burijovich, Elian Chali, Alicia Miranda, Jeremías Miretti

El tiempo pandémico en cuestión: experiencia polifónica de un equipo de salud en el primer nivel de atención en el sur de la Ciudad de Buenos Aires 121
Ana Florencia Cararo Funes

Transformaciones en el sector salud durante el primer semestre de la pandemia de covid19. Experiencias y perspectivas de los trabajadores de efectores públicos de La Plata y Ensenada 133
María Adelaida Colangelo, Diana Weingast

Derechos sexuales: una experiencia disruptiva en pandemia 149
Rossana Crosetto, María Teresa Bosio, Claudia Bilavcik

Las 'psicosociales' no somos asistentes 161
Reflexiones en torno a la atención del área psicosocial en dispositivos del primer nivel de atención en Pandemia por COVID19
María Clara Fariña

Biomedicina, trabajo y emoción: experiencias laborales de trabajadoras sociales en salud CABA, durante la pandemia de COVID-19 173
Candela R. Heredia, Julieta Nebra

Atención de enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID-19. Un análisis de las narrativas de trabajadores de hospitales públicos del conurbano bonaerense 187
Brenda Moglia

Experiencias y narrativas acerca de la pandemia de Covid-19 en comunidades mapuche de la provincia de Río Negro 199
María Emilia Sabatella, Carolina Michel, Cecilia Conterno, Laura Laurín

Contar desde los hospitales. Condiciones y formas de la narrativa entre el género, la profesión y las jerarquías institucionales 211
Cinthia Sapienza, Paula Derossi, Francisco Gelman Constantin, Brenda Moglia

Reorganización de los procesos de atención en el primer nivel de atención durante la pandemia de covid-19. Ciudad de Rosario 219
Matías Stival, Marina Santos, Mariano Gil, Julia Puzzolo, Leandro Drueta

"Sentíamos que íbamos a una guerra". Procesos reflexivos y diálogos con la etnografía. El lugar de la narrativa frente a la pandemia en los (las) trabajadores (ras) de la salud en Salta y Jujuy 231
M. E. Suárez, A. Pérez Declercq, E. Miranda, V. Jerez Vilma Guzman, V. Vilca, N. Vacaflor, L. Díaz, Beatriz Aciar

GRUPO DE TRABAJO Nº 3
ALIMENTACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA

"Y un día, el tiempo se detuvo y (re)apareció la cocina hogareña" 249
M. Laura Bergel, Diego Díaz Córdova

Verdurazos, talleres alimentarios y la Red de Comedores. Maneras de comprender el alimento desde la Unión de Trabajadores de la Tierra (UTT) 261
Nuria Caimmi

Estrategias alimentarias de un grupo de mujeres que participan en un comedor comunitario durante la pandemia de covid-19 en Rosario..... 275
Florencia Funoll Capurro, Mariana Gerbotto

El comer confinado: un estudio sobre la alimentación infantil durante el aislamiento social en el Gran La Plata..... 287
Juliana Ravazzoli

Alimentación y redes sociales. Análisis sobre la influencia de las ciber redes sobre los saberes y prácticas alimentarias de los usuarios de Instagram seguidores de Licenciados en Nutrición 297
Aldana Canuhé Torres, Verónica Castellano, Lucila Médica, Claudia Torres, Flavia Witruk

GRUPO DE TRABAJO N° 4
MÉTODOS Y TÉCNICAS EN ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

Conocimientos expertos, géneros y sexualidades: discusiones y experiencias de profesionales psi sobre los cambios en torno a la temática en los últimos tiempos 311
Romina Del Monaco

Del comedor infantil al barrio. Prácticas y saberes del cuidar(se). ¿Con quienes fue posible interactuar en el campo? 321
Ana Pérez Declercq

GRUPO DE TRABAJO N° 6
PANDEMIA, SALUD Y TERRITORIO. APORTES DESDE LA INVESTIGACIÓN Y LA GESTIÓN PARA REPENSAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN Y CUIDADOS DE SALUD

Intersectorialidad y condicionalidades de la política social: sumar y AUH-AUE en el Municipio de Tigre 331
Silvia Andiarena

Experiencias sobre salud intercultural del Pueblo Qom en la Provincia de Buenos Aires 347
Verónica Castellano, Clara Romero

Mujeres líderes como mediadoras para prevenir el cáncer en Entre Ríos..... 359
Estibaliz Cuesta Ramunno, Claudio Staffolani, Silvia Tessio Conca

Personas mayores en pandemia: aproximaciones desde un equipo de salud 371
María Deagustini, Natalia Israeloff, Lucía Reynoso, Antonella Coullery, Sofía Olivares García, Anabela Perez

Condiciones de trabajo y distorsión de APS antes y durante la pandemia COVID-19: Un estudio de caso en el conurbano bonaerense 379
Betina Freidin, Matías S. Ballesteros, Agustín D. Wilner

Ley Nacional de Salud Mental 26.657: una deuda atravesada por la pandemia 393
Antonella Gallego Gastaldo

Evaluación de respuestas de la estrategia de Atención Primaria de Salud durante la pandemia del COVID-19 en centros urbanos del país (2020) 405
Sandra S. Gerlero, Agustina Alarcón, Cecilia Argañaraz, Ana Cecilia Augsburger, María Paula Duarte, Sebastián Genero, Cecilia Pinto, Ernesto Taboada

Acción directa por el acceso al aborto en pandemia: el caso del Socorro Rosa Las Orillas 417
Agustina Rúa

Relatorio del conversatorio N° 2..... 429
Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia

Relatorio del conversatorio Nº 3 433
Debatiendo la enseñanza de antropología y ciencias sociales en carreras universitarias de enfermería

Relatorio del conversatorio Nº 4 437
Revisión teórica sobre las politicas públicas sanitarias, los preconceptos y las posibles estrategias para abordar la inclusión de las minorías en Argentina

Relatoría de posters 439
Sofía Fernández, Ma. de Lourdes Guggia

Presentación del libro: *In situ: el cáncer como injusticia social. Desigualdades sociales de la salud, inequidad, vulnerabilidad estructural* (Buenos Aires: Biblos, 2021)..... 445

Presentación del libro: *Amor y enfermedad. Etnografía de una zoonosis,* Buenos Aires, Argentina (UNSAM Edita, 2021) 449

Presentación del libro: *Quedan 15 días de cuarentena. Cómo se vivió y cómo contaron los medios el confinamiento por COVID-19 en barrios populares de Buenos Aires y Resistencia* (Buenos Aires, Argentina CICCUS, 2022)..... 451

Presentación del libro: *Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina* (Buenos Aires: MT Editores, 2021) 453

Presentación del libro: *Del órgano a la Organización. Análisis institucional de una ONG de trasplantados de órganos* (Rosario: Hy A Ediciones, 2019)..... 456

"2022 –Las Malvinas son argentinas"

EXP-UNR Nº 6427/2022

Rosario, 22 de abril de 2022.-

VISTO la nota mediante la cual la Dra. Estibaliz Cuesta Ramunno en representación del Comité Organizador, solicita el auspicio de esta Casa de Estudios para las **III Jornadas redASA "Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia"** organizado por la Red Argentina de Antropología de la Salud (redASA), a realizarse los días 7 y 8 de junio del corriente año;

CONSIDERANDO que dichas Jornadas proponen un diálogo entre producciones antropológicas y de las ciencias de la salud en general, resultantes de los debates teóricos, trabajos de campo e intervenciones, como ejercicio disciplinar o interdisciplinar durante la pandemia; focalizándose no sólo en el COVID-19 sino en las afectaciones y consecuencias que las condiciones de emergencia han tenido sobre diferentes sectores sociales en contextos de aislamiento;

TENIENDO EN CUENTA el despacho favorable de la Comisión de Enseñanza, y que el tema fue tratado y aprobado en la sesión del Cuerpo del día de la fecha;

Por ello;

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA
DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES Y ARTES
RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.-Declarar de Interés Académico las **III Jornadas redASA "Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia"** a realizarse los días 7 y 8 de junio del corriente año en esta Casa de Estudios.

ARTÍCULO 2º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

RESOLUCION NRO. 190/2022 C.D.

ADRIANA DANA
Directora Gral. de Administración
FAC. HUMANIDADES Y ARTES
U.N.R.

Prof. Alejandro G. Vila
Decano
Facultad de Humanidades y Artes
U.N.R.

Presentación

La irrupción de la pandemia del SARS-COVID-2 y las condiciones de emergencia globales y locales que le sucedieron, generaron rápidas modificaciones en los discursos, políticas y sistemas de atención de la salud. Esto profundizó las desigualdades económico-sociales y las fragilidades de los cuerpos sociales e individuales preexistentes. A su vez, el carácter prioritario del abordaje del COVID-19 por parte los sistemas de salud bajo condiciones de aislamiento, puso en segundo plano y postergó la atención de otras dolencias y malestares, modificando los modos locales en que diversos conjuntos sociales desarrollan prácticas, saberes y trayectorias para afrontar los sufrimientos que las cuestiones de vida y muerte imponen. Aunque, en un primer momento, la pandemia y las problemáticas asociadas se manifestaron como fenómenos globales y homogéneos, con el despliegue geográfico y temporal de las mismas, fueron abriéndose paso diferentes respuestas en diferentes regiones y contextos locales.

Considerando este complejo escenario, las antropologías de la salud, cuyos objetivos atraviesan un amplio repertorio de dolencias y enfermedades, saberes y prácticas, políticas y procesos de atención y cuidado de la salud, poblaciones mayoritarias y conjuntos sociales específicos, diversos géneros y otras minorías, modos de sobrevivir y morir, tiene mucho que aportar sobre estas radicales y rápidas modificaciones y sobre sus transformaciones presentes y futuras.

En el año 2019 se realizaron las II Jornadas de la redASA, en un marco de consolidación de la misma a nivel nacional con perspectiva de ampliación. Allí hubo una puesta en común de aquellas problemáticas que se abordaban desde la salud en el campo de la antropología y otras disciplinas relacionadas con ésta. La realización de estas jornadas tiene una frecuencia bianual, por lo que la pandemia truncó la posibilidad de gestarlas en el año 2021. Pasada la crisis pandémica y con la vasta producción académica generada a partir de la misma, la red consolidó su accionar con foros regionales, estableciendo una comisión Federal para continuar pensando el presente tan incierto como esperanzador.

Llegado el 2022, con la posibilidad del retorno a la presencialidad, se llevaron a cabo las III Jornadas de la redASA en la ciudad de Rosario, Pcia de Santa Fe, durante los días 7 y 8 de julio. En ellas se propuso un diálogo entre producciones antropológicas y las de las ciencias de la salud en general, resultantes de los debates teóricos, trabajos de campo e intervenciones, como ejercicio disciplinar o interdisciplinar durante la pandemia. La agenda de las jornadas se focalizó no sólo en el COVID-19, sino en las afectaciones y consecuencias, que las condiciones de emergencia han tenido sobre diferentes sectores sociales en contextos de aislamiento. Bajo estas condiciones, se incluyeron también los análisis de las modificaciones e innovaciones de las herramientas de trabajo antropológico, al cambiar el elemento fundante de nuestra disciplina "el estar ahí" y "los vínculos entre los conjuntos sociales" y de éstos con sus espacios, no sólo sociales, sino ambientales. A su vez, se propuso revisar los cambios de las relaciones entre sujetos-ambientes, cuando los riesgos, peligros y amenazas durante la pandemia, contaminan dichos vínculos.

La invitación a participar en las III Jornadas de la redASA, consistió en exponer, debatir, compartir y articular sobre un amplio espectro de problemas, abordajes e intervenciones que atraviesan las antropologías y los diversos campos relativos a la salud. Los ejes temáticos se focalizaron en: Medioambiente, Gestión/Investigación, Enseñanza de la antropología en ámbitos académicos de las Ciencias de la Salud y Ética/bioética.

Las Jornadas contaron con un Comité Académico y un Comité Organizador representativo de las universidades, centros de investigación, de formación, ministerios y centros de salud pública en los que trabajan antropólogas/os, con distribución Federal. Estas jornadas fueron declaradas de Interés Académico, por la Facultad de Humanidades y Artes, UNR según resolución N° 190/2022 CD. Además se recibió el apoyo del Colegio de Graduados de Antropología de la República Argentina (CGA), Escuela de Antropología de la Facultad

de Humanidades y Artes, Asociación de Antropología de Rosario (AAR), Instituto de Investigaciones Dr. Adolfo Prieto, de la Facultad de Humanidades y Artes (IIAP), UNR, Centro de Estudios Aplicados a Problemáticas Socioculturales (CEAPROS; UNR) y el Centro de Estudios de Antropología y Salud (CEAS, UNR) así como también con el aval de las instituciones educativas y de investigación cuyos representantes forman parte de los comités académicos: Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras UBA; Instituto Académico Pedagógico de la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Villa María; Universidad Nacional de Lanús, IIDYPCA Universidad Nacional de Río Negro; Secretaría de Ciencia y Tecnología, Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ); Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (CONICET-UNLP); Instituto Nacional de Medicina Tropical (Ministerio de Salud de la Nación); Observatorio de Violencia contra las Mujeres, Salta.

Este libro compila todas las acciones realizadas en las III Jornadas de redASA "DEBATES, EXPERIENCIAS Y AGENDAS DE SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA". Se desarrolaron dos Paneles Centrales: " Los desafíos en los servicios de salud en el marco de la post pandemia" cuyos Disertantes fueron Dr.Leonardo Caruana (Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario), Dra. Rosana Quintana (GLADERPO, CEAPROS) y Anahí Sy (DESACo, IJDH. UNLa. CONICET) con la Moderación y comentarios de Dra. Susana Margulies. El segundo panel "Visiones sobre las nuevas construcciones sociales del ambiente global post pandemia, su uso y sus efectos en la salud". Tuvo como panelistas al Dr.Marcelo Sarlingo, Marianela Fernández Oliva y Claudio Staffolani, con la moderación del Dr. Omar Arach y la Coordinación y comentarios de Dra. Estibaliz Cuesta Ramuno.

Se incluyen las ponencias presentadas en los 6 Grupos de Trabajo: Grupo de Trabajo N°1 "Cuidados y Desigualdades", coordinado por Dra. Ana Beatriz Dominguez Mon (IIDyPCa- CONICET, UNRN), Dra. Eugenia Brage (USP/Fapesp/UBA),Dra. Pía Leavy (UBA-CONICET) , Grupo de Trabajo N° 2 "Experiencias de trabajo en salud durante la pandemia: aproximaciones interdisciplinarias, colaborativas y etnográficas". Coordinado por Anahi Sy (UNLA-CONICET) y Valeria Alonso (INE/ANLIS-UNMdP) y como Comentaristas Mariana Lorenzetti (INMeT-UNAM) y Raquel Drovetta (UNVM-CONICET). Grupo de Trabajo Nº 3 "Alimentación en tiempos de pandemia". Coordinado por Dra. Laura Bergel (DESACO-UNLa), Dr. Diego Díaz Córdoba (DESACO-UnLA) y Lic. Juliana Ravazzoli (CEREN/CIC-PBA). Grupo de Trabajo N° 4: "Métodos y técnicas en antropología de la salud". Coordinado por Dra. Romina Del Monaco (CONICET/FSOC.UBA) y

Dra. Ana Pérez Declercq (Observatorio de violencia contra las mujeres). Comentaristas: María Epele (CONICET/UBA) y Alejandra Roca (UBA-UNPaz) . Grupo de Trabajo N° 6 "Pandemia, salud y territorio. Aportes desde la investigación y la gestión para repensar los procesos de atención y cuidados de salud". Coordinado por María Crojethovic (Gino Germani/UBA. Instituto del Conurbano/UNGS), Carlos Jiménez (CEI/UNR. Instituto del Conurbano/UNGS), Ana Ariovich (Facultad de Ciencias Sociales/UBA. Instituto del Conurbano/UNGS)

Los conversatorios fueron acompañados con sus relatorías, Romina Del Monaco, FSOC, UBA. CONICET y Eugenia Brage, ICA, FFyL-UBA, CONICET coordinaron "Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia". Dr. Juan Gregoric. Adjunto *Salud colectiva I y II,* Licenciatura en enfermería, ICRM UNSAM, Dra. Grisel Adissi. Titular *Introducción a la Sociología de la salud* Licenciatura en enfermería. Departamento de Ciencias de salud y deportes. UNPAZ , Prof. Lía Ferrero. Adjunta *Antropología de la salud* y *Filosofía del Cuidado I*. Lic. en enfermería, Departamento de Ciencias de salud y deportes. UNPAZ coordinaron el conversatorio titulado: "Debatiendo la enseñanza de antropología y ciencias sociales en carreras universitarias de enfermería". Bajo la coordinación de Lic. Guggia Ma. de Lourdes , CEAPROS, FHUMyA, UNR, Lic. Bensi C. Ana, CEAPROS, FHUMyA, UNR, Giribaldi Gabriela, UCEL, se presentó el conversatorio: "Revisión teórica sobre las políticas públicas sanitarias, los preconceptos y las posibles estrategias para abordar la inclusión de las minorías en Argentina"

Se presentaron tres posters de modo virtual: "Vivencias de los trabajadores sanitarios en Pandemia. Del cuidado a los momentos claves" por Lic. Jorge Sebastián Almada. FHyCS-UNaM; "Discapacidad orgánica: proceso de estudio y participación del Movimiento Asociativo de la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)" por María Georgina Granero y "Resignificar las experiencias de las prácticas de cuidados integrales de salud en personas con covid positivo. En el Centro de Salud Mama Antula, Santiago del Estero" por Mónica Alejandra Salvatierra y Celia Isabel Céspedes

Se realizó la presentación de cinco libros:

In situ: el cáncer como injusticia social. Desigualdades sociales de la salud, inequidad, vulnerabilidad estructural (Buenos Aires: Biblos, 2021) Editores Natalia Luxardo. Investigadora del Conicet en el Área Salud y Población del Instituto Gino Germani. Profesora en la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. Licenciada en Trabajo Social (UBA), Magister en Ciencias Sociales con mención en

Salud (CEDES- FLACSO), Dra. En Ciencias Sociales y Dra. En Cultura y Sociedad (Universidad Nacional del Arte)-. Iberá 1998 (1429). CABA y Fernando Sassetti. Investigador de la Universidad Nacional de Entre Ríos. Bioingeniero. Magister en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (Universidad Nacional de Rosario) y Dr. En Ingeniería (Universidad Nacional del Litoral). Es profesor de la Cátedra Organización de los Sistemas de Salud, en la Carrera de Bioingeniería de la UNER.
Autores de los capítulos: Leandro Alva, Javier Billordo, Leila Passerino, Teresita Calzia, Ingrid Spessotti, Carlos Scotta, Julio César Bello, Marcel Kolvenbach, Giuliana Sanabria, Nélida Arnaldi, Daiana Retamar, Marcela Belardo, Mariana Bordes, Nicolás Rodríguez, Eugenia Wright, Mariano Treacy, Miriam Correa, Priscila Pesoa, Nadia Lemos, Griselda Alzugaray, Norma Yacumini, Cristian Albornoz, Juana Albornoz, Nicolás Berberich, Cristian Cabrera, Carina Cabrera, Micaela Garcilano, Oscar Riquelme, Soledad Zapata, Luciana Sanabria, Stella Maris Ibarra, Guillermo Macias, Johana Barrio, Griselda Facello, Liliana Telatin, Paola Weinzettel, Cecilia Palermo, Francisco López, Moira O´Shee Birkinfield, Alejandro Noboa, Mariana Schmidt, Christine Holmberg.

Amor y enfermedad. Etnografía de una zoonosis, Buenos Aires, Argentina (UNSAM Edita, 2021)
Autora: Andrea Mastrangelo
Investigadora Independiente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Docente universitaria en postgrados de la UBA, UNLP, FLACSO, Centro Nacional de la Patagonia CONICET y en el grado en la Universidad Nacional de San Martín. Coordinadora Programa Salud, Ambiente y Trabajo (CeNDIE-ANLIS/CEA-UNSAM). https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=29746&datos_academicos= yes Filiación institucional: Centro de Antropología, UNSAM. CONICET. Títulos: Doctora y Magister en Antropología Social, Universidad Nacional de Misiones, Argentina.
Comentarios: María Celeste Medrano
Investigadora adjunta CONICET. Docente investigadora de la Facultad de Filosofía y Letras UBA en el proyecto "Conflictos ideológicos, epistemológicos y ontológicos. Reflexiones desde el diálogo de saberes entre pueblos indígenas, investigadores académicos y gestión pública" Responsable Dra. Mariela Rodríguez. Es autora de los libros ¿Qué es un animal? Junto a Felipe Vander Belden (2018); Zoología Qom. Conocimientos tobas sobre el mundo animal, junto a M. Maidana y C Gómez (2011).

Del órgano a la Organización. Análisis institucional de una ONG de trasplantados de órganos (Rosario: Hy A Ediciones, 2019)
Autora Valdata, Marcela Isabel
Licenciada en Antropología y doctoranda de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario. Directora del Centro de Estudios Aplicados a Problemáticas Socioculturales (CEAPROS), UNR.
Comentarios: Lic. Juan Mauricio Renold
Licenciado en Antropología por la Universidad Nacional de Rosario (UNR), Argentina. Profesor Titular concursado en la Escuela de Antropología de la Facultad de Humanidades y Artes, UNR. Investigador en la Carrera de Investigador Científico del Consejo de Investigaciones de la UNR (CIC-CIUNR). Director por 25 años del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Humanidades y Artes, UNR. Docente-Investigador categoría 1 en el Sistema Nacional de Incentivos del Ministerio de Educación de la Nación.
Lisandro Lisandro Zeno trasplantado de médula, Concejal de la ciudad de Rosario por el Partido Demócrata Progresista dentro del Frente Progresista Cívico y Social.

Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina (Buenos Aires: MT Editores, 2021)
Compiladores: Giglio Salvador Prado: Miembro de ALAMES Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Docente en temas de Salud Pública en la UNPAZ, Universidad Nacional de José C. Paz. Actual miembro del Directorio de IOMA, Instituto de Obra Médico Asistencial (Obra Social de los Trabajadores de la Provincia de Buenos Aires) en representación de su Poder Ejecutivo. Pablo Torres: Psicólogo. Secretario General de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires. Miembro del Consejo Ejecutivo de ALAMES Argentina.
Autores:
Verónica Azpiroz Cleñan: Autora del Capitulo Bilingüe. Modelo de Atención Complementaria entre la Medicina Mapuche la Biomedicina.
Autores de los capítulos: Valeria Borgarucci, Adrián Dubinsky, Pablo Garrido, Giglio Salvador Prado, Leonardo Verna, Roxana Ynoub, Patricia Digilio, Juan Canella, Gerardo Codina, Pablo Torres, Pablo Maciel, Gabriela Lacarta, Leonel Tesler, Martin Castilla, Pedro Wasiejko, Ricardo Gutiérrez, Alberto Genoud, Clara Schor-Landman, Carlos Herbon, Ricardo Paveto, Nora Lomberg, Carlos Tisera, SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo), Carlos Roberti, Inés Rosendi, Mariana Abadié, Lilian Alvarado, Ayelen Butler,

Laura Cuevas, Agustina D'Agostino, Sonia Gastelu, Celia Lis, Susan López, Soledad Martinez, Virginia Michelli, Verónica Azpirz Cleñan, Elvira Zacarías Soto, Enrique Kreplak, Mariano Kreplak, Marcos Jaureguízar, Ileana Goñi, María Virginia Palmentiere, Eduardo Quiroga Ceiprian, Mario Rovere.

Quedan 15 días de cuarentena. Cómo se vivió y cómo contaron los medios el confinamiento por COVID-19 en barrios populares de Buenos Aires y Resistencia (Buenos Aires, Argentina CICCUS, 2022)
Autoras
Andrea Mastrangelo
Investigadora Independiente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Docente universitaria en postgrados de la UBA, UNLP, FLACSO, Centro Nacional de la Patagonia CONICET y en el grado en la Universidad Nacional de San Martín. Coordinadora Programa Salud, Ambiente y Trabajo (CeNDIE-ANLIS/CEA-UNSAM). https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=29746&datos_academicos= yes Filiación institucional: Centro de Antropología, UNSAM. CONICET. Doctora y Magister en Antropología Social, Universidad Nacional de Misiones, Argentina.
Flavia Demonte
Investigadora Adjunta del CONICET. Docente universitaria en posgrado de la UNLP y del grado en UNSAM y UNLP. Integrante del equipo técnico de la Asociación Civil Trama. Investigadora/colaboradora en proyectos I+D URV (España). https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?id=28483&keywords=Demonte&datos_aca demicos=yes Filiación institucional: Escuela IDAES, UNSAM. CONICET. Dra. en Ciencias Sociales, UBA. Magíster en Políticas Sociales, UBA. Lic. en Ciencias de la Comunicación, UBA.
Presentadoras: Valeria Alonso Profesional principal INE/ANLIS, Mar del Plata, Argentina. Docente de la Escuela Superior de Medicina UNMdP. Coordinó la Red Bioética del Sur Bonaerense e integra la REDASA. Investigadora responsable del nodo INE/ANLIS del Proyecto PISAC COVID-19 cod.077 "Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as", financiado por la Agencia Nacional I+D+i, Argentina. Filiación institucional: Departamento de Investigación Epidemiológica y el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología (INE/ANLIS), Mar del Plata, Argentina. Doctora en Psicología UNMdP. Magíster en Ciencias Sociales y Salud FLACSO. Antropóloga UBA
Pía Leavy Investigadora asistente del CONICET en el Instituto de Ciencias Antropológicas (UBA). Desde 2008 integra el equipo Niñez

Plural (ICA-FFyL) e investiga problemáticas que se vinculan con niñez, cuidado y género en comunidades indígenas de la provincia de Salta y en otras localidades del país. Es docente en la Maestría de Problemáticas Sociales Infanto-Juveniles (UBA), directora del PIP1639 "Niñez, alteridad y ciudadanía" y co-directora del Proyecto "Diverse Childhoods and Educational Inequalities in Post-Pandemic Argentina" (British Academy- University of Sheffield CONICET). Filiación institucional: Instituto de Ciencias Antropológicas (UBA). CONICET. Dra. y Prof. en Ciencias Antropológicas UBA.

Para finalizar, queremos agradecer a todas las personas que nos han acompañado en este proceso y que han hecho posible estas jornadas: a las autoridades de la Facultad de Humanidades y Artes, Decano Alejandro Vila y Secretaria Académica Marcela Coria, por habernos brindado el espacio y la tecnología necesaria para llevarla a cabo. A las y los estudiantes y graduades que estuvieron presentes desde el armado hasta el cierre; a las y los antropólogues, por confiar en la construcción de un espacio colectivo de trabajo y posibilitar que se solidifique la red con mayor visibilidad de todas y todos quienes apostamos a la salud como un derecho inalienable. Les deseamos que disfruten de este material y esperamos encontrarnos en el 2024.

Paneles centrales

Los paneles fueron convocados en virtud de las dos problemáticas sobre las que se circunscribieron las III jornadas:

PANEL " LOS DESAFÍOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LA POST PANDEMIA"

Dr.Leonardo Caruana (Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario), Dra.Rosana Quintana (GLADERPO, CEAPROS) y Anahí Sy (DESACo, IJDH. UNLa. CONICET).
Moderadora y Comentarista: Dra. Susana Margulies.

Este panel del día 7 de julio de 2022 se organizó por iniciativa de la Comisión Organizadora de las Jornadas como una propuesta para la reflexión en torno de la experiencia de la pandemia desde la perspectiva que se abría con el proceso de la "pospandemia". Se pensó como una oportunidad para reflexionar en particular sobre las maneras en que la epidemia trastrocó el universo de los servicios de salud y sus efectos y consecuencias perdurables en términos de las políticas y prácticas sanitarias. Referir la pospandemia era a la vez una oportunidad para debatir en torno del "fin" de la pandemia por COVID-19 e incluso, más generalmente, para interrogarse sobre cuándo y cómo es que puede

darse por concluida una epidemia. En distintos foros académicos se ha discutido sobre esta cuestión. En particular han sido los historiadores quienes han señalado que se sabe mucho de los comienzos de las epidemias mientras que sus "finales", por el contrario, se han mantenido como un tópico menos explorado. Asimismo se han cuestionado las narrativas lineales de brote-intervención-conclusión proponiéndose en cambio abordar la complejidad de los procesos a la vez biológicos, sociales, políticos y económicos de producción de la enfermedad. Más allá de la declaración de autoridad de la Organización Mundial de la Salud, el relato sobre el fin de una epidemia varía según el punto de vista y la perspectiva que se adopte. Así, por ejemplo una epidemia puede declararse concluida en términos epidemiológicos una vez que la circulación viral se reduce y la enfermedad cae a niveles endémicos o persiste como brotes esporádicos o cíclicos. Pero, como se ha planteado (Greene y Vargha, 20201), del mismo modo que un armisticio no cierra la experiencia de la guerra en la vida de las personas, tampoco el control del agente biológico o la contención del agente patógeno pondría fin a la epidemia en términos de la disrupción a la vez social, política y emocional que genera en las vidas de las personas y los grupos. Segata y sus colegas de la UFRGS2 proponen que "la pandemia es un evento múltiple y desigual", que tiene intensidades y manifestaciones particulares en los diferentes contextos socioeconómicos, políticos, culturales, ambientales, tanto 1 GREENE, J.; VARGHA, Ends of Epidemic, en COVID-19 and World Order: The Future of Conflict, Competition, and Cooperation, Ed. Brands, H. and Francis, J. G., 2020. 2 SEGATA, J.; SCHUCH, P.; DAMO, A. S.; VICTORA, C., A Covid-19 e suas múltiplas pandemias. Horizontes Antropológicos (UFRGS Impresso), v. 27, p. 7-25, 2021. colectivos como individuales. Más allá de la asociación pandemia-virus, se trata de un "hecho social total" en el que la realidad biológica del virus resulta indisociable de las condiciones sociales e históricas de su aparición y difusión. Esta epidemia que vivimos, como seguramente otras en el pasado, colonizó nuestras vidas y alteró nuestros tiempos, espacios y relaciones de un modo tan radical que resulta difícil retrotraerse a cómo eran las cosas "antes": de hecho cualquier "nueva normalidad" que pueda plantearse va a mostrar ineludiblemente las huellas y cicatrices que dejaron la enfermedad, el sufrimiento, las muertes y los modos de intervención política. En este marco, la pregunta por la pospandemia puede reformularse en términos de cuándo y cómo se "terminará esta disrupción" que la epidemia ha producido en nuestras vidas individuales y colectivas (op. cit.) En fin, puede hablarse de multiplicidad de los fines de la pandemia en diferentes lugares, para diferentes grupos y sujetos, y múltiples también la pandemia en la consideración de las distintas disciplinas y

profesiones. En este panel la propuesta es reflexionar sobre estos procesos y los desafíos planteados para los servicios de salud y analizar estas huellas y marcas de la experiencia de atender en pandemia de los trabajadores y trabajadoras de la salud. En primer lugar, Rosana Quintana, especialista en clínica médica y reumatología del Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria y docente e investigadora de la Universidad Nacional de Rosario reflexiona sobre la atención de patologías crónicas a partir de las respuestas organizadas a partir de la pandemia. Por su parte, Anahi Sy, docente del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús e investigadora independiente del CONICET presenta resultados de un estudio multicéntrico de narrativas de trabajadores en instituciones de salud pública y propone la posibilidad de aplicar el concepto de sindemia para analizar estas realidades. Leonardo Caruana, médico especialista en Medicina General y Familiar y Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario desde 2013 propone un balance crítico de las respuestas políticas frente a la situación sanitaria a raíz del COVID 19 en la ciudad de Rosario.

PANEL "VISIONES SOBRE LAS NUEVAS CONSTRUCCIONES SOCIALES DEL AMBIENTE GLOBAL POST PANDEMIA, SU USO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD"

Marcelo Sarlingo, Marianela Fernández Oliva y Claudio Staffolani.
Moderador: Omar Arach
Coordinadora y comentarista: Dra. Estibaliz Cuesta Ramuno

Este panel central, ocurrido en las II Jornadas Redasa, buscó traer una discusión no fuertemente asentada dentro del ámbito de la antropología y la salud, si bien su necesidad nadie contradice. Esta discusión, tan necesaria, es la de la inclusión de la visión del ambiente como marco y receptor del impacto de todo comportamiento humano. Un ambiente que, en el imaginario general es concebido en términos principalmente naturalistas y alejado, por no decir, en oposición a mundo social y cultural.

En las presentaciones de los tres panelistas invitados pudimos percibir cómo coincidían en entender y desde ahí analizar a este ambiente como una construcción, pero no exclusivamente cultural sino el resultado de un proceso histórico (remontando incluso tiempos fuera del Antropoceno) constante, evolutivo y sin final. Un espacio de contención compuesto por un movimiento imparable al modo de una cinta de moebius, que fuerza constantemente a las sociedades a una transformación, innovación y adaptación.

> "Así vamos viendo las sinergias que se articulan en forma de bucles: la expansión de la cultura industrial sobre la Naturaleza, la inestabilidad de las interfases urbano-forestales y urbano-rurales, la creación de ecologías artificiales que propician la interacción de especies que nunca ante habían interactuado en su historia evolutiva, los procesos locales que se dan como repercusión del cambio climático" (Marcelo Sarlingo)

Desde la mirada de la antropología ambiental, de la salud y el derecho los tres panelistas marcaron falencias pero también desafíos para integrar al análisis del ambiente en los estudios desde la antropología y otras ciencias sociales.

Desde el ámbito del derecho, se marcó la inadecuación o la imposibilidad de comprender la complejidad de la relación entre el territorio, el ambiente y la sociedad que la episteme del derecho actual no puede abarcar "los problemas del ambiente atraviesan las fronteras jurisdiccionales y nacionales"(Marianela Fernández Oliva) sin embargo, contienen particularidad. Las que están dadas por la variedad que impone la naturaleza y las particularidades de las poblaciones.

El covid-19 cristalizó esta vinculación, imposible ya de obviar, entre la cultura y el medio y su eterno devenir. Desde una mirada revisionista, Claudio Staffolani se cuestionaba "qué pasó que las ciencias sociales no formaron parte ni fueron convocadas a la mesa de expertos o consultores, la pandemia modificó todos los comportamientos sociales" invitándonos a reflexionar al respecto del papel que ocupan o debieran ocupar en nuestro país las disciplinas que conocen y pueden vaticinar los resultados del hito que representó la última pandemia de Sars Cov-2.

Grupo de Trabajo N° 1
Cuidados y Desigualdades

Coordinadoras:
Dra. Ana Beatriz Dominguez Mon (IIDyPCa- CONICET, UNRN) adominguezmon@unrn.edu.ar
Dra. Eugenia Brage (USP/Fapesp/UBA) eugebrage@gmail.com
Dra. Pía Leavy (UBA-CONICET) pialeavy@gmail.com

En los últimos años el cuidado viene ganando relevancia teórica, analítica y política. Desde perspectivas feministas con diversos anclajes teórico-metodológicos, las investigaciones en antropología y salud han permitido indagar en la diversidad de modos que pueden adquirir las prácticas de cuidado, así como también los modos en que éstas se organizan en función de las intersecciones de género, clase, etnia, raza, nacionalidad, entre otras. Si bien la pandemia de Covid-19 ha permitido visibilizar la importancia de las tareas de cuidado en la sostenibilidad de la vida y las ha ubicado en el centro de la agenda pública, los estudios sobre las gestiones en salud continúan advirtiendo el carácter androcéntrico, patriarcal, generizado y binario de las intervenciones que se realizan en busca del "cuidado de la salud".

Este GT pretende dar continuidad al GT "Cuidados y Desigualdades" que hemos desarrollado en 2019 y en el 2020, y busca generar un espacio de discusión sobre las estrategias de cuidado desarrolladas en diferentes ámbitos como barrios, comunidades indígenas, barrios, movimientos sociales, familias y servicios de salud, urbanos y/o rurales. Con el objetivo de continuar el diálogo entre trabajadorxs de la salud y del ámbito académico que se pregunten sobre las diversas formas que toman las prácticas de cuidado en el contexto contemporáneo, invitamos a trabajos que estudien: i) los cuidados fuera y dentro del ámbito sanitario, considerando su sentido práctico,

esencial, emocional y moral y su diversidad de formas en relación a las dimensiones de género, raza, clase, etnia, generación, nacionalidad, entre otrxs, y que, a su vez, involucran a diferentes sujetxs, mujeres y hombres cis y trans, personas mayores, niñxs, indígenas, migrantes, refugiadxs, personas con discapacidad, entre otrxs; ii) investigaciones etnográficas que releven los sentidos que adquiere el cuidado y permitan discutir los binarismos que fundamentan las intervenciones su nombre: público/privado, autonomía/dependencia, elección/sujeción, control/atención, entre otras; iii) experiencias sobre los modos en que las discusiones sobre cuidado se han incorporado en el ámbito de la educación médica.

Antropología y salud/salud Mental

Mariano Gil*, Carla Guirado**, María Soledad Llovera***

INTRODUCCIÓN

En esta ponencia nos proponemos presentar una primera sistematización sobre algunos aportes de la antropología para pensar el campo de la salud mental, tanto en los terrenos de la investigación y la intervención, así como en sus bordes. Construimos una trama que enlaza teoría, trabajo de campo antropológico y experiencias de participación de sus autores en equipos interdisciplinarios en salud mental. Para ello, proponemos un cruce entre estas cuestiones, propiciando un proceso colectivo de reflexión. Las líneas aquí planteadas se desprenden de trabajos particulares de investigación, enmarcados en becas internas doctorales del CONICET, y experiencias de trabajo en dispositivos de salud mental.

Organizamos la ponencia en tres apartados. En el primero de ellos, historizamos el campo de la salud mental a diferentes escalas, puntualizando los orígenes del modelo tutelar-asilar y ubicando los procesos de reforma a partir de mediados del siglo XX. En el segundo, sintetizamos nuestra concepción de la antropología como disciplina científica, desde una perspectiva relacional y crítica. En el tercero, ensayamos los cruces y aportes entre antropología y salud mental, proponiendo un terreno común posible. Por último, realizamos algunas

* CEACU-UNR/CONICET, marianokd@gmail.com
** ISHIR/UNR-CONICET, carlitaguirado@gmail.com
*** NET/UNR-UBA, msolellovera@gmail.com

reflexiones finales.

EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL: DESDE LO MANICOMIAL/ ASILAR HACIA LOS PROCESOS DE REFORMA

En el siglo XIX, en Francia, se crean los asilos u hospicios de alienados, una herramienta asistencial específica para el tratamiento del padecimiento mental que consistía en instituciones donde se aislaba a aquellas personas consideradas como una amenaza al orden social. Se sentaban así las bases del modelo tutelar-asilar (de Lellis, 2018). Tal como plantea Foucault (2014, 2020), el abordaje asilar se organizó bajo el poder psiquiátrico, siendo el manicomio un dispositivo tecno-profesional cuya modalidad de respuesta es el aislamiento del sujeto de su entorno, su historia y sus vínculos. Este autor nos invita a reflexionar sobre el manicomio no sólo como la institución edilicia sino como dispositivo: un conjunto de prácticas y disposiciones sustentado socio-culturalmente en la sociedad capitalista para controlar la (a)normalidad y tratar los padecimientos. Por lo tanto, el encierro institucional –como práctica social de control, vigilancia y disciplinamiento sobre los cuerpos– resquebraja los lazos socio-comunitarios, promueve el individualismo y la patologización de los malestares de la vida cotidiana y de la vida en-común.

Un punto de inflexión respecto de los modelos de atención tiene lugar tras los horrores de la Segunda Guerra Mundial y el espanto generado por los campos de concentración. A mediados del siglo XX el campo de la salud mental se constituye como un parteaguas en los modos de abordar, alojar y tratar los padecimientos subjetivos. En este sentido situamos entre las experiencias internacionales de procesos de reformas a la Antipsiquiatría inglesa (Cooper, 1986); la política del sector en Francia (Huertas, 1991) y la Psiquiatría democrática italiana (Basaglia, 2008). En Argentina se desarrollaron propuestas alternativas al manicomio, como fueron las de Ramón Carrillo, Enrique Pinchón Rivière, Mauricio Goldemberg, entre otros (Chiavetti, 2008), gestando diversos procesos trasformadores como "Experiencia Lanús", "Experiencia Rosario", "Experiencia Oliveros", y los procesos de "desmanicomialización" de Río Negro y de "sustitución de las lógicas manicomiales" en Santa Fe, entre otras.

Algunas de estas experiencias devinieron en reformas legislativas provinciales, como es el caso de Santa Fe (Ley Provincial N° 10.772/1991). Estas experiencias y propuestas resultaron ser un valioso insumo para la construcción de un nuevo paradigma de derechos humanos en el campo de la salud mental como lo es la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Dicha ley, sancionada en 2010, se inscribe en un modelo socio-comunitario de atención como superación del

modelo médico-jurídico. Parte de la concepción de sujetos de derecho y busca restituir dignidad y libertad, establece el trabajo de equipos interdisciplinarios y desde la intersectorialidad. Implica el armado de redes socio-comunitarias de cuidados, pone especial énfasis en la voluntariedad de los tratamientos y ubica a la internación sólo como último recurso. Se basa en los principios de la APS, en abordajes comunitarios que propicien la inclusión social, y estableció el cierre de los hospitales monovalente para el año 2020.

Resulta esencial asumir que *lo manicomial* se instala en el monovalente, pero no sólo allí, es un dispositivo de poder. En ese sentido, recuperamos la expresión santafesina de "lógicas manicomiales" para dar cuenta de que las prácticas manicomiales exceden los muros de las instituciones pudiéndose encarnar en prácticas y espacios múltiples, siendo toda práctica o dispositivo susceptible de volverse totalizador. Di Nella refiere que lo manicomial es, ante todo, "una forma de entender el abordaje del sufrimiento de predominancia mental; es (…) una forma cultural de tratar a los seres humanos" (2012:3). En tanto modelo cultural, "lo manicomial" se expresa en culturas institucionales que sostienen discursos y prácticas ahistóricas, individualizantes, fundadas en un saber dogmático, productoras de encerronas trágicas, vertebradas en la verticalidad del poder y tendientes a producir la eliminación del saber del padeciente y su lugar como sujeto.

Estos rasgos encuentran resonancias en aquellos que Menéndez señaló para el Modelo Médico Hegemónico, el cual implica al "conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" (1988: 451)[1].

Respecto de considerar las relaciones de compromiso entre "lo manicomial" y el MMH, un rasgo que adquirirá particular importancia en este escrito es la construcción de quien padece, a quien podríamos llamar "el otro" de estos encuadres, en términos de objeto. Y allí es donde podemos retomar otros aportes de Menéndez, vinculados al racismo

1 Los rasgos de este modelo, para el autor, son estructurales y consisten en su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

como forma de construcción de la otredad, entendido como "las formas de relaciones sociales y culturales que implican discriminación, subordinación, compulsión y explotación de los otros en nombre de pretendidas posibilidades y disponibilidades, ya sean biológicas, sociales o culturales. Toda relación social que signifique "cosificar" a los otros, es decir negarle la categoría de persona, de igual; toda relación que permita la inferiorización y uso de los otros es racismo" (1982:101-102). Balibar (1988) dirá que el racismo combina prácticas, discursos y representaciones en una red de estereotipos afectivos, ante lo cual se preguntará por la existencia de un "racismo sin raza"[2]. Al considerar ambos autores que no hay racismo sin teorías, sin participación de las comunidades científicas y, podemos añadir, profesionales, quizás sea nutritivo considerar cómo se configuran los estigmas de alteridad en torno a quienes han sido considerados "anormales", a los sujetos que atraviesan padecimientos subjetivos y situaciones de sufrimiento psíquico.

EL CAMPO DE LA ANTROPOLOGÍA: ALGUNOS APORTES PARA PENSAR LAS CONSTRUCCIONES DE LA OTREDAD

La antropología como disciplina científica se consolida en la segunda mitad del siglo XIX, en el contexto de expansión imperial de las potencias europeas y de surgimiento de las ciencias sociales en general. En ese proceso, a nuestra disciplina se le asignó el rol de estudiar aquellas sociedades no occidentales, caracterizadas por el paradigma evolucionista de la época como "salvajes". A principios del siglo XX, y a partir de diversas escuelas como el culturalismo norteamericano y el estructural-funcionalismo británico, se configura el denominado modelo antropológico clásico (Menéndez, 2010), cuyas características principales fueron la aproximación holística a la realidad social, el uso de concepciones y análisis cualitativos, el énfasis en el trabajo de campo como instancia fundamental del conocimiento antropológico, la afirmación de la diversidad y la diferencia cultural. Estos rasgos fueron constituyendo identitariamente a la antropología.

Retomamos y reactualizamos los planteos de Ruth Benedict (1934) para problematizar las dimensiones que implica la idea de a/normalidad, lo considerado moral/lo inmoral, diverso, la construcción de la alteridad, la otredad y la mismidad. Ya en 1934, a partir del estudio en

2 Lo que se manifiesta aquí es que el naturalismo biológico o genético no es el único modo de naturalización de los comportamientos humanos y las pertenencias sociales. A costa del abandono del modelo jerárquico, la cultura puede funcionar también como naturaleza, especialmente como una forma de encerrar a priori a los individuos y a los grupos en una genealogía, una determinación de origen inmutable e intangible (1988:38).

terreno de las formas en que distintas sociedades asignaban el valor de "anormal" a determinadas conductas, esta autora sostenía que la normalidad se define culturalmente. En esta línea, la escuela de cultura y personalidad de las décadas de 1920 y 1930 va a postular que "(...) las culturas son psicología individual proyectada en pantalla grande, psicología individual a la que se dota de proporciones gigantescas y de larga duración" (Benedict, 1932, en Harris, 2012). Diferentes autores, como la mencionada Ruth Benedict, Margaret Mead o Ralph Linton se inscribieron en esta corriente, subsidiaria del modelo antropológico clásico. La preocupación por las relaciones entre cultura y personalidad o, en otras formulaciones, sujeto/estructura, aparece en una gran diversidad de corrientes de las ciencias sociales.

Por su parte, Marcel Mauss (1976) llamaba la atención en 1926 sobre la importancia de articular las dimensiones psicológicas y sociales, en función de interpretar las relaciones entre el individuo y el grupo. Retomando la influencia de Mauss, Claude Lévi-Strauss, en "Antropología Estructural" (1994 [1958]) analiza la relación entre enfermedad y cura a partir de dos textos: "El hechicero y su magia" y "La eficacia simbólica". Lévi-Strauss aborda los procesos de "curación" de ciertas enfermedades ("mentales") a través de la elaboración de la idea de complejo shamánico, un sistema que depende de una triple experiencia, que es indisociable: la del shamán mismo, la de quien se encuentra enfermo, y la del público, quien también participa en el proceso curativo. En su propuesta, plantea que ante el problema de la enfermedad, es necesario producir un equilibrio entre oferta y demanda en el plano psíquico, bajo la premisa de que la tradición colectiva y la invención individual colaboren en elaborar y modificar continuamente una estructura (un sistema de oposiciones y correlaciones) que integra todos los elementos de una situación total en la cual curador, enfermo y público, representaciones y procedimientos tienen su lugar (1994:208). Se trata no de atribuir una causa objetiva a los estados, emociones, representaciones que atraviesa quien padece, sino de articularlos en un sistema válido, que permita tramitar la tensión en la relación entre cierto tipo de individuos y determinadas exigencias del grupo (1994:207), mediar en la complementación del llamado "pensamiento normal" y el "pensamiento patológico", que para Lévi-Strauss no se oponen[3]. Esta aseveración es importante, porque permite tensio-

3 Nos dice el autor: "En presencia de un mundo que ávidamente quiere comprender, pero cuyos mecanismos no alcanza a dominar, el pensamiento normal exige a las cosas que le entreguen su sentido y éstas se rehúsan; el pensamiento llamado patológico, por el contrario, desborda de interpretaciones y resonancias afectivas, con las que está siempre dispuesto a sobrecargar una realidad que de otro modo resulta

nar una oposición aparente y reinterpretarla, además de proporcionar una trama de relaciones en la cual la enfermedad ya no aparece sólo como algo propio de quien padece.

El hechicero/curador se sabe poseedor de experiencias, técnicas y de un conjunto de mitos y ritos que, a través de un lenguaje metafórico, dan forma al contenido afectivo de la perturbación fisiológica de quien enferma, que se encuentra en un estado informulado. El autor propone el concepto de eficacia simbólica para dar cuenta de que la capacidad curativa del curador reside en poder revivir determinados acontecimientos en el enfermo, generando la abreacción[4], y objetivando estados subjetivos e integrándolos en un sistema de experiencias. La eficacia simbólica sería, de esta manera, una propiedad inductora que ejecuta el shamán y que le permite, a través de una lógica de representaciones reales, traducir una situación individual a una situación colectiva, por la cual se explica al conjunto social (1994:224).[5]

Desde una perspectiva antropológica relacional, nos interesa retomar estas discusiones tradicionales y ubicarlas en una perspectiva que nos permita reponer la dimensión cotidiana de los procesos sociales, analizando críticamente la imbricación entre diferentes escalas de lo social (Achilli, 2015). En ese sentido, cuestionamos la perspectiva fuertemente ahistórica del modelo antropológico clásico. Las historias singulares se entraman con una historia colectiva, destacando las dimensiones sociales, culturales e históricas tanto en los procesos de sufrimiento psíquico/padecimiento subjetivo, y su modalidad de atención, así como sus representaciones y el modo de construcción de la otredad. Reflexionar sobre quién está adentro/afuera, conlleva indefectiblemente a la pregunta por esos modos de construcción. En esta línea también nos preguntamos quién/quiénes demarca/demarcan ese adentro/afuera y los bordes que establecen, cómo se construye el otro

---

deficitaria. Para uno, existe lo no-verificable experimentalmente, es decir, lo exigible; para el otro, existen experiencias sin objeto, es decir, lo disponible (...) el pensamiento normal sufre siempre de un déficit de significado, mientras que el pensamiento patológico (...) dispone de una sobreabundancia de significante. La colaboración colectiva en la cura shamanística establece un arbitraje entre estas dos situaciones complementarias." (1994:207-208).

4 Término tomado del psicoanálisis, que consiste en una descarga de emoción incorporada a una experiencia previamente reprimida, que posee un efecto catártico (Laplanche y Pontalis, [1976] 2004).

5 En este texto, además, el autor pone en relación a la cura shamánica con el psicoanálisis, dado que en ambos la cura consiste en llevar a la conciencia conflictos y resistencias que han permanecido, hasta el momento, inconscientes. Sus apreciaciones son muy sugerentes, si bien no podremos retomarlas en este trabajo por cuestiones de extensión.

y el semejante, definiendo así el adentro/afuera de la comunidad.

APORTES DE LA ANTROPOLOGÍA AL CAMPO DE LA SALUD MENTAL: HACIA UNA IMBRICACIÓN DE SABERES

De acuerdo a Menéndez (2018), un aporte de la antropología es visibilizar que las enfermedades están enmarcadas en relaciones sociales, y por lo tanto las causales de los padecimientos físicos, mentales o psicosomáticos se vinculan con los conflictos que operan a nivel social. En consecuencia, se destaca que las enfermedades tienen componentes socioculturales y psicosomáticos, y en ellas operan significados y acciones de los sujetos y las comunidades (Menéndez 2018). Otros autores señalan que, desde una perspectiva antropológica, resulta relevante hacer foco en la experiencia de padecimientos cotidianos[6], entendiendo a la misma tanto como dimensión estratégica en el análisis de la construcción social, subjetiva, histórica y cultural de las formas de sufrimiento social; así como en tanto organizadora de procesos identitarios y prácticas sociales (Grimberg, 2009:7).

Un aspecto fundamental, entonces, es el de dar lugar a las voces de quienes padecen y a las significaciones que construyen en torno a sus experiencias de sufrimiento, por fuera del repertorio ofrecido por las categorías médicas; ya que las experiencias de padecimientos sólo pueden ser abordadas en el contexto de vida en el que se despliegan. Se trata de no reducir estas vivencias a su dimensión cognitivo-normativo-valorativa, sino visibilizar los matices vinculados a la capacidad de afectación que tiene la experiencia. Aparece como relevante, entonces, la dimensión del embodiment (Csordas, 1988 en Riva Knauth y Vitora, 2009), de la experiencia incorporada, encarnada. Atender a la misma supone el doble movimiento de propiciar un abordaje del cuerpo más allá de su objetividad biomédica y, al mismo tiempo, superar el dualismo cartesiano cuerpo/mente, para comenzar a considerar que la vida social enraiza en un cuerpo no dualista. Idea deudora tanto del enfoque de técnicas corporales propuesto por Mauss (1979), como de la noción de cuerpo socialmente informado, de Bourdieu (1995, en Riva Knauth y Vitora, 2009). Otegui Pascual dirá que "el dolor no existe sino es a través de la persona que sufre"

---

6 Para ello, resulta clave la distinción realizada por la antropología médica norteamericana desde los años 70, entre enfermedad (*disease*) como entidad construida por la biomedicina, en tanto categorización de "anormalidades" focalizadas en la estructura o en la función de los órganos; padecimiento/dolencia (*illness*) como experiencia subjetiva, que concentra percepciones y significaciones social e históricamente construidas; y padecimiento (*sickness*) que designa al padecimiento y a la enfermedad como dos dimensiones de un mismo proceso, siendo el padecimiento eje de la indagación antropológica (Grimberg, 2009:8).

(2009:149). Por tanto, analizar los sufrimientos y padecimientos requiere remitirlos a su incardinación, a una construcción individual y sociosomática de los sentimientos, de las vivencias y de las percepciones en torno al dolor.

Por otro lado, nos resulta significativo establecer lineamientos políticos del trabajo teórico metodológico de la investigación-intervención en antropología en general y en antropología de la salud en particular. Scheper Hughes (2000) hace referencia a una *antropología con los pies en el suelo*: "(…) orientada hacia la praxis, aplicada críticamente y comprometida políticamente". En esa línea recuperamos los aportes de Blázquez Rodríguez que –retomando la noción de *antropología implicada* de Fassin (1999)– reivindica que el trabajo antropológico "tiene que servir para algo y para alguien" (2008:26). Es decir, se trata de una perspectiva que asume un compromiso con la realidad estudiada, pudiendo posibilitar procesos de transformación en el campo sanitario y/o en lo social. Es entonces desde estas coordenadas ético-políticas que llevamos adelante la investigación y praxis antropológica en el campo de la salud mental.

Desde allí, consideramos que los aportes de la antropología al campo de la salud mental pueden entenderse en dos direcciones entrelazadas: el campo de la investigación y el campo de la intervención. Comprender estas instancias en íntima relación implica atender a la potencia de algunas herramientas metodológicas de la antropología para aportar al re-trabajo y a la elaboración teórica de la práctica. Dos de esas herramientas, la escucha atenta y el registro exhaustivo, habitualmente vinculadas al campo de la investigación, contribuyen a la problematización de las prácticas al interior de equipos interdisciplinarios. Si desde los diferentes recorridos teóricos que hemos expuesto señalamos la potencia de la antropología en ubicar la dimensión cotidiana en relación a los procesos sociales más generales, ¿qué implicancias tiene esto en las prácticas?

Autores como Fernández Álvarez y Carenzo (2012), recuperando aportes de Rappaport y Hale, han explorado los resultados de experiencias de co-teorización en el trabajo con organizaciones sociales. En ellas, el campo se configura como un espacio dinámico de creación conceptual conjunta, donde es posible la producción colectiva de vehículos conceptuales que permitan la elaboración teórica de categorías de la práctica, que brinden una mayor textura a las significaciones de la experiencias. Creemos posible retomar esta idea, a los fines de la realización de investigaciones en el campo de la salud mental, así como de experiencias de trabajo cotidiano en el contexto de dispositivos de atención.

Estas ideas encuentran algunas resonancias con las propuestas

elaboradas en los últimos años por los denominados "estudios locos" (Cea-Madrid y Castillo Parada, 2021), que entrelazan discusiones, teorizaciones, investigaciones e intervenciones sociales que tienen lugar entre comunidades que han sido identificadas como "locas" por el sistema psiquiátrico, y algunos/as colaboradores/as, y buscan apropiarse de esa identidad en términos de categoría política. Desde allí, tienen como objetivos producir conocimientos que les permitan conceptualizar sus experiencias en sus propios términos, así como llevar a cabo prácticas de resistencia ante el "cuerdismo" como forma de opresión específica. La particularidad de esta perspectiva es que no toma a la locura como objeto de estudio, sino como fuente de conocimiento situado y potencialmente relevante por derecho propio.

Ahora bien, ¿es posible una coteorizacion sobre el padecimiento psíquico y el sufrimiento subjetivo? Creemos que existe una potencia de la antropología, en lo que hace al devenir histórico de sus estrategias metodológicas, para promover la circulación de conceptos, captar contrasentidos. Dicho de otra manera, para habitar la tensión: tanto entre los marcos de comprensión de quien investiga y de los sujetos de la investigación, como también en torno a visibilizar, sin conclusiones apriorísticas, los contrasentidos entre aquello que se hace, aquello que se dice y aquello que se dice que se hace. Habitar esta tensión también nos invita a habitar el enigma, a no ofrecer un marco interpretativo rápido, racionalizante, de las experiencias de padecimiento. Antes bien, de acuerdo a la propuesta de Despret, se trataría de inducir a la perplejidad y dar lugar a los gestos, para desde allí "hacer que se comuniquen maneras de pensar y de sentir heterogéneas y normalmente contradictorias e inscribirlas en nuevas relaciones" (2021:125). Pasar, entonces, del estigma de alteridad, al enigma de alteridad y sus posibilidades. Domínguez Mon dirá que el trabajo antropológico posibilita identificar puntos de vista, relaciones y disputas a través de los gestos, las miradas y los silencios, "el enfoque etnográfico brinda carnadura a gestos, nos permite comprender relaciones complejas a partir de interacciones simples" (2017:388)

Aún más, ciertas coordenadas de comprensión que habilita nuestra disciplina nos llevan a considerar la necesidad de resistir a la tentación de coherentizar identidades sociales, dando lugar a aquellos aspectos que persisten en revelarse como fugitivos. Si este es un dilema que se expresa para otros campos de estudio, en el campo de las prácticas en salud mental adquiere matices peculiares, dado que se trata de identidades sociales que, al ser consideradas como disruptivas a la lógica de la "normalidad" y el "cuerdismo", pretenden ser coherentizadas en aquello que se ha construido social, histórica y culturalmente como incoherente. Partir de las coordenadas que señalamos

anteriormente, podría implicar resistir a los deseos de fijación y sus proyecciones sobre los sujetos.

Si el modelo tutelar-asilar no reside únicamente en el monovalente, sino que se expresa en las prácticas y sentidos que circulan socialmente, nuestra disciplina puede aportar una mirada que permita problematizar constantemente esos sentidos y prácticas. Reconocernos como sujetos sociales implica que el conocimiento y la práctica necesariamente se construyen con otres. Por ello, otro punto relevante a la hora de pensar los aportes de la antropología al campo de la salud mental, es la capacidad de poder visibilizar las categorías morales presentes en las prácticas de atención de estos padecimientos, no sólo a nivel del sistema de salud formal, sino a nivel del entramado de relaciones en una comunidad, configurando a la salud como paradigma moral (Epele, 2012). Asimismo, resulta necesario atender a cómo las construcciones sociales en torno a los padecimientos en salud mental elaboran y reproducen repartos diferenciales del sufrimiento, además de pesquisar en ellas las herramientas políticas que utiliza el poder para reproducir relaciones de dominación, como fuera sugerido por Das (1995, en Otegui Pascual, 2009:150-152).

REFLEXIONES FINALES

En este escrito hemos ensayado una sistematización preliminar de algunos ejes problemáticos en torno a las relaciones entre los campos de la antropología y de la salud mental. Hemos destacado dos dimensiones fundamentales, estrechamente vinculadas entre sí y diferenciadas sólo a fines expositivos y analíticos: la investigación y la intervención.

Consideramos, a su vez, que los aportes de la antropología al campo de la salud mental pueden pensarse en torno a dos cuestiones. Por un lado, desde lo teórico, los tópicos relativos a la construcción de la otredad y la dimensión social, cultural y cotidiana de la construcción de la locura. Por otro lado, desde lo metodológico, destacamos las herramientas de la escucha y el registro. Estas herramientas, propias de la investigación antropológica, también aportan al campo de las prácticas e intervenciones. Investigar desde una perspectiva relacional y crítica implica problematizar, des-andar una y otra vez, prácticas y sentidos instalados, en un movimiento y en un diálogo interdisciplinario constantes.

Dicho esto, creemos que la posibilidad de construir aproximaciones a las experiencias de padecimientos que atraviesan los sujetos que asisten a dispositivos de salud mental en sus propios términos, que pongan el foco en su historia vital, en las formas de atención y autoatención que transitan y construyen, en sus itinerarios terapéuticos, que les permita tramar formas de acompañarse colectivamente,

puede tener efectos reparadores que morigeren el sufrimiento. Por ello, consideramos que los aportes de la antropología al campo de la salud mental no son sólo teóricos-metodológicos, sino también ético-políticos en la potencia de investigación e intervención.

BIBLIOGRAFÍA

Achilli, E. (2015*)*. *Investigar en antropología social: los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario: Laborde.

Balibar, E. (1988) "¿Existe el neorracismo?" en Wallerstein, I y E. Balibar, *Raza, Nación y Clase.* Madrid: IEPALA

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Benedict, R. (1934). "La antropología y el anormal". *Journal of General Psychology*, 10(2): 59-82. Trad. M. G. García y N. Cler Pereira, Cátedra de Historia de la Teoría Antropológica, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Blázquez Rodríguez, M. I. (2008). "Una etnografía en la atención sanitaria". En: Oriol Romaní, A., Larrea Killinger, C., Fernández-Rufete Gómez, J. (coords.). *Antropología de la medicina. Metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales. XI Congreso de Antropología de la FAAEE*. 17-30, San Sebastián, Ankulegi Antropologia Elkartea. https://www.ankulegi.org/wpcontent/uploads/2012/03/0202Blazquez-Rodriguez.pdf

CEA-Madrid, J.C., T. Castillo Parada (2021) Enloqueciendo la academia. Estudios locos, metodologías críticas e investigación militante en salud mental. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales 11(2) e 097. Disponible en https://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecse097/15117 visitado el 01/06/2022

Chiavetti, S. (2008). "La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII: 173-182.

Cooper, D. (1986). *La gramática de la vida*. Barcelona: Planeta Agostini.

De Lellis, M. (2018). "El movimiento de Salud Mental: una aproximación histórica y crítica". Material de Cátedra. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Despret, V. (2021). *A la salud de los muertos. Relatos de quienes quedan*. Buenos Aires: Cactus

Di Nella, Y. (2012). A modo de introducción: Críticas al dispositivo manicomial: por un proyecto de desmanicomialización. En

Inclusión mental. Políticas Públicas con enfoque de derechos. Ed. Koyatum. Argentina

Domínguez Mon, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 13(3), 375-390. doi: 10.18294/sc.2017.1156

Epele, M. (2012). "Introducción" en EPELE, M *Padecer, cuidar y tratar: estudios socioantropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.

Fernández Álvarez, M., S. Carenzo (2012) "Ellos son los compañeros del CONICET: el vínculo con organizaciones sociales como desafío etnográfico" en *PUBLICAR - En Antropología y Ciencias Sociales*. vol. X: 9 – 34.

Foucault, M. (2014). *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2020). *Poder psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974)*.

Foucault, M. (2021). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Grimberg, M. (2009). Introducción en Grimberg, M (ed) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico.* Buenos Aires: Antropofagia

Harris, M. (2012). *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*. México: Siglo Veintiuno.

Huertas, R. (1991). "Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría". *Rev. Asoc. Esp Neuropsiq*, Vol. XI, N° 37.

Laplanche J., J. B. Pontalis (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

Lévi-Strauss, C. (1994). *Antropología Estructural I.* Barcelona: Altaya

Ley Nacional Nº 26.657 Derecho a la protección de la salud mental. Publicada en el Boletín Oficial el 2 de diciembre 2 de 2010. Decreto reglamentario 603/2013, publicado en el Boletín Oficial el 29 de mayo de 2013.

Ley Provincial N°10.772 Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. Publicada en el Boletín Oficial el 26 de diciembre de 1991.

Mauss, M. (1979). *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.

Menéndez, E (1982). "Racismo, colonialismo y violencia científica". En *Revista Indice* nº 6, México,DF.

Menéndez, E. (1988). "Modelo médico hegemónico y atención primaria". *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires

Menéndez, E. (2010). *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*. Rosario: Prohistoria Ediciones

Menéndez, E. (2018). "Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional". *Salud Colectiva*. 14(3), pp 461-481. doi: 10.18294/sc.2018.1838

Otegui Pascual, R (2009). "El sufrimiento: forma sociocultural del dolor" en Grimberg, M (ed) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico.* Buenos Aires: Antropofagia. (147-166)

Riva Knauth, D., Víctora, C (2009). "Experiencia de género y vulnerabilidad para el VIH" en Grimberg, M. (ed) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico.* Buenos Aires: Antropofagia (111-128)

Scheper Hughes, N. (2000). "Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil". En Viola A, (comp). A*ntropología del Desarrollo. Teorías y estudios Etnográficos en América Latina*, pp 265-296. Barcelona: Paidós

Estrategias, experiencias y cuidados desde el equipo de orientación y apoyo de una escuela especial de Misiones

Serena Orellano*

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se viene librando un cambio de paradigma que fue mutando, desde un modelo terapéutico a un modelo social, en cuanto a la educación en la modalidad especial. Este mismo, incluye la reforma de una mirada centrada en el asistencialismo a las personas con discapacidad, a una que se enfoque en la inclusión de las mismas, reforzando sus habilidades y no sus carencias. A partir del proyecto de tesis de grado, tomé contacto con un equipo de orientación y apoyo de una escuela pública de modalidad especial ubicada en el interior de la provincia de Misiones. El equipo interdisciplinario que trabaja en esta institución se encuentra compuesto por: una trabajadora social, una fonoaudióloga, dos psicopedagogas, una psicóloga y una kinesióloga. Luego de las reformas llevadas a cabo dentro del marco legal educacional, estos profesionales no pueden llevar a cabo prácticas ligadas a tratamientos clínicos ni diagnósticos dentro de la institución, lo cual derivó en un cambio asistencial importante. De ahora en más, el trabajo se centra en las estrategias de tipo pedagógicas que puede brindar el equipo para impulsar el desarrollo de los/as alumnos con discapacidad. Partiendo de las representaciones sociales

* Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones (FHyCS-UNaM) serenaorellano@gmail.com

del equipo de orientación y apoyo mencionado, interesa dar cuenta de las estrategias, experiencias y cuidados que ponen en juego estos profesionales de la salud, para acompañar a las personas con discapacidad, a sus familias, a los docentes y directivos.

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Consideramos que la discapacidad está constituida en la modernidad como un fenómeno social que se puede pensar, analizar y debatir desde diferentes modelos y disciplinas. No es posible establecer una única definición y forma de abordaje, sino que se la puede encarar desde diferentes perspectivas que se conforman partiendo de las especificaciones estructurales y hegemónicas dadas en momentos históricos específicos. Estos enfoques se han ido resignificando, superponiéndose y matizando desde la problematización de los sujetos, colectivos y/u organizaciones, es decir, no son universales ni excluyentes entre sí, sino que coexisten, dialogan, se tensionan y reelaboran. Entendemos a la discapacidad como una construcción social, cargada de discusiones e incertidumbres. Por lo que es relevante, en una institución educativa con modalidad especial, contar con un equipo interdisciplinario que sepa construir herramientas para abordar la educación de personas con discapacidad. La importancia de este equipo y cómo debe estar conformado está detallada en la Resolución CFE Nº 239/14 Anexo II, y como adelantamos anteriormente en la introducción, son parte del acompañamiento en la trayectoria escolar de estos niños, niñas y adolescentes, por lo que a través de entrevistas y observaciones se puede dilucidar la manera en que llevan este mismo adelante.

Les pedimos a los integrantes del equipo que describan un día de trabajo en la escuela, para llegar a construir la escena de acompañamiento que llevan adelante. Los mismos comentaron que suelen tener aproximadamente 18/20 hs. dentro de la misma, que son divididas dependiendo del profesional; se intenta que todos tengan días de contacto mutuo para poder trabajar ciertas problemáticas. Los profesionales llegan a la escuela, normalmente se reúnen y tratan algún tema emergente, algo que haya pasado en la semana que requiera de soluciones inmediatas, tanto con algún alumno, con alguna familia, con alguna escuela que esté vinculada a la modalidad especial o con alguna de las DAI (Docentes de Apoyo a la Inclusión). Normalmente se fija una agenda de trabajo donde se divide por profesional qué se va trabajando y con quienes. De la misma manera, se debe cumplir con las solicitudes de los docentes en cuanto a la ayuda con algún material de trabajo, estrategia o técnica para trabajar con determinados alumnos y con los docentes que están en la escuela común como docentes de apoyo a la inclusión.

En cuanto a las situaciones emergentes de las que se hace mención, estas hacen referencia a escenarios en las que se requiera intervención inmediata; como algún caso de necesidad de ayuda en el entorpecimiento del aprendizaje, materiales de trabajo específicos para alguna discapacidad cognitiva o motriz, o casos más graves que tienen que ver con la intimidad del alumno, como ser su situación familiar o personal. Con esto nos referimos a episodios en los que se refleja la falta de higiene, por ejemplo, auto preservación, control de esfínteres, mala alimentación, vestimenta inadecuada, mal comportamiento, inasistencia etc. que requieren de una intervención adecuada por parte del equipo interdisciplinario en vinculación con la familia del estudiante. Por otro lado, también hay casos más graves, como los que tienen que ver con violencia intrafamiliar, abusos, comportamientos que requieren de charlas de educación sexual o demás.

¿CÓMO LLEVAN ADELANTE EL ACOMPAÑAMIENTO A ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD?

En el acompañamiento en el sistema educativo especial se hace énfasis más que nada en situar a los padres, luego conocer a los niños, niñas o adolescentes, tanto a través del discurso de los tutores como desde la escuela. Se intentan analizar las circunstancias de los alumnos a través del discurso de su relación socio familiar, se cortejan los diferentes aspectos y variables que están relacionándose en ese ambiente y se trata de aportar con las intervenciones más claridad en las distintas situaciones, como una cierta conciencia de situación por parte de los padres y una orientación para gestionar los recursos disponibles de ellos y sus hijos/hijas. Por otro lado, se trabaja el análisis en conjunto con los padres en situaciones concretas en donde se juegan aspectos evolutivos, de capacidades de los estudiantes que haya que promover o potenciar. Otras veces, se intenta comprender las distintas dinámicas, alcances y limites en los roles parentales, para de esta manera vehiculizar esa comprensión al docente o al plantel docente y permitirles tener más elementos comprendidos o elaborados de las circunstancias de los alumnos, que los puedan incluir en la propuesta pedagógica que ofrecen, o de entender los límites de sus hijos en relación a la propuesta para llevar a una modificación en la misma que esté al alcance de los estudiantes.

En el acompañamiento propiamente dicho, también es importante la observación en situaciones didácticas o pedagógicas, en contextos áulicos, con sus compañeros/as, en la interacción con los docentes y en distintos ámbitos escolares como momentos de desayuno, merienda o recreos. Esta observación de interacciones sociales y áulicas sirve para abarcar una comprensión más específica de su estado de

desarrollo en un momento determinado. Lo que también es relevante muchas veces son las entrevistas a solas que se llevan a cabo en el gabinete donde surge el diálogo con docentes y padres, así como la observación específica.

ACOMPAÑAMIENTOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUESTIONES SALUBRES

El aspecto de brindar acompañamiento en cuestiones de salud dentro de la institución viene siendo tradicionalmente un punto de inflexión en lo que son las políticas o los lineamientos de trabajo con las personas con discapacidad, de las posiciones asistencialistas que se basan en la institucionalización de la discapacidad, viendo a estas personas como necesitadas de ayuda y rehabilitación para disfrutar de un desarrollo integral, a las posiciones inclusivas, que consideran que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia y la igualdad. De esta manera, esta variación en la perspectiva del marco de comprensión de la mirada de la discapacidad fue variando, desde la mirada centrada en las carencias de la persona para estar a una cierta altura educativa y desde ahí hacer las indicaciones o recomendaciones en tratamientos, de aquellas cuestiones que tienen que ver con lo terapéutico o lo sanitario a, luego, el enfoque en una propuesta pedagógica inclusiva centrada no en leer lo que no se puede sino lo que sí se puede, en las fortalezas y no en las debilidades. Esta cuestión también implicó un reposicionamiento en las recomendaciones, posiciones y tratamientos, que se siguen sosteniendo y siguen tratando de vehiculizarse en la conciencia de los actores sociales y sobre todo en los padres.

En cuanto al ingreso de los alumnos a la institución y el primer contacto con el equipo. Muchos ingresan con el diagnóstico médico específico, por ejemplo, con dificultades neurológicas, trastornos madurativos, síndrome de Down, autismo, o diversas cuestiones. Los mismos llegan con ese diagnóstico y también con su respectiva trayectoria dentro del sistema de salud y, cuando arriban a la edad escolar, llegan a la escuela especial, ya sea derivado por una escuela que detectó dificultades y solicita la intervención, o debido al grado de complejidad de su condición que le hace imposible participar en la escuela común. A partir de aquí, pasa a ser un estudiante que asistirá a clases en la escuela especial. Desde allí, la mirada de toda la comunidad hace a esta especie de "diagnóstico" del alumno, que tiene que ver con la idea de cómo la persona está pudiendo funcionar en ese momento, entonces, el aporte psicopedagógico específicamente es el que interviene para establecer como aprende ese estudiante, que es uno de los pilares fundamentales de la escuela, con los aportes diagnósticos de todos los demás profesionales. Cuando hay, por

ejemplo, un problema de comportamiento que deviene del manejo de los impulsos, que tiene que ver con dificultades cognitivas, culturales y demás, allí el área de psicología tratará de aportar una mirada que despeje intereses, motivaciones, necesidades afecticas y demás. Esto luego se va a transmitir a las personas encargadas del estudiante, como su docente que trabaja con él en las propuestas didácticas, y aporta en la mejora o solución del problema. De la misma manera, aportará la fonoaudióloga en cuanto a dificultad en la audición y el habla, el kinesiólogo cuando es motriz, etc. Entonces, esas comprensiones no son diagnósticas a nivel de lo que se instrumenta en el sistema salud. Muchos padres tienen cierta expectativa en cuanto a los alcances de la institución y creen que una vez que los estudiantes ingresen a la misma serán atendidos por el equipo de orientación y apoyo como un espacio de consultorio o espacio terapéutico, lo cual no está permitido y está propiamente reglamentado. La escuela es un ámbito pedagógico que no puede ser ocupado como espacio clínico o terapéutico, justamente porque los profesionales no cuentan con las herramientas y espacios necesarios dentro de la institución como para atenderlos a nivel salud (audiómetro en fonoaudiología, espacio en donde al alumno se lo pueda examinar a nivel corporal para practicar kinesiología, etc.) por lo que esas prácticas clínicas y de rehabilitación se reservan para el afuera y para las consultas individuales que deberán realizar los estudiantes, si así lo requieren, en el hospital, consultorio privado, sanatorio, o donde lo consideren.

La construcción de este sistema educativo se pensó para funcionalizar dentro de una propuesta pedagógica. Pero no es el diagnostico que se le puede hacer en el ámbito clínico lo que importa, es más bien orientado a aportar comprensiones que permitan que el niño/niña o adolescente pueda ser incluido en el ámbito escolar y se le vehiculice la propuesta pedagógica que le sea accesible. Por eso hay que comprender que cuando se encuentra en esos ámbitos de salir del aula, ir al sanitario o tener un intercambio con algún profesional del equipo con los que se le regula, estar atentos a comprender lo que sucede en el momento con la persona, lo que en su momento necesite, lo que pueda manifestar. En este escenario, por ejemplo, el mismo no va a aprovechar la clase, va a aprovechar la instancia de contención institucional, de acompañamiento que se le brinda. Entonces, se le da relevancia a como aprende y se desenvuelve la persona con discapacidad en el ámbito escolar; no es el típico diagnóstico clínico lo que hace al equipo de orientación y apoyo, si bien tiene componentes de comprensión diagnostica, ya no se realizan esas herramientas y técnicas de consultorio médico.

Los mismos manifiestan discordancias en cuanto a esta modificación en la relación con los estudiantes y su rol dentro de la institución.

Por un lado, algunos afirman que hoy hay mucha más apertura por parte de los profesionales y docentes en comprender aquellos factores que afectan a los alumnos en su salud, para gestionar los recursos pedagógicos, en entender los aspectos diagnósticos en cuanto a, por ejemplo, cómo funciona un sistema nervioso, en cómo es una desregulación, por qué no funciona la autoridad o la orden verbal, por qué hay que apoyarse en cuestiones específicas de comunicación para lograr un efecto; ya que todo eso hace al docente en la modalidad especial. Ahora a los mismos se les hace más sentido el vincularse con ese conocimiento, por ende, también vincularse con el equipo de orientación. Esto es un cambio en muchos sentidos, en la interacción dentro del plantel, del propósito de las interacciones del equipo con los docentes de grado, de inclusión y docentes especiales, y de responsabilidad en cuanto a que el estudiante mejore en ciertos aspectos. Ahora es una ayuda mutua para comprender la cognitividad del alumno y bajar la propuesta coherente para que el mismo aprenda. Del otro lado, están los que opinan que esta es una mala interpretación del cambio de la modalidad nueva legislada. Según estos, hubieron muchos vacíos dentro de la escuela especial y con las nuevas legislaciones el trabajo institucional del equipo se fue hacia el otro extremo y no están de acuerdo con ello, ya que como profesionales se consideran formados para hacer una evaluación o un diagnóstico, y no se van a tomar como en la clínica cinco sesiones para evaluar, con que vean al alumno una cantidad de dos veces ya pueden hacer una aproximación diagnóstica que haría que las cosas sean más fáciles para el abordaje. Pero, sin embargo, manifiestan que quizás los docentes o directivos antes comentaban que los miembros del equipo de orientación y apoyo retenían mucho a los estudiantes para evaluarlos dentro del gabinete y a los docentes no los ayudaban lo suficiente. Por último, lo toman como una decisión institucional y contra eso no pueden luchar.

Hacer un juicio de la situación en cuanto a si esta modalidad es o no más productiva no es el objetivo de este trabajo, sino visibilizar las situaciones de acompañamiento dentro de la institución. Por ende, esta cuestión de brindar o no tratamientos en salud es un punto importante en el buen funcionamiento de la asistencia brindada.

ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD

Aquí se considera a la "familia como la primera entidad de integración y la primera etapa del desarrollo individual, se manifiesta en la interacción primero con la madre y posteriormente con los demás integrantes de la familia" (Valdés, Acevedo, Pérez, Muñoz, Ledo 2007:947). En una construcción del entorno familiar, según estos autores, la primera

relación se encuentra relacionada a la satisfacción de necesidades de supervivencia, luego, se responde a la satisfacción de necesidades individuales y las que el entorno crea o modela. Esta etapa es importante ya que se desarrollarán habilidades motrices y cognitivas, para lograr la satisfacción de necesidades de carácter intrínseco como derivadas de la estructura social dominante. También se distingue de las demás ya que el individuo comienza a poseer más dependencia hacia una entidad, y esto determina la forma de integración que llevará a la siguiente etapa que se caracteriza por la interacción fuera del núcleo familiar, que estará presente a lo largo de toda la vida. Esta integración social casi siempre está presente como primera instancia en la escuela, que se presenta como un espacio interactivo en el que los individuos deberán compartir tiempo y espacio con personas que no son sus familiares, lo que lleva a desarrollar nuevas estrategias de convivencia, comunicación y socialización. A estas entidades, como la institución escolar, se las considera integradoras ya que en ellas el individuo en su proceso continuo de desarrollo bio-psico social tiende a adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que lo llevan a volverse más autosuficiente en cuanto a la satisfacción de sus necesidades, de allí que a esta etapa se la caracterice como de formación para el posterior trabajo (Valdés et al. 2007).

En esta institución se brinda un acompañamiento o contención al estudiante y a sus familias en la trayectoria escolar, que según el equipo de orientación y apoyo va a estar caracterizada por múltiples factores que lleven al éxito en la misma. Los profesionales perciben que su trabajo está caracterizado sobre todo por la escucha, este es el primer paso y fundamental para una correcta intervención. Para acompañar hay que aprender a escuchar, conocer lo que está pasando dentro de la realidad. Cada profesional del equipo de apoyo tiene sus maneras de abordaje frente a la familia de los estudiantes dependiendo de la disciplina en la que estén ubicados y lo que el problema requiera, pero la mayoría realiza el acompañamiento según la demanda. Generalmente los docentes establecen demandas específicas y los mismos deben explorar desde sus perspectivas si las situaciones se dan como ellos la plantean. Es un trabajo de observación y análisis permanente de la situación, en la que se requiere una intervención profunda en las relaciones institucionales primeramente, y si es necesario una entrevista o citación con los padres luego. Aquí se evalúa la situación y a que índole pertenece, si la demanda es más relacionada a una cuestión de desvío o conflicto en el aprendizaje, se realizarán las vinculaciones entre equipos necesaria para crear un plan correspondiente y luego comunicarlo a la familia. Sin embargo, si se trata de algo que tiene que ver con el entorno íntimo del estudiante que podría estar afectando al

desarrollo escolar, se deben establecer las comunicaciones y contenciones necesarias para que esta situación se apacigüe. Muchos son los casos de estudiantes de la escuela especial que llegan con un amplio historial de violencia familiar o abusos sexuales, que están viviendo con tutores que no son sus padres, con hermanos o demás familiares. Los escenarios suelen ser muy diversos y complicados.

Cuando comenzamos a hablar de estas problemáticas entra en acción un miembro crucial dentro del equipo de apoyo, la trabajadora social. La misma se encuentra habilitada para realizar visitas a las casas de los estudiantes si así lo considerase y de entablar relaciones con los miembros familiares, que es comúnmente necesario. La misma expresa que su trabajo dentro del equipo es más que nada el de acompañamiento a las familias, como los demás integrantes, considera que el 90% de los estudiantes de la escuela especial pertenecen a familias de recursos socioeconómicos bajos, y que incontables veces presentan problemas en cuanto a higiene, vestimenta, comportamiento o inasistencia. Esta última es muy alarmante para la institución y requiere del seguimiento continuo de cada alumno y alumna para que no falten a la escuela. En palabras de la misma y desde la aproximación que pudimos lograr con las familias de estudiantes, casi la totalidad de estas no poseen coberturas en salud ni obras sociales, por lo que fuera de lo que es el acompañamiento brindado por la institución observada, muy pocos logran un acceso al sistema de salud y a una correcta atención y continuidad en tratamientos. Desde aquí entendemos acceso siguiendo a Frenk (1985) que toma este como el proceso que va desde la búsqueda de atención hasta el inicio de la misma, pasando por un análisis de los factores que obstaculizan o facilitan esta obtención de la salud o la educación. De manera más amplia, este acceso también consideraría las necesidades salubres, las percepciones diferenciales que se tiene en cuanto a salud y enfermedad, el deseo de recibir atención y el proceso de toma de decisiones como antecedentes a la búsqueda, así también como la continuidad y los resultados luego de un primer contacto.

El plantel completo de la institución expresó que no existe un acceso igualitario a la salud y a la educación. Sin embargo, la directora considera desde su experiencia que las posibilidades de acceso a la educación son más equitativas que las del acceso a la salud. El acceso a la salud resulta bastante complejo y depende de muchas variables, entre ellas los recursos económicos. Los profesionales explican que muchas familias acceden a la consulta con especialistas, lo que se torna difícil es la continuidad en el tiempo ya que requiere de mucho esfuerzo sostenido.

Frenk (1985) retoma la definición de accesibilidad de Donabedian (1984) y plantea que la misma es una función de la relación entre los

obstáculos en la búsqueda y obtención de atención, que se generan gracias a las organizaciones que brindan servicios de salud (obstáculos) y las capacidades o recursos disponibles por zonas. El autor plantea tres dimensiones a partir de las cuales se relacionan los obstáculos del sistema y las capacidades o recursos de la población:

- La ecología: aquí relaciona las dificultades dadas propias a la ubicación de ciertos lugares de atención, recursos relacionados al tiempo y transporte de los usuarios.
- La financiera: relacionada a los costos que significan acceder a la atención y la capacidad financiera de los usuarios.
- La organizacional: incluye obstáculos como las demoras en obtener turnos y tiempos de espera, mientras que resalta capacidades como disponibilidad de tiempo libre y tolerancia a las demoras (Frenk, 1985:445)

Estas cuestiones son expresadas comúnmente en las entrevistas de las familias de estudiantes. Ahora, cuando se les pregunta por la continuidad en las rehabilitaciones o tratamientos de los niños/niñas y adolescentes o los inicios de consulta; responden que los lugares de atención se encuentran lejos de sus casas y deben dejar mucho tiempo solos a sus demás hijos/hijas o llevarlos todos a la consulta, lo que es un gasto en transporte o movimiento de trámites para el móvil brindado por el hospital. La mayoría de las veces los turnos se otorgan con pocos días de antelación y deben organizarse rápidamente para asistir, lo cual no siempre se logra. Además de esto, no cuentan con obras sociales por lo que abonar las consultas con especialistas y acceder a medicamentos requiere de mucho esfuerzo económico, así como continuar con la atención y ser constantes en ella.

Por parte del equipo de orientación y apoyo se intentan crear ciertas redes de cuidado, casi siempre construidas de manera informal, para agilizar el proceso en la obtención de la salud y de ciertos requerimientos de los estudiantes y sus familias. Sin embargo, todos los actores sociales involucrados en este análisis reconocen la saturación del sistema de salud y la falta de recursos humanos para que se logre un correcto acceso y continuidad en la atención.

REFLEXIONES FINALES

A partir de este breve análisis compartimos la idea de que "la discapacidad es solo entendible a partir de las condiciones sociales que la producen" y por ello es inescindible del "entramado de poder" (Venturiello, 2016:27). Es claro que existen muchas limitaciones aún en lo que es el acompañamiento a las personas con discapacidad, que

se expresan en el orden económico, cultural y en las experiencias corporales. Sin embargo, muchas han sido las conquistas a nivel educativo, que orientan a los estudiantes en su trayectoria escolar y los sostienen en diferentes situaciones de la vida cotidiana. Es claro que el cambio en el marco legislativo en la modalidad especial trajo beneficios en la adaptación de propuestas pedagógicas y en lo que refiere al acceso de una currícula especifica de estudio que responda a los requerimientos de cada estudiante en particular. Sin embargo, se dejaron de lado cuestiones que tienen que ver con la atención general de la persona con discapacidad, sobre todo en lo que respecta a su salud. Siguiendo a la autora previamente mencionada y basándonos en la experiencia de investigación, para un desarrollo integral de la persona con discapacidad jugarán un papel central las redes sociales que se sepan construir, estas entendidas como relaciones e intercambios entre los sujetos. Las mismas proveerán diferentes apoyos que "constituyen un medio para las transferencias de recursos tanto materiales como inmateriales" (Venturiello 2016:36) y se enlazan como "mediadores" que pueden colaborar a que los intercambios fluyan y se logren los accesos a las necesidades que se requieran.

BIBLIOGRAFÍA

Ballesteros, M. (2014). "*Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios".* Documentos de Jóvenes Investigadores N° 41, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Septiembre 2014.

Frenk, J. (1985) El concepto y la medición de accesibilidad. 5, 1985, Salud Pública de México, 27: 438-53.

Grimberg, M. (1995) "*Teorías, propuestas y prácticas sociales: problemas teóricos metodológicos en Antropología y Salud",* Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Buenos Aires, 1995. Pp. 31-50.

Guber, R. (2011) *"La etnografía, método, campo y reflexividad".* 1ra ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.

Valdés, Acevedo, Pérez, Muñoz-Ledo (2007) "Hacia una visión antropológica de la discapacidad" En: "Estudios de Antropología Biológica" VOLUMEN XIII Instituto de Investigaciones Antropológicas Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

Venturiello, M. P. (2016) "La trama social de la discapacidad. Cuerpo, redes familiares y vida cotidiana". Buenos Aires: Editorial Biblos (pág. 20-40).

Prácticas y sentidos en torno al "cuidado" desde mujeres y varones trabajadores de la construcción en Rosario (Argentina) y La Paz (Bolivia)

Gretel Philipp*, Magalí Marega**

INTRODUCCIÓN: VARONES Y MUJERES EN LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ Y ROSARIO

En esta ponencia proponemos abordar las prácticas y representaciones que sobre el cuidado construyen mujeres y varones trabajadores de la construcción en las ciudades de Rosario (Argentina) y La Paz (Bolivia). En un sector productivo que se ha caracterizado históricamente por sus elevados índices de accidentes y enfermedades laborales, así como de altos niveles de precariedad, la noción de "cuidado" emergió en nuestras indagaciones antropológicas como categoría social central para estudiar los procesos de trabajo, politicidad y la salud dentro de la construcción.

Como advertimos en nuestra investigación (Philipp, 2022), la construcción en Argentina es una industria amplia y heterogénea, en la que prevalece la forma de producción que definimos como "moderna manufactura en transición" (Philipp, 2022), de proceso variable y con un uso intensivo de mano de obra. A esta particular forma se suman una serie de rasgos naturalizados y arraigados históricamente,

* Núcleo de Estudios del Trabajo y la Conflictividad Social (NET), Investigaciones Socio Históricas Regionales (ISHIR), Universidad Nacional de Rosario (UNR). gretelphilipp@gmail.com
** Núcleo de Estudios del Trabajo y la Conflictividad Social (NET), Universidad Nacional de Rosario (UNR). magamarega@gmail.com

que la convierten en un modelo de gestión flexible para los potenciales avances en la precarización de otros sectores (Philipp, 2021). Los rasgos que configuran a este sector productivo, uno de los más precarios, son: la grave presencia de diferentes formas de subregistro, principalmente el trabajo "en negro" (Panaia, 2004; Pastrana et al., 2008) y la discontinuidad y estacionalidad de las actividades, con un elevado porcentaje de trabajo jornalizado y una mayor proporción de cuentapropismo en comparación a otras ramas (Campos, 2008). Asimismo agregamos que, incluso en situaciones de registro y formalidad, hay un entramado de flexibilidades del que se sirven las empresas y que los trabajadores experimentan en sus trayectorias dentro del sector: - "flexibilidad numérica", caracterizada por la continua rotación de obra en obra de acuerdo a las necesidades de la producción que es variable e *in situ*, - "flexibilidad salarial", que implica bajas y heterogéneas remuneraciones dentro de una misma empresa, el pago por hora y el no pago de horas extras ni feriados; - "flexibilidad horaria", basada en la extensión o acortamiento de las jornadas en relación a cambios climáticos, la introducción intersticial de maquinarias y a los apuros patronales; - y la "flexibilidad contractual", legalizada a través de la figura del Fondo de Cese Laboral, que excluye el preaviso y el pago de indemnización por antigüedad, en caso de que el empleador concluya la relación contractual independientemente de la justificación.

Esta industria ha sido dinamizadora de la economía en la región luego de la crisis de principios del milenio, y vuelve a mostrar este rasgo luego de la paralización productiva después de marzo del 2020, habiendo alcanzado al día de hoy índices de actividad y de empleo más altos que en el 2019 (INDEC, 2021). Ahora bien, el característico uso intensivo de mano de obra tuvo graves repercusiones en los cuerpos de los trabajadores, es decir, se reflejó especialmente en los índices de siniestralidad. En el año 2013, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo identificaba a la construcción como la actividad con mayor incidencia de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales (135 cada mil trabajadores cubiertos), seguida de agricultura, caza, silvicultura y pesca e industrias manufactureras (SRT, 2014). Teniendo en cuenta las estadísticas disponibles –específicamente las del IERIC (que comenzaron a desarrollar informes anuales a partir de 2006) y de la SRT (en base a los totales de accidentes y enfermedades laborales anuales en el sector)– desde el 2006 hasta el 2019, se ve claramente que los altísimos niveles de siniestralidad alcanzados durante el 2007 no volvieron a repetirse sino que fueron disminuyendo hasta aproximadamente el 2012, a partir de donde descendieron de manera más lenta y ya desde el 2016 se estancaron al igual que la proporción del valor bruto que aporta la industria al PBI nacional y a la cantidad de puestos de trabajo registrados.

La dinámica de este sector productivo en Bolivia presenta similitudes con el caso argentino, vinculadas a las transformaciones que a nivel global se dieron en la construcción, con la incorporación de tecnología y con la persistencia relevante de los oficios. Pero también algunas diferencias; entre ellas, la participación de mujeres como mano de obra. Para esta investigación nos centramos en las ciudades de La Paz y El Alto. Entre 2008-2010 el departamento de La Paz evidenció que del total de trabajadores del sector entre el 8 y 10% eran mujeres. Entre ellas, más del 80% se autoidentificaba como aymara (Encuestas de Hogares 2008-2018, INE). El incremento de la participación femenina en el sector de la construcción se evidenció como resultado de la implementación de políticas públicas de fomento al empleo y las transformaciones producto de las migraciones laborales en las últimas décadas. Asimismo, a partir de 2008 se expresó un boom de la construcción[1] impulsado por el notable incremento de la inversión pública y, en menor medida, por inversiones privadas (Wanderley, 2019) durante la gestión del Movimiento al Socialismo (MAS), presidida por Evo Morales.

En la ciudad de La Paz y El Alto, las mujeres dedicadas al trabajo de la construcción, se insertan principalmente en tres sectores, como obreras municipales, como obreras en el sector privado y como independientes o cuentapropistas[2]. En el sector público, las mujeres se ubican en el área de infraestructura pública de los gobiernos municipales. La participación femenina aumenta a medida que el tamaño de empresa disminuye[3]. Mientras menor es el tamaño de la empresa, menor salario reciben, y tienen menores garantías de recibir seguridad social. La organización del trabajo en Bolivia comparte las características flexibles y precarias mencionadas anteriormente para el caso argentino. A ello hay que sumarle algunas tendencias vinculadas con la histórica distribución desigual de las actividades reproductivas y tareas de cuidado que sobrecarga e intensifica el trabajo de las mujeres.

---

1 En Bolivia, si bien el boom de la última década ha brindado características específicas, la inserción de mujeres se remonta ya a inicios del segundo tercio del siglo XX, en el contexto de crisis de la Guerra del Chaco (1932-1935).

2 Según la EH2016, a nivel nacional, el 4,87% trabajaba en el sector público, el 56% en el sector privado, y el 39,14% no declaró lugar de trabajo. En el Departamento de La Paz, del total de trabajadoras del Departamento (8519), el 10,26% declaró trabajar en el sector público

3 Según la EH2016, a nivel nacional, el 12, 27% de las mujeres constructoras trabajaba en empresas grandes, el 15,19% en mediana empresa, el 29,37% en pequeña empresa y el 43,16% trabajaba en microempresa.

En el marco de nuestras investigaciones doctorales[4] la categoría de cuidado se analizó: - como saber contrapuesto a conceptos provenientes de la visión médico técnica hegemónica del "riesgo" en grupos de trabajadores hombres en Rosario (Philipp, 2021, 2022); - y como dimensión estructurante de la experiencia corporal en torno al trabajo de mujeres obreras de la construcción en Bolivia y México (Marega, 2022).

El cuidado ha sido asignado histórica, política y socialmente a la configuración del ser mujer. No obstante, han ido surgiendo preguntas y prácticas sobre el cuidado de parte de los hombres, fundamentalmente ligadas a la crianza y al espacio reproductivo de las familias.

Desde la antropología, el cuidado se ha definido como una manifestación sociocultural que constituye un conjunto amplio de actividades y bienes que se entrecruzan en función del sostenimiento, la reproducción y producción de los sujetos. Atañe a las prácticas, materiales e intangibles (afectivas, morales, emocionales) que permiten a las personas el desenvolvimiento de la vida (Santillán, 2012). O, dicho de manera más concisa, los cuidados son los modos en que una persona está pendiente de otra (Hernández, 2019). Desde la perspectiva de la reproducción social, el concepto de trabajo incluye en su determinación a las actividades de sostenibilidad de la vida humana y del entorno, y por lo tanto, el cuidado es una dimensión central en el proceso de creación subjetiva y material de personas y comunidades (Vega Solís, Martínez Buján, and Paredes Chauca 2018).

Por otro lado, en relación al trabajo y a la salud, el "cuidado" en tanto categoría social emergida en las obras la analizamos como parte de la "autoatención", o sea, de ese conjunto de "representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a su salud en términos reales e imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales" (Menéndez, 2015: 52).

---

4 Una de las tesis doctorales fue realizada con el apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas a través de una Beca Interna de Posgrado (2016-2022). Tuvo como principal interés analizar los procesos de trabajo y su articulación con problemáticas de salud entre los trabajadores de la construcción rosarina, atendiendo a las prácticas y las representaciones desarrolladas por este conjunto social respecto a los padecimientos vinculados con las condiciones que asume el proceso de trabajo en esta industria (Philipp, 2022). La otra tesis doctoral fue realizada en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Ciudad de México) y financiada por una beca nacional del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT) y una beca CLACSO-CONACYT. El objetivo fue analizar las formas de politicidad en el trabajo de mujeres insertas en el sector de la construcción en México y Bolivia (Marega, 2022).

Retomando estos antecedentes, en la presente instancia profundizamos el análisis de los sentidos y prácticas en torno al "cuidado" de trabajadores y trabajadoras de la construcción en Rosario y La Paz en relación con el género y las condiciones de trabajo. Argumentamos que existe una multiplicidad de formas de cuidados desarrolladas por ambos grupos (varones y mujeres) y, al mismo tiempo, que constituye una noción polisémica configurada histórica y relacionalmente y en vinculación con expresiones sexo-genéricas, etarias, étnico-nacionales, entre otras.

PRÁCTICAS Y SENTIDOS DEL CUIDADO DE TRABAJADORES Y TRABAJADORES

Durante las observaciones en las obras en construcción de Rosario fueron sobresaliendo distintos sentidos en torno a daños, padecimientos y enfermedades producto del trabajo. Los trabajadores identificaban que lo que más afecta a la salud es el desgaste cotidiano que produce el proceso de trabajo (con sus medios y objetos), los padecimientos están fundamentalmente asociados a los esfuerzos, al clima, y a los miedos y ritmos impuestos en algunas etapas de la producción. Pero también saben que la obra es un lugar de trabajo peligroso, que "muy seguro no es". Las mujeres trabajadoras en Bolivia también reconocen estos elementos de riesgos, asociados a los ritmos impuestos por la producción capitalista y afirman que el trabajo a destajo, frecuentemente, las obliga a intensificar el trabajo con los riesgos al incremento de accidentes que esas condiciones pueden conllevar. Sin embargo, como elemento novedoso, algunas de ellas señalaban que aun así, preferían el ritmo en la obra que el impuesto en sus hogares, en el que no tienen descanso[5]. La flexibilidad horaria también es un mecanismo reiterado en el sector en el que los empleadores contemplan la histórica sobrecarga de trabajo doméstico de las mujeres como elemento para dar ciertos permisos de retirarse antes, a cambio de

5 Matilde, una maestra pintora de La Paz, señalaba *"A mí me gustaría trabajar y trabajar todos los días y descansar sábado y domingo. Es mucho mejor trabajar que estar en la casa. En la casa yo me levanto a las 6 de la mañana, estoy recogiendo mis cosas, si hay que lavar servicios, boto la basura, recoger el cuarto. A las 10 me hago el desayuno, con mi hijo, después de eso estoy tejiendo. Tejo tapetes, chompas, para mis nietos. Después de las 11, empiezo a cocinar. Mi esposo dice 'voy a venir a almorzar'. Ya rápido tengo que cocinar, después de eso estoy poniendo la lavadora. Lavo, hago secar. O sea, no puedo descansar en ningún momento. Por eso digo, mejor es ir a trabajar, porque cuando voy, a la mañana hasta las 10 trabajo, de ahí descansamos y estamos riendo. Después nos ponemos a trabajar hasta las 12 en punto. Y ya nos vamos a almorzar en grupo, después volvemos y estamos descansando y riendo. Pero en la casa no puedo. En la tarde ya no hago la comida, le caliento la comida. En la noche sigo tejiendo"* (Matilde, R.C. 25/2/19)

garantizar la intensificación del trabajo en otros momentos. Casi por unanimidad, las trabajadoras en Bolivia describían jornadas de trabajo de entre 17 y 19 horas diarias, es decir, casi hasta el límite de lo humanamente posible. La sobrecarga de trabajo doméstico y tareas de cuidado se sumaban a las jornadas de trabajo en la obra. Estas jornadas de trabajo hiper-extensas que tiene efectos en la precarización de sus vidas y en el agotamiento estructural que manifiestan muchas de ellas debe ser considerada como una dimensión central de las condiciones de salud-enfermedad y también como parte de la violencia estructural de género[6].

Frente a las condiciones adversas intervienen múltiples prácticas y representaciones, pero fundamentalmente, como apareció en los discursos de los trabajadores varones en Rosario, éstas se construyen alrededor del "cuidado".

Los capataces eran especialmente responsables del cuidado, prestaban atención, recordaban el uso de los elementos, en ocasiones simplemente preguntaban si los oficiales y ayudantes estaban bien, si necesitaban algo. Una de sus funciones es la de asegurar que se respeten las medidas de seguridad e higiene dispuestas por la ley y señaladas (en caso de que no se estén cumpliendo) por los inspectores en las visitas a la obra.

A pesar de lo inseguro, ninguno de los trabajadores habían vivenciado ningún accidente grave (o sea, caída al vacío o quedar sepultado por la estructura de hormigón), pero sí veían comúnmente problemas de salud vinculados con trastornos músculoesqueléticos. Los accidentes más comunes eran "dobladuras de tobillos o algún clavo", y frente a este escenario uno de los capataces resaltaba enseguida la dimensión del cuidado: *"acá vas a ver que somos cuidadosos con eso, cada madera que tiene un clavo salido se le saca, pero bueno, puede quedar alguno y lo pisas y te lo clavas"* (Registro de Campo 30/05/18).

La hormigonada es en términos de riesgos y accidentes la parte del proceso de trabajo que provoca mayor desgaste emocional para los varones por el temor que genera la tarea de golpear los encofrados desde abajo. El cuidado aquí recae en una actividad propia del

---

6 Según un informe de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020), "Antes de la pandemia de COVID-19, las mujeres de la región dedicaban más del triple de tiempo al trabajo no remunerado que los hombres. La presencia de niños y niñas en los hogares, sobre todo en los más pobres, provoca una sobrecarga de trabajo de cuidados para las mujeres, lo que a su vez limita sus posibilidades de participación en el mercado laboral. Tal como muestran los datos de diez países de la región, el principal obstáculo para la plena inserción de las mujeres en el mercado laboral está relacionado con las responsabilidades familiares, expresadas en trabajo doméstico y de cuidados" (CEPAL 2020:200).

proceso constructivo que implica asegurar la producción al tiempo que se apuntala lo mejor posible el encofrado, garantizando que "esté bien calzado, todo apretado" y, es en esa labor que "hay que tener cuidado porque si no revienta" (R.C. 06/09/18). Los trabajadores con miras a prevenir o minimizar el riesgo de que "reviente todo", interponen el "cuidado" en el apuntalamiento.

El cuidado no obstante no es unívoco, su significado se ensancha y adquiere en la obra otras funciones. "Si son compañeros le dicen atate", es decir, el cuidarse construye compañerismo y confianza, al tiempo que estas relaciones se vuelven estratégicas para minimizar los riesgos. Tal como analizaba Scott en otros contextos laborales igualmente inseguros: "la vida misma depende de los compañeros de trabajo […] dependen enormemente de la ayuda mutua" (Scott, 2000:165).

No obstante, los trabajadores entienden que el cuidado en el espacio laboral tiene sus limitaciones. En otros términos, la reducción de potenciales accidentes o de consiguientes problemas de salud, depende ante todo del cuidado, pero esta relación no es unívoca ni está exenta de contradicciones porque tal como introducía uno de los oficiales: "también es medio difícil cuidarte, tenés que cuidarte mucho, por más que te cuides, si te cuidás, directamente no tenés que hacer fuerza, no tenés que hacer nada" (R.C. 24/10/18).

En Rosario, el cuidado adquirió asimismo otros significados en torno al compañerismo y la confianza en la obra, definía así un "nosotros", este sentido refiere al resguardo frente a la organización del trabajo que imponen los jefes, "no mandar al frente", "no meter la pata" respecto de las horas trabajadas o de lo que hacían los viernes, formaba parte de los cuidados ante el riesgo de ser despedidos, marcados o sancionados de alguna manera por los jefes, con lo que eso acarrea en la construcción (donde la precariedad institucionalizada con la Ley de Cese Laboral permite que el despido no deba ser fundamentado por la patronal, y que el mismo no implique gastos de indemnización).

Los trabajadores construyen múltiples sentidos y usos sobre el cuidado, que pasa a formar parte así de los procesos de autoatención de los grupos de trabajo, ya que contiene una parte importante de aquellas representaciones y prácticas que los sujetos utilizan en la obra respecto de sus padeceres sin acudir a curadores profesionales. El cuidado además se configura como un elemento de resistencia e insubordinación silenciosa de una obra en construcción, producto de la solidaridad o compañerismo entre los trabajadores (Scott, 2000).

En el ámbito laboral, y en la industria de la construcción argentina en particular, la masculinidad hegemónica ha sido pensada en relación a los riesgos (Del águila, 2017); asociada al trabajo manual y corporal en oposición al intelectual; y en vinculación con la clase. El

feminismo, tempranamente (con Simone De Beauvoir), caracterizó la asunción del riesgo de muerte como parte fundamental de la construcción de la masculinidad (Tobío, 2012). Es innegable que este proceso ocurre en los lugares de trabajo de tal forma que particulariza una constitución hegemónica de hombría de acuerdo a los requerimientos del capital en un sector determinado de la producción. Como resaltan Del Águila (2017) y Palermo (2015), el capital aprovecha el mandato de la masculinidad para garantizar la valorización. Entendemos que lo más importante de vincular ciertas representaciones y prácticas con la construcción de masculinidad es poder analizarlas en relación con una dimensión de lo social y no dejarlas a cuenta de la responsabilidad, culpa o elección individual. Sin embargo, una cosa es que esos rasgos (virilidad, fuerza, competencia y desprecio por el riesgo) pesen sobre los hombres, especialmente sobre aquellos que venden su fuerza de trabajo en sectores profundamente precarizados y masculinizados como es la construcción y sirvan de modelo de comportamiento y, otra cosa, es que en la realidad cotidiana dichos rasgos se reproduzcan tal como requiere la masculinidad hegemónica.

En nuestras observaciones en obras en construcción de Rosario, los trabajadores, más que hacer alarde de su fuerza y aguante, como se supone que harían como reverso de esos "privilegios de la masculinidad", se quejaban reiteradamente de sus dolores musculares y en muchas ocasiones marcaban sus límites en relación a la fuerza física y al aguante. Frases como "dale que no me da más la fuerza" no eran una excepción y en las entrevistas confluían en sentirse "fundidos" por un trabajo pesado y cansador. Contrariamente a lo apuntado por otras etnografías, no registramos competitividad, demostración de fuerza o de virilidad. Lo que compensaba las desgastantes y peligrosas condiciones de trabajo era fundamentalmente la práctica del cuidado, en lo que hacía a la autoatención en la cual se conjugan el cuidar, la atención y prevención de padecimientos, pero también actividades de preparación de alimentos y de limpieza (Menéndez, 2015). Estas experiencias junto a las prácticas de ayuda mutua y de estar constantemente atentos a sus compañeros, exhibieron una construcción de masculinidades que relativiza los estereotipos o la forma hegemónica adjudicada generalmente a los trabajadores de las obras.

En el caso de las mujeres trabajadoras de la construcción en Bolivia, a la intensificación del trabajo típica en el sector se le suman algunas "pruebas" que deben sortear para ingresar y mantenerse en el trabajo siendo mujeres, lo que redunda en riesgos importantes para la salud. En una entrevista Magdalena hacía referencia a una experiencia en la que, debido a la sobrecarga de trabajo que le ordenaba su jefe, se había roto los tendones del brazo. Ella le reclamó por

qué no contrataba a alguien más para que puedan repartir el trabajo. "Entonces si no puedes ¡déjalo!, me dijo. Y yo no voy a decir `bueno, usted me dijo que lo deje`. Entonces tenía que seguir, seguir, seguir. Y ahí me lastimé. Eso ha sido lo peor que podía ser" (R.C. 06/03/19). La violencia sexual aparece también como un recurso de dominación que articula la organización del trabajo y disciplina a los cuerpos en la obra. Son múltiples las modalidades de la violencia y se expresan con diversa intensidad. Por lo general, la violencia sexual es ejercida de parte de quienes se encuentran en escalas superiores, pero también hubo casos entre compañeros de trabajo.

Así como las violencias son múltiples, las mujeres también resisten y responden activamente a estas situaciones. En la mayoría de los casos son respuestas individuales, de acción directa, como arrojarles herramientas, empujarlos; en otras situaciones, la solución es evitar estar a solas, no compartir los espacios o ir a trabajar acompañada con otra mujer o varones de confianza. Buscar alianzas con superiores también es una opción. En la mayoría de las experiencias que relataban las mujeres entrevistadas, la violencia doméstica en sus familias de origen, como con sus actuales parejas es algo bastante habitual. Las estrategias para enfrentar la violencia también son saberes que las mujeres van construyendo históricamente. La violencia racista patriarcal se entreteje minuciosamente con la violencia impuesta por la explotación de clase y se expresa en diversas escalas y dimensiones.

En Bolivia también hemos constatado, de manera similar a los trabajadores varones en Rosario, que las mujeres desarrollaban estrategias de cuidados en torno a su propio cuerpo y al de sus compañeras. Señalaban estar más atentas a los movimientos que realizan y al espacio, intentaban no hacer "mala fuerza", algunas se cubrían la cintura con *wak`as*[7] que ellas mismas tejían, arreglaban los espacios para no generar accidentes, hacían propuestas de mejorar hábitos alimenticios, entre otros. Otras respuestas están estrechamente vinculadas con la instancia de organización colectiva. En Bolivia, las mujeres trabajadoras de la construcción conformaron en 2016 la Asociación de

7 En aymara las wak`as son los espacios sagrados, ceremoniales de la tradición andina comunitaria, y también refiere a cinturones tejidos. Esta asociación no es casual. El tejido en mundo andino representa el universo simbólico y sagrado. "Los textiles no sólo intercedían en materia de relaciones interpersonales sino también, como lo propone un estudio etnográfico llevado a cabo por los investigadores Edward y Christine Franquemont junto con Billie Jean Isbell: "el tejido intercede entre el cuerpo humano y el poder de la Madre Tierra [… porque] está prohibido sentarse directamente sobre el suelo ya que hacerlo causaría enfermedad e incluso muerte" (1992, 50). De tal forma que, el tejido sería «una protección» para el ser humano en relación al medio en que convive" (Andrade San Martín 2020:26).

Mujeres Constructoras (ASOMUC) y entre sus demandas han incorporado la petición a las empresas de disminución del peso de las bolsas de cemento, medida que beneficiaría a todo el colectivo laboral, más allá del género, y que es una demanda histórica también en Argentina que aparece en los reclamos de la gran huelga de la construcción de 1936 (Iñigo Carrera, 2012). Además demandan la existencia de baños separados por género en las obras y la cesión de uniformes en dos partes, para que se adapte a las necesidades corporales de las mujeres.

REFLEXIONES FINALES

Como toda construcción social, el proceso de salud-enfermedad-atención y los sentidos sobre el cuidado en la obra, están atravesados por las relaciones de hegemonía y subalternidad, por tanto no se encuentran exentos de tensiones y contradicciones. En este caso, incluyen sentidos que recalan en la responsabilidad individual o en el grupo de trabajadores más próximos, diluyendo la consideración de otras instancias, agentes intervinientes, instituciones o posibilidades de organización y reclamo.

La dimensión de la seguridad en la obra está completamente atravesada por relaciones de hegemonía y subalternidad, que modifican las prácticas y acomodan las representaciones según las posibilidades de acción de los sujetos involucrados. Decir, recordar, pedir, revisar, exigir, valorar positivamente, reflexionar sobre las limitaciones, evidenciar las posibilidades y limitaciones de usos, en relación a los elementos de prevención, conforman uno de los núcleos del cuidado en la obra y de la autoatención en estos grupos de trabajadores varones en Rosario, y como tal, implican también procesos transaccionales (Menéndez, 2015).

En el caso de las mujeres trabajadoras en la construcción en Bolivia, los imperativos de la organización del trabajo que tiende a intensificar el uso de la fuerza de trabajo atraviesa sus experiencias en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención. Sin embargo, la perspectiva de la reproducción social nos permitió considerar la sobrecarga de trabajo que vivencian las corporalidades feminizadas, evidenciando jornadas hiper-extensas. A las especificidades de explotación de clase y étnico-raciales, características que comparten con los trabajadores varones en Rosario, las especificidades de género dotan de valores disímiles a la configuración del proceso bajo análisis. Por un lado, pudimos constatar que los trabajadores varones rompen y tensionan los estereotipos de género que los concibe como "no cuidadores". Al contrario, dimos cuenta cómo el cuidado propio y de los compañeros es central en la dinámica cotidiana laboral en las obras de Rosario. Por su parte, las mujeres trabajadoras en ocasiones se

enfrentan con situaciones de vulnerabilidad y competencia, producto de su identificación de género, y en otras instancias, esa misma característica permite la congregación de intereses colectivos que derivan en formas de cuidados propios y de otras. De todos modos, la puesta en relación analítica de ambas localidades etnográficas, nos permitió resaltar la necesidad de análisis sociohistóricamente situados, que den centralidad a los sentidos y prácticas de los sujetos trabajadores en su articulación con otras mediaciones histórico-espaciales.

BIBLIOGRAFÍA

Campos, M. (2008) "La heterogeneidad del trabajo informal. Los resultados de un estudio cualitativo sobre los sectores del comercio textil, la construcción y el transporte", en Aportes a una nueva visión de la informalidad laboral en la Argentina, Banco Mundial, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Bs As. pp. 231-258.

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2020 Panorama Social de América Latina

Del Águila, Á. (2017) *Homo constructor. Trabajadores paraguayos en el Área Metropolitana de Buenos Aires,* CEIL, CONICET, Buenos Aires.

Hernández, M. (2019) "Experiencias de niñez en la pobreza. Una cartografía de cuidados" en *Runa*, Nro. 40, Buenos Aires. pp. 93-111.

INDEC (2021) "Indicadores de coyuntura de la actividad de la construcción", Informes técnicos, Construcción Vol. 6, nº 2, Argentina.

Iñigo Carrera, N. (2012) La estrategia de la clase obrera. 1936, Imago Mundi, Buenos Aires.

Marega, M. (2022) *Mujeres, cal y arena. Politicidad en el trabajo de mujeres en el sector de la construcción en México y Bolivia. Aportes desde la antropología feminista del trabajo.* Tesis doctoral, Dir. Estrada Iguiniz, M., CIESAS-CDMX, México.

Palermo, H. (2015) "'Machos que se la bancan': masculinidad y disciplina fabril en la industria petrolera argentina", en *Desacatos*, Nro. 47, México. pp.100-115.

Panaia, M. (2004) El sector de la construcción: Un proceso de industrialización inconcluso, Ed. Nobuko, Buenos Aires.

Pastrana, E. et al. (2008) "Las características del trabajo informal en el sector de la industria de la construcción en el AMBA", en Serie Ocupación, Trabajo y Empleo, Nro. 8, Buenos Aires. pp. 35-56.

Philipp, G. (2022) *Procesos de trabajo y de salud-enfermedad en trabajadores de la industria de la construcción rosarina*, Tesis

Doctoral, Dir. Grimberg, M., Universidad Nacional de Rosario.
Philipp, G. (2021) "Estrategias precarizadoras del capital sobre las condiciones de trabajo en la industria de la construcción rosarina (Argentina): un estudio antropológico de las flexibilidades arraigadas en la obra", Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo, Vol. 5, Nro. 11. Disponible en: http://www.ceil-conicet.gov.ar/ojs/index.php/lat/about/editorialTeam.
Santillán, L. (2012) "Las iniciativas educativas familiares bajo análisis: notas sobre la dimensión social y política del cuidado infantil", en *Propuesta Educativa*, Nro. 37, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires. pp. 17-27
Scott, J. (2000) [1990] *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*, Ediciones Era, México.
Tobío, C. (2012) "Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan", en *Revista Internacional de Sociología,* Vol. 70, Nro. 2, España. pp. 399-422.
Vega Solís, C.; Martínez Buján, M y M Paredes Chauca (2018) *Cuidado, comunidad y común. Extracciones, apropiaciones y sostenimientos de la vida*. Traficantes de Sueños. Madrid.
Wanderley, F. (2019) ¿Qué es trabajo? Las fronteras conceptuales entre trabajo y no trabajo, en *Trabajo y trabajadores en América Latina (Siglos XVI-XXI)*. Vicepresidencia de Bolivia y CIS. La Paz

Saberes de salud de la población migrante desde la perspectiva de trabajadores/as de CESACs del sur de CABA

Agustina Storto*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se propone como acercamiento preliminar a la problematización de la categoría de saberes subalternos en salud, que se despliega en el marco de una reflexión más amplia acerca de la interculturalidad en el nivel primario de atención. Para ello, se abordará el discurso de trabajadores/as de dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) del sur de la ciudad de Buenos Aires que trabajan con población paraguaya y boliviana.

Se trata de un estudio cualitativo exploratorio de carácter descriptivo. El material de análisis son entrevistas individuales en profundidad a partir de una guía semiestructurada a las jefas de ambos centros, un psicólogo, una trabajadora social y una promotora de salud, y una entrevista grupal a una obstetra, una socióloga y una médica generalista. La muestra de las entrevistas es no probabilística de tipo intencional: además de la voluntariedad, un criterio amplio para la inclusión en este trabajo fue una mirada favorable y de apertura a la perspectiva de interculturalidad y salud comunitaria. En tanto la diferenciación de las profesiones no aporta un dato significativo para este trabajo, la referencia a las entrevistas se consigna

* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Instituto de Investigaciones en Psicología. Buenos Aires, Argentina. agustinamfs@gmail.com

con una numeración aleatoria que permita garantizar el anonimato de las fuentes.

El trabajo forma parte de la primera etapa de trabajo de campo para mi tesis de maestría, enmarcada en el proyecto UBACyT "Salud Mental Comunitaria: contextos de precarización y políticas de cuidado" con dirección de Graciela Zaldúa, y financiamiento de la Universidad de Buenos Aires.

Cuando enunciamos un pluralismo en los modelos de atención de salud entendemos por estos modelos a todas aquellas actividades intencionales orientadas a prevenir, tratar, controlar, aliviar o curar padecimientos (Menéndez, 2003). Si bien a priori puede señalarse la incompatibilidad de supuestos y formas de atención de estos modelos, en la experiencia de los/as sujetos se vinculan a través de procesos transaccionales. Sería incauto no subrayar desde el inicio que estas transacciones se enmarcan en relaciones de hegemonía/subalternidad entre los sistemas de explicación científica y las prácticas tradicionales existentes (Menéndez, 1994), que delimitan un discurso normalizado y otro "alternativo".

Para el análisis se eligieron tres ejes, siendo el criterio de selección la recurrencia en las entrevistas: alimentación, herbolaria y plantas medicinales, y comunicación. Atendiendo al carácter exploratorio de las entrevistas, las preguntas no abordaron estos temas de forma específica sino que aparecieron en la indagación por saberes, dificultades y fortalezas en el trabajo con población migrante usuaria del CeSAC. La apuesta es señalar, en cada categoría, encuentros y desencuentros en la interacción entre saberes, y abrir la puerta a un análisis transversal con la noción de riesgo como núcleo de los desafíos para las transacciones.

EL CONTEXTO MIGRATORIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Según el censo 2010 en Argentina la población migrante representa un 4,5%, siendo el 3,1% del total poblacional de origen en países limítrofes. Dentro de este grupo, a su vez, casi dos tercios suman los dos colectivos más importantes: paraguayos/as (1.37% del total de población) y bolivianos/as (0,86% del total). Históricamente el país ha funcionado como receptor de estos flujos migratorios, primero en sus zonas fronterizas y luego –desde 1970 y especialmente con la mecanización del sector agrícola y la convertibilidad de 1990– en centros urbanos que ofrecieran posibilidades dentro de un mercado laboral flexibilizado (Goldemberg, 2013).

En la Ciudad de Buenos Aires, con un 12.2% de población migrante, los procesos migratorios conforman un espacio urbano pluricultural, cuya dinámica histórica determina una configuración territorial

que relega a la zona sur el asentamiento de la mayoría de sectores populares migrantes. Las comunas a las que pertenecen estos centros de salud tienen una población migrante por encima de la media de la ciudad (EAH 2021). De acuerdo a la descripción de los propios centros de salud, uno recibe mayoría de migrantes paraguayos/as (allí residen 12,1% de migrantes limítrofes, el porcentaje más alto de la ciudad) y otro bolivianos/as (de un 5,8% de extranjeros limítrofes en esa comuna).

Un análisis del tipo de hábitat de la población migrante en CABA muestra una prevalencia en urbanizaciones populares de origen informal. Dentro de estas, las villas tienen 49% de población extranjera, siendo 22,2% paraguaya y 21,4% boliviana (Mera et al., 2015). Como señalan los autores, este indicador muestra la estrecha relación entre migración y pobreza, que encuentra correspondencia en el lugar y tipo de acceso a la ciudad. Las condiciones de precariedad de la zona sur también se traducen en indicadores sanitarios: una tasa de mortalidad 20% más elevada, una esperanza de vida 4 años menor, una tasa de fecundidad 50% superior y un mayor nivel de envejecimiento (Santoro, 2020).

1. ALIMENTACIÓN: CULTURA Y/O NUTRICIÓN

El abordaje de la alimentación como dimensión de la salud contempla de forma simultánea el aporte de la calidad nutricional en el desarrollo, y el valor en el proceso de diferenciación sociocultural y de construcción de identidades individuales y colectivas. En sujetos con trayectoria migrante, los saberes en relación a las comidas de su lugar de origen y sus gustos asociados adquieren una valoración especial, que se conjuga con el desafío en la selección de alimentos que no necesariamente se consiguen en el medio de destino y la incorporación en un nuevo paisaje alimentario, de lo que deriva un "proceso de acomodación, combinación o conflicto" (Solans y Piaggio, 2018).

La intersección entre las reglas de comensalidad y la diferenciación sexual en las tareas de reproducción determina que sean las mujeres quienes organizan la cocina y también la crianza de los/as niños/as, incluyendo la gestión de su salud. Así, son ellas quienes introducen a sus hijos/as en la alimentación, desde la lactancia hasta la incorporación de sólidos, en un proceso que profesionales de la salud orientan a través del llamado control de niño/a sano/a:

> *"La mayoría de los migrantes andinos no tienen problema con la lactancia, pero cuando empieza la introducción de semi-sólido les dan unos semi-sólidos que no pruebo ni probaré, esos chuños de cosas que no sabés qué tienen adentro pero bueno, crecen bien (…) y nosotros como lo desconocemos damos un folleto (…) totalmente europeo de cómo se debe*

> *comer. (…) Pero la familia lo va integrando a la práctica de lo que comen todos más o menos"*, Entrevista N°5.

Se advierte por un lado la normatividad sistematizada en pautas universales, pero también una disposición a la conciliación artesanal singular de esas normas con las prácticas de usuario/as atendiendo centralmente a la función social del alimento. Es sugestiva la utilización del término "europeo" para describir las pautas de alimentación diseñadas y que funcionan con la población local, podría pensarse que en algún punto de ese discurso se homologa el "nosotros" al "europeo".

Resulta interesante destacar el espacio de Caminatas Saludables, un dispositivo que se replica en distintos centros de salud pero asume características propias en cada implementación. Uno de los CeSAC concibe para este espacio una primera parte de ejercicio aeróbico y un segundo tiempo en modalidad taller para el abordaje de la alimentación. Allí, la decisión deliberada del equipo fue que no se encuentre orientado a dietas restrictivas hipocalóricas sino a la recuperación de "lo casero" y las "recetas tradicionales":

> *"Nosotras no te tenemos que decir qué vas a comer, es la cultura la que tiene que dictar la dieta. Ahí se arman espacios de compartir encuentros, recetas, secretos, ahí el saber deellos vale más que el nuestro (…) ¿Quién te dice qué vas a comer: el Estado, McDonalds,Coto? Tampoco una idea de que vamos a comer lo mismo siempre, 'yo esto lo comía cuando era campesino pero ahora no', pero volver a eso está bueno"*, Entrevista N°4.

La apropiación del espacio público no pasa sólo por la circulación y el movimiento en entornos barriales signados por barreras urbanísticas, sino por recrear allí ciertos ritos de una comensalidad que ya no se circunscribe a la reproducción de la familia migrante sino que adquiere dimensión colectiva dentro de ese grupo heterogéneo de vecinos/as. Esa perspectiva queda en oposición a la tendencia a una apropiación y control de carácter individual de la dieta, entendiendo que la dimensión de lo saludable se juega en la construcción comunitaria y el intercambio producido en el encuentro. Asimismo, aparece sugerida una problematización en relación a la categoría de lo "tradicional" para pensar la cultura y una intención de enunciar el carácter histórico y dinámico de la misma. Algunas críticas a la caracterización de "tradicional" de los saberes subalternizados incluyen problematizar el supuesto de una totalidad homogénea, una visión ahistórica, y el foco en aspectos culturales que secundariza o excluye aspectos sociales, políticos y epidemiológicos (Menéndez, 2018:28).

Sin embargo, la tensión se presenta ante aquellas prácticas sociales asociadas a la alimentación que significan una conducta de riesgo para el equipo de salud. Como traza Aguirre (2016), el devenir histórico del último siglo transforma a los alimentos que eran garantía de supervivencia en causantes de enfermedades, pasando de una epidemiología del contagio a una del riesgo, e incluyendo una última fase de sociedades de control en la alimentación.

Una de las entrevistadas caracterizaba con trazos generales la alimentación de la comunidad paraguaya como una dieta basada en harinas, que sumado a una cultura sedentaria derivaría en una prevalencia de problemas cardiovasculares. Por su parte, la boliviana se caracterizaría por comida "de olla", que si bien tendría un alto contenido graso también incorporaría verduras y sería más sana. Entre las patologías asociadas a la dieta aparecen el sobrepeso y la obesidad –sobre todo en niños paraguayos/as, sin que su familia lo advierta o lo considere pauta de alarma–, la diabetes gestacional en embarazadas y la posibilidad de bebés macrosómicos o con restricciones de crecimiento intrauterino.

Ante el discurso del riesgo, el acto de salud se complejiza y la apuesta por interculturalidad retrocede hasta un punto seguro. Cuando la resolución se da por la vía de la asimilación el resultado resuelve la dimensión nutricional pero desatiende la cultural. "Un día con la nutricionista dijimos vamos a hacer chipá dietético. Teníamos al señor de vigilancia que era paraguayo y le decíamos 'pruébelo', y nos decía: 'No, no quiero probar esa porquería, no se hace así'. Era chipá de mentira y tenía razón", cuenta una trabajadora (Entrevista N°1). Este ejemplo grafica la importancia de los platos típicos –que incluyen ingredientes, formas de preparación y modos de compartir– en la identidad en los colectivos migrantes. Además, permite interrogarse acerca de la dimensión del placer en la comida, que no queda explorada en los discursos.

La misma entrevistada resume la complejidad de esta encrucijada: "De alguna manera tengo que minimizar, tengo que adaptarme, no le puedo sacar todo eso porque le saco su propia cultura, qué le voy a decir que coma como un europeo"[1] (Entrevista N°1). Resulta llamativo que sólo en un caso apareció mencionada la correlación entre ingreso económico y calidad nutricional al abordar este punto.

1 Aquí la caracterización de europeo no funcionaría como "nosotros" sino como ideal.

2. DE HUERTAS Y PLANTAS MEDICINALES

La salud, la enfermedad, los procesos de cuidado y la muerte son preocupaciones universales a partir de las cuales se erige una frondosa estructura arbórea de significaciones culturales, además de procesos de control social e ideológico. De acuerdo a las entrevistas, aparecen en la población migrante distintas representaciones de enfermedad que tensionan saberes biomédicos: que la enfermedad se origina en el frío, que entra por el cuerpo y "va circulando", que en tanto se toman pastillas por estar enfermo al dejar de tomarlas se produce la curación. Sin embargo, hay coincidencia en destacar que ninguna de estas ideas implica un cuestionamiento a la biomedicina, y que en todo caso coexisten e incluso se complementan con otras.

En ese sentido, uno de los temas en los que se expresa la complementariedad de los saberes es en el uso de plantas medicinales, nombradas de forma genérica como "yuyos". En general existe una disposición a aceptar e incluso alentar la complementariedad, aunque siempre subordinado al fármaco. Cuando usuarios/as sugerían un tratamiento únicamente de origen natural, se optaba por acompañar esa decisión en un período de prueba a condición de seguimiento y atención a pautas de alarma. "Pero cuando veían que se quedaban sólo con la hierba no les daba el mismo resultado, no servía como tratamiento único. Entonces volvíamos a las dos cosas y ellos mismos se daban cuenta, les permitía que hagan ese juego, lo tenían que ver", (Entrevista N°1). Ese "permiso" otorgado para transitar por la experiencia facilitaba luego la alianza y adherencia al tratamiento.

Lo que está en discusión no se resuelve en la dimensión técnica ni en el grado de eficacia terapéutica: no hay oposición al respecto, la mirada va desde el apoyo vehemente al desinterés. El conflicto atañe más bien al carácter social del proceso, centrándose en la administración y utilización.

> *"En mi época de estudiante era ver las guardias cómo llegaban chicos a terapia intensiva por esos benditos yuyos, porque estaban mal dados. Y lo peor es que no estudiábamos yuyos, yo hice tóxico y no me enseñaron (…) En los lugares donde está bien hecho eso está bueno, en Buenos Aires se maneja muy mal y en todos los barrios vulnerables la gente siempre dio yuyos muy mal (…) Después habíamos hecho un cuadernillo de la investigación [sobre plantas medicinales] y les dijimos que siempre averigüen, que todo lo que va por fosa nasal iba a tener conexión con el cerebro y ningún tipo de medicaciónla den de esa manera (…) después lo que fuese por gotas que lean bien porque a veces tenés que usar la raíz, otras el tallo y a veces las hojas, y cuando invertís eso puede ser tóxica",* Entrevista N°1.

Sin subordinar otros aspectos al económico, resulta interesante que la utilización de esta alternativa en las instituciones se habilitó cuando el elevado costo de los fármacos los hacía inaccesibles para sectores populares. "Cuando empecé aceptando todo eso era la época en que no había nada para darle a la gente, cuando no existía el Remediar. Entonces hacíamos de todo, le enseñábamos a la gente a hacerse jarabe de cebolla. Yo curaba las úlceras diabéticas con hierbas, con malva a hervir, machacando, y con eso anduvieron geniales", Entrevista N°1. Actualmente, en el plano programático hay una línea que impulsa la creación de huertas en centros de salud, y al interior de los implementadores se alienta también poder explotar en estos espacios la medicina natural[2]. Sin embargo, es un enfoque marginal que en términos reales no ha tenido aún desarrollo en estos centros.

Existiría entonces un resquicio ministerial para "dejar hacer" en esta materia en tanto se conserve contenida en espacios marginales. Sin embargo, la noción de riesgo vuelve a ser ordenadora y se erige como frontera de la resistencia que hace límite a las prácticas. Así, mientras una trabajadora refiere a los abortos con yuyos como algo invita a "abrir la cabeza y decir, bueno, en su concepto de salud o en su cultura tal cosa puede ser totalmente válida y yo la desconozco" (Entrevista N°2), otra compañera rápidamente acota que "nosotros le tenemos que decir que eso es un aborto inseguro. Escuchamos, respetamos, empatizamos, pero la verdad es que estás poniendo en riesgo tu salud" (Entrevista N°4). contextualizar la práctica, que en otro contexto histórico puede haber resultado emancipador

Otro de los puntos críticos es el de la administración de hierbas medicinales en las infancias. La gravedad del cuadro de base, la edad del niño/a, la interacción con fármacos, el desconocimiento médico, así como la concentración según las formas de preparación (una decocción tiene una mayor concentración que una infusión) pueden traspasar el límite bioquímico entre terapéutica y toxicidad (Ramírez Sánchez et al., 2013).

> *"Lo único que digo es mirá, fíjate qué tan concentrado está. Cuando vos le das una gotitade paracetamol yo sé cuánto le estás dando, ahora si vos le das un té que lo herviste una hora, dos, tres, con la hoja seca, húmeda, no es lo mismo. Entonces es como si le dieras una gotita de paracetamol, o 10 o 20, le puede hacer mal. Y bueno, si vos sabés cómo lotenés que hervir y qué se yo, bueno, como yo no lo sé entonces no te lo recomiendo.*

2 En las entrevistas se señala que el aprovisionamiento actual en los barrios es por venta callejera y ferias y no aparecen datos sobre transmisión en contexto urbano.

> *Es hasta donde llega mi interculturalidad, te respeto pero te comento porque vi chicos intoxicados, así como vi con aspirina también intoxicado"*, Entrevista N°5.

Si bien la posibilidad de normalización que brindan fármacos sintéticos otorga un marco de seguridad a médicos/as, el testimonio desliza que también en la medicina alopática la variable de riesgo está en la utilización de la población. En el caso de los fármacos, se tiende a ignorar no sólo riesgos de un mal uso sino también los efectos secundarios que pueden desencadenar: "La verdad es que los laboratorios hay muchos efectos adversos, se naturalizó que tomás esto o lo otro, pero por eso se ve mucha más insuficiencia renal ahora que antes", (Entrevista N°1).

3. ESPERA Y URGENCIA

Las fallas en la comunicación aparecen con insistencia en los desafíos que advierte casi la totalidad de entrevistados/as en el abordaje de población migrante. También aquí se construyen contrastes estereotípicos con rasgos esencializados: mientras que la población paraguaya se representa como más "aguerrida" y "demandante", la boliviana está asociada a la "sumisión" y el retraimiento. Así, en el caso del colectivo paraguayo serían más frecuentes conflictos en relación a modos de demandar atención o de trato interpersonal hacia trabajadores/as, aunque no hay instaladas preguntas que otorguen contexto a esa forma reactiva. En bolivianos/as, quizás porque la caracterización tiene una carga valorativa más peyorativa, se instala una sospecha que intenta pensar incluso más allá del intramuro:

> *"Tiene que ver con el trato que reciben en la mayor parte de los lugares, no va de cosecha suya solamente (…) Esta cosa de no hablar también viene de 'me reservo las ganas de hablar con quien yo quiera, si cuando yo la necesito usted sale corriendo o hizo todo lo posible por hacerme sentir que no era donde tenía que estar'",* Entrevista N°5.

La doble acepción de paciente, justificada en su origen etimológico, introduce en este análisis la dimensión del tiempo: "Tenés que encontrar otras maneras de preguntar lo mismo y dar mucho más tiempo de espera, sobre todo la población boliviana que es más retraída" (Entrevista N°2). Vemos una inversión de la acción de esperar que normalmente recae sobre el/la paciente (para obtener un turno, para aguardar la consulta en una sala denominada a tal fin, para tener un diagnóstico, para acceder a un tratamiento, etc.) y que aquí pasa al trabajador/a que espera, pone a disposición su tiempo.

La espera puede analizarse como instrumento de dominación estatal, siguiendo la línea de Javier Auyero, pero también puede iluminar modalidades de "agencia, subjetividades, aprendizajes y gestión de conflictos" de sectores marginales (Barrera et al., 2020:10). En este caso, la potencia de la espera está vinculada a los emergentes que habilita ese tiempo de demora en las consultas, así como la oportunidad para facilitar un proceso de exigibilidad de derechos (Zaldúa et al., 2012):

> *"El tiempo es necesario para hacer un vínculo afectivo efectivo. Familias que vengo con un hijo, segundo, tercero, siempre hablando de anticoncepción, y al cuarto lográs entender por dónde viene el tema y acepta una conversación y un turno de métodos [anticonceptivos], y ahí sabés que ese turno va a funcionar porque entendió que vos la querés ayudar con eso",* Entrevista N°5.

La permanencia sostenida en el tiempo de ese vínculo ubica a la institución y al profesional tratante como la referencia en salud para la familia, volviendo incluso arduas derivaciones e interconsultas. Ese vínculo personal se asienta sobre una confianza y escucha empática que posibilita la emergencia en las consultas de los saberes subalternizados, que de lo contrario serían prácticas sin contacto con los centros. "Las 'confesiones' son después de un par de consultas, cuando ven que no los cagás a pedos", se explica en Entrevista N°3.

Existe un matiz significativo en el tránsito de concebir la incomprensión focalizada en el/la usuario/a a la que orienta la mirada a la interacción en consulta, incluyendo también a profesionales (Finkelstein, 2017): "Vos querés que ellos te entiendan a vos pero vos no los entendés a ellos", le habría dicho una antropóloga de un antiguo centro de salud a una de las entrevistadas cuando sus pacientes no seguían las indicaciones médicas porque los medios materiales para llevarlas a cabo no estaban a disposición. Pero resulta superador poder comprender que las partes de esa interacción tienen una asimetría situacional, y que eso además transforma las responsabilidades de cada parte:

> *A veces vos estás centrado en un problema, suponete una infección urinaria, y en realidad todo el problema es qué le va a pasar o si le duele (…) Decís infección y se despliega toda una serie de fantasías o representaciones sociales sobre qué es la infección que [les] son propias, y acceder al mundo de representaciones es algo que no podés dejar de hacer (…). Es un trabajo que es tuyo, cuando hay una asimetría de poder el trabajo es nuestro, no del otro".* Entrevista N°5

Cuando la comunicación es vista como obstáculo pueden sumarse agravantes: la condición de recién llegado así como la procedencia de un medio rural aparece muchas veces como dificultad adicional, aprendida en la práctica y que se transforma en indicador para los propios/as trabajadores:

> *"Una vez vino una mamá que me venía a preguntar por cambios físicos que el hijo iba a tener en la pubertad. Me dice: 'vengo yo porque mi marido no sabe explicarle, yo soy de un pueblo que es de al lado de la ruta y mi marido está lejos de la ruta'. Entonces, otras cosas a seguir preguntando [en las consultas], ¿viene de un pueblo que queda dónde?",* Entrevista N°5.

Sobre la diversidad lingüística, una primera observación es que la atención está puesta en el reto de las consultas con personas no hispanohablantes. Allí el tipo de resolución resulta de la disposición del mejor recurso, en general a cargo del/a usuario/a: en algunos casos entran con acompañantes para la traducción, en otros con intérpretes no oficiales que cobran por este trabajo, y en uno de los centros cuentan con una promotora que habla guaraní y oficia como intérprete para el caso. Queda para un próximo acercamiento caracterizar el rol del/a intérprete en salud, profundizando especialmente en lo no traducible y en las implicancias en la confianza (Mombello, 2006). A su vez, el bilingüismo en migrantes y/o hijos/as de migrantes aparece invisibilizado o muy poco referido, aunque uno de los centros lo fomenta como valor en el espacio de biblioteca, y lo incorporó en cartelería (que al momento de las visitas al centro no estaba) y mensajes para promover la vacunación del COVID-19.

Aunque no surgió en las entrevistas, la noción de riesgo en la comunicación hace su aparición especialmente en la derivación de instituciones escolares que tienden a patologizar el proceso de infancias migrantes (Mamone & Giammatteo, 2019), donde la espera cede paso a la urgencia. Sin embargo, la cuestión de la adquisición del lenguaje apareció correlacionada a las condiciones de precarización laboral de padres y madres, especialmente los casos empleados en talleres textiles. Una respuesta creativa a esta problemática fue un taller de juguetes caseros para fabricar libros textiles a partir de retazos de tela e incorporando el saber en costura. "Si yo lo recuerdo, una madre lo debe recordar como un lugar donde la salud también es eso, [con] una doctora, y más doctoras, hicimos un collage con recortes", reflexiona la entrevistada N°5 mientras muestra uno de los libros que hizo.

Por último, interesa señalar el movimiento de pensar a la diferencia como obstáculo para pasar a concebirla como fortaleza, valorizando la idea de saber: "Hablando de comidas ella me dice: 'esto yo lo

nombro así, no sé cómo le dicen ustedes'. Y está bueno porque hay un intento de poder instalar y poner en juego la propia palabra y forma de nombrar lo propio que tiene que ver con su historia, su recorrido, su trayectoria" (Entrevista N°6).

REFLEXIONES FINALES

La idea de interculturalidad en salud como un intercambio en condiciones de relativa igualdad resulta disonante con el carácter asimétrico del vínculo entre usuario/a y trabajador/a de la salud. Sin embargo, esa asimetría no explica por sí misma la negación o inclusión subordinada de ciertos saberes acerca de la salud. Género, etnia, nacionalidad y clase son algunas de las nociones que entrecruzan el proceso de subalternización de los saberes.

Estos saberes subalternizados de salud que migrantes de países limítrofes transforman en prácticas cotidianas deben incorporarse como tendencia subjetivante del acto en salud. Estas prácticas forman parte de la historia e identidad de los/as sujetos, incluyendo su trayectoria migrante, y deben ser comprendidas en una concepción amplia de salud. En el primer nivel de atención, la complementariedad entre estos saberes y los biomédicos es incluso apuesta de accesibilidad: si estos saberes son silenciados el vínculo que se construye es de oposición, a riesgo de que los centros expulsen a su comunidad. Negar su existencia significa, además, violentar la agencia epistémica de estos sujetos y colectivos, y negar formas de gestión y concepción de procesos de vida, cuidado y muerte.

Sin embargo, la intersección empírica de migrantes regionales con su clase social no debe extraviarse en una culturalización de la pobreza. Así, muchos de los problemas que se plantean exigen una reflexión acerca de la precarización de las condiciones materiales de existencia de estos grupos.

A partir de las entrevistas, se puede observar que las transacciones entre saberes aparecen en el plano de los arreglos artesanales, las soluciones creativas, los encuentros singulares entre migrantes y trabajadores del sistema de salud. Por ello, continúa siendo un interrogante cuánto de estas soluciones son posibles sistematizar o concebir de modo programático sin que las "exclusiones teóricas" limiten las "articulaciones prácticas".

Una idea que intentó sugerir este escrito es que la noción de riesgo funciona en muchos casos como disciplinadora a la hora de pensar la interculturalidad. Cuando el sistema de salud interpreta una situación o conducta como riesgosa la atención se retrae hasta una trinchera segura. Así, en el plano de la alimentación hay una valoración no subordinada de los saberes en espacios como el de Caminatas Saludables,

que promueven el intercambio de recetas "tradicionales"; pero frente al riesgo de la patología (obesidad, hipertensión, diabetes) se ubica a la comida como etiología, siendo muy poco problematizadas las condiciones de vida producto de la exclusión: infraestructura, condiciones de higiene, acceso a materia prima, disponibilidad de tiempo, etc. Una forma de desarmar allí la tensión entre nutrición y cultura es la de soberanía alimentaria, que permite entretejer la dimensión identitaria con la de alimentos de calidad, articulando nuevos modos de vida, producción, distribución y consumo.

En el caso de la herbolaria y plantas medicinales, resulta interesante observar que no hay una objeción directa a la eficacia como complemento terapéutico y que las discusiones se centran en el proceso social: quién prescribe y distribuye (el yuyero) y quién la prepara y suministra (aunque no se aludió podría pensarse en la mujer como cuidadora). El riesgo de toxicidad aparece ligado al temor de trabajadores/as a partir del desconocimiento, a diferencia del fármaco alopático sobre el que hay mayor control y naturalización de efectos secundarios y acumulativos. Queda para una futura aproximación poder transversalizar una mirada sobre el tiempo, entre los tiempos "de la naturaleza" y los tiempos de la medicalización de la vida en los procesos de s-e-a/c.

Por último, en relación a la comunicación la noción de tiempo sí se vuelve clave para poder ver en la espera no sólo subordinación y sumisión sino también proceso que habilita el agenciamiento de usuarios/as. La noción de riesgo, en todo caso, aparece con la patologización del lenguaje en infancias en contexto migratorio, aunque aún no fue profundizado en el trabajo de campo. Se destacan como saberes el multilingüismo barrial y la diversidad dialectal del español como productos de procesos migratorios que amplían la posibilidad de nombrarse y de nombrar lo propio. De esta manera, se promueve la posibilidad de recuperar el carácter histórico de los/as sujetos.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, P. (2016). Alimentación humana: El estudio científico de lo obvio. *Salud Colectiva*, *12*(4), 463-472.

Barrera, L., Lombraña, A., Ojeda, N. (2020). La espera como categoría empírica y analítica. *Avá*, *36*, 7-16.

Finkelstein, L. (2017). Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. *Migraciones internacionales (OIM)*, *2*, 40-58.

Goldemberg, A. (2013). Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres clandestinos

del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo*, *11*, 199-216.
Mamone, V., Giammatteo, M. E. (2019). *Los desencuentros de la lengua: Infancias en contextos migratorios*. Editorial Biblos.
Menéndez, E. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, *4*(7), 71-83.
Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *8*, 185-207.
Menéndez, E. (2018). *De saberes médicos tradicionales, populares y científicos: Relaciones y dinámicas racistas en la vida cotidiana* (1ra.). Lugar Editorial.
Mera, G., Marcos, M., Di Virgilio, M. (2015). Migración internacional en la Ciudad de Buenos Aires: Un análisis socioespacial de su distribución según tipos de hábitat. *Estudios demográficos y urbanos*, *30*(2), 327-367.
Mombello, L. (2006). Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. En E. Jelin (Ed.), *Salud y migración regional* (IDES, pp. 103-116).
Ramírez Sánchez, M., Arellano Parra, M., & Schotborgh Partida, Z. (2013). Intoxicación herbácea en niños. Aspectos básicos. *Revista Venezolana de Salud Pública*, *1*(2), 61-68. Santoro, A. G. (2020). Desigualdades en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Mortalidad, fecundidad y estructura demográfica. *Revista de Salud Pública*, *21*, 94-101.
Solans, A., Piaggio, L. (2018). Cocina y comensalidad entre mujeres migrantes en Buenos Aires. Condiciones de vida y salud. *ConCienciaSocial*, *2*(3).
Zaldúa, G., Longo, R., Lenta, M., Sopransi, M. B., & Pawlowicz, M. P. (2012, noviembre). *Exigibilidad, justiciabilidad y derecho a la salud en Buenos Aires*. XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud, VI Congreso de la red de Actores Locales de la Salud, ALAMES, Montevideo, Uruguay.

Grupo de Trabajo Nº 2

Experiencias de trabajo en salud durante la pandemia: aproximaciones interdisciplinarias, colaborativas y etnográficas

Coordinan: Anahi Sy (UNLA-CONICET) y Valeria Alonso (INE/ANLIS-UNMdP).
Comentan: Mariana Lorenzetti (INMeT-UNAM) y Raquel Drovetta (UNVM-CONICET).

La pandemia de COVID-19 se constituye en un evento sin precedentes tanto a nivel internacional como local, con especial impacto en los sistemas de salud. Las y los trabajadores de salud vieron modificado su trabajo, los espacios y tiempos, en un contexto de incertidumbre sostenido. En ese marco, la pandemia visibiliza malestares y problemas en el ámbito de la salud que pre-existen a la declaración de la emergencia sanitaria y desencadena sinergias que agudizan la situación de crisis, al mismo tiempo que habilita oportunidades para instituir nuevos modos de producción del cuidado en salud, reorganizar los servicios y transformar las relaciones entre las y los trabajadores y los grupos sociales. Se crean, recrean y emergen nuevos imaginarios colectivos sobre la salud y la enfermedad y múltiples narrativas orientadas a la (re)construcción de la situación.

En este GT promovemos la inclusión de trabajos sobre las narrativas o los discursos que se generan en torno al trabajo en salud o al sistema de salud durante la pandemia, abordajes que se orienten a la (re)construcción de las experiencias de trabajo de las y los trabajadores de la salud, indagaciones etnográficas o trabajos colaborativos e interdisciplinarios donde el aporte antropológico adquiera un espacio singular, experiencias colaborativas con programas y políticas que acerquen e integren el trabajo en salud con la organización popular y la participación social, considerando la diversidad y desigualdades de

género, étnica, económica y geográfica, y recuperando una perspectiva de derechos y justicia social, en contextos de desigualdad social como el de Argentina.

Ecos de la pandemia. Estrategias de vinculación comunitaria relativas a la producción social del cuidado en Mar del Plata

Valeria Alonso, Sonia Fuertes, Laura Paola Sánchez, María Mercedes Hoffmann, Paula Mercedes Romero, Paula Posada Campoy, Mariel Susana Varela*

INTRODUCCIÓN

La fila de personas para vacunación de COVID-19 cortaba el frío esa mañana de invierno de 2021 en el barrio La Herradura de Mar del Plata. Habíamos llegado a tomar algunas fotos del trabajo de campo que estábamos realizando para el proyecto de investigación orientado a indagar cómo organizar la atención de salud en la transición de la pandemia a la postpandemia.[1] Mujeres jóvenes con niños/as, varones, personas mayores llegaban en moto, bicicleta o a pie y se acomodaban en hilera frente a las puertas del pequeño templo evangelista donde se aplicaban las vacunas. Un enorme cartel, ya raído, con la imagen de Jesucristo dominaba la escena del operativo de vacunación montado por la Región Sanitaria VIII de la provincia de Buenos Aires.

* Instituto Nacional de Epidemiología (INE/ANLIS) - Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) valeria.alonso@gmail.com

1 Proyecto Transitar de la pandemia a la postpandemia. Nuevos escenarios de la salud pública desde la narrativa de sus trabajadores/as, financiado por la Agencia I+D+i, Convocatoria PISAC COVID-19, 2020. La red de investigación está conformada por la Universidad Nacional de Lanús (UNLA), Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE), Universidad Nacional de Salta (UNSA), Universidad Nacional de Rosario (UNR), Instituto Nacional de Epidemiología (INE/ANLIS), Universidad Nacional de Misiones (UNAM), Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA) y Universidad Nacional de Villa María (UNVM).

En el contexto de pandemia, signado por la desigualdad social, étnica y de género que caracteriza a Argentina y la región, Mar del Plata vio agudizar los niveles de pobreza ya instalados en décadas anteriores. La respuesta social no tardó en llegar; organizaciones sociales y barriales conformaron una red de contención solidaria integrada en su mayoría por mujeres, los comités barriales de emergencia (CBE). Las/os trabajadores/as de salud pública señalaron las dificultades de acceso a los bienes y servicios de salud en el contexto crítico de la pandemia, afectado por la restricción de los servicios, la discontinuidad de los tratamientos y las tensiones propias del sistema sanitario. Con el propósito de visibilizar las estrategias de vinculación con la comunidad que lograron ser viabilizadas, se analizan las dimensiones de acceso a la alimentación, medicación y terapias holísticas desde las narrativas de trabajadores/as de salud de distintas disciplinas, ocupaciones, géneros y niveles de atención, las dificultades encontradas y su contribución a la producción social del cuidado en salud entre los años 2020 y 2021 en Mar del Plata y zonas rurales circundantes. Finalmente, se pondera el potencial instituyente de las estrategias de participación social para la reorientación de los servicios públicos de salud de acuerdo con los desafíos del derecho a la salud desde la perspectiva de género y derechos en el tránsito a la post-pandemia.

MÁS ALLÁ DE LA BIOMEDICINA EN LA CONTENCIÓN DE LA PANDEMIA

La pandemia por COVID-19 profundiza problemáticas preexistentes a nivel sanitario, económico y social. En un contexto complejo, se entrecruzan cuestiones sociosanitarias no resueltas con la desigualdad social y la precarización laboral de trabajadores/as de salud. Resurgen modalidades de atención que no se corresponden con las especialidades biomédicas y se orientan a la contención de un hecho social que irrumpe afectando la salud no sólo en su dimensión biológica. La pandemia también deja consecuencias inmediatas y específicas en torno a la disminución de la vacunación, la reducción de la atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y de acciones preventivas de enfermedades infecciosas, así como en el abastecimiento de medicamentos e insumos para el sector salud (Menéndez, 2020). La crisis socioeconómica y la desocupación derivan en mayor pobreza, con repercusiones en la alimentación que predicen hambrunas y crisis alimentarias en los países periféricos. Se elaboran recomendaciones de expertos y organismos nacionales e internacionales que recuperan medidas básicas de autoatención basadas en el lavado de manos, uso de cubrebocas, distancia social y confinamiento (Menéndez, 2020). Sin embargo, estos modos de atención quedan subsumidos en las

contradicciones propias del modelo médico hegemónico. La pandemia deja en evidencia la hegemonía de la biomedicina; los lineamientos oficiales relegaron a las medicinas alternativas y tradicionales, "ya que (estas) no aparecieron como formas de atención y prevención básicas" (Menéndez, 2020:12). El biologicismo volvió a presentarse como uno de "los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas" (Menéndez, 2003:194), representando un problema para la valoración de la mirada socioantropológica en salud.

La pandemia también visibilizó la crisis en torno a los cuidados. Se entiende por cuidados todas aquellas "actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en la sociedad" (Tajer 2021:1) y que aún no se han repartido equitativamente entre varones y mujeres debido a las marcadas desigualdades de género que naturalizan el cuidado como una tarea propia de las mujeres dentro y fuera del espacio doméstico. Tajer (2021) refiere que el ámbito sanitario no es la excepción a la crisis de los cuidados agudizada con la pandemia, dado que en él se reproducen asimetrías sociales entre varones y mujeres que determinan diferencialmente el proceso de salud, enfermedad, cuidados debido a la mayor concentración de mujeres, quienes realizan en sus hogares una segunda jornada de trabajo. La pandemia presenta una oportunidad para desnaturalizar la feminización del cuidado, recurrente en la dinámica de relaciones laborales en el campo de la salud pública, interpelando a quiénes cuidan más allá del ámbito doméstico.

VIEJAS PROBLEMÁTICAS Y PRÁCTICAS EMERGENTES

Diversos trabajos dan cuenta de cómo se reinventaron estrategias de participación social y redes de cuidado en el contexto de pandemia. En América Latina, Giovanella et al. (2021) se preguntaron por las distintas medidas para enfrentar la pandemia a partir del estudio de los casos de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Uruguay y Venezuela. Si bien los países adoptaron medidas de aislamiento social de diferentes alcances, el énfasis de las respuestas estuvo más en la atención hospitalaria que en la vigilancia de la salud y la atención primaria en el territorio. Encontraron que la falta de la atención primaria de la salud significó la pérdida de oportunidades que expresa la predominancia de visiones antropocéntricas, curativas, medicalizadas y utilitarias. No obstante, identificaron iniciativas de enfoque territorial y

comunitario que buscaron integrar la vigilancia de la salud con actividades de promoción, prevención y cuidado, especialmente en Cuba, Uruguay y Venezuela.

En Argentina, Dominguez Mon, Puricelli y Cayumán (2021) estudiaron los modos de los cuidados integrales y comunitarios en salud, y cómo se concibe la accesibilidad, a partir de la utilización y demanda en el territorio. Su trabajo con enfoque etnográfico en CAPS de Bariloche, provincia de Río Negro, encontró una dimensión profundamente creativa en la interdependencia de las acciones cotidianas generadas en torno al proceso de salud, enfermedad, atención-cuidados, con una intensa iniciativa territorial. Bang et al. (2022) estudiaron las prácticas de salud mental y producción de cuidado durante la pandemia en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), centradas en el sostén del vínculo en la atención y el fortalecimiento de redes productoras de cuidados. Encontraron que estas prácticas, por medio de dispositivos flexibles y creativos, lograron sostener procesos participativos, afianzar abordajes interdisciplinarios y fortalecer las redes comunitarias de cuidados en un contexto de excepcionalidad y alta complejidad allí donde existían redes comunitarias e institucionales previas.

Fueron las mujeres hacia donde se dirigieron especialmente las interpelaciones sociales sobre la escolaridad de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia. Se reforzó así el imaginario y la asignación del rol que las ubica como responsables de los cuidados y las tareas vinculadas a las/os hijas/os en la organización generizada y patriarcal del parentesco. El trabajo de Sanchís (2020) visibiliza cómo emerge de manera dramática la cuestión de los cuidados de personas dependientes y poblaciones vulnerables. Su estudio pone el foco en el trabajo comunitario, realizado mayormente por mujeres, en barriadas y poblaciones vulnerables, dando cuenta cómo el contexto de pandemia y aislamiento provocaron una dedicación mayúscula de las mujeres a sostener esfuerzos comunitarios extraordinarios en barriadas en condiciones de pobreza.

DINÁMICA DE LA PANDEMIA EN MAR DEL PLATA

Mar del Plata es una de las ciudades de Argentina más afectadas por problemas estructurales como la desigualdad social y la desocupación. Durante la pandemia, medios gráficos locales señalaron que organizaciones territoriales triplicaron la cantidad de comedores para dar respuesta a la población. Trabajadores informales se vieron afectadas/os, especialmente quienes trabajan en la calle. Referentes del colectivo travesti-trans señalaron que las medidas de aislamiento, necesarias para la contención del coronavirus, reflejaron las desigualdades sociales existentes, especialmente en las travestis y trans debido a las

interseccionalidades que las atraviesan: ser pobres, migrantes, ejercer la prostitución, no acceder a bienes culturales y sociales, ni a empleos formales y ser travestis-trans (Qué Digital, 05/04/2020). También se percibieron desigualdades en el acceso a los medios necesarios para conectarse a actividades de trabajo remoto, educativas o laborales. Se estima que cerca de 80% de los hogares en los barrios no posee computadoras ni conexión a internet, dependiendo de datos desde celulares (Qué Digital, 19/06/2020).

Organizaciones sociales y barriales conformaron una red de contención solidaria integrada en su mayoría por mujeres, los CBE, con presencia en más de treinta y tres barrios. Al inicio de la pandemia distintas organizaciones discutieron la situación barrial y comprendieron que era necesario construir una red para que a nadie le falte un plato de comida o asistencia. Los CBE comprendieron la necesidad de dar una respuesta en términos sanitarios; desde una mirada de la salud comunitaria, formularon la creación del Plan Cuidarnos junto a efectores de salud y la UNMDP. Para el sistema de salud local la pandemia implicó un reordenamiento de los treinta y dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA), dos institutos nacionales y dos hospitales provinciales, a los que se sumó un hospital modular para internación de pacientes con COVID-19 y otro para diagnóstico de casos sospechosos. Para las/os trabajadores de la salud, la primera etapa de la pandemia estuvo signada por la incertidumbre y el estrés frente a la falta de información sobre la enfermedad y los protocolos que se fueron implementando, modificando y adaptando. Concretamente, significó el traslado o rotación de parte del personal sanitario a centros y áreas de atención COVID, en muchos casos sin elementos de protección personal ni reconocimiento profesional y salarial, así como la suspensión de vacaciones por la falta de personal. En los CAPS se restringió la atención y suspendieron las actividades comunitarias en los barrios. Se discontinuó la atención de las enfermedades crónicas, se implementó la telefónica y hubo una segregación entre quienes fueron o no consideradas/os esenciales, ya que profesionales de salud mental, nutricionistas y trabajadores sociales no fueron reconocidas/os durante los primeros meses de la pandemia (Alonso et al, 2022). Hacia fines de 2020, comenzó una nueva etapa signada por los avances de la vacunación, la fortaleza de las redes comunitarias construidas, los cambios de fase debido a la baja de casos e internaciones y la adaptación de las/os trabajadores de salud que, de forma creativa y comprometida, sobrellevaron las dificultades de la etapa anterior. A comienzos del año 2021, trabajadoras/es de salud autoconvocadas/os se manifestaron en defensa de los derechos laborales.

METODOLOGÍA

Con un diseño metodológico cualitativo, entre marzo y diciembre de 2021 entrevistamos trabajadoras/es que se desempeñan en los tres niveles de atención pública de salud en Mar del Plata y zonas rurales circundantes. Las primeras entrevistas fueron virtuales y progresivamente avanzamos hacia el trabajo de campo con entrevistas presenciales y observación participante en hospitales nacionales y provinciales, el CEMA y CAPS urbanos, periurbanos y rurales.

Para este trabajo, elegimos tratar dimensiones que consideramos sensibles desde la producción social del cuidado en salud. Seleccionamos narrativas de trabajadoras/es que relataron experiencias de vinculación comunitaria relativas a las dimensiones de alimentación, medicación y terapias holísticas.[2] Teniendo en cuenta que la pérdida ya instalada de autonomía de los hogares para la producción de alimentos en los ámbitos urbanos (Aguirre, 2017) genera el entorno propicio a la crisis de alimentación desatada por la pandemia y las restricciones a la circulación y el trabajo informal. Y que la suspensión de los servicios de salud durante los primeros meses de 2020 favoreció el desarrollo de dispositivos de autoatención para el acceso a medicamentos esenciales así como el recurso a terapias alternativas al modelo biomédico según señala Menéndez (2020). De acuerdo con el sentido otorgado por Sirimarco (2019) a la narrativa antropológica intentamos desplegar el campo en su complejidad para transmitir nuestra experiencia de trabajo en pandemia tal como la hemos vivido.

ECOS DE LA PANDEMIA

La pandemia trajo formas nuevas de organización en los distintos niveles de atención de salud. El impacto se vio reflejado en las prácticas de atención y en los modos de producción del cuidado. Urgidas/os por la necesidad de dar respuestas, trabajadoras/es de salud reinventaron recursos, al tiempo que CBEs, ONGs, comedores, sociedades de fomento, polideportivos vehiculizaron la demanda social incrementada por el aislamiento. En este contexto social, de la narrativa de las/os actores emergen categorías significativas que surgen del "trabajo vivo" (Franco y Merhy, 2011). La problemática que enfrenta la sociedad no está sólo referida a la enfermedad, sino que se convierte en una trama

2 Entrevistamos a 45 trabajadoras/es de salud. En relación con el género autopercibido y la edad, 30 son mujeres de 27 a 56 años y 15 varones de 35 a 65. años. Diez participantes se reconocen descendientes de guaraní, mapuche, toba o pueblo originario desconocido. Cinco comprenden guaraní o algunas palabras de quechua o aymara. Se tomó consentimiento informado a las/os participantes. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de INE/ANLIS.

de necesidades a resolver. En las fronteras de la ciudad de Mar del Plata, las organizaciones sociales y barriales tuvieron un rol significativo. Trabajadoras/es de los CAPS rápidamente advirtieron las posibilidades de articulación:

> *…Ni bien los comités empezaron a funcionar…, acá se revolucionó todo. Rápidamente vimos que el movimiento estaba ahí porque lo que empezó a pasar era que empezaron a llamar acá a la sala. Mirá, estoy aislado, no tengo cómo comer. Entonces bueno, a ver qué comedor está, cómo están funcionando, eso generó que se armara una red* (Soledad, 38 años, psicóloga, CAPS periurbano).

De las narrativas emerge la importancia del trabajo en red, de acciones colectivas que colaboran para paliar las problemáticas recurrentes, con diferencias entre las zonas céntricas y periféricas. La articulación entre las/os trabajadores salud con las/os referentes barriales y otras instituciones se considera un valor profundizado en pandemia. Trabajadoras/es de salud encontraron los modos de producir cuidado colectivo, interactuaron, se fortalecieron para enfrentar la compleja situación social y sanitaria. Elaboraron modos alternativos de colaborar con la demanda social en alimentación y medicación. La preocupación en torno a los alimentos es relatada en términos de plurisituaciones:

> *…Plurisituaciones, ¿no? (...). Hay una paciente que conocemos de muchos años, tiene su chico con síndrome de Down, y se le llenaban los ojos de lágrimas diciéndonos que separa el alimento del nene y ellos toman mate y pan. Hace una semana que están a mate y pan. Y eso te parte..., es difícil* (Marcela, 54 años, médica, CEMA).

La categoría de plurisituaciones se presenta en los diferentes relatos. Estas situaciones difíciles suelen buscar soluciones en la interacción entre diferentes disciplinas y ocupaciones: "dentro de todo tenemos el sostén, como estamos todas las especialidades en una situación…, entonces el servicio social, por la parte de bienestar social, lograr el bolsón de comida por lo menos para la semana…" (Gustavo, 51 años, licenciado en enfermería, CEMA). De manera coincidente con Aguirre (2017) que señala el carácter pandémico de la obesidad y el sobrepeso como uno de los cambios epidemiológicos más notorios relacionados con la alimentación en las sociedades capitalistas occidentales, ambas condiciones son recurrentes en el contexto local:

> *…En Libertad (...) el 90% es obesidad, diabetes, hipertensión, tenés alguien que viene con hígado graso (...), con alguna insuficiencia renal.*

> *(...) Antártida, capaz es más desnutrición que obesidad, entonces también depende mucho donde está ubicado el centro de salud. (...) Entonces lo que más me choca es que la gente tiene hambre, básicamente* (Romina, 36 años, nutricionista CEMA y CAPS periurbano).

Trabajadoras/es de salud observan que en ocasiones los aportes alimentarios no resultan del todo adecuados en términos nutricionales puesto que en los bolsones de alimentos predominan harinas y azúcar. Además de asistencia municipal, se recurrió a la solidaridad social:

> *...Desde el servicio social también hemos hecho colectas de alimentos no perecederos, ciertos insumos, que no es algo que solemos hacer porque siempre derivamos a los organismos municipales o articulamos con ellos. Bueno, no daba abasto la situación, ¿no?* (Zulema, 32 años, trabajadora social, hospital nacional).

Las/os trabajadores de salud encontraron los modos de colaborar con la difícil situación que atravesó Mar del Plata durante las etapas críticas de la pandemia. Entre las dificultades, observaron que hubo faltantes de medicamentos en los distintos niveles de atención. La falta de medicamentos se agudizó con la pandemia, pero es un problema que el sistema de salud arrastra de épocas anteriores:

> *…Los medicamentos acá como siempre, acá o en el CEMA. Hay muchísimo faltante igual de medicación. (...) Faltaron anticonceptivos, antes dábamos tres ampollas para los inyectables, ahora sólo podemos dar de a una…, vacunas siempre tenemos, recursos, medicamentos estamos medio en el horno, sí, ya hace un tiempo* (Raquel, 43 años, psicóloga social, hospital provincial).

Según los relatos, durante los primeros meses de la pandemia faltaron medicamentos en los programas de enfermedades crónicas, para hipertensión, diabetes, oncológicos, así como anticonceptivos y penicilina: "hubo faltantes repetidos de esto, lo otro o aquello otro. Penicilinas, en un momento que la sífilis está en valores altísimos… Si caes hoy con sífilis a la guardia no tengo penicilina para darte, como para dar un ejemplo…" (Gonzalo, 51 años, licenciado en enfermería, CAPS periurbano). En este contexto restrictivo se generaron estrategias que innovaron en los modos habituales de acceder a los medicamentos. En los CAPS, trabajadoras/es de salud implementaron un buzón de recetas:

> *…Lo que se instauró que se mantiene todavía (...) es un buzón que es una caja de cartón que está a la entrada. Entonces los pacientes podían*

> *poner en un papel toda su medicación, el nombre, apellido, DNI y su medicación. Y el médico que venía, agarraba esos papeles, hacía las recetas y (...) las dejaba en administración. Entonces los pacientes podían venir al otro día o a los dos días a retirarlas* (Carolina, 40, médica, CAPS urbano).

A ello sumaron la articulación con los CBE para la distribución de medicamentos a personas aisladas con COVID o tuberculosis, como una expresión de la inserción de las trabajadoras/es en los territorios:

> *…Nosotros con el comité barrial de emergencia por ejemplo, gestionábamos (...) paracetamol, ibuprofeno para la fiebre, los dolores musculares… Bueno, ni hablar de lo que es TBC, tuberculosis... Muchas veces hemos ido a los domicilios a llevarles la medicación... Los gestionábamos con el comité barrial de emergencia, que son vecinos, digamos que tenían (...) un auto. Entonces venían, retiraban muchas no sé, le dábamos una caja entera de paracetamol para reparto…* (Estela, 37 años, licenciada en enfermería; Irupe, 47 años, trabajadora social, CAPS rural).

En Mar del Plata, las terapias holísticas comenzaron a formalizarse hace 10 años gracias a una iniciativa surgida de las trabajadoras/es de salud, novedosa en Argentina. En 2012 se inicia el Programa de Abordaje Interdisciplinario de Prácticas Holísticas Orientadas en Salud y Educación (PAIPHOSE), de articulación intersectorial y abierto a la participación comunitaria. Está conformado por profesionales de salud formados/as en prácticas "integrativas y/o holísticas de abordaje en salud y educación". Su tránsito por la pandemia no fue fácil y llegó a afectar la continuidad de las actividades del programa:

> *En contexto de pandemia, (...) el programa se vio bastante obstaculizado, frenado porque parte de nuestras líneas de trabajo tenían que ver con (...) experiencias del orden de lo vivencial, del compartir. Los profesionales de la salud que llevamos adelante la gestión y coordinación del programa quedamos abocados a todo lo que era atención en pandemia…* (Cinthia, 42 años, trabajadora social, CAPS periurbano).

La modalidad de trabajo en el programa es ad honorem y muchas/os integrantes fueron consideradas/os de riesgo por edad o condiciones de salud. No obstante se consiguió sostener el programa con una modalidad virtual que tuvo un rasgo "endógeno", de autoatención podemos decir: "...apoyarlos desde el reiki a distancia y compartir información y cuestiones de abordaje de ese contexto de pandemia desde una mirada más integral" (Cinthia, 42 años, trabajadora social,

CAPS periurbano). A partir de septiembre de 2021 reiniciaron las reuniones presenciales con una participación más acotada. PAIPHOSE es una iniciativa de trabajadoras/es de salud aún no totalmente formalizada por la secretaría de salud del municipio. Como muchas otras tiene el potencial instituyente de ofrecer servicios de salud que trascienden el modelo biomédico preponderante. La valoración de las propuestas es muy positiva desde las/os trabajadores de salud de los CAPS y del CEMA, especialmente en las áreas de cuidados paliativos, trabajo social y psicología. Se reconoce la contribución de las terapias holísticas como acupuntura y ayurveda a los tratamientos no farmacológicos y la reducción del consumo innecesario de medicamentos.

REFLEXIONES FINALES

Las estrategias de vinculación comunitaria que analizamos en Mar del Plata durante la pandemia resultan iniciativas de las/os trabajadores de salud, de carácter horizontal y no institucional, desarrolladas en contextos de precarización social y laboral. La articulación con las organizaciones sociales y la comunidad, la asistencia en alimentos y medicamentos, así como la iniciativa en terapias holísticas constituyen nuevas prácticas de cuidado en el sentido otorgado por Franco y Merhy (2011) y conllevan la potencialidad de provocar rupturas con el modelo médico hegemónico. A ello se suma que quienes emprenden estas estrategias novedosas son mujeres trabajadoras en su mayoría, provenientes de disciplinas subalternizadas como enfermería, trabajo social, nutrición, entre otras.

Desde una perspectiva crítica del modelo hegemónico en generar medidas eficaces para contener las problemáticas derivadas de la pandemia, Menéndez (2020) refiere que los procesos de autoatención constituyen una herramienta valiosa, democrática y transformadora de las condiciones de desigualdad social dado que son mecanismos de participación social que cuestionan la verticalidad de las instituciones y la toma de decisiones. Concretamente, en Mar del Plata se auto organizaron redes de contención para contener problemáticas derivadas de la emergencia sociosanitaria: la pérdida de empleo, la crisis alimentaria y la suspensión de la atención de salud, entre otras. La pandemia dejó en evidencia que el cuidado de la salud requiere de acciones más allá de la medicina; para ello es necesario ampliar y profundizar la mirada epidemiológica. Surgen oportunidades para instituir nuevos modos de producción del cuidado en salud que incluyen la reconsideración de la participación social en contextos sociales atravesados por la desigualdad, la discriminación étnica, de clase y de género, las condiciones de sindemia (Alonso et al., 2022).

La creciente feminización del sector salud en Argentina permanece atravesada por la estructura vertical de naturaleza patriarcal que caracteriza al modelo médico hegemónico. A comienzos de 2020 en Mar del Plata se restringió la atención en los CAPS y se discontinuaron los servicios programados en los hospitales. Con el transcurrir de la pandemia trabajadoras/es de salud, en su mayoría mujeres, advierten las dificultades de acceso en los barrios periurbanos y zonas rurales, así como los niveles de organización social y activan estrategias de vinculación comunitaria a través de las redes preexistentes o las nuevas que se estaban generando en ese contexto traumático. En el marco de las normatizaciones de base biomédica orientadas principalmente a detener la transmisión viral, trabajadoras de salud contribuyeron con la recomposición del vínculo social en los territorios, atendiendo derechos desde una posición solidaria. Estas redes de solidaridad en tiempos de pandemia conllevan el potencial instituyente de nuevos modos de atención en salud que recuerdan los principios de sororidad propios de los movimientos feministas (Lagarde y de los Ríos, 2012) y son capaces de reterritorializar los servicios de acuerdo a lógicas más cercanas a los derechos del género, la diversidad étnica y la justicia social.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, P. (2017) *Una historia social de la comida*. Lugar Editorial.

Alonso, V. Hoffmann, MM. Romero; PM. Sánchez, LP. Posada Campoy, P. Fuertes, S. Varela, M. (2022). Los aplausos no alcanzan. De la vocación a la visibilización de trabajadores de salud pública durante la pandemia en Mar del Plata, Argentina. *Revista H-Ideas*. En prensa.

Bang, C., Lazarte, V., Chaves, F. A., y Casal, M. (2022). Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de Covid-19. *Saúde em Debate*, *46*, 194-205.

Colectivo travesti y trans: una red de cuidados para personas en situación de vulnerabilidad. (05/04/2020). *Qué Digital*. https://quedigital.com.ar/sociedad/los-comedores-barriales-triplican-la-asistencia-en-mar-del-plata/.

Cuarentena y conectividad en los barrios: el 76% de los hogares no tiene Internet. (19/06/2020). *Qué Digital*. https://quedigital.com.ar/sociedad/cuarentena-y-conectividad-en-los-barrios-el-76-de-los-hogares-no-tiene-internet/.

Domínguez Mon, A., Puricelli, V., y Cayumán, V. (2021). Integralidad y accesibilidad de los cuidados en salud: las prácticas en la atención primaria de la salud (APS) en Bariloche, Argentina. *Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales,* 0(14), 148-163.

Franco, T.B. y Merhy. E.E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva,* 7(1), 9-20.

Giovanella, L., Vega, R., Tejerina-Silva, H., Acosta-Ramirez, N., Parada-Lezcano, M., Ríos, G., Iturrieta, D. , Almeida, P. F. de, y Feo, O. (2021). A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América Latina? *Trabalho, Educação E Saúde*, 19(28), e00310142.

Lagarde y de los Ríos, M. (2012). Enemistad y sororidad entre mujeres: hacia una nueva cultura feminista. En M. Lagarde y de los Ríos, *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y utopías* (pp.461-493). Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México.

Menéndez, E. (2020). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *Salud colectiva*, *16*, e3149.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, *8*(1), 185-207.

Sanchís, N. (2020). Ampliando la concepción de cuidado: ¿privilegio de pocxs o bien común? En N. Sanchís (Comp.). *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá* (pp. 9-21). Asociación Lola Mora.

Sirimarco, M. (2019). Lo narrativo antropológico. Apuntes sobre el rol de lo empírico en la construcción textual. *Runa,* 40.(1), 37-52.

Tajer, D. (2021) Cuidados generizados en salud. En *Revista Symploké Estudios de Género.* 2(2): 5-16.

Miradas locales a un proceso global: la vacunación contra la COVID-19 desde los trabajadores de la salud de Misiones

Miguel Alejandro Avalos*, Lidia del Carmen Schiavoni**

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se enmarca en un proyecto de investigación más amplio[1], a partir del cual buscamos conocer las experiencias de los trabajadores y trabajadoras del sistema público de salud durante la pandemia. La búsqueda giraba en torno a comprender las diversas situaciones que atravesaron los equipos de sanitarios a lo largo del país, que fueron configurando las formas de atención/trabajo durante la pandemia[2]. En este proyecto, diseñado en junio del 2020, hubo una temática que todavía no se avizoraba en el horizonte: las vacunas. Motivo por el cual nuestras dimensiones analíticas y guías de entrevistas no consideraban esta cuestión como un tópico a ser indagado. No obstante,

* Instituto de Estudios Sociales y Humanos (IESyH, CONICET-UNaM) miguelavalos.012@gmail.com
** Secretaría de Investigación y Posgrado (SINVyP, FHyCS, UNaM) lischia2016@gmail.com

1 Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as. PISAC COVID 077

2 El proyecto está constituido por nueve nodos de varias regiones del país: Salta-Jujuy; Santiago del Estero, Córdoba Capital y Villa María, Rosario, Mar del Plata, AMBA, Santa Cruz y Misiones.

y gracias al enfoque adoptado –de tipo cualitativo/etnográfico– que se caracteriza por su flexibilidad y apertura (Guber, 2011), sí pudo ser recabado durante el trabajo de campo.

Durante la realización de las entrevistas, entre los meses de agosto del 2021 y enero del 2022, las vacunas y el proceso de vacunación se convirtieron en un emergente que se impuso y pudo ser reconocido como marcador de hitos en la vida cotidiana de los/as trabajadores/as y en los modos de organizar sus labores dentro del sistema de salud. Identificado como un antes y un después durante el transitar de la pandemia, la vacunación no supuso únicamente la reducción en la ocupación de camas en terapia intensiva y la disminución de la mortalidad por COVID, sino que también implicó un cambio en el clima social acerca de la tragedia y la incertidumbre que habían signado el 2020.

El material empírico que informa este artículo está conformado por un total de veintidós registros, seleccionados de la base de entrevistas realizadas en el nodo Misiones (84 en total) con la condición de que en ellas se hicieran referencias significativas sobre las vacunas/vacunación. De todos estos registros, dos fueron entrevistas colectivas, es por esto que señalamos que los/as interlocutores/as son un total de veintisiete trabajadores/as: ocho enfermeros/as, ocho administrativos/as (de distintos sectores: contabilidad, estadísticas, admisión, entre otros), tres médicos/as, dos trabajadores/as sociales, un personal de seguridad, una psicóloga, un bioquímico y tres agentes sanitarios/as. Estos trabajadores desempeñaban sus tareas en distintos centros asistenciales de la provincia (zonas urbanas y rurales), de diversos niveles de complejidad (desde Centros de Atención Primaria –en adelante CAPS– como hospitales de tercer nivel). Como vemos, la diversidad de nuestra muestra responde a una elección metodológica consensuada a nivel general dentro del proyecto de investigación sobre qué entendemos por equipo de salud. Partimos de una concepción amplia que considera como trabajador de salud a toda aquella persona que, desarrollando sus labores en el sistema sanitario, se dedica –de manera directa o indirecta– al cuidado y atención de las enfermedades y la promoción de la salud de la población humana (Naciones Unidas, 2009).

La estrategia metodológica adoptada en esta investigación priorizó las narrativas de los/as trabajadores/as del subsistema público de salud, entendiendo que éstas revisten la característica de ser performativas, situacionales y relacionales (Castellanos, 2014:1069). Es decir, que no solamente dan cuenta de la realidad, sino que al mismo tiempo la moldean, permitiéndonos ubicar a nuestros interlocutores en una trama sociocultural y política, más amplia, donde los decires, sentires y haceres cobran sentido. Aunque debemos señalar que las narrativas también nos permiten acercarnos a los sinsentidos, a

aquello que no funcionó según lo proyectado, a las renuencias y a lo no esperable (Bruner, 2002:52). De este modo, rescatamos cierta temporalidad a partir de esas narrativas, las cuales responden a las formas de experimentar el tiempo y el espacio durante el marco pandémico, con sus matices, contrastes y vivencias diferenciales, en función de los roles que ocupan/ocupaban en el sistema.

Si la pandemia implicó una reorganización de gran parte de los servicios de salud, la especificidad que implicó la llegada de las vacunas y el proceso de vacunación en sí, también demandó un reajuste en los sistemas locales de determinados procesos, protocolos, reordenamiento de los espacios y reconfiguración de los recursos humanos. Podemos pensar en un antes, un durante y un después de la vacuna, una temporalidad específica que dejó sus huellas. Inicialmente la idea y el deseo de su fabricación, junto con los temores y las dudas al respecto de su producción y eficacia, pero también los preparativos logísticos para su arribo. Posteriormente, con la llegada de los primeros vuelos que trajeron las "vacunas rusas", anhelos y esperanzas, ya estaban frente a cada uno de los trabajadores: el estar vacunados (o no), el tener compañeros/as vacunados (o no, por voluntad propia). Hasta que, en la actualidad, todos reflexionan sobre su aptitud y utilidad. Para abordar estos aspectos describiremos el contexto local de estudio, luego esbozamos algunas reflexiones que nos permitan responder los siguientes interrogantes: ¿Cómo fue recibida la vacuna entre los/as trabajadores/as? ¿Qué reajustes implicó su llegada? ¿Cuáles fueron sus experiencias en cuanto al proceso de vacunación? ¿De qué modo se reorganizaron las prestaciones de salud en la pandemia?

CONTEXTO DE ANÁLISIS

Misiones, en tanto provincia argentina, comparte a nivel nacional una serie de normas que regulan las prestaciones de salud y, como se trata de un país federal, cada jurisdicción las adecúa y/o reformula en función de su singularidad. En nuestro caso, tener un 90% del perímetro provincial con fronteras internacionales significó interrumpir flujos de personas, mercancías, servicios, afectos (entre otros aspectos) durante más de un año. Por ello se vieron afectadas las estrategias de vida de los misioneros dado que el continuo fluir de un país a otro se vio cortado y aunque en los primeros meses se mantuvo abierto el paso de Puerto Iguazú (aéreo y vial) en otras regiones de modo informal se mantuvieron algunos intercambios con los consecuentes riesgos (Guimarey 2022).

Una vez declarada la pandemia por la COVID-19 y establecida la cuarentena estricta (ASPO), el ministerio provincial de salud se dispuso a preparar a sus equipos técnicos y profesionales, así como ampliar

el equipamiento y adecuar las instalaciones sanitarias para poder responder a los casos que surgieran. La primera etapa (2020) resultó la más crítica dados los escasos conocimientos sobre la enfermedad y su posible tratamiento, así como la inseguridad al no disponer aún de las vacunas. En Misiones se demoraron en aparecer los primeros casos[3] lo cual permitió ajustar los preparativos, aunque el ingreso masivo de turistas argentinos y extranjeros por Puerto Iguazú fue desde el inicio un desafío para los hospitales del Alto Paraná. De este modo se logró implementar unidades de terapia intensiva en numerosos hospitales de ciudades medianas y pequeñas, entrenar al personal de salud para el tratamiento con casos de COVID y suministrar los insumos necesarios para la protección personal, así como para atender a la población afectada. Estas acciones tuvieron un alcance dispar, pues se priorizaron las ciudades más pobladas, derivándose a las personas con el diagnóstico positivo desde las localidades más pequeñas hacia las mejor equipadas. En la ciudad de Posadas se estableció uno de los hospitales como referencia para pacientes con COVID y la mayoría de los casos fueron atendidos allí. El sector privado también tomó medidas para la atención de estos pacientes, en concertación con el sector público según las zonas de la provincia y la gravedad de los casos.

Si bien es cierto que la Argentina ha participado en el desarrollo de varias vacunas contra la COVID-19 entre ellas la fabricada por AstraZeneca, Pfizer, Jhonson, Sinopharm, el país se vio provisto hasta fines del primer trimestre del 2021 de un único proveedor: Gamaleya, Rusia; recién en abril de 2021 comienzan a llegar las dosis Sinopharm, desde China. El 23 de diciembre de 2020 el Ministerio de Salud de la Nación, como organismo rector del sistema de salud presentó el "Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en Argentina", siguiendo los estándares delineados desde la OMS y OPS. Según el plan, la vacunación debía realizarse ponderando la adscripción de las personas a tres grupos: expuestos/prioritarios, en riesgo, y vulnerables. En función del riesgo a la exposición, y su labor estratégica, el personal de salud encabezó la lista de prioritarios para ser inoculados. En el mismo grupo y siguiendo a los sanitarios, se encontraba el personal de las fuerzas armadas y de seguridad, y el personal docente (de nivel inicial, primaria y secundaria). En función del riesgo de enfermedad grave se escalonaron los grupos de edad, comenzando por los adultos de 70 años o más. Y, finalmente, en función de la vulnerabilidad, a todos aquellos residentes de barrios populares, población originaria, personas privadas de la libertad, entre otros conjuntos. Cabe

3 El primer caso se registró el 27 de marzo del 2020, un varón de 71 años que había llegado de Europa.

mencionar que la inoculación de las personas mayores de 70 comenzó a efectuarse ni bien se cubrió el grupo de los equipos sanitarios, como lo profundizaremos más adelante.

En el mismo plan se estableció que las jurisdicciones debían coordinar a nivel local todo el procedimiento para la vacunación, desde la recepción y resguardo de las ampollas, hasta la carga en el sistema informático de las inoculaciones efectuadas. El 29 de diciembre del 2020, se inició la campaña a nivel país, pero en Misiones, el plan estratégico local recién vio la luz a mediados de febrero del 2021. No obstante, y siguiendo la premisa de la prioridad del sector salud, se procedió a vacunar a los equipos de toda la provincia. La estrategia local establecía el siguiente orden de prioridades para las primeras inoculaciones: 1. Personal de salud. 2. Docentes activos. Mayores de 60 años de edad o con comorbilidades. 3. Geriátricos: Internos y personal, 4. Personas mayores de 75 años de edad, 5. Personal de Fuerzas de Seguridad. Aunque hubo una masiva respuesta positiva, casos singulares quedaron sin vacunar y algunos de ellos se contagiaron y fallecieron lo cual afectó significativamente algunos equipos a la vez que constituyó una alerta ante quienes dudaron en hacerlo. Las acciones de salud en el 2021 se tornaron menos críticas, aunque hubo numerosos contagios y fallecimientos, la disposición de las vacunas y tratándose de una población joven, en pocos meses hubo importante cobertura. A pesar de ello, nuestra provincia en el contexto nacional es una de las de menor aplicación de vacunas.

"¿CUÁNDO LLEGARÁN?" LAS EXPECTATIVAS ANTE LAS VACUNAS

Numerosos trabajos abordan la cuestión de la "percepción" y especialmente la "aceptación" de las personas ante la vacuna entre distintos conjuntos poblacionales (Caserotti, M. et al. 2021); cuando los estudios se realizan entre los integrantes de los equipos de salud, las muestras suelen restringirse a determinados grupos profesionales –como personal de enfermería, médicos intensivistas y otros– dejando de lado las otras visiones que también conforman el *staff* sanitario (Caserotti, et all. 2021; Gómez y Páramo, 2021) voces y narrativas que hemos decidido incluir en este estudio.

Las noticias acerca de las vacunas comenzaron a llegar, y esto despertó una serie de expectativas y sentimientos de esperanza, de incertidumbres y temores que muchas veces se albergaban en una misma persona. Del mismo modo, en los equipos de salud tampoco había una opinión unificada, desde las entrevistas con el personal de seguridad hasta en las conversaciones con los directores/as de hospitales, nos encontramos con un cúmulo de experiencias que ponen en evidencia estas emociones encontradas:

"Y nos preguntábamos: ¿qué sabes de las vacunas, van a llegar?… van a llegar… y viste… era mucha incertidumbre y ansiedad…" (Enfermera, 30 años; entrevista 824).

"…A partir de noviembre empezó la etapa de vacunas. Empezó la cuestión de las capacitaciones de cómo se iban a tratar las vacunas. En el caso de los vacunadores, la capacitación de cómo vacunar, porque bueno cada tiene una forma de hacerlo, un tratamiento diferencial, también con el tema del frío [para su conservación]… Se podría decir que a esta altura del año pasado mirábamos con mucha esperanza la posibilidad de la vacuna, porque empezaron a aparecer las primeras novedades… Esa etapa, como te decía, yo la catalogaría de esperanza… porque uno veía venir la esperanza de que funcione, como al final funcionaron…" (Administrativo, 45 años; entrevista 820).

"Me genera un poco de ruido, o sea, no puedo evitar que me haga ruido que estas vacunas que en siete meses fueron aprobadas sin trabajo serio, sin una población fuerte, me da un poco de ruido…" (Médico, 36 años; 846).

"…Cuando se habló de las vacunas… que venían me puse feliz… hubo una repercusión pública, tanto en radio como televisión, los medios siempre se encargan de divulgar cierta información que no son así, que nosotros como salud sabemos. Decían que la Sputnik tenía mucha mala repercusión, que era mala, que tenía imán, que te ponían un chip. Yo decía que prefería que me mate la vacuna, que estar en una cama toda entubada." (Enfermera, 44 años; entrevista 829).

"…Era la incertidumbre de cuándo iban a llegar las vacunas… también había muchos colegas que no querían, al principio, colocarse la vacuna… pero era porque había mucha incertidumbre. Había mucha información de nada… Entonces era: "no, no me voy a poner"... "no, no…". Era así…Tuvimos algunas resistencias del personal que no se quería vacunar y después tratamos de hablar, de convencerlo por algún lugar." (Enfermera, 824).

Los medios de comunicación aparecen como actores importantes en la vacunación, desde antes de su llegada. Diversos estudios señalan la importancia que tenían los medios de comunicación (y aún tienen) en la pandemia. En agosto del 2020, la OMS acuñó el término de infodemia, condensando ahí aquella "sobreabundancia de información y la rápida difusión de noticias, imágenes y videos engañosos o inventados" que se estaba produciendo en torno al COVID-19 y a las vacunas especialmente, para pensarla como parte integral del proceso

de atención/prevención del COVID. Más allá de este proceso, que se viene desarrollando en relación con todas las vacunas, en nuestras latitudes nos encontramos con otros elementos que se suman a esas condiciones: las vacunas eran rusas y el personal de salud el primer conjunto poblacional a vacunar. Mutuverria y Roldán señalan que "la generación de desconfianza hacia la vacuna Sputnik V es –puramente– ideológica. Y el descreimiento científico, también lo es, porque apunta directamente a Rusia, y a los constructos culturales que se formaron alrededor de dicha nación" (2021:9).

> *"…Al principio sí hubo como... la información, los medios de prensa… lograron el objetivo que era imponer el miedo... Pero cuando ya se empezó la vacunación y que la gente se empezó a vacunar, fue alta la adhesión. Por lo menos en nuestra zona fue alta la adhesión. La mayoría de la gente y del personal se vacunó."* (Médico, 58 años; entrevista 854).

En la práctica, de hecho, tuvieron que implementar en algunos centros asistenciales una suerte de consentimiento donde el personal debía asentar su negativa a ser vacunado, más allá de que posteriormente hayan accedido a la vacuna (o no):

> *"Al principio tuvimos algunos inconvenientes con nuestros propios compañeros de trabajo… estaban decididos a firmar para no vacunarse"* (Enfermera, 52 años; entrevista 832).

> *"Había colegas que esperaron hasta que un grupo se vacune para… (risas) pero está bien… o sea… digo que está bien. Había una desconfianza…"* (Varón, 40 años; entrevista 807).

Esto nos permite decir que el proceso de vacunación no comenzó el 29 de diciembre con el primer brazo pinchado en Argentina, sino que comenzó mucho antes, con las noticias que se iban compartiendo –desde las más diversas vías: televisión, redes sociales, servicios de mensajería como whatsapp o telegram–, con las gestiones que se realizaban a nivel estatal con los distintos laboratorios, con la participación del Ministerio de Salud de la Nación y de población local en los ensayos clínicos de las grandes farmacéuticas internacionales, con la "diplomacia de las vacunas" (Malacalza y Fagaburu 2022).

"NO ERA CUALQUIER VACUNA". EL PROCESO DE VACUNACIÓN

Según el plan de vacunación establecido a nivel central, los primeros en vacunarse fueron los integrantes de los equipos de salud; posteriormente comenzó el operativo para inocular a los mayores de 75

años, lo cual se inició el 19 de febrero del 2021. En Misiones esto implicó un reacomodamiento del personal en tanto que los vacunatorios se instalaron en una serie de polideportivos a lo largo del territorio, lo cual perduró hasta inicios del 2022, que fue el momento en el que las vacunas contra la COVID-19 pasaron a estar disponibles en los vacunatorios comunes dependientes del ministerio de salud provincial.

> *"…Con estas vacunas hay que tener mucho cuidado, hay que tener una educación permanente porque no es una vacuna cualquiera como cualquier otra vacuna que ya estamos acostumbrados a hacer."* (Enfermera; 52 años; entrevista 832).

La restricción de personal (debido a que muchos debieron tomar licencias a raíz de que eran mayores de 60 años o padecían enfermedades de base que les significaba un riesgo alto ante la COVID) implicó un recargo de tareas para los que quedaron, ya que no siempre hubo posibilidades de contratar a otros (sea por falta de recursos económicos o por ausencia de técnicos o profesionales en la zona). Los efectos de la sobrecarga de trabajo en cada hogar fue diferente.

> *"La carga horaria no me gusta, porque primero se dijo que nos pedían 6 horas, que son las 36 horas mensuales que cumplimos. Ahora no, ahora estamos cumpliendo más de eso. Ahora, es trabajar de 7 de la mañana hasta 7 de la tarde, u 8, que sería de 19 a 20 horas. De 7 de la mañana a 20 horas. Y se trabaja hasta sábado y domingo. Sí, nos dan, como nosotros le llamamos una guardia activa. Pero, ¿ustedes creen que por 200 pesos es digno que nosotros trabajemos afuera, 12 horas, 14 horas, fuera de nuestro hogar, teniendo nuestras familias? No. Yo creo que no, pero bueno. Por eso, yo decidí, por mi voluntad, de no, no, porque yo prefiero sí."* (Agente Sanitaria, 22 años; entrevista 828).

Más allá de los reordenamientos de sus tareas y de los cambios en sus lugares-espacios de trabajo, de las condiciones precarias en las que muchas veces debieron trabajar y los bajos salarios que percibieron (y aún lo hacen), muchos insisten en revalorizar sus funciones dentro del sistema y de la sociedad en sí.

> *"Yo estoy para acompañar y colaborar porque como equipo de salud uno tiene que estar para colaborar con la gente, pero no estamos para matarnos por la vida, estamos para salvar la vida."* (Agente Sanitaria, 22 años; entrevista 828).

La campaña de vacunación también generó reacciones diversas en la propia población a vacunar, el miedo a quedar fuera de los operativos se reflejó en la angustia por la pérdida de un turno o en avanzar por sobre los límites de los vacunatorios. En todos los casos, es destacable la respuesta comprometida y comprensiva del personal de salud:

> *"Y teníamos una valla y la gente así como luchando para tratar de conseguir una vacuna"(Administrativo, 32 años; entrevista colectiva 831).*
> *"Estaba la gente que estaba angustiada que perdió su turno, que necesitaba la vacuna y nos trataba mal y las personas veían que nosotros estábamos trabajando. No era responsabilidad nuestra…"* (Agente sanitario, 22 años; entrevista 831).

> *"Los operativos… bueno… mis compañeros que salen con las vacunas, todo eso, o sea: nosotros acá tenemos un listado de abuelitos que nosotros vamos, pedimos la vacuna… abuelitos de riesgo que todavía no se vacunaron… ahora uno que está en silla de ruedas: vacunado"* (Agente sanitaria, 29 años; entrevista 808).

"NO SABÍAMOS CÓMO MANEJAR LA SITUACIÓN". LAS PRESTACIONES EN PANDEMIA

A diferencia de otras regiones del país, Misiones tuvo un margen de tiempo para "prepararse" –como señalamos antes– previo a la aparición de los primeros casos de pacientes con covid 19. Las autoridades del ministerio provincial y los responsables de los hospitales y centros de salud contaron con unos meses para organizar las unidades que atenderían a los enfermos y también cómo replantear los servicios de rutina que no se pueden suspender (ciertas enfermedades crónicas muy riesgosas y las urgencias y emergencias). No obstante los trabajadores se sintieron amenazados por el virus y con pocas herramientas para enfrentarlo a pesar de haber atravesado otras epidemias.

> *"Para nosotros, cuando comenzó la pandemia, era todo nuevo. No sabíamos cómo manejar la situación. Casi entramos en pánico. Porque decíamos se nos viene la muerte a todos. Lo que más nos preocupaba, era que la población no se muera y no sabíamos cómo trabajar porque es una enfermedad desconocida para nosotros más allá de que siempre estamos trabajando con cualquier clase de enfermedades. (...) Pero esto era algo insólito porque no era solamente acá en nuestra población de Misiones Argentina, sino a nivel mundial. Eh, y nos entró a preocupar* (Enfermero, 40 años; entrevista 832).

Normas generales protegían a los trabajadores de mayor edad (60 años y más) o bien a mujeres embarazadas (se desconocían los efectos del virus en el embarazo), o a otros trabajadores con dolencias que se acentuaban con el virus o bien que impedían suministrar los tratamientos básicos disponibles (asma, cardiopatías diversas, obesidad, diabetes, etc.). En cada centro de atención se definió quiénes podían seguir trabajando con las medidas de protección disponibles en cada momento y quiénes debían quedarse en sus casas o pasar a tareas con menor riesgo de exposición frente al virus.

La restricción de personal significó un recargo de tareas para los que quedaron; como lo señalamos antes, no siempre hubo posibilidades de contratar a otros (sea por falta de recursos económicos o por ausencia de técnicos o profesionales en la zona). Los laboratorios bioquímicos fueron uno de los escenarios críticos, manipular muestras infectadas o potencialmente infectadas fue un riesgo atravesado tanto por técnicos como por bioquímicos. Pero más allá de los recaudos en la tarea en sí, el contacto o la circulación cercana con otros profesionales que atendían pacientes con covid multiplicó las posibilidades de contraer la enfermedad. La rigurosidad en el cumplimiento de las medidas de protección era clave para mantener a los equipos.

> *"Previo a la vacunación, después de darse cuenta que quedaba muy poca gente en el laboratorio hubo que organizarse porque a medida que empezamos a tomar ciertas medidas de precaución también empezaron a aparecer otras situaciones que llevaban o que llevaron lamentablemente al accidente de que las personas también se contagiaban… sí porque uno está en contacto con médicos, enfermeros, técnicos, de limpieza, etc… personal de seguridad, y todos tienen que estar tomando medidas de precaución para no enfermarse"* (Bioquímico, 30 años; entrevista 858).

Pero no siempre las nuevas instrucciones estaban claras, en algunos casos la falta de documentos escritos (sean notas o reglamentos ad hoc) llevó a inconvenientes y desacuerdos entre los propios trabajadores. Pero desde el propio equipo de salud surgieron respuestas para garantizar la información confiable y estar atentos a las recurrentes modificaciones, se conocía muy poco de la enfermedad y las medidas de protección y cuidado se actualizaban permanentemente. Es destacable la capacidad de estos trabajadores para plantear soluciones y seguir dando respuestas en los servicios a cargo. El siguiente testimonio resulta muy elocuente:

> *"Entonces se nos ocurrió en su momento armar un grupo [de watsap]. Solo de COVID con un responsable de cada centro de salud para poder*

> *trabajar esta situación. Lo primero que todos hicimos fue reclamar todo lo que sean los insumos de guante, barbijo… porque primero pensamos "bueno el guante y los barbijos y ya está"... Pero después nos dimos cuenta de que el contagio iba mucho más allá, que era mucho más grave la situación. Se empezó entonces a pedir todo lo que sea el equipo completo de protección para cada personal de salud que se desempeñaba en los centros de salud… porque nosotros nunca dejamos de atender a la gente, siempre se utilizó los medios necesarios de protección tanto para el personal de salud como para la comunidad, no es cierto? Y se respetó siempre los aislamientos. Entonces se empezó a trabajar así* (Enfermero, 40 años; entrevista 832).

Como la disposición de insumos para la protección y el cuidado no era regular, fueron adaptando las medidas según los recursos que disponían: usar los mismos guantes para atender hasta 5 pacientes con un enjuague de alcohol entre paciente y paciente, por ejemplo. Algunos trabajadores no eran tan estrictos con el uso de los equipos de protección, pero entre los compañeros se apoyaban y alentaban a cumplir con las normas de cuidado ante la incertidumbre.

> *"Obviamente la protección personal la tenían que usar…barbijos, la máscara facial y demás. El tema es que ellos [los compañeros de trabajo] decían… si nosotros no nos cuidamos y llegamos a tener un paciente COVID… que por alguna razón… por ejemplo entra a cesárea y da positivo de Covid… ése era el miedo. Entonces tratamos de siempre resaltar el cuidado, el lavado de manos, usar el equipo de protección…justamente… tuvimos casos que sí, fueron hallazgos… Venían por otra cosa, venían a operarse, se hacían un hisopado y estaban sin síntomas. Les daba en un test rápido, el positivo y directamente lo teníamos que aislar, transferir a la sala de COVID. Allí se evaluaba si se posponía su cirugía, para cuándo… si le daban el alta con el seguimiento desde la casa o seguía acá.. Se reprogramaba la cirugía"* (Enfermera Zona Sanitaria Norte Paraná, 824).

El miedo a contagiarse y a contagiar a sus familiares en el espacio doméstico llevó a que la mayoría de los trabajadores de la salud, estuviese o no en contacto con paciente con Covid 19, usara el equipo de protección personal. Pues los casos podían "saltar" en cualquier servicio. El testimonio que sigue es una trabajadora del sector administrativo que tuvo a su bebé en la primera etapa de la pandemia antes de la llegada de las vacunas y continuó la lactancia ya vacunada:

> *"En cuanto a los cuidados, al principio fue de mucho miedo, llegar a tu casa, sacarte el zapato, tirar el barbijo, o sea desechar el barbijo. No podía*

> *tener contacto con él [bebé] hasta que yo no me higienice bien; después llegaba, le daba la teta. Igual nunca se me fue el miedo de qué podía llegar a pasar. Después vino la vacunación, y con la vacunación sentí más seguridad, porque se suponía que yo le pasaba anticuerpos a mi bebé con la lactancia. Y es algo que traté de sostener, y fue una decisión, fue la lactancia. Es decir, no cortar la lactancia. Todos me decían, cuando salió la vacuna, me dice ¡cortale la lactancia! No ¡No! le digo, No tiene ni un año ¿cómo le voy a cortar la lactancia?* (Personal Administrativa Zona Capital, 845).

Los cambios que se produjeron de modo drástico tomaron a muchos trabajadores por sorpresa, y es destacable la capacidad de respuesta de los equipos. Por ejemplo, el rol de los trabajadores sociales que establecen la conexión entre los pacientes y los centros asistenciales para tratamientos crónicos de riesgo (diálisis, quimioterapia, rayos, entre otros) fue clave, su compromiso y responsabilidad para sortear obstáculos de los más diversos posibilitaron cumplir con las sesiones indicadas.

> *"... Y en su comienzo era todo nuevo, toda una nueva estrategia…la burocracia misma de los papeles era todo virtual. Se transformó rápidamente en algo virtual y todo fue nuevo…y el paciente no venía…venía solo hacerse la quimio o la práctica médica y en eso fue luchar por la falta de albergue…todas unas nuevas estrategias tuvimos que hacer porque el albergue cerró y de ahí viendo con las colegas que tampoco trabajaban en los municipios porque todo se paró... y ahí fue ver cómo venía el paciente…fue una nueva manera de existir del paciente porque el paciente tuvo que ver cómo venía. No había colectivo, no había recursos, pero en ese momento era ver si el paciente tenía para su pasaje y si el municipio le ayudaba y cómo hacer para venir…la pandemia pasó en el Instituto [Provincial del Cáncer] y nosotros teníamos que ver cómo hacíamos. Nuestra población la mayoría son todos pacientes de riesgo…* (Trabajadora Social 35 años; entrevista 834).

Replantear todas las actividades no fue posible y menos con personal reducido, la solución más rápida ha sido suspender actividades, las de promoción por ejemplo. Al ser las salas de espera espacios reducidos para mantener la distancia de seguridad entre personas, no era posible desarrollar charlas o talleres en los CAPS. En los servicios de emergencia donde no se pudo garantizar la presencia de médicos, sólo se mantuvo al personal de enfermería con lo cual se limitó la atención de los casos a lo que éstos podían resolver. Los pacientes eran orientados hacia las guardias de los hospitales.

Se priorizó recuperar la atención de los médicos clínicos o generalistas, para garantizar la medicación y los controles a los pacientes

crónicos. Así se fueron reorganizando las actividades, se establecieron turnos con una espera mínima de 15 minutos (que se pudo cumplir en el 2020 antes de la vacunación) o bien otras estrategias como la que comenta un profesional de enfermería de la Zona Capital:

> *"Hay una médica, por ejemplo, le dejan - nosotros le decimos los cuadernos- y la libreta de los pacientes crónicos y ella les rellena los pedidos; le hace los pedidos de estudio, la medicación y entonces ellos pasan y retiran. Entonces de esa manera no se corta la atención. Entonces se la ve a la médica haciendo eso. También atiende pacientes, pacientes ambulatorios"(Lic. de Enfermería, Zona Sanitaria Capital APS 807).*
> *"Lo que se suspendió al principio unos meses fue atención del niño sano, pero eso se suspendió al principio porque era un riesgo llevar a un chiquito solo para control de niño sano a un centro de salud… cuando en un centro de salud podía haber alguien que esté contagiado y contagiar al bebé, entonces eso al principio se suspendió"* (Lic. Enfermería. Zona Sanitaria Capital APS, 832).

Los padres también tenían miedo de llevar sus hijos al CAPS sino era una emergencia, pero recuperar el ritmo de los controles para el niño sano está costando pues en pocos meses se perdió una rutina que llevó mucho tiempo instalar.

REFLEXIONES FINALES

Argentina administró, al 24 de mayo del 2022, un total de 101.580.012 vacunas en todo el territorio nacional: 90% de la población con al menos 1 dosis, 82% que cuenta con el esquema completo, y un 51% que ya se aplicó la dosis adicional o de refuerzo. Mientras que en Misiones estos números descienden, ubicándola como una de las provincias con menor porcentaje de población vacunada. El 75% de los misioneros cuenta con al menos 1 dosis, un 64% con el esquema completo y un 30% se aplicó la dosis adicional/refuerzo. En un contexto donde las vacunas se presentaron como una de las principales estrategias de contención y medio de profilaxis ante la COVID-19, nos parece importante favorecer el mayor acceso a este recurso sanitario. Algunos señalan la necesidad de contar con más del 70% de la población vacunada con esquema completo. Otros hablan de una "inmunidad híbrida" para dar cuenta de que es posible lograr una respuesta inmune después de combinar la exposición natural al agente infeccioso y una sola dosis de la vacuna (Thiagarajan, 2021).

En la mayoría de los testimonios, se advierte un quiebre entre el período pre-vacunas y el con vacunas. Más allá de la limitada cobertura a nivel de población general, los responsables de hospitales y

centros de atención, destacan que los trabajadores que se negaron a vacunar, fueron casos puntuales. La protección real que implicó la vacunación para quienes se contagiaron de COVID 19 y lograron superar la enfermedad confirmó a sus compañeros y familiares la importancia de estar vacunado. Pero esta medida de protección tan efectiva permitió relajar las otras que lograron contener la dispersión del virus y que las autoridades sanitarias recomiendan sostener como el uso del barbijo, el lavado de manos, la distancia interpersonal, entre otras.

La vacuna constituyó un elemento clave para los trabajadores de la salud: no sólo se presentó como la seguridad para sobrellevar la enfermedad si se contagiaran sino que representó la esperanza del final de la pandemia. Aunque los limitados conocimientos sobre la enfermedad exigen cautela y requieren registros sistemáticos de los devenires de los pacientes que han superado la enfermedad. Y no solo se trata de síntomas orgánicos sino sobre todo de las secuelas psicológicas.

Los sentidos que las personas otorgan a las cosas y a los procesos es un elemento a considerar, especialmente en un contexto en el cual la infodemia y la vacilación en torno a las vacunas son elementos que venían atravesando nuestra sociedad occidental desde antes de la pandemia.

El contexto de la COVID-19 nos llevó a comprender, como nunca antes, que la producción de vacunas trasciende el ámbito de los laboratorios, ya que tanto su producción como su distribución (por compras o donaciones), así como también su aplicación en las poblaciones humanas, son procesos complejos, atravesados por condicionantes económicas, políticas e ideológicas (Nigenda-López y Nuñez 1990; Velázquez, 2021). Es por esto que nos parece oportuno señalar que incluimos aquí, dentro de la noción de vacunación a aquel proceso mediante el cual fueron y son producidos, distribuidos, aplicados y/o almacenados aquellos elementos inmunobiológicos destinados a ser inoculados en la población humana con la finalidad de prevenir y/o curar. Subrayamos su carácter social en tanto que no son producidas por cualquiera ni en cualquier lugar, tampoco son adquiridas por todos, ni del mismo modo ni al mismo tiempo, menos aún su inoculación es igualitaria en todos los conjuntos sociales, obedeciendo a cuestiones que trascienden los laboratorios y que son aspectos relacionados más con sentidos sociales y culturales, disputas e intereses geopolíticos y económicos, que con la elaboración de productos biomédicos.

BIBLIOGRAFÍA

Caserotti, M., Girardi, P., Rubaltelli, E., Tasso, A., Lotto, L., Gavaruzzi, T. (2021). Associations of COVID-19 risk perception with vaccine hesitancy over time for Italian residents. *Social*

science & medicine, 272, 113688.
Castellanos, M. E. P. (2014). A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1065-1076.
Gómez, D. A., Páramo, P. (2021). The acceptance or refusal to be vaccinated against Covid 19: Systematic Review from the cultural, psychological and educational perspectives. *Cuadernos Hispanoamericanos*, *21*(2), 1-18.
Guimarey, G. (2022). "La pandemia del COVID-19 en las fronteras y los desafíos de la integración. Un análisis desde la provincia de Misiones, Argentina (2020-2021)" en Krmpotic, C. (compiladora) *Apuntes para un Mercosur interpelado*- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
Malacalza, B., Fagaburu, D. (2022). ¿ Empatía o cálculo? Un análisis crítico de la geopolítica de las vacunas en América Latina. *Foro internacional*, *62*(1), 5-45.
Mutuverria, M. y Roldán, N. (2021). La ideologización de la pandemia: discursos mediáticos sobre la vacuna Sputnik V; *Papeles Académicos*; 5; 9-2021; 1-17
Naciones Unidas (2009). *Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas –CIIY- 4ta Revisión*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Estadísticas. Disponible en: https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm_4rev4s.pdf
Nigenda-López, G., Nuñez, E. O. (1990). Uso de métodos antropológicos para el estudio de las causas de no vacunación. El caso de Nativitas, Xochimilco. *Salud Pública de México*, *32*(3), 325-336.
OMS Inmunización del público contra la desinformación. Disponible en línea: https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/immunizing-the-public-against-misinformation (consultado el 16 de junio de 2022).
Velásquez, G. (2021). Vacunas COVID-19: el inmoral comercio de bienes públicos. ¿Y cuál es el papel de la OMS?. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *39*(2), Epub November 01, 2021.
Thiagarajan, K., Covid-19: The significance of India's emerging "hybrid immunity" *BMJ* 2021; 375 :n3047 doi:10.1136/bmj.n3047

Salud Mental de trabajadores de salud y trabajadores de salud mental, en pandemia

Cecilia Berra*, Jacinta Burijovich**, Elian Chali***,
Alicia Miranda****, Jeremías Miretti*****

INTRODUCCIÓN

Este trabajo toma como punto de referencia el proyecto marco "Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as".

La hipótesis principal plantea que las medidas y protocolos nacionales destinados a la atención de la pandemia en el ámbito de la salud pública, contemplaron una diversidad territorial de situaciones sociales, sanitarias y epidemiológicas acorde a particularidades regionales y geográficas locales, por lo cual las normativas, las formas de organización sanitaria se adecuaron a cada realidad. Sin embargo el abordaje de la pandemia tuvo una perspectiva infectológica y hospitalócentrica (Spinelli 2020) que dejó invisibilizado el accionar de un

* Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (FP-UNC), cecilia.berra@unc.edu.ar
**Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba (FCS- UNC), jaburijovich@unc.edu.ar
***Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba (FCS-UNC), danielelianchali@gmail.com
****Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba, (FCS- UNC) alimiranda2020@unc.edu.ar
*****Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba (FCS- UNC), jeremiasmiretti@gmail.com

conjunto de trabajadores de salud pública, agentes de salud, conformados por personal médico, de enfermería, de laboratorio, trabajo social, psicología psiquiatría, kinesiología, personal administrativo.

Este informe se estructura en torno un interrogante rector: ¿Cómo hicieron los profesionales de Salud Mental (en adelante SM) de los servicios de hospitales generales y de los equipos de atención comunitaria de la ciudad de Córdoba, a partir del decreto del ASPO? ¿Qué experiencias vivenciaron ante la obligación de cancelar la presencialidad en consultorios externos, implementar guardias pasivas con atención remota, sin recursos, e incluirse en tareas específicas ("triage"), todo ello redundando en restricciones de la atención?

Para proponer un supuesto inicial que respondiera nuestra pregunta de investigación, fue necesario reconstruir y sistematizar las normativas emitidas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, que posibilitó en un primer momento un abordaje exploratorio al campo. A su vez, realizar entrevistas que tenían un doble propósito: recuperar la voz, la vivencia, las emociones de les trabajadores de los acontecimientos vivenciados en marzo de 2020 (en tanto datos empíricos) y registrar con fines de mapear, cartografiar el impacto de la pandemia en un universo de agentes estatales de la salud pública.

Para la reconstrucción de las relaciones y vínculos de los/las trabajadores, nos apoyamos en el aporte de metodologías cualitativas, porque ofrecen mejores perspectivas para abordar el tema de nuestro interés, para comprender el punto de vista de los interlocutores accediendo, mediante la narración, a los significados atribuidos a tal experiencia. La narrativa de la experiencia, al decir de Grimberg M. (2005) tiene en su doble vertiente: "una dimensión estratégica en el estudio de la construcción social de los padecimientos y las distintas formas de sufrimiento social, en tanto subjetiva, histórica y culturalmente construida, y como organizadora de procesos identitarios y prácticas sociales (2005:7). El enfoque narrativo, se inscribe en lo que Denzin (2003) denomina "giro narrativo", es decir, el movimiento de algunos investigadores hacia postulados que conciben la narración como esencia ontológica de la vida social y, a la vez, como método para adquirir conocimiento.

La virtud de estos enfoques es su énfasis en la capacidad de que las personas otorguen significado a diferentes situaciones sociales, de actuar, sentir, percibir definir y nombrar aspectos de la vida social, en tanto son significativos para ellas. Metodológicamente la entrevista funciona como dispositivo narrativo que permite a las personas contar historias acerca de ellas mismas. Es en ese momento de contar una experiencia, que quien narra y quien escucha revelan sus aspectos compartidos mediante la interpretación, "el lenguaje, en tanto

producto social, constituye un doble indicador: por una parte, expresa la experiencia subjetiva de los individuos y por la otra, indexa también el orden social que da origen" (Castro Pérez 2005:49).

Hasta aquí podríamos decir que el estudio de narrativas permite captar aspectos centrales de las experiencias y sus contextos sociales, el esfuerzo de las personas para "hacer frente", "narrativizando", hace posible asignar significado a eventos que han irrumpido y transformado el curso de nuestras vidas (Williams 1984, en Baber Margulis 2005.97). La habilidad narrativa consistirá justamente en lograr ese objetivo por medio del "impulso metafórico" del relato y "la magia de sus tramas" (Bruner, 2003, p. 46). Para Bruner el pensamiento narrativo consiste en contarse historias de uno a uno mismo y a los otros; al narrar estas historias vamos construyendo un significado con el cual nuestras experiencias adquieren sentido. La construcción del significado surge de la narración, del continuo actualizar nuestra historia, de nuestra trama narrativa.

De una manera más precisa, las narrativas serían las estructuras o modelos que la gente suele emplear para contar historias, para hilar temas que tejen y argumentan hechos y sucesos, desarrollado secuencialmente en el tiempo y el espacio, y una explicación o una consecuencia final de una tensión resuelta (Bruner 2003). La impronta de lo narrativo: no explicar, sino mostrar y transportarnos allí. La aproximación narrativa se vuelve una estrategia de escritura que recupera los aportes del método etnográfico.

Con estos aportes, el trabajo de campo se realizó de marzo de 2021 a marzo 2022 a través de un muestreo intencional, apelando a los lazos de confianza que tienen integrantes del equipo de investigación con trabajadores de salud, y luego por referencias aplicando la técnica de muestreo bola de nieve o enlaces en red.

Desde el enfoque de narrativas, se realizaron 41 entrevistas con modalidad de una conversación. En parte, se constituyó en una herramienta que permitió a las personas entrevistadas dar sentido a la experiencia, su continuidad en tanto conocimientos y aprendizajes que le posibilitaron organizar y reorganizar su sentido de ser trabajadores de salud, restablecer una continuidad del significado de la experiencia vivida, valorar sus reclamos, resaltar sus habilidades y destrezas adquiridas en poco tiempo para sobrevivir y pervivir.

Las entrevistas adquirieron una modalidad virtual, por google meet, usando la plataforma virtual de la UNC para grabar las mismas con la autorización de nuestros informantes y acuerdo asumido en el consentimiento informado en el que las y los trabajadores dieron su consentimiento a participar de este estudio. El tiempo de entrevistas fue de 60 a 90 minutos por encuentro, donde las

personas estuvieron dispuestas a conversar acerca de sus trabajos, lo más extensamente posible y en confianza dejando, en lo posible que los temas del relato sean constituidos por los interlocutores, y en caso que esto no fuese posible la invitación a que la experiencia se constituya en reflexión. Al respecto Grassi E. Danani C.(2009) expresan que "La transmisión de esa experiencia se plasma en un relato confiable, no por su linealidad, sino precisamente por los "altos" en los que el entrevistado toma de nuevo (puede decirse) los mismos ítems y los analiza desde otros ángulos, desde donde adquieren otro sentido y otro valor" (2005:31). En los segmentos narrativos extraídos el/la propia entrevistado/a no se habían detenido en reflexionar sobre su propia vivencia, produciéndose un conocimiento de un hacer invisibilizado.

La narratividad incorpora dimensiones emocionales y afectivas producto de la interacción entre las relaciones de los/las trabajadores con la población usuaria del sistema de salud mediante estrategias de atención, cuidado y autocuidado de la salud; los vínculos entre el personal al organizar su trabajo y nuevos modelos de atención a partir de las normativas y por último las relaciones entre el personal de salud con instancias superiores de toma de decisiones que regularon otras alternativas al modelo de atención y cuidado de sí mismos/as y de los/as usuarios/as del sistema de salud.

En el trabajo de campo se identificaron tiempos coincidentes con los momentos críticos de la pandemia. Así, en las entrevistas que se corresponden con esos tiempos, se transmite en las conversaciones angustias, impotencias, dolores silenciados por la ausencia de espacios institucionales donde expresar lo que se siente.

En este trabajo seleccionamos segmentos narrativos, entendiendo por estos "no solo elementos figurativos (expresiones que revelan acontecimientos causales) sino también abstracciones (categorizaciones, conceptualizaciones, evaluaciones) y emociones" Alves Ravelo 2005:59) que nos permita comprender a partir de enunciados segmentados ¿cómo las/los trabajadores de salud hicieron ante los acontecimientos súbitamente suscitados por la pandemia? sus experiencias vivenciadas en las instituciones de salud de la ciudad de Córdoba?. En este escrito, se muestran "segmentos narrativos" de los/las trabajadores haciendo eje en cómo vivenciaron el primer momento del ASPO, modos de explicar y afrontar con incertidumbre una situación inédita, accediendo a las prácticas desplegadas, que otorga sentido a lo vivido, haciéndolo significativo.

Desde una perspectiva socioantropológica se considera a la narrativa como un acto discursivo que a) presenta una unidad o totalidad semántica (significado); b) se refiere a un mundo que

pretende describir, representar o expresar, o sea a actitudes y comportamientos de actores que realizan o realizarán, en un determinado tiempo, acciones correlativas a una tema dado; c) se remite (de forma autoreferencial) a un locutor; d) se vincula dentro de situaciones de diálogo y performance con un interlocutor." (Alves Rabelo 2005:59).

Cuando hablamos de narrativas, referimos a un tipo específico de relato, situado temporal y espacialmente, con un tema central y que está inmerso en las formaciones y convenciones discursivas de época. En esos relatos/narrativas autorreferenciales lo que se pone en juego, de acuerdo a Bruner, "no es simplemente quiénes y qué somos, sino quiénes y qué podríamos haber sido, dados los lazos que la memoria y la cultura nos imponen, lazos de los que muchas veces no somos conscientes" (2003: 31).

White Spston (1993) plantea que la externalización del relato saturado de problemas permite a las personas reflexionar y separar los relatos dominantes, e identificar con su experiencia vívida, "acontecimientos extraordinadorios" y partir de allí desarrollar nuevos significados y resistencias (1997:33)

Veenas Das (2008) "El modo narrativo integra diversos elementos de la trama, potencia su capacidad significativa, produce coherencia social y conduce o sugiere una resolución de los conflictos elaborados. La modalidad narrativa es la forma discursiva primordial con la cual estas narrativas se constituyen en la forma que tenemos de acceder a las prácticas desplegadas por los sujetos, a la vez que en medios de expresión, incidencia y transformación del entorno social. sociabilidad, acompañados de su eficacia social e inscritos en contextos que incitan de manera simultánea el discurso y propician zonas de silencio que recubren amplias zonas de la experiencia social. Desde esa perspectiva es posible entender que esos silencios no son producto de memorias reprimidas que habitan el inconsciente ni constituyen rupturas en la capacidad expresiva del lenguaje. Son, ante todo y por muy paradójico que parezca, apropiaciones del dolor y estrategias de agenciamiento." (2008:44).

TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE SALUD MENTAL EN LA PANDEMIA: ¿TRABAJAR EN TERRITORIOS DE OTRES?

En este apartado presentaremos las narrativas de trabajadores/as de equipos de salud mental en sus distintas inserciones institucionales: hospitales monovalentes, hospitales generales (COVID y No COVID), maternidades y primer nivel de atención. Se realizaron 12 entrevistas a distintos profesionales: enfermeros/as, psicólogos, psiquiatras y trabajadores/as sociales.

UN NUEVO ESTAR "DESPUÉS DE LA RUPTURA"

La aparición de la pandemia en marzo de 2020 implicó un quiebre en la cotidianeidad de los servicios de salud. Hay que reorganizar la vida diaria, construir una nueva rutina, redefinir los modos, los cuándo, los dónde y también los quiénes y con quiénes. La "ruptura de la vida cotidiana" (Da Silva Catela, 2014) requiere una adaptación, una "lucha contra la desintegración", interpretar el nuevo contexto y encontrar referencias que permitan dar continuidad a las tareas. Los equipos se vieron reducidos por las dispensas sanitarias. Cambió la modalidad de trabajo, no se pudo continuar de manera presencial y se decidió el trabajo de manera remota:

> *…no disgregarnos, seguir trabajando en equipo, consolidarnos un poco más y tratar de volver a planificar algunas acciones teniendo en cuenta que queríamos trabajar con… o sea, que entendíamos de entrada que la pandemia era algo que nos tocaba a nosotros como equipo también…* (entrevista 19)

> *…y en el equipo, parece que es como … a mí me ha cambiado el modo de relacionarme con mis compañeros, en relación a cómo se cuidan de la pandemia. Hay gente muy descuidada, o qué se yo…el otro día cayó una haciendo el chiste que venía con el test negativo y diciendo me dio negativo. Entonces, generó mucho malestar, en el sentido de que estuviste dos horas a la mañana, por algo te fuiste a hacer el test, con sospecha y estuviste compartiendo con nosotros el mismo espacio, entonces, avisá!* (entrevista 6).

> *…antes de la pandemia, íbamos mucho a las escuelas, se trabajaba con algunas ONG del barrio, teníamos articulación con algunos comedores, o los abordajes familiares…como somos un equipo integrado teníamos posibilidades de articular más algunas cosas…entonces podíamos salir más al barrio y gestionar otras cosas que tienen que ver con otra área que no es específicamente la asistencial. Hoy prácticamente me encuentro casi el 90% abocado a la parte asistencial. En las otras partes estamos diezmados…* (entrevista 10)

Disputas en torno a la incorporación de la salud mental en la atención a la pandemia

La respuesta a la pandemia fue típicamente biomédica, asistencialista, centrada en la tecnología y hospitalocéntrica. En general, las inversiones se hicieron tratando de fortalecer la alta complejidad en salud, nuevas camas de terapia intensiva, respiradores y contratos para médicos intensivistas. Es decir, la respuesta ha sido una respuesta ligada

a lo que podríamos denominar modelo médico hegemónico. Frente a la centralidad otorgada a la asistencia vinculada al Covid 19, las problemáticas de salud mental quedaron fuera de las prioridades lo cual condujo a la agudización de urgencias preexistentes en este campo.

Hay una larga tradición que considera que los efectores de salud son territorios de la medicina, actuando las/os profesionales de salud mental en calidad de «visitantes» o "huéspedes" (Uzorskis, 2002). Los factores subjetivos en juego son poco considerados. Algunos/as trabajadores/as de salud mental intentaron salir de esa "posición extraterritorial" disputando nuevas maneras de pensar lo distinto. Se propusieron intervenir en territorio médico, trabajar a la par de los médicos y mostrar una posición decidida para aportar.

> *…costó mucho pensar que esto era una cuestión de salud mental…*(entrevista 19)

> *…como una cuestión a revisar para nuestra área. Me parece que también cuesta mucho pensar que esta era una cuestión de salud mental también. Entonces, y qué podemos hacer los equipos de salud mental frente a una situación como esta? ¿cuáles son las estrategias y los instrumentos que rápidamente podemos instrumentar y entonces teníamos dos o tres cosas y se nos agotaban las ideas… eso me parece que es algo como disciplina, como área de trabajo de salud pública… nosotros no podemos quedarnos esperando que lleguen los pacientes y seguir atendiendo como si no estuviera ninguna pandemia…o que el surgimiento de la pandemia no se escucha en los consultorios…* (entrevista 19)

> *… lo que es biológico es el virus, la pandemia no es biológica…* (entrevista 19)

> *…pareciera que la salud mental no tenemos nada que ver con la pandemia… como si esto fuera solamente una cuestión de médicos, internistas y respiradores…* (entrevista 19)

> *…seguir insistiendo, resistiendo que hay otras formas de aportar de otras disciplinas también que no son de pensar la salud tan solo desde el registro biológico, no es que lo negamos pero decimos bueno que más hay en esto porque aún eso que les sucedía a las personas físicamente generaba otras situaciones de salud que no había donde abordarlas…* (entrevista 27)

> *…un poco refleja lo que está pasando hoy, que cada uno está abocado a su trabajo, sería como hegemónico. El ginecólogo con sus pacientes, el pediatra con sus pacientes, y no hay trabajo en equipo, no hay un*

pensamiento…esta dificultad no es nueva, es eterna, lo hegemónico que fue siempre, pero creo que en esta pandemia se vio mucho más intensificado. (entrevista 10)

…en el comité de emergencia sanitaria por Covid no hay un profesional de salud mental, el modelo que rige en el hospital es un modelo médico, entonces… se habla mucho de los efectos de la pandemia en la salud mental, pero es curioso, no hay un representante… me parece que soy la única que al menos pienso que es importante que esté salud mental. (entrevista 24)

FAMILIARIZAR LO EXTRAÑO Y EXTRAÑAR LO FAMILIAR

Con el inicio de la pandemia la mayoría de los efectores de salud tuvieron que adecuar su infraestructura para hacerle frente a la expansión de la infección viral. Con ello también se redefinieron los equipos, los roles, las funciones y los turnos de trabajo.

Los equipos de salud mental tuvieron que virtualizar la atención, cancelar presencialidad en consultorios externos, implementar guardias pasivas sin recursos e incluirse en tareas no específicas ("triage"), todo ello redundó en restricciones de la atención. Se tornaron extraños los procesos cotidianos y fue necesario hacer familiar lo que era extraño

…al principio fue como que se canceló todo, de hecho nosotros como servicio también, hubo toda una refuncionalización en el hospital, entonces en el consultorio que yo estaba atendiendo que estaba como del lado de la guardia ese consultorio tenía ciertas características físicas, que eran adecuadas para la atención de pacientes Covid porque tenía ventilación…entonces de ahí nos sacaron como a salud mental para ambientar ese consultorio… (entrevista 3)

…se canceló la presencialidad, entonces pasamos a hacer todos los seguimientos de manera telefónica, tampoco contábamos con muchos recursos, con dispositivos virtuales y también empezaron a haber otras tareas y funciones que eran inespecíficas de la disciplina, que no tenía que ver con la psicología sino en este contexto de pandemia por ejemplo yo estuve colaborando y armando también con medicina familiar y otros profesionales todo lo que el triage… (entrevista 3)

…retomar la atención en un conteiner por fuera del hospital … (entrevista 26)

…se bajó una directiva de trabajar de manera remota con los pacientes ya sea mediante llamadas o videollamadas… (entrevista 19)

…todo se desmoronaba y eso continuaba, y eso se sostuvo, el que yo llamara a mis pacientes en su horario, los sostenía a ellos y me sostuvo a mí también… (entrevista 36)

…en algunos momentos íbamos a atender a la plaza. No trabajábamos en el consultorio con toda esta pandemia de miedo, sino que trabajábamos en la plaza y las entrevistas las hacíamos ahí. (entrevista 10)

LAS ESTRATEGIAS DE ACERCAMIENTO: 1) ATENCIÓN POR CELULAR

…reconfiguración del rol para acercarnos… (entrevista 26)

…modificaciones en la práctica que pude decirte lo de mis contactos en el celular que tiene que ver con lo de los acercamientos no físicos pero los acercamientos digamos es un aspecto que no es directamente con el cuerpo… no es con el cuerpo como pensamos hasta ahora, creo que eso también se ha reconfigurado con la pandemia… (entrevista 26)

En algunos relatos se señala la particularidad de la atención a grupos en situación de vulnerabilidad que, por ejemplo, no cuentan con paquete de datos para continuar con el tratamiento por celular. Señalan que fue muy complejo reinventar una práctica y se resuelve llamar a los/as usuarios/as que no contaban con crédito manteniendo el día y el horario de la atención presencial.

Para los/as usuarios/as de primera vez se utilizó un celular de equipo que fue gestionado por los profesionales. El trabajo con niños fue más difícil de sostener.

…La entrega de la medicación se hizo a través de una ventanita del dispensario… (entrevista 36)

Las estrategias de acercamiento: 2) el acompañamiento al personal de salud (enviar mensajes de saludos de personalidades reconocidas de Córdoba, gente de la cultura)

Además del trabajo con los/as usuarios/as se observó también la necesidad de acompañar a los/as profesionales a los que se los veía como muy afectados/as:

…propusimos un acompañamiento telefónico al personal de salud y efectivamente se dieron algunas demandas, no de manera masiva, pero sí hicimos ese acompañamiento con quienes nos demandaron…(entrevista 19)

> *…al equipo de salud que atendía Covid… en general las demandas vinieron del sector de enfermería, por acompañamiento psicológico. Este año hemos trabajado con demandas de los equipos, también por un pedido de las autoridades, pero previamente llegó la demanda espontánea por parte de los equipos, por vínculos previos…* (entrevista 19)

Aparece el sufrimiento pero no está clara la demanda, por eso hay que ayudar también a construirla. El equipo de salud mental fue co-construyendo tanto la demanda como las estrategias de respuesta a los pedidos de acompañamiento:

> *…hemos trabajado con diferentes metodologías, depende también que se nos iba demandando y de lo íbamos definiendo en conjunto, lo que vamos definiendo con cada uno de los equipos porque las demandas son diversas y las estrategias para hacerlo la pensamos junto con los equipos o con quién hace la demanda…* (entrevista 19)

LA ALTERIDAD INESPERADA

Las medidas que se activaron ante el Covid 19 son las disposiciones que los sistemas de salud tienen por conocidas y que son supuestamente eficaces en el marco de la medicina tradicional. Los avances alcanzados en los equipos interdisciplinarios sobre otra manera de pensar los procesos salud/enfermedad/atención sufrieron retrocesos, aún en aquellos espacios que habían llegado a acuerdos importantes.

> *"me llevó mucha energía conversarlo con mis compañeros… todo estaba en discusión.. hasta que tuviésemos un consultorio, hasta que la prioridad era entonces, pero yo decía pero yo también estoy atendiendo en relación Covid el tema que no es la misma asistencia y bueno… porque además es más difícil con los compañeros con los que uno tiene acuerdos previos porque era como la sensación de cómo, pero si vos sabés que para nosotros la salud mental es reimportante, bueno digo, pero ese importante que ustedes me dicen no se está viendo, ni en la distribución del tiempo ni del espacio, bueno la verdad que fue muy mala onda…* (entrevista 27)

En los hospitales monovalentes: la urgencia de implementar lo necesario.[1]

---

1 Covid 19 y el derecho a la salud mental: la urgencia de implementar lo necesario. Soledad Buhlman, Jacinta Burijovich, Ana Heredia, Martín Passini y Solana Yoma en Bohoslavsky, Juan Pablo: Covid 19 y Derechos humanos: la pandemia de la desigualdad CABA, Biblos 2020

La ONU en su informe 2020 aseveró que las personas institucionalizadas están más expuestas y con mayor riesgo de contraer Covid-19, por condiciones de salud subyacentes, por el impedimento de cumplir con el distanciamiento físico entre las personas internadas con trabajadores y trabajadoras y también que corren con mayor riesgo de sufrir violaciones a sus derechos humanos como el abandono, la restricción, el aislamiento y la violencia.

La pandemia ha evidenciado la centralidad de las condiciones de vida para poder sobrevivir a una amenaza de este tipo. En tal sentido, avanzar en los procesos de externación ya no es sólo un imperativo legal, sino una medida fundamental para la preservación de la vida de las personas institucionalizadas en los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, los/as entrevistados/as relatan que estos procesos fueron más de ajuste que de transformación y estrategias de cuidado.

> *...la principal preocupación era eso, el contagio entre nuestros pacientes del internado…* (entrevista 37)

> *…para nosotros hubo un retroceso porque en realidad hay un discurso, es un discurso de achique vestido de desinstitucionalización que tiene que ver con cerrar lugares, expulsar los pacientes, como lo que pasó en Oliva y no generar un ámbito por fuera, no se creó ni un solo dispositivo alternativo… Las internaciones en el hospital general siguen siendo prácticamente contadas con los dedos de la mano. No se avanzó nada en ese sentido, pero si se utilizó ese discurso para achicar algunos servicios, para expulsar pacientes, básicamente* (entrevista 37)

> *…los expulsaron de Oliva, los internamos en el Neuro…* (entrevista 37)

La muerte en soledad, la prohibición de los rituales de muerte, la ausencia de los velorios, el silenciamiento de la muerte
En relación a los cambios en las demandas de atención de usuarios/as se trabajó con personas con Covid y con sus familiares generando estrategias particulares de abordaje:

> *…se trató de acompañar los procesos de duelo, la pandemia impuso un estilo de muerte y un estilo de duelo…* (entrevista 19)

LA CANCELACIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO Y LA "RESTRICCIÓN DEL CONTACTO"

En la mayoría de las respuestas que han desarrollado los países hay una ausencia o subestimación de la dimensión psicosocial, de las

dimensiones no biológicas de los problemas salud-enfermedad. Las respuestas han sido casi exclusivamente biologicistas y toda la problemática psicosocial tanto producida por la enfermedad como por los confinamientos han sido poco consideradas. Los abordajes comunitarios de salud mental no se han tenido en cuenta. El discurso biologicista le ha puesto una impronta a las respuestas dejando de lado estas otras dimensiones del proceso salud-enfermedad.[2]

Se levantó una barrera explícita entre las instituciones y el exterior. Muchas de las actividades grupales y comunitarias que se realizaban habitualmente no fueron posibles debido a la pandemia. Aun así, a instancias de los/as trabajadores se promovieron alternativas para que el distanciamiento físico no implique un aislamiento social, entre otras asegurar el contacto con referentes afectivos y realizar diferentes tipos actividades que sostengan la vida en comunidad

> …los psicólogos comunitarios por primera vez nos pasaba que el encontrarnos y el trabajo colectivo podía representar algún tipo de "riesgo" entre comillas… era como que nos comía la cabeza, nosotros veníamos de una idea que para muchas de las problemáticas sociales, para las problemáticas vinculares, siempre en lo que más confiamos, en lo que más creemos en el encuentro como potencialidad de todos los cambios y las transformaciones que creemos también y que representan el bienestar de las personas… (entrevista 27)
>
> …tenemos que seguir haciendo lo que no nos dejan hacer para poder hacer lo que tenemos que hacer… (entrevista 27)

BIBLIOGRAFÍA

Alves, P., Rabelo, M. (2009). "Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia" en Grimberg M "Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos – Miradas antropológicas, y el dolor crónico" Capitulo 1 53-73.

Bohoslavsky, J. P. (2020). Covid 19 y Derechos humanos: la pandemia de la desigualdad CABA, Biblos.

Bruner, J. (2003). La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida. Buenos Aires: FCE

Da Silva Catela, L. (2014). No habrá flores en la tumba del pasado. La experiencia de reconstrucción del mundo de los familiares de desaparecidos. 4ta edición. La Plata: Ediciones Al Margen.

2 Doctor Iván Ase Mesa Redonda "Políticas Nacionales de Salud en el marco de la Pandemia por Covid 19" Instituto de Salud Colectiva Junio 2021. https://www.youtube.com/watch?v=1RbulqpUCo8

Das Veenas “Sujetos del dolor, agentes de dignidad” Francisco A. Ortega Editor Universidad de Colombia Sede Medellín.
Denzin N., Lincoln L. (2003). “El campo de la investigación cualitativa Manual de investigación cualitativa”- Editorial Gedisa.
Grimberg, M. (2009). “Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos – Miradas antropológicas, y el dolor crónico “1ra. Edición Editorial Facultad de Filosofía y Humanidades: pag.7-19.
Grassi, E., Danani, C. (2009). “El mundo del trabajo, y los caminos de la vida- Trabajar para vivir, vivir para trabajar” Editorial Espacio.
White Michel Epston (1993). “Medios narrativos para fines terapéuticos” Editorial Paidos.

El tiempo pandémico en cuestión: experiencia polifónica de un equipo de salud en el primer nivel de atención en el sur de la Ciudad de Buenos Aires

Ana Florencia Cararo Funes*

INTRODUCCIÓN

"Una puede elegir qué fotos guardar / Yo elegí hoy,
en esta tibia noche de verano / Yo elegí ayer, en la
tarde del intenso calor…
Quedarme otro rato acá, donde no me duele tanto"
Fragmento de Jardines y Bicicletas [1]

El comienzo de la pandemia coincidió con mi inserción como antropóloga en *la salita*[2] ubicada en el Bajo Flores. Ya tenía 5 años de recorrido en otro efector como residente en un contexto territorial similar, me había salido la oportunidad de concursar un cargo de planta. La segunda semana de marzo del año 2020 era la fecha pautada para una nueva etapa en mi carrera profesional, en mi vida. Desde el ejercicio

* Profesora en Cs Antropológicas (UBA) - trabajadora de la salud Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°20 - CABA- florenciacararo@gmail.com

1 Poema escrito por Ámbar Quinteros (pseudónimo), enfermera, en el libro de su propia autoría Poemario en mis Orillas.

2 "La salita" es la forma de nombrar al Centro de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC), compartida por el equipo de trabajadorxs y la población que concurre. Corresponde al primer nivel de atención del sistema de salud de CABA y pertenece al área programática del Hospital General de Agudos P. Piñero.

de mi oficio, este momento inaugural se me presentaba como una posición muy privilegiada por la distancia, estaba deseante del extrañamiento a partir del encuentro (Krotz, 1994). Me propuse desde ese entonces generar mis registros acerca de las prácticas de este nuevo equipo de salud del cual sería parte, sus integrantes, sus formas de abordaje de la población, el territorio, las dinámicas. Sin embargo, esta expectativa se vio parcialmente truncada ya que, se puede decir, que la pandemia y yo entramos juntas a *la salita*. Ambas desconocidas. En esos primeros días, me fui presentando sin conocer del todo esas caras con tapabocas, experimentando el desencuadre que me generaba tener que responder qué iba a hacer ahí en un contexto de emergencia sanitaria de mucha incertidumbre. Se me preguntaba amorosamente por mi rol "¡qué bueno que tenemos una antropóloga!" "¿Qué vas a hacer?", sin poder ni siquiera figurarme una respuesta.

En ese momento todxs desplegamos nuestras habilidades y competencias aprendidas de nuestros recorridos en respuesta a *la contingencia* que duró mucho más de lo que pensamos. Desde las herramientas disciplinares, fui estableciendo conversaciones, pautando entrevistas, dedicando tiempo a observaciones –siempre participantes– y también indagaciones en bases de información que me permitirían construir un encuadre posible de inserción en este equipo, en este contexto. Ya habría otro momento para pensar el rol específico de esta antropóloga.

Entre la racionalidad y la emocionalidad, entre los ecos de una experiencia total reciente, entre colegas y amigas, este escrito lo exploro como oportunidad, como un posible relato, como un aporte al pensamiento colectivo respecto a lo que aconteció con *la pandemia*[3]. La generosidad del encuadre que ofrecen estas III Jornadas de Antropología y Salud, en su convocatoria amplia y abierta, me propone el desafío de reconstruir alguna dimensión de la experiencia de trabajo de estos dos últimos años en *la salita* y su territorio. Ante la necesidad de presentar un recorte acorde a la propuesta, tomé la decisión de reflexionar acerca de los sentidos del *tiempo* que enmarcan y atraviesan el trabajo de este equipo de salud. Es una categoría que desde el campo disciplinar de la antropología ha sido muy trabajada, y que en este escrito se retomará sólo lo necesario para reconstruir (dis)continuidades en las formas particulares de producir salud, alojar malestares, acompañar la vida. Es una decisión basada en la necesidad de ubicar una mirada retrospectiva, un detener necesario para la observación de los detalles, las texturas, las contradicciones ¿Cuántas interpretaciones puede

3 Pandemia por el virus Covid 19 declarada por la OMS diciembre 2019 - Para consulta de la cronología ver fuente referenciada.

tener el tiempo para este equipo de salud? ¿Qué pasó en la imposición, con la imposición de otros tiempos? Tiempos dentro de tiempos, y mil preposiciones posibles para hacerlos jugar.

EL ESPACIO EN CUESTIÓN: LA FORMA DE LA FUNCIONALIDAD

"Quedamos nosotros y la gendarmería" Extracto de conversación con la trabajadora social - abril 2020 -

La salita tiene 25 años de existencia, es una construcción que originariamente tenía el objetivo de ser un jardín de nivel inicial y que por la pelea articulada entre el equipo de salud y el barrio se logró que su destino fuese como centro de salud. Es de una sola planta, se extiende sobre una esquina, con rejas en su ochava, una puerta de ingreso de estilo emergencia, y un espacio entre medio que se usa como sala de espera, al aire libre. Hacia el interior, cuenta con 10 consultorios de diferentes medidas, farmacia, enfermería, una sala de espera central, cocina, baños, un depósito, un sector de administración al cual algunos se refieren como *pecera* (por su vidrio que permite ver lo que pasa en el interior), y un sector referido como de mucha importancia por la mayor parte del equipo de salud, que es el pasillo que conecta 4 consultorios y la enfermería por detrás. En términos generales es considerado un espacio *chico* para un equipo de salud de alrededor de 50 personas, contando personal de limpieza y seguridad, promotoras de salud y administrativas, residentes. *La salita* también tiene sus espacios por fuera de su construcción en sí; el equipo de salud realiza gran parte de sus intervenciones en comedores populares, instituciones educativas, la vía pública misma[4]. Según las referencias en las narrativas, estas actividades se denominaban "extra-muros", término que en el equipo actual genera cierta aversión por la connotación negativa que implica *muro.* Es más común que se las llame *actividades territoriales* o *en territorio*.

La llegada de la pandemia Covid 19 en forma de protocolos ministeriales, obligó a organizar la atención con la premisa de que era un virus muy contagioso y que las pautas de prevención era lo único que se podía sistematizar (uso de tapabocas, distanciamiento social, lavado de manos). Había que asignar consultorios específicos para "casos sospechosos" de covid positivo y, a su vez, un algoritmo interno que

4 Estas actividades son características de las líneas de acción correspondiente a prevención primaria, educación y promoción de la salud dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

ordenara la demanda de la población para el ingreso a los servicios de la salita, incluyendo la consulta por posible covid[5]. Así es como se instituye la *mesa de orientación*, una forma de llamar al "triage"[6] que requería el protocolo del Ministerio de Salud. Este es uno de los principales quiebres de sentido que se producen en la organización temporo-espacial acerca de *cómo la población ingresa a la salita*.

En el *antes de* la pandemia, la forma de describir este ingreso hace alusión a una circulación "libre" de la gente, donde "te tocaban la puerta todo el tiempo" para conseguir lo que necesitaban, y había "mucha autogestión". Se destaca que "justo antes de la pandemia" profesionales de medicina general, pediatría y enfermería habían logrado una forma de trabajo por duplas en lo que llamaron "consultorio de demanda" para un mejor abordaje del ingreso de personas con situaciones agudas. La reorganización del flujo de circulación de la gente en la salita, a partir de la mesa de orientación, trae en los relatos una percepción relacionada con el orden, la comodidad y la tranquilidad, "sé cuántas personas voy a atender", "no me golpean la puerta como antes", "la sala de espera está más tranquila", "no tengo que pelearme con nadie". Paradójicamente el espacio interior se *ordena* en función de una mesa que decide quién entra y con qué objetivo (un trabajo que en principio era rotativo entre promotoras, administrativas y trabajadoras de las disciplinas sociales), construyendo un espacio de espera para la población de la puerta para el exterior. Por otro lado, los consultorios sufrieron modificaciones y reordenamientos de acuerdo a lo que pedían los protocolos, lo cual evidenció la mutabilidad de estos espacios que a primera vista parecen muy estructurados. En este sentido, el criterio que terminó definiendo mucho de esta reestructuración fue acorde a la emergencia, desde dónde se podía poner un tubo de oxígeno hasta qué cantidad de cosas sacar para que la limpieza fuese fácil y efectiva[7].

---

5 Esta organización está detallada en la página 3 de la ponencia Fariña, C. "Las psicosociales no somos asistentes: Reflexiones en torno a la atención del área psicosocial en dispositivos del primer nivel de atención en Pandemia por COVID19", presentada en este mismo GT de las III Jornadas de Antropología y Salud.

6 "El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esto permite una gestión del riesgo clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas" Protocolo implementación (2020:2).

7 Cabe destacar cómo en el comienzo de la pandemia la tarea del personal de limpieza se jerarquizó, convirtiéndose en indispensable y con una necesidad anunciada, explícita. Esto también fue una oportunidad para interiorizarse sobre las condiciones de trabajo, la cadena de terciarizaciones bajo el cual se despliega este trabajo en los efectores de salud, la asignación de recursos, etc.

El *territorio*, esas manzanas y complejos habitacionales que rodean al centro de salud también fue un espacio en cuestión, el aislamiento social obligatorio impuso una trama de no contacto físico que fue muy desafiante para la forma de trabajo del equipo. Algo tan naturalizado como tocar un timbre y entrar a la casa del vecino, pasó a ser algo casi del orden del peligro, de lo prohibido. Este *territorio* se modificó también políticamente, "todas las instituciones cerraron, las escuelas, la Defensoría, el Centro de Acceso a la Justicia… quedamos nosotros y la gendarmería". Los hogares y sus familias fueron parte de nuestro espacio de intervención, ante situaciones que iban detonando por la crudeza de la matriz de violencias y vulnerabilidades que se acrecentó. En esta reconfiguración espacial, el equipo de salud sostuvo su presencia en el barrio con múltiples acciones, como en el *antes de la pandemia*, pero con necesidades y llamados más explícitos, extendiendo los límites del efector y de la mesa de orientación. Así, el "adentro" y el "afuera" tienen momentos de fusión, que el equipo valora de forma positiva y aprecia en su potencialidad de conocimiento e intervención. La funcionalidad se expresa en cierta sinergia de articulaciones entre disciplinas, equipos, adentros, afueras y herramientas comunicacionales que cobran mucha relevancia para sostener el flujo de trabajo.

EL TIEMPO EN CUESTIÓN: DEVENIR Y TEMPORALIDAD

"Entré un día sigilosamente para ver
qué hacen ahí adentro,
en la salita"
Fragmento de La banda de la salita[8]

Desde el campo de la antropología del tiempo, propongo algunas definiciones para reflexionar acerca de esta dimensión constitutiva de la vida social en el contexto de la pandemia y particularmente en *la salita*. Gonzalo Iparraguirre, en su tesis sobre el caso mocoví (2011) realiza un exhaustivo estado de la cuestión en el cual muestra cómo la filosofía, la historia, el arte e inclusive ciencias pertenecientes al campo de la física y la astronomía construyeron conocimiento acerca de la categoría *tiempo*. Ubica lo específico de la investigación antropológica en mostrar cómo el tiempo *es* justamente porque hay un sistema cultural que lo comprende, en una relación dialéctica. La distinción clave que me interesa a los fines de este escrito, es la que el autor establece entre "**temporalidad** como la aprehensión del devenir

8 Cuento escrito por Sandra Rocco, médica pediatra, en la compilación de relatos producidos por el equipo de salud de la salita "Pandemia en el Bajo".

que todo humano realiza mediante su sistema cognitivo en un determinado contexto cultural, y **tiempo** como el fenómeno del devenir en sí, que el humano es capaz de aprehender como temporalidad" (Iparraguirre, 2011:45). Podríamos decir así, que dentro de la cultura institucional de este equipo de salud, hay una temporalidad construida sobre ese devenir de horas, una tras otra, que encuentra significado principalmente en lo que se llama la *jornada laboral*. De la misma manera podemos pensar que la población seguramente encuentre otros significados sobre esa misma temporalidad, una hora tras otra en torno a la *espera- paciente*. Pero me interesa traer otra clave de la mano de la antropóloga Gabriela Vargas (2007) quien, en su análisis de etnografías clásicas constitutivas del campo disciplinar, sintetiza que existe una visión consolidada acerca de *dos tipos de tiempo*, uno ligado a la vida cotidiana y otro que tiene que ver con la sucesión de las generaciones. En ese contexto, hace un llamado de atención acerca de las relaciones de poder que se juegan en este campo en particular cuando se estudia *el tiempo de otros* desde un lugar de autoridad epistemológica. En este sentido, corresponde decir entonces que esa experiencia vivida de forma tan natural y fuera de nuestro control es, en consonancia con estos estudios antropológicos, una construcción socio-cultural con una matriz tejida por el pensamiento científico europeo, cartesiano, capitalista, racista, androcéntrico. La temporalidad occidental es hegemónica y es necesario identificar sentidos sociales del tiempo que la indican como tal: la linealidad, la consecución, lo continuo, lo repetitivo. El desarrollo de la tesis de Iparraguirre muestra cómo la antropología es una herramienta muy valiosa para comprender otras formas, no hegemónicas, de vivir la temporalidad; otros parámetros acerca de la presencia/ausencia, lo sincrónico/diacrónico, lo lineal/cíclico. Para cerrar esta idea, es ilustrativa la cita que Iparraguirre recupera de Leach en su tesis: "en algún punto el tiempo no es un objeto concreto que espera a ser medido, sino que lo creamos al crear intervalos en la vida social" (Leach, año, citado por Iparraguirre 2007, p. 38).

En el relato de los y las integrantes más históricos de *la salita*, se repite la referencia a un *antes* del *justo antes* de la pandemia, en el cual el equipo de salud estaba en parte fragmentado, las articulaciones interdisciplinarias eran dificultosas, existían consultorios de difícil acceso y costaba la sistematicidad de las actividades en territorio. Hay un punto de inflexión en el relato donde eso va cambiando a medida que se producen movimientos (salidas y entradas) de cargos profesionales y una coyuntura que permitió renovar el proyecto institucional, priorizar líneas de intervención y "armar equipo". Si pudiésemos pensarlo en términos generacionales, este sería el marco general de uno de los tipos

de tiempo, estructural, con identificación de *distintos pasados* que se alinean en una cronología y resultan consecuentemente en un presente muy valorado del equipo actual. En este sentido, el pasado muy reciente de la pandemia juega un rol clave en esta construcción, como se explicará más adelante. Y luego tenemos el otro tipo de tiempo, el de la temporalidad cotidiana de esta institución. Como señala la antropóloga Uribe Oyarbide respecto al uso elevado y consciente de esta variable en la práxis en Atención Primaria de la Salud, el tiempo "se utiliza, se acumula y se aprende, también se impone" (Uribe Oyarbide, 2002:140)[9].

Entonces ¿cómo es el ritmo cotidiano de la salita hoy? En principio está configurado con hábitos, rituales y supuestos, como la organización de la vida social misma. Una jornada laboral de 8 horas (horario de ingreso y de salida fijo), una agenda de actividades para cada día y cada equipo específico de trabajo, un momento de almuerzo a mitad de la jornada. En este esquema que puede aplicar a cualquier efector de salud las apreciaciones del devenir de las horas se construyen en función de las tareas, tanto en calidad como cantidad. De esta forma, descripciones como "pesado", "lento", "aturdido", aluden repetitivamente al tiempo que se le dedica a los abordajes de problemáticas que se presentan con muchas aristas de intervención, que requiere de intervención interdisciplinaria y/ o intersectorial. Estas sensaciones coinciden con la labor de una construcción del proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados con la persona destinataria y su familia, o personas cuidadoras. Para el equipo de salud a cargo, esto significa una proyección desde el pasado hacia el futuro, mientras que para el usuario es una irrupción del presente (Oyarbide 2002, 144). Aquí podemos encuadrar el trabajo con personas con tuberculosis, personas con enfermedades crónicas no transmisibles, personas con problemas que afectan a su salud mental o sus condiciones de existencia y de proyecto de vida. Son las temporalidades percibidas como más rutinarias, con acciones predeterminadas o esquemas de trabajo predecibles. Estos espacios y tiempos organizados en la agenda institucional, son los que contemplan mayor cantidad de microgestiones: indicaciones de estudios, derivaciones, interconsultas que requieren (sobre)turnos, derivaciones a otros niveles de atención o efectores especializados, múltiples registros administrativos, recetas para farmacia, esquemas de comunicación con redes de cuidadores/as

9 Es muy interesante su análisis respecto a la labor de educación que se ejerce desde la formación en las residencias y que se aprende para distinguir los tiempos que requiere la construcción de la enfermedad en el individuo –el tiempo circular de los síntomas en la biografía del paciente y el tiempo lineal en la historia clínica que construye el médico–.

y familiares. El supuesto de *casi imposibilidad* de lograr con éxito estas microgestiones por problemas estructurales del sistema de salud, generan una sensación de malestar con una temporalidad protagonista vivida como "pesada" por su cantidad ("todo lleva mucho tiempo") y su complejidad ("es una pérdida de tiempo"). La temporalidad cobra texturas concretas a medida que se intensifica la tarea o su diversificación: "me quedé sin tiempo", "no me entra todo **en el** mismo tiempo", "no **hay** tiempo", "¿en qué tiempo?"

En paralelo, pero en convivencia, se encuentran descripciones del ritmo cotidiano como algo que *siempre apremia, siempre es acotado,* "difícil de cortar" o la sensación de *no llegar –a tiempo–*. Éstas aluden mayormente a contextos de atención de enfermería, de la demanda[10] de agudos o de abordaje de situaciones disruptivas en las cuales *la salita* se coloca/ es colocada como una especie de guardia. La temporalidad en este sentido es vivida como "vertiginosa", "fugaz", "exigente" y/o "determinante". Sin embargo, el tiempo apremiante medido en términos de respuesta no quita dimensiones que le dan calidad a ese tiempo, como la escucha activa, "que se sienta contenido", "que sepa que nos puede contar cosas" e inclusive donde se puedan hacer bromas o tener alguna comida.

Por último, hay tiempos de descanso, de orden, de dispersión, "de corte" que son el desayuno y el almuerzo, e inclusive algún café muy cerca de la hora de salida. Estos momentos son de encuentro entre trabajadorxs del centro de salud, son dinámicos y circunstanciales, relativos a la dinámica general de la jornada. Es interesante pensar estos *cortes de tiempo* como umbrales, separadores de momentos: inauguran la jornada laboral, le dan un respiro al mediodía, y a veces la cierran. Es curioso que, si bien en la narrativa predomina el sentido de dispersión, en la práctica se observa que muchas veces son momentos donde lo acontecido en ese pasado reciente o lo que podría acontecer en un futuro muy próximo, apenas minutos después, es anunciado, reelaborado con otrxs, completado con otros relatos y experiencias que inclusive abordan la cronología semanal.

Hasta aquí tenemos una serie de temporalidades significadas por el equipo de trabajadorxs de la salud en relación al tiempo estructural del devenir de la jornada laboral cotidiana: una rutina dentro de una agenda, dentro de un espacio, dentro de un proyecto institucional. En los relatos hay consenso de que esta era la forma de organización justo antes de la pandemia y la es hoy.

---

10 Según Oyarbide en la consulta por demanda el médico organiza la velocidad y el momento del diagnóstico y tratamiento, la presencia de enfermedad o no, su duración y las acciones a instrumentar.

TIEMPOS PANDÉMICOS: UN POSIBLE MONTAJE

"Vas a trabajar 24x7. Tu teléfono será una especie de parabólica de comunicación continua. Vas a estar un toque perdida en tiempo y espacio"
Fragmento de Lo que deja la pandemia[11]

En la historia de la salita, en su vida cotidiana, en su temporalidad consensuada, la pandemia impone un desafío de *otro tiempo,* con un sentido de extranjeridad, casi de invasión. Como el río que entra al mar: llega, convive, se diluye, un tiempo dentro de otro. Hay quiebres y continuidades. De los relatos, se desprende una agudización de las percepciones más relevantes en lo que corresponde al trabajo en el consultorio de demanda, a lo agudo, a la contingencia. Los protocolos vienen a nombrar ese tiempo, a estructurarlo, a darle una nueva aprehensión cultural. Contingencia y emergencia. Sin dudas son palabras que agudizaría cualquier encuadre que se represente ya exigido. En el aspecto más biomédico, me interesa lo que trae Susan Sontag para hacer referencia al recrudecimiento de la narrativa bélica que hegemoniza la medicina y en ciertos contextos se presenta de forma muy concreta:

> "La metáfora militar apareció en la medicina hacia 1880, cuando se identificaron las bacterias como 'agentes patógenos'. Se decía que las bacterias 'invadían' el cuerpo, o que 'se infiltraban' en él. Pero el modo con que hoy se mencionan el asedio y la guerra hablando del cáncer es de una exactitud literal y de una autoridad sorprendente" (Sontag, 2012:79)

Si bien el objeto de referencia es el cáncer en los '70s, podría realizarse una aplicación casi calcada a lo sucedido con la pandemia por covid-19. La narrativa de la guerra irrumpe en la temporalidad cotidiana por su gran incertidumbre. Con los protocolos del Ministerio de Salud de CABA se reorganizaron las tareas sobre esa estructura de tiempos descritos anteriormente, de manera solapada, tensa, como se pudo. No existieron acompañamientos de los detalles, todo fue *lineamientos generales*. A su vez, esta irrupción se inserta en la secuencia continua de la narración histórica mayor, con un equipo que se fortalece, se agranda, se asienta *gracias a* y/o *a pesar de* este contexto. Hay que destacar que esto resultó bastante excepcional ya que las directivas ministeriales ordenaron la fragmentación, el *tabicamiento* de los equipos. En los relatos y la observación, coinciden las apreciaciones de este momento particular, uno más

11 Cuento escrito por Verónica Moreira, trabajadora social, en la compilación de relatos producidos por el equipo de salud de la salita "Pandemia en el Bajo".

en *la historia de la salita*. En cuanto al tiempo de lo cotidiano, es notorio cómo la pandemia obligó tiempos por fuera del estipulado clásicamente como *jornada laboral*. Los sentidos de la misma se desplegaron en las vidas personales, en espacios privados, en la intimidad de los hogares de cada integrante del equipo de salud. Los seguimientos a las familias por teléfono, por wassap, los traslados de personas por diferentes efectores, la resolución de consecuencias concatenadas en las familias de la población, todo lo vivido de forma vertiginosa en un encuadre donde la vida social se había *detenido* generó un dislocamiento del sentido temporal. "No sé ya cuándo empieza ni termina mi trabajo", "no usaba la agenda". La multiplicación de registros, bases de datos, tablas de excel, triangulación de información y un volumen de tiempo necesario para ordenar toda esa tarea aumentó la exigencia de flexibilidad profesional y, por ende, la sensación de desborde. El dislocamiento del tiempo también era uno disciplinar. Muchas veces se necesitó del tiempo en términos abstractos, en su sentido más material, como si pudiese comprarse o pedirse prestado. El sentido de continuidad entre la vida personal y la vida laboral, ambas inscriptas en la misma narrativa social, es lo que más se destaca como angustiante y agotador.

El tiempo de la vida privada y el tiempo del trabajo tuvieron momentos concretos de disolución, como si fuesen uno, inclusive en sentidos positivos. En la salita se destacan escenas ilustrativas de lo que significó como "momento especial": una ONG nos donaba el desayuno de los viernes, los cumpleaños se festejaron en sala de espera con música y decoración, los almuerzos fueron la oportunidad para acompañarse en las crisis de angustia, experiencias de insomnio, las pérdidas de las personas queridas del barrio, las estrategias de acompañamiento.

COMENTARIO FINAL

En este escrito, me propuse plasmar algunas expresiones respecto a cómo se vive el tiempo en este equipo de salud en particular. Tal vez es extrapolable a todos los equipos de salud, tal vez sólo en algunos aspectos. Pero he intentado aquí identificar detalles, lo específico, las interpretaciones concretas que expresan las vivencias atravesadas. Convivieron apreciaciones de desborde y de falta, de entusiasmo y de desolación. De todas formas, me resulta interesante deducir que a pesar de que las interpretaciones subjetivas son múltiples, coinciden en una cosa: la pandemia aparece como un tiempo (momento de la vida institucional) fuera de tiempo (la narrativa de generación tras generación). Existe, casi como una película, extraordinariamente, pero sucedió, está ahí, en la inscripción de la historia. Pone una referencia en común para cualquier integrante del equipo de salud que *haya vivido*

la experiencia de ese momento, que inevitablemente se tiñe de la narrativa bélica impuesta por todo un sistema de sentidos trazado desde la Organización Mundial de la Salud hasta el gendarme de la esquina de la salita. La experiencia de la pandemia aún nos deja sin palabras y nos ha quitado muchos besos y abrazos.

Sin embargo, es de destacar la cantidad de expresiones, actos y emociones que a lo largo de este pequeño recorrido me mostraron el valor y la relevancia del tiempo de acompañamiento que el equipo de salud en su conjunto se ha encargado de construir, tanto en calidad como en cantidad. Este tiempo, si bien es el que desbordó en minutos, horas y fines de semana, también es la que gratifica hasta el día de hoy, el que enterneció la tarea en la contingencia, el que se propuso y sigue despelgándose como lienzo para un nuevo capítulo de cuidados, de cariño, de redes, de deseo, de derechos y de producción de salud integral.

BIBLIOGRAFÍA

Equipo de Salud del CeSAC N°20 del Barrio Padre Ricciardelli en el Bajo Flores. (2022). Pandemia en el Bajo (1° ed.). Tipas Móviles Editorial.

Iparraguirre, G. (2011). Antropología del tiempo: El caso mocoví. (1° ed.) Sociedad Argentina de Antropología.

Krotz, E. (1994). Alteridad y Pregunta antropológica. *Alteridades*, 4 (8), 5-11.

Quinteros, A. (2021). Poemario en mis orillas. (1° ed.) Diagramación, diseño y encuadernación por Rocío Gallardo y Sol Severi.

Sontag, S. (2012). La enfermedad y sus metáforas / El sida y sus metáforas (1° ed.) Debolsillo.

Uribe Oyarbide, J. (2002). Tiempo y espacio en Atención Primaria. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 67, 133-164. https://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_067_09.pdf

Vargas Cetina, G. (2007). Tiempo y poder: la antropología del tiempo. *Nueva antropología* [online]. Vol.20, 67, 41-64. ISSN 0185-0636. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S0185-06362007000100003 Fuentes consultadas

Covid 19 Recomendaciones para la implementación de Triage (2020) Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-04/0000001849cnt-covid-19_recomendaci ones-implementacion-triage.pdf

Covid 19 Cronología de la actuación de la OMS https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19

Transformaciones en el sector salud durante el primer semestre de la pandemia de covid19. Experiencias y perspectivas de los trabajadores de efectores públicos de La Plata y Ensenada

María Adelaida Colangelo, Diana Weingast

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo se enmarca en el proyecto "Condiciones de vida de los hogares y cuidados frente al aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19 en La Plata, Berisso y Ensenada. Estado de situación del bienestar infantil y propuestas."[1] Como parte del mismo, relevamos información acerca de la atención de la salud, en tanto aspecto central para identificar el modo en que el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por COVID-19 (ASPO) incidió en el bienestar infantil.

En esta ponencia, a partir de los relatos de trabajadores del sistema de salud que en 2020 efectuaban sus actividades en instituciones públicas (hospitales y/o CAPS) de los municipios de La Plata y Ensenada, buscamos indagar en la dinámica de organización de los espacios y tareas de los establecimientos sanitarios, así como en la relación con la población usuaria de los mismos, en el primer semestre del ASPO. La exploración de estos procesos a partir de las experiencias del personal de salud, realizada a partir de un conjunto de entrevistas, implicó considerar sus apreciaciones subjetivas y sentimientos.

---

1 Estudio dirigido por M. Susana Ortale y Javier A. Santos. Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología COVID-19. Ministerio de Producción, Ciencia e Innovación Tecnológica de la Pcia. de Buenos Aires y Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación.

El periodo de tiempo abarcado y al que se refieren los entrevistados corresponde al momento en que, declarada la Emergencia Sanitaria (Decreto 260/2020) por la pandemia e instituido el ASPO, al interior de las diversas instituciones sanitarias y/o servicios se desplegaron diferentes estrategias organizativas y los equipos de trabajo se plantearon cómo continuar, qué servicios poder brindar en un marco plagado de incertidumbres, no sólo acerca de la enfermedad que ponía en tela de juicio las certezas del saber médico, sino sobre el bienestar de quienes habitualmente demandan, concurren y/o requieren de atención y/o control. Si bien en ese contexto cobraron especial visibilidad social los hospitales y sus unidades de terapia intensiva, todo el sistema de salud, en sus diferentes niveles, debió reconfigurar sus prácticas de atención y cuidado.

Para abordar esos diferentes procesos desde la perspectiva de sus protagonistas, partimos de considerar a la pandemia como un "evento crítico", en el sentido en que lo plantea Lins Ribeiro, a partir de la expresión creada por la antropóloga hindú Veena Das (1995): un hecho que implica *"(...) una ruptura en la continuidad temporal de la reproducción de la vida, la ausencia de sentidos adecuados para comprender la nueva situación y la necesidad de crear nuevos modelos interpretativos."* (Lins Ribeiro, 2021:108) y que, a la par de una intensa "descotidianización", puede generar nuevas prácticas, sentidos e identidades.

II. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS: LOS DESAFÍOS DEL TRABAJO DE CAMPO DURANTE EL ASPO.

Fueron realizadas diecisiete entrevistas semi-estructuradas a diferentes trabajadorxs del sector salud (promotoras de salud, trabajadoras sociales, médicxs pediatras, generalistas, especialista en adolescencia, entre otros) que efectuaban sus actividades en distintas instituciones del sistema público sanitario. Por lo tanto, la información brindada refiere a estrategias implementadas tanto en el ámbito hospitalario (de jurisdicción provincial) como en el de los centros de atención primaria a la salud –CAPS– (municipales y provincial) de las ciudades de La Plata y Ensenada.

Las entrevistas fueron hechas en distintos momentos (de mayo a agosto de 2020), por lo que reflejan diferentes contextos en el transcurrir del ASPO. En ese sentido, se intentó que lxs diferentes interlocutorxs pudieran reconstruir el proceso de cambio que la coyuntura de los primeros meses de la pandemia generó en sus ámbitos de trabajo, como así también apreciaciones, sentimientos y vivencias en un clima de incertidumbre donde se hacía más visible el deterioro y fragilidades del sistema público de salud.

Las entrevistas fueron concertadas mediante e-mail, teléfono o whatsapp, a partir de vínculos establecidos en trabajos de campo anteriores y en algunos casos, mediante la técnica de "bola de nieve", en la que lxs entrevistadxs nos conectaron con otrxs interlocutorxs. Para su realización se recurrió a diferentes plataformas para reuniones virtuales (zoom, jitsi) o al intercambio de mensajes de audio vía whatsapp, según fuera la preferencia de los entrevistados.[2] Fueron complementadas por conversaciones informales, sostenidas en diferentes momentos con varixs de ellxs con los que existía un vínculo previo.

El conocimiento de las modificaciones urgentes que el ASPO y la pandemia en general impusieron al sector salud, con reorganizaciones y nuevas tareas para los equipos, protocolos estrictos de seguridad para realizarlas, etc., generó en nosotras cierta precaución a la hora de proponer entrevistas, ligada al temor de agobiar a los trabajadores de salud con una nueva tarea. Sin embargo, si bien en algunos casos, la vorágine laboral incidió en dificultades para concretar el diálogo pautado, gran parte de lxs entrevistadxs se mostró muy predispuestx para conversar, valorando la posibilidad de poder compartir sus apreciaciones y conocimientos sobre el proceso que estaban viviendo y, en algunos casos, agradeciendo ser escuchados en sus preocupaciones, temores y expectativas. Aún más, varios de ellxs dejaron ver cierto grado de desahogo frente a una situación que lxs desbordaba, de miedo e incertidumbre frente a algo nuevo y desconocido.

III. "*... ESTO NOS MOVIÓ LAS BASES DE CÓMO UNO TRABAJA…*[3]": RECONFIGURACIÓN DE LOS ESPACIOS Y ACTIVIDADES LABORALES

La pandemia, en tanto evento crítico, y el ASPO pensado como un medio para el control de la circulación viral, pusieron en evidencia malestares y problemas existentes del sistema de salud, entre otras fragilidades y desigualdades estructurales. Para los trabajadores de la salud abrieron la posibilidad de reflexionar acerca de cómo se trabaja, particularmente en qué condiciones se realizan las actividades laborales; pero también generaron la necesidad de imaginar e implementar maneras alternativas que permitieran dar continuidad a las tareas diarias, variando en función de la especialidad de los diversos

2 Trabajos como los de Fleischer, Torres y García (2021) proporcionan interesantes reflexiones sobre la investigación etnográfica en contextos de epidemias, mientras que las particularidades y desafíos metodológicos del trabajo de campo etnográfico realizado a través de medios virtuales son abordadas en Ardèvol, Estalella, y Domínguez (2008), entre otros textos.

3 Entrevista a médica que desarrolla actividades "La Salita".

profesionales (médico/ otros profesionales) y de los no profesionales que conforman el amplio campo de la salud.

Lxs entrevistadxs coinciden en que la pandemia y el ASPO modificaron radicalmente sus espacios y modos de trabajo, porque debieron desplegar, en función de las posibilidades estructurales de las instituciones y acorde a los protocolos emanados por los organismos de salud de las distintas jurisdicciones, otra distribución del espacio físico y nuevos tipos de interacciones entre ellos y con los usuarios. Las dinámicas de organización, que fueron implementadas en diferentes momentos, variaron según el tipo de jurisdicción (provincial o municipal) de pertenencia de las instituciones, entre instituciones (Hospitales y CAPS) y al interior de cada establecimiento. En algunos casos, ante la demora o ausencia de directivas claras, fueron lxs propixs trabajadorxs quienes definieron y delinearon la manera de organizarse, asegurando la continuidad de la atención y de los servicios (conformación de equipos rotativos, comunicación telefónica con los usuarios, entre otras). Tal es el caso de los consultorios externos de un hospital provincial –"La Salita"–, donde la adecuación a la nueva realidad significó para el personal una serie de interrogantes relacionados con el tipo de servicio que podía seguir brindándose en un entorno donde, además, se contaba con la mitad de la capacidad de infraestructura, dadas las condiciones edilicias pre-pandémicas[4]. A su vez, en un hospital pediátrico de La Plata, que recibe pacientes de toda la provincia y del resto del país, algunos servicios y personal de salas de internación organizaron la atención mediante equipos rotativos o se redistribuyeron las tareas de algunos profesionales, lo cual implicó, en algunos casos, disminuir los días de atención de algunas especialidades. También el servicio social debió modificar su forma de trabajo, reemplazando inicialmente y en la medida de lo posible las entrevistas en persona por entrevistas telefónicas, evitando ir a las salas de internación, dificultando el intercambio con los pacientes y sus familiares. Posteriormente, se habilitó la entrevista de manera presencial pero usando equipo de protección personal y luego, se instaló una barrera física –un vidrio– en el espacio del box de atención separando a los profesionales de los entrevistados. En palabras de una trabajadora social, se generaba una mayor distancia con los entrevistados *"Porque ya de por sí vos estás con una máscara [-se ríe], el barbijo y el*

4 El centro de salud cuenta con una instalación de material donde funcionan 4 consultorios, 1 SUM y el área de administración y otra parte que es una casilla de madera que cuenta con 4 consultorios y la farmacia. Esta última instalación fue deshabilitada para la realización de tareas del centro y utilizada para otras actividades como por ejemplo el TRIAGE del personal de salud.

vidrio entre medio… es como un montón de barreras entre uno y otro". Asimismo, el trabajo de articulación interinstitucional se vio afectado al no funcionar las escuelas, al no contar con los CAPS en el primer tramo de la cuarentena y al funcionar los organismos de Promoción y Protección de derechos del Niño sólo a través de llamados telefónicos. La estrategia de otro hospital ubicado en el Gran La Plata consistió en el traslado de algunos consultorios externos de especialidad fuera del ámbito del establecimiento, designándolos como "consultorios limpios".

Asimismo, las licencias al personal de salud por constituirse en grupos de riesgo (identificados en la Res.627, artículo 3), generaron diferentes estrategias de reestructuración que variaron según el tipo de institución y las pertenencias de las instituciones. Por ejemplo, en algunas instituciones hospitalarias el personal médico de algunos consultorios externos de especialidad fue destinado a realizar los hisopados.

En el caso de los CAPS municipales, ámbito clave para la APS, la reorganización del espacio dependió de la estrategia de cada municipio, en función de las posibilidades de infraestructura y de lineamientos políticos para llevar adelante la gestión, que variaban mucho entre los diferentes establecimientos, así como en las diversas composiciones de los equipos y sus condiciones de contratación y/o relación laboral, que se materializaban en los diferenciales de ingresos percibidos. En el municipio de La Plata la reestructuración interna del espacio se hizo, en algunos casos habilitando entradas diferentes para quienes, en función del tipo de atención demandada, eran evaluados como posibles "casos sospechosos". En otros CAPS, que contaban con una sola entrada, se realizaba una evaluación previa a la entrada de los pacientes, que debían esperar en la vereda, y se establecieron espacios de atención separados al interior del establecimiento para los pocos usuarios que podían ser atendidos. En contextos como ése, varios CAPS suspendieron durante unos cuantos meses los controles de niño sano y de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión en adultos (en algunos casos sólo se los medicaba –aunque no necesariamente se otorgaba la medicación–, pero no se los revisaba). También quedaron suspendidas las actividades del laboratorio de la Secretaría de Salud, que habitualmente recorre los CAPS tomando las muestras para realizar análisis bioquímicos a los usuarios que lo requieren. Además, los equipos de trabajo –que venían en contexto pre-pandémico, con una trayectoria dispar en sus conformaciones– quedaron con poco personal, ante la licencia de numerosos integrantes que estaban incluidos en grupos de riesgo y/o que fueron enviados a trabajar a otros lugares. Esto generó una sobrecarga de tareas para algunos trabajadores que

continuaron concurriendo a realizar sus actividades, aunque también habilitó la convocatoria para la contratación de personal médico en los puestos vacantes.[5]

El modo en que los equipos de salud de los CAPS tuvieron que asumir gran parte de la reorganización de la atención es expresado por unx profesional que participó de ese proceso:

> *"(…) y cada salita se empezó a organizar como mejor le parecía. (...) el Jefe compró unas lonas, entonces con eso dividimos el centro, todas ideas que se nos cayeron a nosotros porque la Secretaría no aportaba nada. Y cómo nos organizamos con los controles de salud, cómo nos organizamos con las embarazadas, con la atención de pacientes crónicos, cómo nos organizamos con la atención de pacientes sintomáticos. (…) Y después con los controles nosotros seguimos haciendo, eso en relación con cómo entendemos a la salud pública, seguimos haciendo controles de menores de un año. Esos no se suspendieron, los controles de salud de lactantes, menores de un año, esos los seguimos haciendo los dos primeros meses. Después ampliamos hasta los dos años y ya a partir de septiembre arrancamos de vuelta como atendíamos antes, todos los controles, consultas. Después lo que seguimos manteniendo fueron: controles de salud de niñes, desde que empezó la pandemia que estuvimos quizás una semana o dos para acomodarnos, después de la segunda semana seguimos con controles de salud, métodos anticonceptivos… (…) Primero quiero aclararte que nuestra salita fue excepcional (...). Es excepcional el trabajo que hicimos nosotres en relación a otras salitas, es excepcional. Todavía hoy hay salitas que no están atendiendo, porque atienden todo por teléfono….".*

Lo excepcional remite a la planificación y organización gestada por el equipo para contactar a los usuarios e informar de primera mano sobre las prestaciones y servicios que mantenían su continuidad. De alguna manera se trataba de no perder de vista las acciones y/o actividades de control-prevención y promoción, aquello que parecía desdibujarse en un contexto de ASPO.

---

5 En palabras de una entrevistada: *"... porque todos los centros de salud generalmente tienen 2 o 3 médicos, tampoco es que pululan, y algunos eran gente grande, mayores de 70, con enfermedades crónicas…, entonces se quedaron con uno o sin ninguno. Entonces ahí empezaron a buscar para que para poder cubrir esos lugares que quedaron vacantes. La convocatoria se abrió, se abrió una convocatoria en general, pero por los sueldos. (…) no se anotó mucha gente. En provincia había otra convocatoria que pagaba mucho más, entonces nada. La gente en el municipio no se anotó tanto."*

> "(...) tenemos separadas las historias clínicas de menores de un año y las historias clínicas de entre 1 y 7 años, están separadas, fue un trabajo nuestro agarrar las historias clínicas de los menores de 1 año y comunicarnos. Las que tenían teléfono, las que no tenían teléfono ver si la promotora los conocía, algunos fuimos al domicilio. Y sino también lo comunicamos por el celular de la salita o por el Facebook, diciendo: "*se hacen controles de menores de 1 año, si tenés un niño una niña menor de un año comunícate con la salita porque los controles se siguen haciendo.*".

En el municipio de Ensenada, la estrategia fue dividir los CAPS en "centros respiratorios" (con atención de *fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, todo lo que es síntoma sospechoso de covid*) y "centros limpios", considerándolo una ventaja ya que permitieron, en palabras del médico generalista, *"…Disminuir al mínimo las chances/ riesgo de las personas de poder contagiarse; separando sólo lo que es respiratorio tenemos mucho menos posibilidades y seguimos atendiendo normalmente, y viendo todas las personas"*. Esto también permitió una reestructuración del personal mediante el traslado de trabajadores a "centros limpios" en caso de tener algún factor de riesgo para covid 19. Así, *"…se fue cambiando un profesional por otro. Por decir, un pediatra por otro, una enfermera por otra, una administrativa por otra administrativa, la idea fue cambiar, no, que no falte gente…"*, modalidad que permitió mantener cubierta la atención en pediatría, adultos, enfermería.

El pluriempleo forma parte de las diversas realidades que atraviesan los trabajadores de la salud, por lo que las propuestas de reestructuraciones organizativas que involucraron cambios en las dinámicas de los tiempos laborales se constituyeron sobre una realidad no tenida en consideración por quienes definieron las maneras adecuadas para gestionar la pandemia. Y esto se reflejó particularmente en aquellos municipios cuyos CAPS contaban con personal médico y profesional precarizado o con sueldos bajos.

> *"La Secretaría de Salud mandó la directiva que no teníamos que cruzarnos. Que un grupo a la mañana, que el grupo de la mañana siempre fueran las mismas personas, y que los grupos de la tarde siempre fueran las mismas personas. Nosotros no lo cumplimos porque era imposible no cruzarnos y no podíamos modificar nuestros horarios. Cades tenía otros trabajos, yo tenía 3 trabajos, mi otra compañera tenía 2 trabajos, el otro médico también, todos trabajábamos en otros lugares y no podíamos modificar los otros horarios. (...). Pero sí, nos manejábamos dentro de la unidad sanitaria respetando mucho los protocolos... (...) todo el tiempo*

con barbijo, cuando fue así el auge, barbijo y máscara, bancándonos las horas que estuviéramos ahí así. A más de dos metros, respetando la distancia; con la puerta abierta, cagándonos de frío en invierno."

La provisión de insumos y/o elementos de trabajo considerados básicos para el funcionamiento de las instituciones, como también para paliar las necesidades de los usuarios ha sido objeto recurrente de demandas pero también del despliegue de estrategias por parte de los trabajadores del sector salud. En este nuevo escenario, a la escasez habitual muchas veces naturalizada, se sumaron –en la etapa inicial– falta de cuidado hacia los propios trabajadores: falta de testeos, modo de otorgar las licencias, insumos de protección personal (barbijos, antiparras, camisolines). *"...No contamos, en algunos casos con todos los insumos que necesitamos o estos no llegan oportunamente"*, nos planteaba un profesional médicx de una institución hospitalaria. Esto último, apareció como una demanda recurrente en los distintos entrevistadxs, aunque la situación de escasez y falta fue variando a lo largo del periodo transcurrido.[6]

Asimismo, el nivel de exposición en que se encontraban, no estando exentos de contagiarse, generó miedo, angustia y una preocupación adicional, aún entre aquellos profesionales que, estando en los servicios habituales sin covid, se encontraban en la primera línea de atención y bajo presión por la complejidad de los contextos en que realizaban sus prácticas. En algunos casos, en los más jóvenes, se expresó en el corte vincular con sus familiares cercanos (madre, padre, abuelos) como estrategia para evitar posible contagio y, designa la autoetiqueta de "sujeto riesgoso". Las palabras de unx médicx residente de un hospital pediátrico condensan esta combinación de temores: de infectarse y sentirse en riesgo por falta de protección, de infectar a la propia familia, así como de no poder atender y cuidar adecuadamente a los usuarios:

---

6 "...empezaron usando barbijos que había en el centro de salud de los que usa odontología y enfermería que había, pero no eran los barbijos adecuados. Después empezamos a conseguir, bueno yo hice un par acá con la máquina, pero no eran barbijos quirúrgicos como debería. Hice con bolsas de friselina y les mandé un par. Después la jefa, empezó a manguear a conocidos y le hicieron más, les mandaron un montón pero ninguno era el barbijo quirúrgico o el N95 que es el adecuado supuestamente. Mandaron todas las cosas que ellos necesitaron como un mes después me parece. Y la verdad que la cantidad tampoco fue cantidad, cantidad muy limitada. De hecho, ahora siguen mandando a cuenta gotas algunas cosas. No sé si no me quedo corta, más de un mes de que empezara todo, no sabría decirte muy bien la fecha de cuándo mandaron todo, pero calcula 1 mes, 1 mes y medio después. (Trabajadorx de un CAPS).

"(...) sentí mucho miedo al principio de ser una amenaza en mi casa, de contagiar a mi bebé, a mi novio. Al principio como que me generó mucha angustia. [...] Y me preocupa la salud nuestra, de nuestros compañeros, esto de la mala gestión que genera muchos problemas entre nosotros, el miedo de enfermarnos y de que al no estar bien dirigidos estamos teniendo consecuencias entre nosotros de tener muchas discusiones, de no ponernos de acuerdo, de que se está perdiendo como el foco, me parece."

IV. "*(...) Y ERA LLEGAR Y QUE NO HAYA NADIE*": LA COMPLEJA VINCULACIÓN CON LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD.

En clave temporal, los efectos del ASPO significaron en la mirada del personal de salud un pasaje de la percepción de que "desaparecieron los pacientes", a su lenta y paulatina reincorporación. Desde el mes de marzo hasta mediados de mayo aproximadamente, no hubo casi demanda de atención, incluyendo el control, ya fuera pediátrico y/o de patologías crónicas. Esta situación es reflejada en los relatos de lxs profesionales médicxs que realizan actividades en los CAPS y también en un hospital provincial.

"... las consultas de demanda en la salita eso sí se notó, que bajó. Nosotros siempre era llegar y tener todos los turnos dados, damos 10 números, siempre damos 10 números por turno y siempre era todos los turnos estaban dados. Y era llegar y que no haya nadie, para los días de demanda. (...), después si empezó a venir más gente." (Profesional médicx de CAPS).

"… [...] en abril no había pacientes, desaparecieron, desaparecieron los pacientes. Nosotros también trabajamos, nuestra sede de residencia es el Hospital X ahí en el hospital, el hospital pasó a estar despoblado, las guardias vacías, no venía nadie… Después de a poco se empezó a ver las cosas que pasaron por pacientes que no consultaron; cuestiones de controles, de embarazo sin controles, enfermedades crónicas no transmisibles (diabéticos, hipertensos) sin controles en esos meses, sin medicación. En estos momentos en el centro respiratorio, sigue estando tranquilo, no viene mucha población; en el centro X que hago medicina general, sí viene una cantidad impresionante de pacientes sin controles que les da mucho miedo, mucha gente con miedo a ir al hospital, así que se dejaron de controlar. Que dejaron de ir al cardiólogo, al diabetólogo, a clínica médica, eso sí. De golpe empezaron a requerir medicación, que eso se da en el hospital pero no quieren ir o, no tienen el permiso, los bajan del micro, no logran llegar al hospital eso sí. En abril, desapareció la gente y en junio hubo como una eclosión…" (Profesional médicx de hospital y de CAPS).

Las posibles explicaciones rondan desde, el cumplimiento del ASPO por parte de la población por el miedo al contagio[7], pasando por la información/desinformación bajo el supuesto de la suspensión de la atención habitual, las dificultades en los traslados o causas económicas (falta de dinero para hacerlo). Algunas excepciones a esta ausencia de pacientes estuvieron dadas por la especificidad de la atención requerida o por estrategias diseñadas por los equipos de salud para sostener un vínculo con los usuarios, más allá de lo presencial habitual, como se indicó más arriba. Una de estas situaciones particulares, por ejemplo, es la de la atención en un servicio de especialidad del hospital pediátrico de La Plata que, por su particularidad como centro de derivación, mantuvo una demanda sostenida que implicó, según unx de sus profesionales, que

> *"…Hemos tenido que internar pacientes en otras áreas por falta de camas disponibles. También hemos desarrollado una contrarreferencia hacia centros de atención locales, pero no siempre ha sido exitosa. En muchos casos los pacientes han tenido que llegar por sus propios medios a nuestro hospital porque las instituciones locales no les han dado respuesta.". Asimismo, se generaron dificultades en el entorno de la internación, particularmente con las personas acompañantes a quienes resultaba dificultoso hacer cumplir las medidas de prevención y las limitaciones de la circulación. En estos casos, el necesario seguimiento a pacientes que se encontraban en sus domicilios requirió el despliegue de otras estrategias no convencionales para el servicio como "…un sistema de consultas con videollamadas siguiendo los lineamientos generales que dio la Sociedad Argentina de Pediatría".*

El ASPO habilitó "nuevas" estrategias de atención en el ámbito público, como el abordaje telefónico, "una telemedicina, a partir de los recursos disponibles". En "La Salita" fue la manera de reorganización del servicio que permitió encontrar otra forma distinta a la habitual de permanecer en contacto con la población. No obstante, formó parte de una serie de medidas más amplias, diseñadas con la intención de evitar que las personas circularan y/o se acercaran al centro de salud, pero sin desvincularse de él: se instaló una atención por turnos espaciados, se habilitaron nuevas líneas telefónicas –primero de manera informal para constituirse en una demanda para su formalidad– para

---

7 Como expresó la médica pediatra de La Salita, *"…al principio la gente no iba, pasó en marzo. La gente estaba con mucho miedo, no iba a ningún lado,… Como que todo el mundo se quedó en su casa. Le dijeron quédate en tu casa, hay un virus, la gente trato de no ir a ningún lado… o pensaba que no había atención…"*

la consulta y atención que permitió el seguimiento a las familias usuarias del centro, se abrió un Facebook como otra vía de comunicación y consulta. Así, turnos de vacunación, consejerías de métodos anticonceptivos de primera vez, atención y consulta espontánea, fueron factibles a través del encuentro telefónico. A partir de ello, la ausencia de los pacientes se relativizó, ya que el personal de salud se conectaba, pero la población también podía hacerlo, sin que ello invalidara la necesidad y/o evaluación de un encuentro presencial. Armaron su propio protocolo[8] de atención pediátrica, manteniendo los controles presenciales de los más pequeños a los 10 días, al mes, a los 2, 4 y 6 meses, y articulando estos últimos con la vacunación, sin descartar la posibilidad de que ciertas situaciones requirieran otra continuidad. La estrategia de comunicación telefónica se extendió también a familias cuyos niñxs no estaban dentro de los que tenían que concurrir al control, permitiendo conocer no sólo cómo estaban, sino habilitando un espacio para expresar sus preocupaciones

> *"... hay quien les preocupa que están aumentando de peso porque no se mueven mucho y charlar sobre alimentación, hay quienes se hacen pis en la cama de vuelta, hay quienes no duermen bien, aparecieron un montón de situaciones, o enojos."*. (Médicx pediatra).

La preocupación por la cotidianeidad de lxs niñxs del barrio y la búsqueda de hacer del ASPO una situación más llevadera, generaron en este equipo de salud la necesidad de armar "un dispositivo lúdico" para lxs niñxs que se encontraban en seguimiento, que concurrían a la consulta, vacunación y/o control prenatal. Iniciativa que la médica pediatra relata,

> *"… empezamos armar como unas cajas didácticas con cosas para los chicos, con cosas para jugar, para armar, sobre todo con hojas, lápices, para armar pulseras, títeres, con distintas cosas. Yo fui pidiendo cosas y yo fui armando cajitas que les permitiera crear cosas y no que fuese algo que usen una vez y ya está. Y con ellos en la cajita, cuando se planteó todo esto (refiere a la madre que consultó por el malestar que veía en sus hijos) se les envió, justo me contaron que estaban cosiendo los chicos,*

8 *"...De hecho, lo que nosotros armamos fue muy parecido, muy similar, a lo que después armó la provincia en cuanto a los protocolos de lactantes, por ejemplo, cuándo los tenemos que ver igual. Y eso, empezar a llamar. Nosotros teníamos controles de salud de chicos más grandes, bueno decir: `no vengan`, porque se suspende el control de salud de un chico sano de 7 años que era sólo porque lo quería hacer por rutina, pero a su vez decirle al de 2 meses que sí que venga.". (Médica pediatra "La Salita")*

que les estaban enseñando a coser y nosotros teníamos varias telas ahí, entonces les mandamos telas entonces estaban muy entretenidos en la semana cosiendo haciéndoles ropa para sus muñecos. Se transformó en algo terapéutico…".

Al avanzar los meses, la "vuelta de los pacientes" a las instituciones de salud, tal como lo han expresado lxs profesionales, se debió a la necesidad de controles de patología crónicas y/o el requerimiento de la medicación que habitualmente les entregaba el hospital. No obstante, apareció como una limitante, además de que la gente no quería ir al Hospital, la cuestión de los permisos para circular. Ante esto la estrategia de intervención generada al menos por uno de los CAPS fue el trabajo conjunto con los médicos del Hospital: *"… se carga la medicación de la gente que iba a buscarla al hospital en las unidades sanitarias que son centros limpios y lo que es controles los médicos de los centros trabajan en coordinación con los médicos (diabetóloga) del hospital y se atienden en los centros limpios y se derivan por complejidad"* (Profesional médicx CAPS).

V. REFLEXIONES FINALES

"El pasado, condensado en las instituciones, pesa en el presente. El Estado es una condensación institucional de las relaciones sociales y de poder al interior de una sociedad." Basile (2020:3559).

La idea presente en la cita sintetiza una clave de lectura interesante para mirar, reflexionar y pensar acerca de la pandemia, entendida como evento crítico. La recuperación de las voces de lxs entrevistadxs, algunos de ellos conocidxs de experiencias de trabajo pre-pandémicas, permitió acercarnos a cómo ha sido vivida, experimentada y afrontada la pandemia, sobre todo en sus inicios, en el marco de sus espacios laborales.

La mayoría de lxs entrevistadxs, en función de sus pertenencias institucionales, no se encontraban en las "áreas destinadas para covid". No obstante, sus relatos cumplen una doble función: por un lado, nos permite a nosotrxs (lxs otrxs), lxs que nos encontramos por fuera de las instituciones de salud, conocer y hacer visibles aquellas condiciones diversas y desiguales en que los equipos de salud pusieron en práctica, con los escasos recursos disponibles, diversas estrategias creativas que favorecieron y posibilitaron la continuidad del servicio de consulta y atención en un contexto donde las certezas se desvanecían, con opiniones encontradas y atravesados por contradicciones

en los mensajes, y los excesos de información/ desinformación. Por otro, les permite (a ellxs), lxs que con su trabajo cotidiano sostienen/ gestionan las instituciones públicas de salud, expresar esos sentimientos encontrados que remiten a la habituación (naturalización) de su contexto laboral fragilizado y desfinanciado, al miedo al contagio, la angustia ante la posibilidad de transformarse en un riesgo para otrxs, el enojo que pone en entredicho a compañeros de trabajo/colegas, a la preocupación por la situación sanitaria y social de los usuarios, pero también a la incertidumbre y desconfianza que generan las deficientes e ineficientes formas de gestión.

De los testimonios relevados surge el modo en que los procesos de atención y cuidado en todos los niveles e instituciones del sistema de salud se vieron claramente resentidos por la reasignación de personal y recursos hacia la atención de los afectados por la pandemia, con la consiguiente reorganización de la asistencia y la reestructuración de los equipos de salud. Ejemplos de esto lo constituyen la suspensión de los controles periódicos de salud y la vacunación en numerosos CAPS durante los primeros meses de la pandemia, así como de las consultas presenciales de seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles –salvo situaciones de urgencia– en numerosos servicios especializados de los hospitales públicos. Dichas reestructuraciones y las dificultades que conllevaron, pusieron en evidencia las complejas relaciones y tensiones entre diferentes opciones asistenciales y niveles de atención de la salud que, como señala Perdiguero-Gil (2020), preexisten a la pandemia de covid, pero son modificadas o profundizadas a partir de ella. En consonancia con las reflexiones de Vicente, Moreno y Rabanaque (2020) se ha evidenciado que, el papel de la atención primaria de la salud y de sus trabajadores ha quedado opacado frente al lugar central y la alta visibilidad social que en el primer tramo de la pandemia han ocupado los hospitales y las unidades de terapia intensiva (en palabras de Comelles, el "hospitalocentrismo").

En ese marco complejo, como enunciáramos antes, fueron las iniciativas de los equipos de salud las que, en gran parte, garantizaron cierta continuidad en la atención y acompañamiento de los usuarios, a través de estrategias como recuperar la experiencia de la telemedicina, buscar y contactar a los pacientes a través de las historias clínicas, comunicarse con ellos mediante redes sociales, armar recursos lúdicos para enviar a los niñxs, implementar videollamadas con aquellos que requerían un control domiciliario, entre otras.

Vistas en clave temporal, las reflexiones de nuestrxs interlocutorxs, a la vez que permiten conocer y valorizar esas experiencias surgidas en la incertidumbre de un evento crítico, permiten apreciar la magnitud de las emociones puestas en juego (representadas en gran

parte por el temor, pero también por el dolor, el cansancio, la empatía); emociones que, tal como Valadez Montes (2020) registra en el contexto mexicano, emergen de una experiencia colectiva en la que se entrelazan lo personal, lo profesional, lo institucional y el contexto histórico social más amplio.

BIBLIOGRAFÍA

Ardèvol, E., Estalella, A. y Domínguez, D. (coords.) (2008). *La mediación tecnológica en la práctica etnográfica*. Gipuzkoa: ANKULEGI Antropologia Elkartea.

Basile, G. (2020). "SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud". Ciência & Saúde Coletiva, 25(9):3557-3562, 20. DOI: 10.1590/1413-81232020259.20952020

Boletín Oficial de la República Argentina, Resolución 627/2020. Disponible 20/6/2022 en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227068/20200320

Comelles (2020). "Resistir". En: Evangelidou, Stella y Martínez-Hernáez, Ángel (eds.), *RESET. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19,* Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Decreto 260/2020 EMERGENCIA SANITARIA, DECNU-2020-260-APN-PTE- Coronavirus (COVID-19). Disposiciones. Disponible 20/6/2022 en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-260-2020-335423/texto

Fleischer, S., Torres, T., García, J. (2021). "Entrevista: como fazer pesquisa antropológica durante uma pandemia?". *Vivência: Revista de Antropologia,* Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Brasil.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina "COVID-19 RECOMENDACIONES PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN". Disponible 20/6/2022 en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001845cnt-covid19-recomendaciones-para-primer-nivel-atencion.pdf

Perdiguero-Gil, E. (2020). "La covid-19 y las instancias asistenciales". En: Evangelidou, Stella y Martínez-Hernáez, Ángel (eds.), *RESET. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19,* Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Ribeiro, G. L. (2021). "Descotidianizar" el mundo. La pandemia como evento crítico, sus revelaciones y (re)interpretaciones. *Desacatos*. *Revista De Ciencias Sociales*, (65), 106–123. Recuperado a partir de https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2277

Valadez Montes, M. (2020). "Emociones, precariedad y trabajo:

el personal de salud ante la pandemia de covid-19. Reflexión desde un hospital público mexicano". En: Evangelidou, Stella y Martínez-Hernáez, Ángel (eds.), *RESET. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19,* Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Vicente Rabanaque, T., Moreno Rubio, M., Rabanaque Mallé, G. (2020). "Ni todo es covid-19 ni toda la autopercepción sanitaria es heroica". En: Evangelidou, Stella y Martínez-Hernáez, Ángel (eds.), *RESET. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19,* Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Derechos sexuales: una experiencia disruptiva en pandemia

Rossana Crosetto, María Teresa Bosio, Claudia Bilavcik*

Las reflexiones que compartimos son algunos resultados de un proceso de investigación que, desde una perspectiva feminista, interseccional y de derechos, analiza el acceso a los derechos sexuales desde los sentidos y prácticas, instituyentes y emancipadoras, de agentes de salud del primer nivel de atención (APS)[1] dependientes del municipio de la ciudad de Córdoba capital en el contexto complejo y excepcional de pandemia por Covid19 (2020-2021).

Durante la pandemia tanto el estado provincial como municipal en Córdoba, priorizaron la infraestructura hospitalaria, las camas de cuidados críticos, la provisión de insumos biomédicos y la red de laboratorios, como así también la contratación de profesionales del campo de la medicina, usando figuras precarizadas como las pasantías. Los equipos de atención primaria insertos en los territorios de mayor vulnerabilidad social y económica, no se tuvieron en cuenta desde la política sanitaria como estrategias para fortalecer la prevención y atención, de allí el interés por recuperar, desde una mirada cualitativa, las

* Instituto de Política, Sociedad e Intervención Social (IPSIS) - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba . rcrosetto@unc.edu.ar, maria.teresa.bosio@unc.edu.ar, clbilavcik@unc.edu.ar.

1 Atención Primaria de la Salud

diversas narrativas de agentes de salud que forman parte de la APS en el territorio de la Ciudad de Córdoba.

¿QUÉ SUCEDÍA EN LOS TERRITORIOS CAPITALINOS DURANTE LA PANDEMIA?

La pandemia puso en tensión un sistema sanitario que en la provincia de Córdoba venía de un proceso de debilitamiento, debido a las políticas de descentralización y ajuste fiscal desde el año 1995. En esta línea de análisis observamos que estos procesos en la política de salud, tienen el efecto de segmentar el sistema de atención, en lo que respeta a un abordaje integral entre la APS y el segundo/tercer nivel de atención (Ase, I, Burijovich, J, 2006)

El Covid-19 puso en el centro de la escena la importancia de proteger a la ciudadanía durante la cuarentena estricta del aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), bajo la consigna "Quédate en casa". Esta situación de aislamiento social evidenció las desigualdades sociales y económicas preexistentes (espaciales, habitacionales, laborales, culturales, tecnológicas) como los recursos y estrategias para afrontar la pandemia.

Muchas dependencias estatales responsables de dar respuesta a las demandas sociales: escuelas, centros vecinales, comedores comunitarios u otras organizaciones sociales en los barrios implementaron la modalidad de teletrabajo, lo cual implicó la suspensión del trabajo comunitario y en red en los territorios, quedando sólo el centro de salud como el epicentro de recepción de las demandas más diversas, sin información ni recursos para gestionar y lograr resolverlas.

En entrevistas realizadas a agentes de salud de APS, los relatos dieron cuenta de la orfandad y destrato a los que se vieron sometidxs, sin directivas claras por parte de la Secretaría de Atención de la Salud del Municipio:

> … *"Fue muy difícil. Creo que para toda la sociedad fue muy difícil. Pero creo que el principal impacto que sentimos, al menos en el espacio donde estoy, en un centro de salud muy chiquito (…) y con colegas en centros de salud similares, compartimos un poco la sensación de que habíamos quedado solas en los centros de salud, habíamos quedado solos en los territorios"* (E1)

> *"…El mensaje de "quédate en casa" era muy poco solidario y empático, muy individual, quédate en casa y arréglate como puedas, además de culpabilizador si no se obedecía…".* (E2)

En este contexto de crisis sanitaria poco se informó y consultó acerca de cómo abordar la política de salud en los territorios. Al contrario,

se generaron operativos de testeos comunitarios denominados "llevar la Muni a tu barrio", con la instalación de "carpas blancas itinerantes" que hacían testeos y aplicaban el calendario de vacunación y otras acciones sanitarias, con personal voluntario. La característica disruptiva de estas acciones es la desarticulación y des-coordinación con los centros de salud barriales. Lxs trabajadorxs de la salud las denominaban "las carpas del contagio" por su mal manejo sanitario y preventivo.

> … *"las carpas de los contagios que eran manejadas por becarios, voluntarios, no eran trabajadores de salud…"*(E3)

Estas políticas de gestión que fueron impuestas de modo unilateral, según los relatos, dan cuenta del desconocimiento de las trayectorias y enclaves de los centros de salud de Atención Primaria de la Salud (APS) en cada territorio. Los equipos que ahí trabajaban lo vivenciaron como una política descalificadora de las funciones y responsabilidades de sus tareas.

DE ESTO NO SE HABLA...

Una de las primeras directivas institucionales fue poner en suspenso la atención sanitaria territorial, "no se atiende más", hasta que se aclare la situación ante el desconocimiento y desconcierto de una inusual situación sanitaria mundial:

> *"No hubo una mirada de los equipos, o sea, directivas hubo, lo que yo digo es que vos, en una situación de catástrofe como fue y está siendo, vos necesitás trabajo y acompañar a los equipos que están en territorio, eso no hubo… eso no existe en ningún centro, yo estoy seguro"* (E4).

En palabras de una entrevistada:

> *"Se vive como un caos. Aparte, porque digo, nadie puede desconocer que, en medio de eso, nos sentimos muy golpeados, porque a nosotros, desde el primer nivel de atención, nadie vino y nos consultó nada (…) ni para los programas ni para la atención de los pacientes COVID (…) te podría decir, en la atención primaria, no fuimos valorados… aprovecharon esos momentos para recortarnos los sueldos, para precarizar más aún el personal, se aprovechó para todo tipo de circunstancias bajísimas".* (E5)

Esas decisiones políticas se vivieron y expresaron como "*desconcierto*", *"incertidumbres", "agobios"*, "*desamparo*", *"falta de información*", *"falta de cuidados y protección como trabajadores", "falta de reconocimiento*";

que en algunos centros de salud se pudieron abordar en equipo mediante el diálogo, la contención y acompañamiento:

> *"En todo el quilombo de pandemia, no sé si fue lección aprendida como equipo y en personal, nos abocamos, primero, el cuidado del equipo, que eso fue intenso, (…) le pusimos energía y mucha discusión, y mucho malestar, pero lo digo en el sentido positivo, porque fue tramitar la capacidad de poder discutir, que eso no es fácil en los equipos de salud. Invertimos mucho en eso, pero eso fue lo que más nos cuidó, en estas idas y venidas y cambios. Entonces, teníamos mucha discusión, no tanto de arriba, sino nosotros, de qué hacíamos para resolver lo cotidiano (…), eso me parece que no es nuevo, pero reafirmó y ojalá haya permitido instalar una práctica un poquito más colectiva en esas cosas verticales de cómo resolver cualquier tema de ordenamiento en el centro de salud…".* (E6)

La falta de directivas institucionales y políticas claras repercutió en las capacidades y destrezas de los equipos de salud para sortear los procesos de salud-enfermedad-cuidados-atención. Así algunos con experticia y potencialidad desplegaron estrategias de intervención acorde al contexto, como fortalecimiento de redes comunitarias, acuerdos y coordinaciones según trayectorias personales y profesionales. En otros, se generaron conflictos internos y disputas, que condicionaron la calidad y la atención en los territorios, así lo expresan en una de las entrevistas:

> *"Yo tenía compañeros que estaban igual que un vecino con miedo, sin querer hacer, encerrados en un consultorio (…) imagínense que ustedes empiezan y no tienen las medidas de protección, y vos sos medio temeroso o tenés una afección. Dentro de lo que no se contaba, metieron miedo, entonces, el miedo (…) reactiva las cuestiones más discriminatorias y aparece eso del vecino que no se cuida (…), que no le importa nada… ".* (E7)

Diversos malestares y tensiones se fueron resolviendo con el transitar de la pandemia, dependiendo de las trayectorias de los equipos, los procesos de reorganización y dinámicas de trabajo, transitando y adaptándose al contexto de Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO), logrando aprendizajes y mayor seguridad personal ante la vacunación.

La convicción y responsabilidad en mantener lo que se denominan "prestaciones esenciales" en los procesos salud-enfermedad-atención-cuidados en contextos de vulnerabilidad impulsó a los equipos de salud a tomar decisiones con relativa autonomía frente a la falta de

protocolos claros por parte de la gestión de salud municipal. Contexto que lxs desafió a desarrollar estrategias, ensayar diversas respuestas frente a las necesidades materiales y simbólicas de la comunidad, para la protección de derechos, en el marco de los proyectos de planificación local y participativa que se desarrollan con anterioridad a la pandemia, tales como los seguimientos de embarazos, la atención a la salud sexual y (no) reproductiva, a las infancias, violencias diversas, padecimientos subjetivos, adicciones, desempleo, alimentación, entre otros.

Estas prácticas se brindaron teniendo en cuenta dos aspectos: por un lado, en momentos de mayores contagios, la disponibilidad y acceso hospitalario estaban fuertemente condicionados para esta población en situación de pobreza, por la suspensión del transporte urbano de pasajerxs en la ciudad de Córdoba, que ponía un límite material a los traslados. Por otro lado, los equipos en APS, conformados mayoritariamente por profesionales de medicina, enfermería y administrativxs, se vieron reducidos aún más por licencias que no fueron cubiertas y, salvo situaciones excepcionales, ingresaron profesionales bajo modalidad de contrato o beca.

Son proporcionalmente pocos los equipos de salud que dependen de la jurisdicción municipal que cuentan con profesionales de Trabajo Social y Psicología, que en este contexto debieron repensar sus funciones, reorganizarse en función de atender múltiples demandas en los barrios en los que estaban insertos:

> *"A mí me sorprendió que, con este equipo hermoso, como yo les digo, cómo cristalizó el discurso médico hegemónico. Durante gran parte del año pasado, era justificar que lo que hacíamos quienes no éramos médiques teníamos que formar parte también de la agenda (…) la prioridad era COVID, como si lo que atendíamos los demás no tuviera que ver con eso también, como si hubiese posibilidad alguna de que lo que se atendía no tuviese que ver con el contexto. Eso sí fue fuerte para mí, en el sentido de constatar que los proyectos sociales por ahí son más frágiles de lo que uno quisiera, que lo andado hasta acá no hay ninguna garantía"* (E8)

El trabajo de promoción y prevención en salud en el espacio territorial, y la articulación con otras organizaciones locales y/o intersectoriales, escasamente fue promovido como potencia de cuidado comunitario desde las autoridades sanitarias.

> *"Cuando nos juntamos con vecinos para ver, porque yo fui a reuniones colectivas en plena pandemia porque había necesidad en relación a los comedores, no había ninguna directiva de hacer eso (…) no había una lógica comunitaria como las normativas que existen en el municipio para*

> *situaciones de desastres que convocan a todos los actores para pensar juntos, no, apelaron a experto…".* (E9)

No obstante, algunas narrativas de agentes sanitarixs dan cuenta del sostenimiento del trabajo con las organizaciones comunitarias:

> *"Grandes aliadas en el territorio y eso es importante también, que más allá de la pandemia, el contacto con las referentes de los distintos grupos y territorios no se perdió".* (E10)

La articulación con otros niveles de salud se complejiza aún más debido a las dificultades existentes previas a la pandemia. En la mayoría de los centros de salud, se interrumpen estudios complementarios (ecografías, laboratorios, papanicolau), hay discontinuidad en la provisión de algunos medicamentos y métodos anticonceptivos. En el caso de estos últimos, especialmente aquéllos de mayor preferencia y elección de las mujeres (anticonceptivos inyectables) recurriendo en muchos casos a cambios según disponibilidad, para garantizar continuidad.

La función asignada a los equipos en la atención Covid 19 (febriles/no febriles) fue variando en el tiempo y entre los centros de salud, según la infraestructura edilicia o las articulaciones con organizaciones territoriales. En algunos casos, la atención no febril, la entrega de recursos (medicamentos, métodos anticonceptivos) se realizan en centros vecinales/comedores comunitarios, reservando el centro de salud para atención de febriles. En otros, se reorganiza la atención de acuerdo a las instalaciones de infraestructura edilicia disponible.

La utilización de recursos propios para el autocuidado y protección (barbijo, batas, guantes, alcohol), en un primer momento fue cubierto por el propio personal de salud al igual que la disponibilidad y uso del teléfono personal, ya que los centros de salud no cuentan con computadoras e internet, o es muy inestable para afrontar la virtualidad.

El armado de grupos de Whatsapp aparece como una estrategia central utilizada durante el ASPO y DISPO, en distintos planos: I) con la población: como mecanismo de comunicación para el seguimiento y acompañamiento de situaciones problemáticas, de circulación de información y acceso a consultas virtuales. Grupos de comunicación diversos según programas de atención: control de niñxs sanxs, de embarazo, enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, salud sexual y (no) reproductiva, entre otros; II) con las organizaciones territoriales e intersectoriales con las que interactúan en el territorio en la búsqueda de promoción de derechos en salud, III) entre

profesionales del mismo centro de salud y de otros, para acceso a información, desarrollo de estrategias compartidas para dar respuestas a demandas y acceso a recursos institucionales. El desafío constante fue gestionar la pandemia de manera horizontal y armando redes, pero no caben dudas de que, en la mayoría de los casos, las demandas y consultas sobrecargaron al personal en APS, excediendo tiempos y espacio laboral.

Si tenemos en cuenta las coordenadas enunciadas, el lugar desdibujado que tuvo la APS en la estrategia sanitaria general en la ciudad de Córdoba, en los primeros meses de pandemia, coincidente a otros estudios como el Maceira, V, Vazquez, G y otros (2020), se expresó en demoras en la provisión de recursos de todo tipo, tanto para el cuidado de agentes sanitarixs como de la población de referencia; de protocolos y directivas institucionales claras, dificultades iniciales para sostener las prestaciones esenciales, el seguimiento y acompañamiento de situaciones problemáticas que requieren, a su vez, del trabajo en red, intersectorial e interjurisdiccional en salud; cuestiones que se evidencian y agravan en pandemia, pero abren nuevos interrogantes frente a la heterogeneidad y fragmentación estructural de la política sanitaria.[2]

LOS DERECHOS SEXUALES EN PANDEMIA: PRIORIDADES Y RECONOCIMIENTOS EN DISPUTA

¿A qué nos referimos cuando hablamos de derechos sexuales y (no) reproductivos? Crosetto et. al (2022:37) refiere que en

> …"el marco de los Derechos Humanos y sociales, se considera a los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos inalienables, intransferibles e indivisibles que implican autonomía y capacidad de las personas a decidir libre, responsable y placenteramente. Siguiendo a Josefina Brown (2008): los derechos relativos a la seguridad en el embarazo, parto, puerperio, pero también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida; es decir aquellos eventos relacionados con la reproducción; los derechos relativos a decidir si tener o no hijos/as, a decidir con quién, cómo y cuántos; a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con

2 La atención primaria de la salud en pandemia: ¿qué pasó en los territorios cordobeses? | La tinta, ver en file:///C:/Users/Business/Desktop/escritorio%202021/universidad2021/publicaciones/investigacion%202021/La%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20la%20salud%20en%20pandemia_%20%C2%BFqu%C3%A9%20pas%C3%B3%20en%20los%20territorios%20cordobeses_%20_%20La%20tinta.html#:~:text=13%20septiembre%2C%202021%20by%20Redacci%C3%B3n%20La%20Tinta

> anticoncepción y aborto; y los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia. Este eje es parte de unos de los objetivos del Milenio acerca de la Reducción de la Mortalidad Materna y el acceso a la efectiva cobertura de Salud; y se inscribe en el debate por el acceso a la autonomía y a la autodeterminación en materia de salud sexual (aborto legal)".

Los derechos sexuales y (no) reproductivos entran en escena, en el campo de la salud pública a través de las normativas jurídicas, las políticas sanitarias y los programas que se implementan. Específicamente a través de la provisión de servicios y de las prácticas concretas de lxs agentes de salud que habilitan o restringen el acceso y ejercicio de estos derechos. Acciones que "… no son consideradas sólo como el cumplimiento de mandatos morales o políticos, sino como la vía escogida para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos…" (Abramovich, 2006: 36).

El acceso y efectivización de los derechos sexuales, con una multiplicidad de prácticas y discursos en tensión y disputa al interior de los equipos de salud, desde hace veinticinco (25) años en el municipio capitalino se agravaron aún más durante la pandemia quedando la garantía del derecho en manos de los efectores de salud, y en consecuencia ligados a sus actos y producción de sentidos y significados (estigmas, creencias, interpretaciones, etc.) Brevemente interesa destacar también que, dentro de las capacidades estatales vinculadas al tema, la continuidad de insumos anticonceptivos no ha sido socio-históricamente una variable estable. Fuertemente atravesada por contextos políticos interjurisdiccionales, la provisión de métodos anticonceptivos ha sido una limitante no sólo en términos presupuestarios sino también con incidencia en la capacidad de decidir de manera autónoma de las mujeres y disidencias en relación al propio cuerpo y el derecho al ejercicio libre, responsable y placentero de la salud sexual. Por el otro, la adhesión temprana de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba (DAPS) en garantizar de manera segura, pública y gratuita el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE)[3] y la provisión oportuna de Misoprostol.

> *"Teníamos Misoprostol sí, sí el que nos provee Nación directamente a la Muni, a través de lo que hemos gestionado de la Comisión. Yo después creo que el funcionamiento de la Comisión de Salud Sexual Integral de*

3 Se hace referencia a ILE ya que en ese periodo de trabajo de campo aún no estaba aprobada la ley nacional 27610

> *la Muni nos permitió a muchos centros de salud poder sostener, en un momento como digo que no había ninguna directiva de nada..."* (E11)

En intervenciones de mayor complejidad (procesos de hormonización, métodos de anticoncepción quirúrgica permanentes, entre otros), los mecanismos de referencia y contrarreferencia son escasos o casi nulos. Para tratamientos oportunos y adecuados generalmente se despliegan estrategias de derivaciones reconstruidas artesanalmente sobre la base de relaciones sociales y capitales culturales del personal de salud, más que por procesos interinstitucionales de gestión política entre jurisdicciones y niveles de atención en salud, en la Ciudad de Córdoba.

Este escenario, agravado por la incertidumbre y la excepcionalidad de la pandemia, ponderó las condiciones materiales y simbólicas vinculadas al acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos de maneras diversas.

Los equipos de salud priorizan la atención del Programa de Salud Sexual, aunque reconocen

> *"que las prácticas tienen que ver con las buenas voluntades.... depende de las redes y compromisos (ya que) el sistema da una respuesta muy pobre."* (E12)

En cuanto a las estrategias incorporadas en la atención, el uso del wasap y las redes se convirtieron en el mecanismo de circulación de información/comunicación entre profesionales y entre éstxs y la población; posibilitando el acceso a la información, a la consulta de manera clara y oportuna, aunque en muchos casos, sobrecargó a lxs trabajadorxs de salud, por fuera del espacio-tiempo socio-laboral.

Otro aporte significativo es la articulación, acompañamiento y seguimiento por parte de la "Comisión Interdisciplinaria de Salud Sexual y No Reproductiva", que formada por profesionales y trabajadoras de APS municipal e integrantes de la "Red de Profesionales por el Derecho a Decidir[4]", posibilitó asegurar prácticas de ILE/IVE en pandemia, acceder a MAC, pero también contención y apoyo para lxs propixs pares –trabajadorxs y profesionales de salud– ante la ausencia del estado municipal frente a los cuidados del personal de salud.

Estas prácticas instituyentes y emancipatorias para garantizar la efectivización de los derechos sexuales emergen como potencia en pandemia desde abajo mediante la acción colectiva e identitaria de lxs propixs trabajadorxs de APS municipal tensionando la in-acción estatal o bien las prioridades en salud en esta coyuntura, puesto que:

4 http://redsaluddecidir.org/quienes-somos/

- se suspendieron exámenes complementarios de análisis, ecografías dentro de los controles ginecológicos como el trabajo de prevención y promoción en los territorios.
- aumentaron las discontinuidades y faltantes de métodos anticonceptivos. Especialmente los más elegidos por las mujeres como inyectables e implantes. Ello produjo que no pudieran tener continuidad con el método elegido, sino tomar lo que les ofrecía el personal de personal. Esta situación acarrea otras complicaciones como el rechazo, no adherencia, el abandono en el uso de los mismos y desfases en el cambio de método con el consabido riesgo de embarazos no deseados.
- no se realizaron derivaciones por prácticas quirúrgicas como ligadura tubaria y en los hospitales de referencia, sólo se realizaron por excepciones. Esta práctica de difícil acceso antes de la pandemia se vio totalmente obturada en este escenario.
- aumentó la demanda para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), a partir de la sanción de la Ley 27610 en diciembre del 2020 y existencia de Misoprostol. Lo que cambió la pandemia fue acortar los tiempos de seguimiento para las interrupciones, tener que incorporar la telemedicina como recurso. La Comisión de Salud Integral y la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir fueron quienes realizaron articulaciones, capacitaciones, un trabajo intenso con algunos equipos para lograr el acceso.

ALGUNAS LÍNEAS PARA CONTINUAR PENSANDO

La pandemia puso en descubierto el ajuste que han atravesado las políticas sanitarias en la ciudad de Córdoba, particularmente en el primer nivel de atención en salud.

En relación a los Derechos Sexuales y No Reproductivos (DSyNR), los avances normativos no necesariamente tienen aplicación por parte del personal de salud que disputa a partir de sus prácticas y representaciones sentidos por las sexualidades, la reproducción, anticoncepción y aborto de mujeres y personas gestantes, visibilizando (o no) a otras identidades sexo-genéricas. Las contradicciones entre el modelo hegemónico, patriarcal, heteronormativo y el enfoque de derechos e interseccional en torno a las capacidades de decidir de las personas sobre sus cuerpos, estuvieron presentes en pandemia.

En este cuadro de situación pensar el tránsito a la pos pandemia no resulta sencillo, pero se visualizan algunas ventanas de oportunidad que desde los relatos del personal de salud capitalizan como aprendizajes tales como la revalorización de la presencialidad y el

cuidado compartido en los territorios y en el primer nivel de atención. El trabajo en equipo y en red entre profesionales permitió el sostenimiento del trabajo en los territorios a fin de garantizar el acceso, aún con limitaciones, a los métodos anticonceptivos y a la interrupción voluntaria del embarazo, en el marco de construir una mejor atención ubicada en la centralidad del sujetx y sus condiciones de vida, desde una mirada integral acerca de la salud y desde una perspectiva de los derechos humanos. Consideramos necesario en este escenario jerarquizar la atención primaria de la salud y el trabajo en el territorio, la articulación de las redes entre las organizaciones sociales y las instituciones del sector salud y sobre todo la interdisciplinariedad en el abordaje adquiere una fundamental importancia en lo que implica la complejidad del entramado del territorio, en sus configuraciones y dinámicas heterogéneas y garantizar sobre todo en lo significa abordar estas problemáticas desde la perspectiva del enfoque de derecho.

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. CEPAL. (35-50).

Ase, I. (2006). "La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal" en . *Salud colectiva*, *2*(2), 199-218. Recuperado en 19 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200008&lng=es&tlng=es.

Brown, J. (2014). Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos reproductivos y sexuales (1990-2006). Ed. Teseo. Bs. As.

Crosseto R., Bosio M. (2022). "Los derechos sexuales en Salud Pública: prácticas y representaciones en el primer nivel de atención de la Ciudad de Córdoba"- 1a ed. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales, 2022. Libro digital, PDF Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-950-33-1676-

Maceira, V., Vazquez, G. y otros (2020). "Pandemia y desigualdad social: los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo y obligatorio". Revista Argentina de Salud Pública. Suplemento COVID-19. Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Las 'psicosociales' no somos asistentes

Reflexiones en torno a la atención del área psicosocial en dispositivos del primer nivel de atención en Pandemia por COVID19

María Clara Fariña*

PRESENTACIÓN

Este trabajo se realizó en el marco del Tercer Año de la Residencia de Trabajo Social en un Hospital de la zona sur de CABA. Mi formación de posgrado se desarrolló en más de su mitad en contexto de Pandemia por COVID-19 desde un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) del primer nivel de atención. Lo que me permitió intervenir en primera fila en las acciones de promoción, prevención y atención de personas con sospecha de COVID, desde diversos dispositivos de atención de una institución del primer nivel de atención en salud, y en la gestión de políticas públicas en salud en un contexto de reformulación de posibilidades constante.

Ante dicha práctica profesional es que me propongo recopilar algunas reflexiones en torno a la experiencia de acompañar e intervenir en situaciones de personas que contrajeron COVID en un contexto de desconocimiento y constante aprendizaje.

Se destaca que el compromiso de todo un equipo de trabajo en salud, con mirada interdisciplinaria y desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud, fueron los pilares fundantes de una práctica integral, participativa y de derechos en salud.

* Residencia de Trabajo Social (CABA). Integrante de la Colectiva de Salud Feminista
clarifarina89@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Con motivo de la pandemia por COVID 19 que atraviesa el mundo desde Diciembre de 2019 hasta la actualidad, la modalidad de atención en el primer nivel del sistema de salud debió modificarse a los fines de poder dar contención a la demanda por síntomas asociados al COVID 19 y adaptarse a los protocolo y al advenimiento de nuevas intervenciones y estrategias. Teniendo en cuenta la contagiosidad del mismo, los desconocimientos sobre los procesos de atención de salud, los miedos e inquietudes ante la letalidad del virus, las actividades cotidiana del equipo de salud de un CeSAC entablado en el interior de un barrio popular, debió proponerse diversos espacios de debate, actualizaciones profesionales y decisiones en torno a la forma y modalidad de la atención de la salud de la población.

El Ministerio de Salud indica que por el aumento de la demanda de consultas por sintomatología asociada al COVID 19 debía garantizarse la adecuación de un consultorio para la atención en condiciones de seguridad. El consultorio asignado debía cumplir con ciertos criterios y acondicionamientos particulares de manera que pudiese garantizar el cuidado de les profesionales y de las personas con síntomas. Entre los requisitos se destaca: *"los mínimos elementos necesarios para ello: camilla, elementos para revisar al paciente tensiómetro, estetoscopio, termómetro, oxímetro. Retirar mesas, computadoras, balanzas, recetarios, las paredes libres de afiches o carteles. Solo lo que sea imprescindible para revisar ¡cuanto más despejada esté el área mayor seguridad para el operador!"* (Protocolo del manejo de atención de pacientes sospechosos de infección por Covid-19 en el ámbito de consultorios de atención primaria 08/04/2020).

Ante la imposibilidad de que el profesional médico pueda salir del consultorio sin realizar todo el procedimiento de limpieza y quita de elementos de protección personal para el registro de la consulta, la anamnesis y la conducta a tomar, e incluso solicitar asistencia en situaciones de urgencia se acuerda en el equipo de profesionales la construcción de una estrategia que permitiese construir y sostener dicho consultorio y que ésto signifique una atención integral y acorde a la necesidad y urgencia de las situaciones que se presentaron.

Como producto de éste acuerdo para el desarrollo de la tarea cotidiana resultó en la construcción de un consultorio de respiratorios con una modalidad singular. Es por ello que se propuso en primera instancia que se establezca una dupla de profesionales para dicho consultorio con el fin de poder asistirse mutuamente en la evaluación profesional de la situación. Dicha dupla fue conformada por un médico/a (en interior del consultorio con todo el EPP completo)

y una profesional de la salud (Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Psicopedagogía, Antropología) desde el exterior del consultorio como profesional de apoyo.

La propuesta del equipo psicosocial como parte de la atención en ese consultorio resultó en primera instancia de vital aporte a la construcción de la entrevista, registro y seguimiento de situaciones, dando respuestas alternativas a la incógnita sobre la atención de urgencias en el consultorio de respiratorios de una institución de primer nivel de atención. Se destaca que entre los debates del equipo, se entrelazaba la importancia de construir abordajes que promuevan la interdisciplina y que permitan, ante tanta incertidumbre sobre los circuitos, las formas de atención y las modalidades y posibilidad de aislamiento, sostener una lógica de atención primaria de la salud con mirada territorial.

A continuación se propone realizar un análisis sobre la experiencia de atención en dicho consultorio. El análisis es principalmente cualitativo, recopilando reflexiones sobre la práctica del equipo de salud. Para su elaboración se han realizado lecturas bibliográficas temáticas, así como se han considerado reflexiones y aportes del cuaderno de campo. Se pretende registrar el recorrido de construcción de objetivos y funciones de consultorio destacando algunos obstáculos y facilitadores; compartir reflexiones de los aportes del equipo psicosocial al dispositivo y la construcción de estrategias de atención integrales. Por último describen algunas reflexiones teórico-prácticas en torno a la intervención desde el Trabajo Social.

LA PANDEMIA POR COVID Y LAS INEVITABLES ADAPTACIONES DEL EQUIPO DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El CeSAC se encuentra entablado en uno de los barrios de la zona sur de CABA que posee los mayores índices de vulnerabilidad social y económica (ASIS, 2016). Por su historia y su constante intervención comunitaria el CeSAC se constituye en una institución de referencia para la población de las manzanas aledañas.

Con el arribo de la pandemia por COVID 19 y la transmisión comunitaria del virus SARS-cov 19 muchas instituciones estatales y de trabajo comunitario suspendieron la presencialidad. Sin embargo, el CeSAC por convicción y por necesidad se mantuvo abierto, siendo para muchas personas el único lugar de referencia barrial. No sólo se sostuvo la atención médica sino también la de las áreas psicosociales. Como consecuencia, la referencia que las personas tienen para con el CeSAC, se hizo más evidente. Reflejándose en un aumento en las demandas en relación al acceso a políticas públicas y de atención médica que con anterioridad no se percibía.

Desde el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, se establecieron Protocolos de Manejo de Caso Sospechoso de COVID19[1], donde se difundían los síntomas, los criterios de aislamiento, internación y alta. En ninguno de ellos, se establecía cómo o se brindaban lineamientos para la construcción del acompañamiento profesional, la organización de la dinámica y rutina familiar y laboral para transitar la enfermedad de la mejor manera posible, comprendiendo las necesidades y realidades de cada familia. Es en este punto, donde se considera que fueron los equipos de salud interdisciplinarios quienes jugaron un rol fundamental.

Por otro lado, desde la gestión gubernamental el foco principal desde el inicio de la Pandemia estuvo en garantizar la atención de toda persona que presentase síntomas reduciéndola a la atención hospitalaria. A comienzos de la Pandemia, los efectores del primer nivel no fueron considerados como lugares de atención de COVID19. Lo que resultó en indicaciones que priorizan la derivación directa sin ingresar la CeSAC, al igual que no se realizaban indicaciones para reducir y atravesar la sintomatología, sino sólo evitar que se propague el virus. El hisopado PCR para COVID19, se realizaba únicamente en el Hospital de referencia o en el punto del Programa Detectar más cercano. Plantea el protocolo: *"A las personas [...] que no presenten signos que requieran atención inmediata, se les colocará un barbijo quirúrgico y serán referidas a las unidades febriles más cercana. De presentar síntomas o signos de gravedad, se colocará barbijo quirúrgico y se evaluará al paciente en un consultorio de aislamiento."* (GCABA, Mterio. de Salud, 2020:1) Con una normativa ministerial que plantea estas intervenciones es que comienza el armado de un consultorio de aislamiento para las personas que se presenten al CeSAC con sintomatología sospechosa de COVID19. Desde la mirada territorial, la propuesta se reformuló incorporando la asistencia directa de la persona con síntomas de manera interdisciplinaria, contraponiendo lo fragmentado y biomédico de la normativa.

En sentido de lo expuesto hasta aquí, los aspectos de la práctica del consultorio de respiratorios que derivaron en puntos de análisis:

Proponer un consultorio de "aislamiento" reproduce ciertas ideas y pensamientos en torno a la misma. Aislamiento, soledad, desinformación, incomunicación, enfermedad, distancia, muerte, entre otras. Podría inferirse que de alguna manera, adelantó el recorrido que deberá atravesar la persona si tiene COVID19. Aislamiento, también

1 A lo largo de la Pandemia se llegaron a elaborar alrededor de 44 Protocolos de Manejo de Casos Sospechosos. Muchos de ellos con modificaciones con una frecuencia semanal.

puede referir a ciertas prácticas de atención sanitaria deshumanizantes, desconsideradas de la realidad de las personas, sin diálogo. Lo que puede derivar en rechazo a pasar por esa instancia. Por otro lado, puede aludir a la no intervención por parte del equipo profesional. Es por esto que el equipo profesional decidió redefinirlo como "consultorio de respiratorios".

La construcción de los objetivos específicos para el consultorio de resultó en la habilitación de un espacio para una entrevista y anamnesis a cada persona que presentase síntomas asociados con COVID19. Con un registro exhaustivo y personalizado de contactos estrechos, familiares, red familiar y social de acompañamiento. Ambos profesionales abordaban lo relacionado a contactos estrechos, transmisión de información, coordinación de la dinámica familiar, así como la contención de las angustias, miedos e incertidumbres que el proceso de diagnóstico y posible aislamiento pudiesen generar.

Por el consultorio de respiratorio pasaron casi 400 personas durante el año 2020.

LA EXPERIENCIA DEL CONSULTORIO DE RESPIRATORIO COMO APERTURA A LA INTERDISCIPLINA EN SALUD

Toda intervención desde el efector del CeSAC se basa en la perspectiva de atención primaria de la salud que propone entre sus lineamientos abordar la salud desde una mirada integral y territorial. Es decir, que incorpora a sus intervenciones acciones de carácter comunitario, considera el contexto sociofamiliar del cual proviene la persona que solicita atención, incorpora aspectos de la vida cotidiana que enferman y curan a la población, con la intención final de favorecer a un proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados integrado.

Como fue introducido en el apartado anterior el consultorio de respiratorios es un dispositivo de atención en salud interdisciplinario. Donde se disuelve la lógica de las profesiones psicosociales como auxiliares de la medicina. Esto se fundamenta principalmente en que con el transcurso del consultorio las intervenciones y acompañamientos realizados no habrían sido posible sin esa dupla profesional (medicina-psicosocial). La entrevista conjunta se constituyó en la herramienta fundante del acompañamiento de personas con síntomas asociados a COVID19 y posterior confirmación, de acompañamiento en el aislamiento. Mallardi (2010) plantea a la entrevista como una de las principales herramientas táctico-operativas del Trabajo Social. Es la herramienta que nos permite adentrarnos en la problemática social, ubicando cómo ésta se relaciona con otros aspectos de la vida cotidiana. En el campo de la salud es el espacio habilitado para trabajar los miedos e inquietudes que una posible enfermedad pueda acarrear.

Mallardi (2010) plantea que la entrevista *"forma un todo dialéctico, mediatizado por el contexto en el cual se produce"(pg 46)*. Es decir que no es un hecho aislado, sino que se encuentra atravesado por lo producido por fuera del encuadre de una intervención profesional en salud, en este caso con el adicional de la pandemia. Por lo que, no es posible considerar lo abordado en el consultorio de respiratorios como ajena al contexto en el cual se desarrolla. Lo surgido en la entrevista, las preguntas y las estrategias propuestas deben de tener en consideración el contexto cotidiano que trae la persona que solicita atención. Por lo tanto, en el intercambio, en la construcción de un diagnóstico se ponen diálogo saberes y realidades mutuas.

La entrevista conjunta se constituye en la principal herramienta táctico-operativa de la intervención profesional en salud. Como plantea Mallardi (2010) la entrevista se define de manera polílógica mediante la incorporación de diferentes lógicas sociales que actúan en el momento de su desarrollo, y para la cual el diálogo se vuelve el núcleo de la intervención, ya que mediante el diálogo se produce un recorte analítico sobre la situación problemática que trae le usuarie, para así arribar a la construcción de un nuevo conocimiento que incorpore la comprensión del mismo y que supere la aprehensión inmediata de los problemas sociales. En palabras de Travi (2010), la construcción de un conocimiento nuevo en la entrevista *"permite dar cuenta de cómo determinadas situación o problema social afecta de manera particular y en sus manifestaciones concretas a una persona o grupo, avanzando paulatinamente hacia grados cada vez más profundos de comprensión"* (Castro, 2013: 22). Es decir, que mediante el diálogo en pos de la comprensión de cómo es vivido un problema social se permite el pasaje de la construcción de una demanda a un problema de intervención profesional. La entrevista es el campo de disputa por la construcción de ese nuevo saber sobre la situación problemática, sus posibles acciones para revertirla o para generar algún cambio.

Por otro lado, el relato de la situación problemática que se pone en juego y la posterior reconstrucción en la entrevista conjunta se traduce en un relato de la enfermedad (Cortés, 1997). Este relato se inicia en el reconocimiento de los sujetos del atravesamiento de una problemática, emoción y sensación corporal que no se puede resolver en su individualidad y singularidad. De manera tal, que podría decirse que refleja una interpretación sobre los propios síntomas, los atravesamientos de miedos e inquietudes por la próxima intervención. Situación problema que posteriormente se deposita en el profesional de la salud. Y donde espera la devolución de un saber sobre el accionar o la cura frente a la situación de enfermedad que se presenta. Es decir, asistir a una consulta médica o profesional ante alguna dificultad

significa, para la autora, solicitar otra mirada sobre la realidad que se vivencia, la cual implica una reformulación del sí mismo. Sin embargo, adscribiendo a la perspectivas de la salud como derecho y con una mirada integral, no es posible plantear la posibilidad de que exista una respuesta unicausal al planteo de un problema de salud. Si no que constituir estrategias desde un equipo de salud con mirada integral significa apostar por una construcción espiralada, multicausal y con múltiples avances y retrocesos en su propia construcción. Dice Cortés (1997) al describir la construcción del relato de enfermedad y las construcciones internas previas de les sujetes al solicitar intervención profesional en salud: *"La noción que proponemos, corresponde a la de un sujeto no definitivamente instalado en sí mismo, sino reformulándose; y a quien la enfermedad coloca en una situación de vacilación e incertidumbre respecto de su propia imagen."* (pg 91). Resulta interesante poder relacionarlo también con la posibilidad de construir estrategias de abordaje en situaciones de mucha incertidumbre y enmarcado en un contexto de desinformación y contrainformación constante. Por lo que es en este sentido que adquiere importancia la construcción de un consultorio específico donde poder abordar y contener las consultas por sintomatología asociada a COVID19.

Por su parte, la construcción de un diagnóstico social en salud actualmente se aleja de la propuesta del siglo XIX que sólo atendía a los condicionantes económicos haciendo hincapié únicamente en los recursos provenientes de los ingresos a los fines de considerar el acceso a la ayuda social (Travi, 2012). La construcción de un diagnóstico social implica, entonces la adquisición de ciertas herramientas de comprensión y análisis de la situación social que se nos presenta: *" es un proceso de construcción y producción de conocimiento e información sobre la manera en que determinadas situaciones, necesidades o problemas sociales afectan la calidad de vida de sujetos individuales o colectivos, o vulneran sus derechos, basado en el saber teórico-práctico del profesional y en la perspectiva de los sujetos"* (Travi, 2012, 16) para la toma de decisiones. Desde la atención de salud, la construcción del objeto de intervención apunta al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Como su mismo nombre lo indica refiere a un proceso que se caracteriza por su movimiento y transformación. Lo cual se traducirá en diagnósticos también en movimiento y constante transformación. Por lo tanto, los acuerdos de intervención profesional también deberán construirse como un proceso y significarán construcciones colectivas. Es decir que no podemos arribar a estrategias profesionales aisladas o estrictamente disciplinares. El diálogo con otros/as profesionales y con las personas que vivencian dicho proceso, resulta fundamental. En este sentido, la propuesta del abordaje de la

salud en el consultorio de respiratorios por sospecha de COVID19 se constituyó en el espacio por excelencia para construir diagnósticos sociales y salud ante la pandemia que nos atraviesa.

Por otro lado, en la construcción de diagnósticos sociales se entrelaza la lógica territorial de abordaje de la salud. El consultorio aparece como oportunidad para conocer nuevas situaciones de salud de la población del barrio y como aquel espacio en donde construir conjuntamente (profesionales-usuaries) una estrategia acorde a cada situación, donde la persona con síntomas pudiese relatar sus sensaciones y realidades al momento de pensar en tener que hisoparse y aislarse ante un resultado positivo.

En toda consulta-acompañamiento el armado de la estrategia fue singular y particular. En diversas oportunidades las personas arribaban al consultorio del CeSAC por imposibilidad de acceder al Hospital y con miedo a reconocer que sus síntomas podrían ser de COVID19. Promovidos en parte por la comunicación interna barrial, tanto de las dificultades y experiencias vividas por otros vecinos/as, como de la atención singular en el consultorio de respiratorios. Lo que resultó en un pasaje de la negación de enfermedad, a la angustia por contraerla, de la desconfianza en su existencia a la búsqueda de contactos que justifiquen el contagio.

Por consiguiente, luego de la atención se desplegaba otro camino de conflictos relacionado con el seguimiento de la situación una vez que la persona salía del consultorio. Una vez que se realizaban las indicaciones correspondientes la persona debía retirarse (en ambulancia, en micros otorgados por el Ministerio de Salud, o por sus propios medios) para asistir al Hospital para la realización del hisopado y/o su ingreso a internación. Lo que resultó en la pérdida del contacto y el acompañamiento directo del equipo profesional de salud. La sensación de abandono era mutua. En éste aspecto, se considera que la estrategia del consultorio de respiratorios y la atención interdisciplinaria, adquiere su relevancia. Ante tanto contexto de incertidumbre dialogar en torno a la organización de la dinámica familiar y personal de "lo que se venía" resultaba fundamental. Siendo que muchas de las personas asistían al consultorio con lo puesto, pensando en que los vería un médico/a que le daría una medicación y volvería a su casa con su rutina habitual, construir los posibles procesos de atención de la salud resultaron en desafíos.

En resumen, la superación de lo estricta y normativamente establecido en las normativas ministeriales de manejo de sospechas y casos de COVID19 positivos en barrios populares de la CABA, permitió elaborar estrategias de atención de salud con mirada integral, anclada territorialmente y con estrategias comunitarias. Todas estas

enmarcadas en la modalidad de abordaje de la atención primaria de la salud en un contexto de pandemia.

En sentido de lo expuesto hasta ahora, el abordaje de las situaciones de covid19 (desde la detección de síntomas hasta el acompañamiento post alta) implica pensar una atención de salud con mirada integral y de derechos. Se destaca entonces las reflexiones compartidas de Carbón y Martinez Liss (2019) acerca del abordaje de la salud desde la ternura como herramienta ante el desamparo: *"Ese destino de desesperanza, desesperación y soledad propio de esta época puede cambiar si se produce una consulta y un encuentro. Si en esa consulta un sujeto se encuentra con un analista capaz de alojar el sufrimiento y leerlo en términos de desamparo ofreciéndose como agente de la ternura."* (pg 176) La posibilidad de construir encuentros mediante el sostenimiento de la atención presencial, en un contexto donde aún hoy se prima el distanciamiento de les sujetes, se constituye en la principal herramienta de abordaje de los acompañamientos en salud. Encuentros en donde el aporte del equipo psicosocial para pensar un abordaje integral, no fragmentado ni reducido a lo meramente biologicista, resultan en la principal herramienta de construcción de la Salud. Para les autores: *"La ternura es el primer elemento que hace del sujeto, sujeto social, porque es un dispositivo social. Sin la mediación de la ternura los sujetos se encuentran expuestos a situaciones de sufrimiento, injusticia y violencia que llevan a la desesperanza y a la desesperación"* (pg 176) Desde este posicionamiento y del análisis de las autoras se destaca que mencionar a la ternura como posicionamiento ético-político profesional desde el cual construir las intervenciones no significa reproducir aquellas que desvaloricen o minimicen la problemáticas vividas por la población, sino todo lo contrario. Apuntan a la construcción mediante la empatía y el reconocimiento del otro/a. Intervenciones que en el encuentro, el diálogo y la reflexión se pueden construir acuerdos que favorezcan a una cultura de la salud desde la perspectiva integral.

Nos aproximamos a constituir que la atención en salud significa la construcción de estrategias singulares, acordes a los diagnósticos de la realidad que como profesionales de la salud construímos en pos de garantizar el derecho a la salud. En este sentido, Spinelli aporta en su análisis sobre la organización del trabajo en salud que la acción del profesional de la salud está *"dominado por lo artesanal, que detrás de la ilusión de la "objetividad científica" su práctica cotidiana se aproxima más a la del artesano que a la de la máquina."* (Spinelli, 2014, 295) En este proceso artesanal de intervención en salud, la organización de la gestión a nivel organizacional y de construcción de políticas sociales, también necesita de alguna forma, de acciones creativas y originales que permitan que el equipo profesional se haga de recursos para

la intervención. Construcciones que resultan en la base de toda cotidianeidad en la atención de un equipo interdisciplinario de salud. Como por ejemplo resulta la propuesta singular del consultorio de respiratorios.

REFLEXIONES FINALES

Tomando como bandera que les profesionales psicosociales también somos esenciales y que no vimos nuestras tareas agotadas con el distanciamiento social que promovió la Pandemia por COVID19, la constitución de equipos interdisciplinarios, con capacidad para crear estrategias de atención en salud integrales e integradas, resulta fundamental para pensar la construcción de políticas que la mitiguen. La pandemia también significó la emergencia de problemas sociales complejizados, que precisaron de intervenciones profesionales acordes a esas nuevas manifestaciones. Resulta por lo tanto imposible pensar que sólo desde la disciplinas médicas se pueda elaborar resoluciones o estrategias que favorezcan a una respuesta a dichas problemáticas. La Pandemia se constituye en un proceso intrínsecamente social, por su emergencia y su incidencia desde y hacia procesos sociales.

En consecuencia, y como parte de la experiencia de intervención se considera que la palabra cumple una función de vital importancia en la intervención profesional. Se evidencia la necesidad de una escucha activa para la construcción de diagnósticos. No sólo diagnósticos médico-hegemónicos, sino también (y tal vez más importantes por su grado de complejidad) sociales. El consultorio de respiratorios se constituyó así en el espacio por excelencia para la construcción de diagnósticos y estrategias integrales de atención. La incorporación de la palabra de les sujetes, los miedos e inquietudes, la construcción de lo que vendrá una vez se salga del consultorio, la atención a los síntomas y la elaboración conjunta de una nueva organización familiar frente a una posible enfermedad, fueron elementos de vital importancia y aprendizaje en el acompañamiento de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en efectores del Primer Nivel. Acciones que no sólo fueron aplicadas y experimentadas en el dispositivo del consultorio de respiratorios. Sino, que hacen también a la construcción de las modalidades de atención de un sistema sanitario con perspectiva de integralidad y de derechos.

Acompañar procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados significa abordar el campo de interpretaciones que se ponen en juego en una entrevista, abogando a la comprensión de las múltiples realidades en las que vivimos. Realidades que abarcan diversos aspectos, y en las que desde el Trabajo Social (y otras ciencias sociales dentro del

campo de la salud) tenemos herramientas para reflexionar y generar nuevas oportunidades. En este sentido, la intervención del profesional se encuentra enmarcada en encuadres mediados por las políticas sociales y sanitarias. Ellas brindan el marco de intervención de las instituciones del sistema de salud. También, brindan algunos recursos posibles para la acción concreta en la realidad del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Cabe destacar a Spinelli (2014) quien analiza:

> "Detrás de la apariencia de evidencias, algoritmos y guías clínicas se esconde una práctica sin conceptos –"sentido práctico" dirá Pierre Bourdieu– en la que se trata de montar un trabajo artesanal (lo real) en una línea fordista (lo imaginado), ignorando el alto poder generativo del lenguaje como parte central de la organización (lo simbólico)." (Spinelli, 2014, 296)

El autor reconoce así la palabra como la herramienta primordial de la atención en salud. La palabra como vinculante con un otro/a, como pilar de la relación usuario/a-profesional, y de alguna otra manera también, usuario/-gestión en salud. Esto pudo observarse no sólo en la construcción y las reflexiones prácticas surgidas en el consultorio de respiratorios, si no en todo el proceso de práctica dentro del sistema de salud. En el primer nivel, tanto como en el segundo y en nivel central. El abordaje de la atención en salud mediante la palabra sanadora.

Por lo tanto, construir estrategias de abordaje en un contexto de crisis como que el nos encontramos atravesando, donde la Pandemia nos obligó a suspender actividades de nuestra vida cotidiana, y que obligó al sistema de salud a tener que ser la cara más visible de una respuesta estatal, se constituye en un desafío. Desafío que aún hoy habiendo pasado más de un año y medio, continúa vigente en cuanto a la valorización de la reflexión sobre la praxis, y su vinculación con la teoría como camino para construcción de un nuevo sistema integrado de salud. Con la manifestación de problemas sociales que no pueden ser respondidos desde una sola posición disciplinar, y mucho menos construída desde una sola disciplina hegemónica. Es en ese sentido, que nuestra profesión adquiere un rol fundante en la construcción de reflexiones prácticas, y no por eso alejadas de la teoría.

BIBLIOGRAFÍA

Castro, S. (2013) La Construcción del Problema en Trabajo Social: Reflexiones en torno a la comprensión y la singularidad de la dimensión familiar. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Año 3 Nro 6.

Cortés, B. (1997) Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. Nueva Antropología, vol XVI, Nro 53,pp. 89-115. Asociación Nueva Antropología A.C. Distrito Federal, México.

Mallardi, M. (2010) "La entrevista en Trabajo Social. Aproximaciones a un objeto polilógico" En: *Oliva, A. Y Mallardi, M. (comp.) Aportes táctico- operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social. Tandil, UNICEN. pg 45-76*

Travi, B. (2010) El compromiso fundacional de Trabajo Social con los procesos de Emancipación Social y la producción de conocimientos. Perspectivas actuales. Ponencia presentada en el XXV Congreso Nacional de Trabajo Social. Misiones.

Travi, B. (2012) El diagnóstico y el proceso de intervención en Trabajo Social: Hacía un enfoque comprehensivo. En: *Ponce de León, A. y Krmpotic, C. (coord.): Trabajo Social Forense. Balance y perspectivas*. Buenos Aires: Espacio.

Spinelli, H. (2014) El trabajo y la organización en el campo de la salud *Rev Chil Salud Pública*; Vol 18 (3): 294-297.

FUENTES DOCUMENTALES

Ministerio de Salud, GCABA. Gerencia operativa de Epidemiología. Subsecretaría de planificación sanitaria (2016) Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ministerio de Salud, GCABA. Protocolo del manejo de atención de pacientes sospechosos de infección por Covid-19 en el ámbito de consultorios de atención primaria 08/04/2020

Ministerio de Salud, GCABA. Abordaje del paciente con infección por Covid-19 en el ámbito ambulatorio. Resolución: NO-2020-11812020-GCABA-SSAPAC. Disponible: https://portalapsmsgc-pr.apps.buenosaires.gob.ar/2020/05/08/covid-19/

Ministerio de Salud, GCABA. Salud comunitaria en Barrios Populares. Disponible en: https://portalapsmsgc-pr.apps.buenosaires.gob.ar/wp-content/uploads/sites/2/2020/03/Salud-Comunitaria-en-Barrios-Populares-COVID-19.pdf

Biomedicina, trabajo y emoción: experiencias laborales de trabajadoras sociales en salud CABA, durante la pandemia de COVID-19

Candela R. Heredia*, Julieta Nebra**

INTRODUCCIÓN[1]

Durante el transcurso de la pandemia, se designó al personal de salud como "esenciales" teniendo que prestar tareas presenciales obligatorias. Esta "etiqueta" trajo consigo una serie de cuestiones a considerar: por un lado; supuso una valorización positiva de la labor de quienes ejercían en el campo de la salud; existió un imaginario asociando al personal de salud exclusivamente con médicos/as y enfermeros/as; la etiqueta brindaba la posibilidad de transitar por la ciudad "libremente" cuando el resto de la población lo tenía prohibido; y por sobre todas las cosas existió una mayor exposición a un virus del que poco se sabía, y al miedo de ser quienes contagiarían a sus familiares y personas cercanas.

Con esto en consideración, las trabajadoras y trabajadores sociales que se desempeñaban en el sector salud fueron "esenciales" en dicho

* Instituto de Investigaciones Gino Germani - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (IIGG-CONICET). candelarheredia@gmail.com.
** Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (ICA-CONICET). julinebra@hotmail.com

1 Parte de este texto fue enviado a la Revista Debate Público para su incorporación en un próximo número.

contexto. En este artículo, analizamos cómo fue el trabajo del trabajo social durante el aislamiento y distanciamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO y DISPO) —momentos que comprenden de marzo de 2020 a mayo de 2021— en centros de salud y hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Específicamente nos interesa hacer foco en la tensión existente entre dos fenómenos ocurridos: si bien por un lado el trabajo social en salud fue considerado "esencial", por otro lado, las labores diarias que se venían realizando desde la misma profesión fueron consideradas prescindibles asignándoles otras tareas distintas, mayoritariamente del orden de lo administrativo. El fuerte centralismo del paradigma biomédico en las directivas estatales del Ministerio de Salud (CABA) hicieron del trabajo social algo esencial al tiempo que la intervención de lo social (prevención, promoción, asistencia, etc) quedaba relegada en un papel secundario en relación al aspecto biologicista de la enfermedad por coronavirus.

Entenderemos estas tensiones a partir de pensar el campo de la salud considerando la propuesta de Pierre Bourdieu (1994) sobre los campos; es decir, en tanto espacios sociales en los cuales operan relaciones de fuerzas objetivas impuestas a quienes lo conforman. En el campo de la salud, se ponen en juego los capitales que detentan sus agentes en la lucha por hablar e intervenir legítimamente y de manera autorizada. De esta manera, las distintas profesiones ocupan posiciones adquiridas a lo largo de la historia y de luchas anteriores en dicho campo, a partir de las cuales disputan o reactualizan sus posiciones. Podemos pensar el lugar del trabajo social en este campo considerando sus distintas posiciones históricas y las formas en las que en un contexto como el de pandemia, se reactualizaron las relaciones desiguales de poder.

A partir de las narrativas de once trabajadoras sociales del sector público de salud (a las cuales accedimos mediante entrevistas virtuales), identificamos las resistencias profesionales a los avances de miradas/normas biomédicas, las (re)organizaciones de sus tareas cotidianas y la emocionalidad emergente en dichas condiciones. A partir de este análisis, sostenemos que el trabajo social en salud durante la pandemia penduló entre su jerarquización mediante el estatus de "esencial" y la reactualización de su subalternidad en relación al modelo biomédico hegemónico en el campo de la salud.

Sobre las intervenciones del trabajo social en salud durante la pandemia, hay un gran caudal de publicaciones al respecto. Esto se debe a que, prematuramente, hemos reflexionado sobre las experiencias profesionales en este inusual contexto[2]. En las producciones exis-

2 En efecto, la Revista Debate Público ha lanzado (en 2020) un número temático "Reconfiguraciones de las políticas públicas, las instituciones y las prácticas en el

tentes ya se ha señalado, por ejemplo, la incongruencia de la política "quédate en casa" como estrategia universal de mitigación de los riesgos, con las necesidades y posibilidades concretas de los sujetos; y la artesanía por parte de los equipos de salud para construir respuestas y asumir de manera autogestiva el desafío de la gestión local de la pandemia (Acerbo & Larrache, 2020). También se ha interpretado el paso de la virtualidad de la atención de algunas oficinas como expulsión de las poblaciones más vulnerables al acceso a las políticas públicas, por no tener un celular, internet o las herramientas para utilizarlos (Bezzecchi, 2021). En ese momento, fue clave el trabajo de las organizaciones sociales (referentes, comedores, merenderos, centros comunitarios, etc) con las instituciones del sector salud para el armado de un sistema de apoyo y protección a las personas y familias (Chiara, 2020), sosteniendo el trabajo territorial para el abordaje de los consumos (Córdova & Martino, 2021) y la salud mental (Rolando, Wagner, Moyano, & Di Cianni, 2021), el compromiso con la construcción de respuestas integrales promoviendo la autonomía de las personas (Ricciardi & Scelzo, 2020), entendiendo que la participación social no es solamente hacer actividades comunitarias en los equipos territoriales sino todas las intervenciones realizadas desde la perspectiva de APS, buscando estrategias asertivas, colectivas, reflexivas (Fariña, 2021) y "reinventándose" constantemente (Fernández, 2020).

Las experiencias de intervención en salud fueron diversas entre los municipios, entre los efectores y entre los distintos momentos de la pandemia. Pero ha quedado evidencia que existen lógicas institucionales fragmentadas y que por ello es importante las redes, articulaciones (Madeira, Bogliano, & Garcia Godoy, 2020), la interdisciplina y la comunicación (Martin et al., 2021). También se ha hecho evidente que el primer nivel de atención posee un lugar estratégico frente a otras estructuras sanitarias para garantizar la continuidad de la atención en los barrios (Jiménez, Ariovich, Crojethovic, & Baliña, 2021).

Las condiciones de trabajo también han sido analizadas por algunas trabajadoras sociales, para quienes, durante el año 2020 no hubo negociación paritaria, lo que implicó que los salarios permanecieran desactualizados durante todo el año y hasta los primeros meses del 2021 (Quintela, Spinelli, & Fernández, 2021). El desgaste y el costo de sostener la actividad profesional fue de tal magnitud que un coloquio de residentes fue titulado "Juntando nuestros pedazos: La (re)

---

escenario de la pandemia" (Núm. 20). Y la Revista Plaza Pública también lanzó un número (en 2021) titulado: "Trabajo Social y Pandemia-Covid-19: Estado, cuestión social y procesos de intervención profesional" (Núm. 24).

configuración del Trabajo Social en contexto de pandemia Covid – 19" (Cuesta, Feldman, Povedano, & Serafini, 2021).

Ubicándonos dentro de este campo que se pregunta por el trabajo social, las estrategias, resistencias, conquistas y particularidades de la intervención de lo social en salud durante la pandemia, sostenemos que el trabajo social fue "esencial" y "subalterno". Para dar cuenta de este proceso pendular, en primer lugar, expondremos las distintas prácticas que fueron dando lugar a lo que denominamos el desplazamiento de lo social: por un lado, de las intervenciones territorializadas a la virtualización y sus implicancias en poblaciones en contextos de alta desigualdad; y por otro, el desplazamiento de la concepción integral de la salud a una centrada en las cuestiones sanitarias y biomédicas. En segundo lugar, daremos cuenta de la relación entre las emociones que atravesaron las trabajadoras sociales en este contexto y las disputas y resistencias que dieron en sus ámbitos laborales ante dicho desplazamiento. Finalmente, presentaremos algunas reflexiones y nuevos interrogantes a considerar.

EL DESPLAZAMIENTO DE LO SOCIAL EN DOS MOVIMIENTOS: DEL TERRITORIO A LA VIRTUALIDAD Y DE LA SALUD INTEGRAL A LA BIOMÉDICA

Es fundamental señalar que el campo de la intervención en lo social ha sido históricamente un campo feminizado (Grassi, 1989; Lorente Molina, 2000; Nebra y Heredia, 2019) y por ende, las articulaciones, tensiones y pujas de sentido de las intervenciones deben ser analizadas desde un enfoque de género: "(…) las historiadoras feministas enfatizan el papel de las mujeres en la construcción del estado de bienestar occidental: cómo las mujeres, inspiradas por el profesionalismo y el maternalismo, intervinieron las burocracias masculinas y los sistemas de bienestar con sus valores y normas" (Haney, 1996, p. 761). Pierre Bourdieu ha denominado a este conjunto de agentes estatales abocados a la intervención en la cuestión social como la "mano izquierda" del Estado, mientras que los ministerios de finanzas, bancos, entre otros, conformarían la "mano derecha". Siguiendo los aportes de las autoras que han reflexionado desde una perspectiva de género al Estado (Haney, 1996; Fraser, 2000) y a las dicotomías culturales de nuestra sociedad (Maffia, 2013) podemos vislumbrar cierto carácter engenerizado en estas manos estatales, la derecha encargada de lo material, económico y "productivo" y la izquierda encargada del cuidado y la reproducción de la vida de los individuos, particularmente los más desfavorecidos. Esta mano izquierda, ocupa un lugar subalterno y en general ha sido pensada como residual o subsidiaria. En el caso del trabajo social, como agente central en la cuestión social

y profesión feminizada, es notable observar como desde sus orígenes ha sido ubicado en relación a la auxiliariedad de otras disciplinas del campo médico y jurídico (Alayón, 1992). En las últimas décadas, producto de luchas profesionales y en especial de transformaciones locales y regionales de la mano de gobiernos con discursos en torno al "acceso a derechos" la mano izquierda del Estado se habría reposicionado y obtenido cierta legitimidad, al menos en los territorios.

No obstante, nuestra indagación nos ha permitido observar y sostener que esta subalternidad y subsidiariedad de lo social y de sus agentes, ha sido reactualizada en el contexto de ASPO y DISPO en el marco de la pandemia mundial por Covid 19 que priorizó las cuestiones biomédicas sobre las sociales, económicas y culturales. A esta reactualización situada en los territorios la hemos denominado "desplazamiento de lo social".

Entendemos este desplazamiento en dos movimientos: primero, la virtualidad de la atención de ciertas instituciones (ANSES, centros de acceso a la justicia, RENAPER, escuelas, etc.) y del propio ejercicio profesional (uso de redes sociales para la promoción de la salud, interacciones virtuales/telefónicas con usuaries y colegas, etc.). En segundo lugar, con la pandemia se exacerbó la primacía de la biomedicina (Menéndez, 2003) que se manifestó en las directivas que llegaban a las trabajadoras sociales tornando aún más difuso los contornos de las incumbencias profesionales y reactualizando su lugar subalterno en el campo de la salud. Con estos dos movimientos, virtualización y primacía de la biomedicina, se generó un "desplazamiento de los social" del que formaron parte activa trabajadoras sociales de la salud. Ahora bien, sostenemos que es en el escenario local en el cual las políticas públicas se despliegan y se configuran de manera situada, dando lugar a que los actores las (re)interpreten, modifiquen, negocien y tensionen. De esta manera, presentamos algunas formas de resistencia de las trabajadoras sociales entrevistadas a este "desplazamiento de lo social".

DEL TERRITORIO A LA VIRTUALIDAD

En todos los relatos, las trabajadoras sociales que entrevistamos consideraron que trabajar en el marco del ASPO y DISPO fue una tarea compleja, difícil, que implicó una reorganización de las labores profesionales, de los equipos y de los efectores en general. En particular, nos centraremos en un señalamiento que presentaron todas las profesionales que ejercían su trabajo en Centros de Salud y Acción Comunitaria: el retiro de todas las instituciones y dispositivos estatales de los barrios populares y villas de emergencias donde estaban radicados. Esto supuso que a la tensión suscitada por la sobrecarga entre las tareas que venían realizando y las nuevas tareas asignadas

en el contexto de pandemia, la población vulnerada concurría con una serie de demandas y problemáticas que anteriormente solían dirigir a otros efectores estatales: "nos encontramos con nuevos problemas en el trabajo, algunos con el tipo de demanda que empezó a generar la gente que se atiende en el CeSAC, y otro tipo de problemas en relación a la organización institucional y laboral en el CeSAC" (trabajadora de planta, CeSAC Piedra Buena).

El "tipo de demanda" al que se refirió aquella trabajadora (que coincide con lo dicho por todas las entrevistadas), es la derivada de la virtualización de ciertos trámites. Tal como sostiene Chaves "De repente los recursos y prestaciones que se venían utilizando para implementar políticas públicas de sostenimiento de vida de los usuarios, quedan paralizadas" (2021, p. 10). Esta "parálisis" es la irrupción de un día para el otro de la presencialidad de la mayoría de las oficinas estatales, lo cual obligó a la virtualización de la gestión del DNI, del inicio de trámites para pensiones, jubilaciones, para el acceso al ingreso familiar de emergencia (IFE), a la tarjeta alimentar, inscripciones escolares, reclamos en la Defensoría, demandas por violencia de género, etc.

Este desplazamiento de las instituciones estatales del territorio a la virtualidad dificultó la intervención de las profesionales ya que solían "articular intesectorialmente" y en especial debido a que la población tenía "muy poca o nula conectividad" (trabajadora de planta, CeSAC 28):

> *"Es como que las políticas del estado, las instituciones presentes en los barrios día a día, para la población, desaparecieron. Solo estuvieron los centros de salud y las organizaciones sociales. El resto siguieron trabajando, pero de forma remota, y esos accesos digitales no están"* (trabajadora de planta, CeSAC 4)

La pandemia puso otra vez sobre la mesa la tensión entre el discurso de la igualdad que bajaba para todes por igual "quédate en casa" y virtualizaba nuestras relaciones y gestiones, con la realidad de la desigualdad. Esto generó un mayor malestar tanto en las profesionales como en la población. Todas las entrevistadas mencionan la diversidad de trámites y gestiones que tuvieron que realizar ante el desplazamiento de las instituciones a la virtualidad. Coinciden todas en que la mayor dificultad fue en relación al Anses ya que tuvieron que aprender todo el circuito administrativo-burocrático también con conectividad deficiente en sus espacios de trabajo.

> *"Acompañamos muchísimas inscripciones al IFE, algunas cuestiones y problemas en Anses en relación a la Asignación Universal por Hijos*

> *y por Embarazo, todo lo que era la atención de Anses, que cerró sus oficinas, repercutió directamente en el territorio y en las instituciones que estábamos trabajando en el territorio. Todo lo que fue la gestión de recursos, averiguación de cómo hacer trámites, como acceder a cierto beneficio social… las demandas giraron en torno a eso... Y así con otras cosas. Anses puede ser como la punta del iceberg"* (trabajadora de planta, CeSAC Piedra Buena)

Se observa aquí, la porosidad de las incumbencias profesionales y la facilidad con la que por acción u omisión quienes quedaban a cargo de tareas administrativas vinculadas a la gestión de recursos ante el desplazamiento de Anses eran las trabajadoras sociales. Las entrevistadas mencionaban consternadas esta sensación de que sólo quedaban en el territorio el Centro de Salud y la policía como fuerzas estatales, mientras eran espectadoras del recrudecimiento de las condiciones de pobreza e incertidumbre de la población. A continuación, nos centraremos en el segundo movimiento que supuso el desplazamiento de lo social.

DE LA SALUD INTEGRAL AL MODELO BIO-MÉDICO

Con la emergencia de la pandemia se expandieron y tomaron fuerza las medidas biomédicas en desmedro del cuidado a la salud integral:

> *"Tuvimos que abocarnos a tareas relacionadas al Covid como llamados telefónicos, hacer triage, asesorar a la gente en cuestiones de salud, "hacé tal fila". Había muchas preguntas en relación al Covid que no podíamos responder, derivábamos al hospital. Actividades de promoción y prevención se hicieron de forma virtual"* (residente CeSAC 12)

De esta manera, las trabajadoras sociales eran relevadas de sus tareas cotidianas de atención, acompañamiento y/o promoción de la salud para realizar tareas para las cuales no habían sido formadas o que en la mayoría de los casos podía realizar un trabajador o trabajadora administrativa:

> *"Yo le discutía eso al jefe, tengo esta situación de abuso sexual con una niña y estoy yendo a cargar datos a una computadora ¿quién va a atender los seguimientos de esta chica? Y de esos debates tuvimos un montón."* (trabajadora de planta, Centro de día de adicción, Bajo Flores).

En varias ocasiones nos han mencionado relatos de situaciones de violencias y/o abusos que, debido al desplazamiento a la virtualidad de las instituciones, eran detectados únicamente por profesionales de la

salud. Situaciones que debido al contexto se habían recrudecido y que no encontraban asidero para ser abordadas ya que la prioridad volvió a centrarse únicamente en el "bienestar" físico de la población. Si bien la mayoría de los/as profesionales de todas las disciplinas del campo de la salud vieron modificadas sus tareas, es destacable el poco o nulo lugar que se le dio a las demandas en torno a la cuestión social. Y atrapadas en ese movimiento quedaron las trabajadoras sociales del campo de la salud: modificando sus tareas, dejando de atender a personas en situaciones complejas (y padeciéndolo) o sobrecargándose de responsabilidades para poder cumplir con todo, asumiendo tareas administrativas, etc.

En un trabajo anterior (Nebra y Heredia, 2018) indagamos la historia y las condiciones profesionales de ejercicio del trabajo social desde una perspectiva de género, y sostuvimos la existencia de un componente voluntarista en cuanto a su historia (vinculada a la filantropía y luego a la militancia) y por otro lado, un componente subalterno en cuanto a la relación de auxiliariedad entre disciplinas social/médica y social/jurídica, tradicionalmente asociadas a la relación asimétrica y auxiliar mujer/varón. Una vez institucionalizada la profesión, el carácter voluntario se fue desplazando hacia la aceptación del trabajo en condiciones de extrema precariedad, la sobrecarga de tareas y la asunción de roles por fuera de las incumbencias profesionales.

De esta manera este desplazamiento de lo social supuso un detrimento de las condiciones de vida de la población de los territorios más vulnerados y a la vez una sobrecarga en la responsabilización de las trabajadoras sociales, en un contexto macro de pérdida de valor de lo social en favor de la biomedicina.

TENSIONES, NEGOCIACIONES Y EMOCIONES EN TORNO A LA (DES)ORGANIZACIÓN DE LA TAREA COTIDIANA

La fluctuante organización de la tarea cotidiana en el marco de la pandemia generó incertidumbre, agotamiento y estrés en las trabajadoras. Hacemos mención en este apartado a la emocionalidad, no como mera exposición de sentires o intentando indagar sus motivos (cuestiones que tal vez pertenezcan al campo psi), sino comprendiéndola como objeto construido culturalmente, elemento de interacción social y utilizándola como herramientas analítica para un acercamiento a las dinámicas sociales (Coelho y Rezende, 2010; Sirimarco y Spivak L'Hoste, 2019).

> *"La primera parte tuve miedo, bronca: odiaba que la gente dijera que estaban en su casa aburridas de hacer budines, y yo estaba cansada. Creo que el miedo me daba cansancio. Mucho estrés, nervios, miedo…"* (trabajadora de planta, Centro de día de adicción, Bajo Flores).

Como dijimos anteriormente, el trabajo en la pandemia implicó un incremento de las tareas, puesto que se sumaron nuevas a las que ya se realizaban, y se acrecentó el cansancio por múltiples factores. Uno de ellos fue el miedo. Todas las entrevistadas lo señalaron como una sensación que acompañó el trabajo. El miedo era a contraer el virus y enfermarse gravemente (en algunos casos traducido en el miedo "a ser entubada"), contagiar a seres queridos, miedo a morir por Covid y miedo a la policía. Algunas salían por la mañana de sus casas, cuando aún era de noche y lo hacían en la soledad de las calles y los transportes públicos. Esa imagen nocturna de la ciudad desolada (en la cual aparecía la policía a quien el Estado había otorgado la gestión del "cuidado") era acompañada de miedo.

El cansancio también se observa asociado a la "sobrecarga" de trabajo producto de las distribuciones de las tareas, que para algunas no se realizaron de manera igualitaria y solidaria. En esos casos el cansancio se tradujo en descontento:

> *"Hubo mucho descontento entre compas de trabajo, ya que quienes asumimos tareas como las que mencioné, nos vimos sobrecargados"* (trabajadora de planta, CeSAC piedrabuena).

En ese sentido, encontramos dos nudos problemáticos: uno pre-existente y uno novedoso. El pre-existente es la diferencia entre profesionales: hay quienes en un tiempo bien delimitado hacen asistencia, y quienes además hacen promoción y generan más vínculos inter-institucionales/disciplinarios acarreando una caudal mayor de trabajo. Esta diferencia que ya existía, con la pandemia se profundizó y este segundo grupo sintió una sobre-carga al tener que hacer más horas de teletrabajo y trabajo presencial (el cual estaba más recrudecido por las condiciones de vida de los barrios populares). El nudo problemático novedoso, fue la diferencia laboral dada por la maternidad. Quienes eran mujeres-trabajadoras-madres pudieron cubrir menos horas de trabajo con el argumento que ellas realizaban, además, cuidado infantil en sus hogares. Una forma de reconocer la carga de aquel trabajo de cuidado no-remunerado fue alivianando sus horas de trabajo en los efectores públicos de salud. Pero aquellas horas que se alivianaban para esas mujeres, recayeron en otras.

Existen numerosas evidencias que dan cuenta de las desigualdades en la distribución de las responsabilidades del cuidado infantil según género, clase y raza, persistiendo un modelo maternalista del cuidado que se apoya en el trabajo cotidiano de las mujeres. Las mujeres se convierten en "malabaristas": coordinan múltiples tareas y con sus esfuerzos y desgastes permiten la producción y reproducción

económica, social y familiar (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Faur, 2019). Si bien la medida que buscaba reconocer ese trabajo de cuidado tenía por meta una redistribución que sea más justa para las mujeres, no resultó satisfactoria para todas las trabajadoras. Incluso, alguna de las entrevistadas señalaba con un poco de ironía que parecía una suerte de castigo por no ser-madre: debían trabajar más quienes no cumplían el "mandato de la maternidad".

El cuidado es ambivalente: en tanto "mano invisible de la vida cotidiana", puede reforzar pautas de estratificación social como generar formas colectivas de producir bienestar y vidas dignas de ser vividas (Paz Landeira y Gaitán, 2020). Dicha ambivalencia se hizo presente en la medida de reducción de jornada para las personas con hijes. La medida generó cargas diferenciales a trabajadoras sociales, al tiempo que buscaba una organización social del cuidado más equitativa. Esta tensión estuvo dentro de los equipos de trabajo conformados por mujeres-madres y aquellas que optaron por no tener hijes.

Tanto el cuidado como la intervención en lo social son trabajos centrales en la sostenibilidad y reproducción social de la vida de las poblaciones. Y además, son trabajos feminizados y subalternizados. Fueron las mujeres (madres y no-madres) trabajadoras sociales quienes se vieron, al final de cuentas, sobrecargadas por estas labores pocos visibles, infra-valoradas y de gran importancia para el sostenimiento de la vida.

El malestar de habitar espacios infra-valorados por la política pública al tiempo que, quienes ejecutaban las labores de cuidado y atención a las problemáticas sociales reivindicaban su importancia, se hacía carne en las trabajadoras. Lo social se hace carne incorporando estados de sensibilidades (Scribano, 2012) que en este caso se caracterizaba por el cansancio y estrés.

La infra-valoración fue relatada por quienes se desempeñaron en hospitales y no fueron convocadas en los "Comité de crisis" (quedando por fuera de las decisiones que se tomaran de manera oficial en el abordaje de la pandemia), sintiendo desvalorizada su voz y mirada profesional (con las consecuentes medidas biomédicas y hospitalocéntricas); lo que se sumaba a las órdenes de no tomarse vacaciones y para las residentes, extender (por decisión unilateral) su contrato con el GCBA, suspender su día formativo en la residencia y volver obligatoriamente a la sede formativa (si se encontraban en rotación por otros efectores). En ese contexto, algunas entrevistadas nos relataron que sufrieron ataque de pánico en el primer año de pandemia y de las once entrevistadas, dos renunciaron a sus cargos para priorizar su salud mental. Los malestares sentidos durante la gestión de la pandemia fueron muchos. Fue desde ese malestar (con cansancio, sobrecarga, estrés y miedo), que

se desplegaron estrategias o "márgenes de maniobra" (Haney, 2002) en el quehacer profesional e institucional para resistir a los embates del biologisismo y acentuar la relevancia de la intervención.

> *"Nuestro Centro lo quisieron cerrar para hacer un banco de plasma. Y que ni siquiera iba ir a la gente del barrio y querían cerrar un centro de salud… nos resistimos, fue una resistencia de verdad de nosotros. Vinieron una vez y nos resistimos. Y no vinieron más"* (trabajadora de planta, Centro de día de adicción, Bajo Flores).

Pese a las limitaciones de recursos y a las condiciones del régimen laboral e institucional se construyeron acciones de resistencia impulsadas por el convencimiento de la necesaria defensa de espacios claves para garantizar derechos.

> *"En un momento parecía que nos iban a convocar como Servicio a ocuparnos a la derivación a hoteles de la gente Covid positivo y ahí empezamos también a discutir la pertinencia de nuestra inclusión en ese espacio, que finalmente fue ocupado por administratives del GCBA"* (residente hospital Tornú).

Todas las entrevistadas se vieron interpeladas y debatieron sobre la pertinencia de la profesión para el ejercicio de las tareas que solicitaba el Ministerio de Salud. Los debates y discusiones se dieron con otras colegas, otras profesionales, jefaturas y coordinaciones.

REFLEXIONES FINALES

La hegemonía del modelo biomédico en el campo de la salud se potenció en la gestión de la pandemia que ocurrió en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En ese proceso, las miradas sociales y más complejas de la salud fueron subalternas. Les trabajadores sociales en salud, en su mayoría mujeres, fueron considerades personal "esencial", por lo que se les permitía su circulación en el espacio público, se solicitaba su presencia y parecían gozar de importante capital simbólico en tanto "personal de salud". Simultáneamente, se les excluía de instancias de toma de decisiones significativas (como los comités de crisis) y se les daba indicaciones de labores administrativas, subalternizando su tarea. En esa tensión se ubicó el ejercicio profesional en el ASPO-DISPO.

Entendemos que "las conquistas profesionales de los procesos de intervención del Trabajo Social no deben quedar ocultas tras la complejidad –y a veces la tragedia –del cotidiano profesional" (Cimarosti, 2020, p. 67). Por esa razón, decidimos indagar las resistencias de les

profesionales a las órdenes subalternizantes que les permitieron disputar intervenciones/visiones sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados. Esas resistencias tuvieron costos, asociados al desgaste y malestar sentidos por las trabajadoras. En este sentido, nos preguntamos ¿Cómo continuaremos disputando la relevancia de "lo social" en el campo de la salud en el escenario postpandemia? Nos queda como desafío continuar pensando estrategias colectivas que se conviertan en conquistas profesionales y puedan ser sostén de quienes diariamente trabajan por cambiar la precarización de las condiciones de vida y de trabajo instauradas.

BIBLIOGRAFÍA

Acerbo, S., Larrache, C. (2020). Gestión local de la pandemia de COVID 19: Aportes desde el Trabajo Social. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *10*(20), 227-239.

Bezzecchi, M. S. (2021). La expulsión de las Instituciones Estatales. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *11*(21), 197-202.

Bourdieu, P. (1994). El campo científico. *REDES*, N° 2, Vol. 1, diciembre, pp. 131-160.

Chaves, C. S. (2021). Trabajo Social y pandemia de Covid – 19: Estado, Cuestión Social y procesos de intervención profesional desde la mirada sanitaria. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, (24), 4-12.

Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *10*(20), 27-40.

Cimarosti, M. (2020). Conquistas profesionales de los procesos de intervención del trabajo social. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, (24), 56-69.

Coelho, M. C. P., & Rezende, C. B. (2010). *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Córdova, M. P. D., & Martino, M. B. (2021). Reflexiones sobre intervenciones territoriales en salud: Construyendo lo colectivo en contexto de pandemia. *Margen*, (101), 8.

Cuesta, L., Feldman, C., Povedano, S., & Serafini, M. (2021). Juntando nuestros pedazos: La (re)configuración del Trabajo Social en contexto de pandemia Covid – 19. Coloquio Anual de la Residencia de Trabajo Social Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich".

Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES/UNFPA/UNICEF.

Fariña, M. C. (2021). Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la participación social en salud y las estrategias de intervención

comunitaria. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *11*(21), 119-131.
Faur, E. (2019). *El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI editores.
Fernández, G. (2020). La intervención profesional en Atención Primaria de la salud en contexto de Covid 19. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *10*(20), 193-200.
Fraser, N. (2000). ¿De la redistribución al reconocimiento? *New Left Review*, Edición en español. Londres.
Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social*. Buenos Aires, Editorial Humanitas.
Haney, L. (2002). *Inventing the Needy: Gender and the Politics of Welfarein Hungary.* Berkeley: University of California Press.
Haney, L. (1996). Homeboys, babies, men in suits: the state and the reproduction of male dominance. *American Sociological Review*, 61 (5), pp. 759-778.
Jiménez, C., Ariovich, A., Crojethovic, M. (2021). Repensando el primer nivel de atención del conurbano bonaerense en tiempos de pandemia. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *11*(22), 87-96.
Lorente Molina, B.(2000). Género, profesión y cultura. Una aproximación al estudio de la identidad de los trabajadores sociales. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 49, pp. 97-115.
Madeira, S., Bogliano, E., Garcia Godoy, B. (2020). La intervención profesional es siempre una pregunta abierta. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *10*(19), 11-20.
Martin, M., Salvaré, S., Gobello, F., Abadíe, M., Gargiulo, M. L., Durán, E., Piscopo, C. (2021). La construcción de un dispositivo de cuidado en la Pandemia de Covid-19. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *11*(22), 211-218.
Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *8*(1), 185-207.
Nebra, J. y Heredia, C. (2019). ¿Por qué nos proponemos jerarquizar el trabajo social? Reflexiones sobre la profesión desde una perspectiva de género. *Revista Debate Público*, Universidad de Buenos Aires, pp. 215-223.
Quintela, M., Spinelli, L., Fernández, F. (2021). Trabajo Social y Pandemia. Una crónica de nuestra experiencia en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, (24), 165-171.
Ricciardi, P., Scelzo, G. (2020). Repensando la práctica profesional

durante la emergencia sanitaria: Consideraciones acerca de la categoría de cuidado y la gestión de riesgos. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *10*(20), 241-251.

Rolando, P. D., Wagner, K. (2021). Sistematización de una experiencia de Salud mental comunitaria en contexto de pandemia. *Margen*, (100). Recuperado a partir de https://www.margen.org/suscri/margen100/Rolando-100.pdf

Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, *4*(10), 91-111.

Sirimarco, M., Spivak L'Hoste, A. (2019). Antropología y emoción: Reflexiones sobre campos empíricos, perspectivas de análisis y obstáculos epistemológicos. *Horizontes Antropológicos*, *25*, 299-322. SciELO Brasil.

Atención de enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID-19. Un análisis de las narrativas de trabajadores de hospitales públicos del conurbano bonaerense

Brenda Moglia*

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 en Argentina, al igual que en otros países, ocurre en simultáneo con problemas de salud pre-existentes, vinculados a las desigualdades en las condiciones de vida que favorecen la emergencia o re-emergencia estacional de ciertos problemas como el dengue, chagas o hantavirus, y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que han adquirido un carácter pandémico como la diabetes, obesidad, hipertensión, las cardiopatías, entre otras. Particularmente, los padecimientos crónicos o de larga duración constituyen procesos inciertos e intrusivos en las vidas de las personas y, requieren de una amplia variedad de atenciones y cuidados, los cuales implican conflictos de interpretación y autoridad entre los distintos actores involucrados (trabajadores/as de la salud, entorno familiar y persona que padece) (Strauss et al., 1985). Strauss et al. (1985) en su investigación sobre la organización social del trabajo médico enfocado a enfermedades crónicas, explican las complejidades de la acción terapéutica vinculadas al hecho que, no hay precisión en el trabajo médico, porque hay muchas posibles trayectorias y problemas asociados a dichas enfermedades. De modo que incluso las trayectorias

* Universidad Nacional de Lanús (UNLa) – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) brenmoglia@gmail.com

de enfermedad esperables y relativamente rutinarias pueden desarrollar complejidades imprevistas en torno a la acción terapéutica. En ese sentido introducen el concepto de "trayectoria de enfermedad" para referirse no sólo al desarrollo fisiológico de la enfermedad de un paciente, sino a la organización total del trabajo realizado durante el curso de la enfermedad, además del impacto en las personas involucradas con ese trabajo y en su organización. Particularmente en el caso del hospital, la organización involucraría diferentes acciones médicas y de enfermería, diferentes tipos de habilidades, recursos y distintos trabajos, vinculados a la técnica, el cuidado y la seguridad del paciente así como el trabajo afectivo (Strauss et al., 1985).

En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta una revisión sobre las relaciones entre el COVID-19, las enfermedades no transmisibles (ENT) y los factores de riesgo de las ENT, donde explican que las personas que viven con dichas enfermedades corren mayor riesgo de padecer una manifestación grave de COVID-19 o de morir a causa de éste (OMS, 2020a). Tanto la pandemia como las medidas de confinamiento han afectado gravemente los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos destinados a las personas que viven con ENT (OMS, 2020b). Asimismo, el informe presentado por la OMS llama la atención sobre el aumento de inactividad física, la dieta inadecuada y el consumo nocivo de alcohol que se configuran como potenciales disparadores de complicaciones en las personas que viven con ENT (OMS, 2020b). Particularmente en Argentina la pandemia significó (al menos durante los primeros meses) la implementación de las medidas de ASPO, la normativa de cerrar los centros de salud y limitar la atención en los hospitales a las urgencias[1]. Esto junto al miedo y la incertidumbre respecto de los mecanismos de transmisión y contagio del nuevo virus, habría incidido en la disminución de controles médicos y en la interrupción de tratamientos (Sy, Moglia & Derossi, 2021). En trabajos previos hemos trabajado la hipótesis que en los servicios públicos de salud, convergen problemáticas y demandas emergentes y/o coyunturales de la población, que no siempre coinciden con aquello que la institución norma y regula como emergencia y/o urgencia médica (Sy et al., 2020). Lo que nos lleva a preguntarnos de qué manera la atención y el cuidado de personas que viven/padecen alguna ECNT se vio obstaculizada en los hospitales. Particularmente, nos interesa indagar en aquellas problemáticas identificadas por quienes trabajan, que resultan ser emergentes en el contexto de la pandemia e impactan en las trayectorias de enfermedad.

1 ver Decreto DNU 260/2020 y Decreto 297/2020.

MÉTODOS

Esta ponencia se desarrolla en el marco del proyecto de investigación: *Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as2*. En este estudio se realizan entrevistas a trabajadoras y trabajadores de hospitales generales (zonales e interzonales) ubicados en la región sur del conurbano bonaerense, en particular las regiones sanitarias VI y XI. Para esta ponencia colocamos el foco en los resultados del análisis de 13 entrevistas antropológicas o en profundidad (Guber, 2001; Hammersley y Atkinson, 1994), utilizando un guión de preguntas/temas orientado a la atención y cuidado de personas con padecimientos crónicos durante la pandemia. Las entrevistas se realizaron de manera virtual, a través de la plataforma Zoom o Google Meet, durante los meses de mayo y agosto del 2021. De esta forma, se entrevistó a siete médicas (con especialidad en clínica, cardiología y medicina general), tres médicos (de clínica y gastroenterología), una trabajadora social y dos trabajadores sociales.

En el análisis, partimos del enfoque de las narrativas, por medio del cual apuntamos a reconstruir la manera en que los actores producen, representan y contextualizan sus experiencias. En palabras de Garro & Mattingly (2000): *"La narración es una forma humana fundamental de dar sentido a la experiencia. Al contar e interpretar las experiencias, la narrativa media entre un mundo interior de pensamientos y sentimientos y un mundo exterior de acciones y estados de cosas observables"* (p. 7). Cuando hablamos de narrativas nos referimos a un tipo específico de relato, situado temporal y espacialmente, con un tema central y que está inmerso en las formaciones y convenciones discursivas de época (Denzin, 1989). La narrativa consiste, entonces, en una secuencia ordenada de eventos, donde hay una lógica que (al menos) para el narrador tiene sentido y que puede ser entendida como estructuras formales o considerarlas en términos de sus funciones (Coffey & Atkinson, 1996). En este caso, siguiendo la propuesta de Labov, desarrollamos para el análisis una exploración de la estructura formal de las narrativas, que responde a un conjunto de unidades elementales que pueden identificarse en las mismas. Estas son: el *resumen*, que consiste en una síntesis de lo que se va a narrar (lo cual no siempre va a estar explícito); la *orientación*, que permite establecer la situación, el momento y espacio donde tiene lugar y los actores involucrados; la *complicación*, donde radica lo acontecido, las encrucijadas o crisis; la evaluación y el resultado, que están relacionados entre sí,

2 Desarrollado en el marco de la Convocatoria para Ciencias Sociales de la Agencia I+D+I (Aprobado por Resolución Nro. RESOL- 2020- 131).

describiendo el *desenlace* de los acontecimientos y puede haber alguna reflexión sobre los mismos. Además, las narrativas pueden terminar con una *coda*, la cual señala la terminación de la narrativa donde, en general, se vuelve discursivamente al presente. Si bien no en todas las narrativas se va a dar una regularidad perfecta en relación a los elementos planteados, si podemos observar cómo está estructurada la narrativa e identificar puntos significativos transversales a todas las narrativas (Coffey & Atkinson, 1996) y de dicha manera la propuesta de Labov permite delimitar una estructura narrativa que resulta ser una vía de acceso a las experiencias vividas.

RESULTADOS

ORIENTACIÓN Y COMPLICACIÓN(ES)

Las experiencias narradas por médicos/as y trabajadoras/es sociales se enmarcan en el espacio del hospital público en distintos ámbitos, principalmente refieren a los consultorios externos, la guardia o las salas de internación. El marco temporal es delimitado en el inicio de las medidas de aislamiento social, que de forma preventiva y obligatoria apuntaban a evitar la dispersión del virus SARS-CoV-2. Particularmente en los hospitales públicos se sumaron una gran cantidad de cambios en la cotidianeidad del trabajo, tales como la intensidad de la demanda para determinados servicios que se agrega al carácter continuo del trabajo que, si bien preexiste a la pandemia, se suma a la postergación en la posibilidad de tomar vacaciones, la reorganización del trabajo y rutinas y la incertidumbre y ansiedad vinculada a la posibilidad de contagio (Ortiz et al., 2020; East, Laurence & López Mourelo, 2020; Sy, Moglia & Derossi, 2021; Wagner & Ramacciotti, 2021). Estos cambios abonaron al trabajo, configurando una serie de problemáticas en la atención y cuidado que nos permiten demarcar puntos significativos recurrentes y transversales en las narrativas de les trabajadores.

Tanto médicos/as como trabajadores/as sociales identifican un momento previo a la irrupción de la pandemia en el hospital. Éste refiere al inicio de las medidas del ASPO decretadas en marzo de 2020, cuando todavía no había una circulación comunitaria del virus. Dicho tiempo buscó organizar los servicios y el trabajo para la pandemia, aunque la atención a ECNT quedó en suspenso:

> *"Al principio se cerró todo, los primeros meses todo cerrado. No había atención, lo que nunca y lo único que no se cortó de la atención fue la hipertensión en las embarazadas (...) fue medio una decisión personal"* (Médico clínico)

> *"se suspendió todo durante la primera ola, salvo diabetes, pasa es que uno o dos consultorios o sea son dos médicas que hacen diabetes entonces están muy sobrecargadas"* (Médica generalista)

> *"...te manejabas vos con los pacientes de darle tu número personal para que te avisen ¿viste? Eso muy a pulmón desde el servicio viendo qué estrategia es la mejor para poder seguir a tu paciente pero quedaba muy a merced de cada consultorio. Siempre fue dependiendo del lugar y dependiendo de la gente que esté ahí"* (Médica residente)

Podemos observar que la organización con respecto a la atención de personas con ECNT estuvo sujeta a las decisiones de cada equipo de trabajo, dependiendo de la iniciativa/inventiva/voluntad personal para garantizar la continuidad del tratamiento, desobedeciendo la decisión gubernamental de cierre de los consultorios externos. En las narrativas, quienes trabajan señalan que no hubo un acompañamiento institucional para continuar de alguna manera con la atención. En ese sentido los consultorios externos, espacios donde las personas con alguna enfermedad crónica asisten a las consultas y controles, se cerraron y, a la vez, hubo una organización informal y personal enfocada a aquellos pacientes que no podían esperar, tales como las mujeres embarazadas que sufren de hipertensión, entre otras. Para las médicas y los médicos que tomaron una posición de seguir con la atención de los pacientes crónicos que venían atendiendo, significó una sobrecarga en el trabajo debido a la reasignación de sus compañeras y compañeros a otros espacios enfocados a la atención del COVID-19, tal como el "refuerzo de guardia". El hecho de no contemplar la atención de las personas que viven/padecen alguna ECNT desde las autoridades sanitarias y, el supuesto de que la pandemia duraría solo unos meses, al menos al principio, representó un obstáculo en la atención que condujo, al menos en algunos casos, a la discontinuidad del tratamiento.

Si bien los consultorios externos se mantuvieron cerrados y no hubo "nueva atención" durante casi toda la primera ola, los pacientes debían concurrir a buscar la medicación y/o hacer recetas:

> *"Y bueno la atención de las enfermedades crónicas en clínicas un poco se dejó de atender, se hacían recetas por previo pedido o sea que el paciente tenía que venir dos veces. Pero no se hacía atención nueva"* (Médico clínico)

> *"...creo que de marzo a octubre lo único que se hacía.. se hacían recetas. Es un poco complicado porque la gente no tuvo acceso durante muchísimo tiempo entonces de hecho"* (Médica clínica)

Más allá de que se continuó con prescripción médica a través de "recetas" y se permitió la búsqueda de medicación, desde que irrumpió la pandemia, la llegada de las personas se redujo mucho además de no tomar nuevos pacientes:

> *"Ese tipo de servicio [orientación y asesoramiento para la gestión de medicamentos] bajó muchísimo, bajó muchísimo porque los consultorios externos por ejemplo, los consultorios de seguimiento de la diabetes cerraron... cerraron entonces, de la mano de eso, nuestro laburo bajó muchísimo."* (Trabajador social)

> *"Para abril, mayo, cuando explotó, eran muy pocos los pacientes que llegaban. Entonces con la primera ola la restricción fue tan grande que los pacientes no llegaban directamente"* (Médico clínico)

Las explicaciones otorgadas por las personas entrevistadas giraron en torno al miedo de los pacientes:

> *"Hubo muchos, muchos, muchos que no pudieron continuar sus tratamientos porque les daba miedo ir al hospital a buscar la medicación, no querían ir al hospital"* (Médica generalista)

Podríamos decir que el miedo combinado con el cierre, al menos parcial de consultorios externos y la "burocratización" para acceder a los medicamentos conducirán a la interrupción o al menos a "poner en pausa" los tratamientos que se venía realizando o acompañando desde el sector salud previo a la pandemia por COVID. La situación antes de la pandemia tampoco era tan clara y, en ese sentido, las personas entrevistadas hacen referencia a dificultades que ya existían y que se vieron magnificadas o potenciadas con la pandemia, especialmente al inicio. Además del miedo de los pacientes para acercarse a los hospitales, el uso del transporte público re-emergía como un nuevo obstáculo:

> *"... [los pacientes] no tuvieron acceso a la medicación tampoco, porque no podían ir al hospital (...) no te podías subir a un colectivo si no tenías el cuidar, entonces la gente no podía ir al hospital porque no tenía por ahí un auto, un vecino que tuviera un auto, no tenía plata para pagar un taxi"* (Médica residente)

> *" tendremos que ver si es simplemente por el transporte. Para mí es una de las cosas más clave, no tienen guita para llegar, no tienen guita para que vengan acá,"* (Médico clínico)

Lo mismo con la medicación o estudios de control que se debían hacer las personas, lo cual se vio magnificado a partir de la pandemia:

> *"Hubo como unos meses donde nadie sabía por donde se pedía esa medicación, hasta que se organizó eso generó que la gente esté dando vuelta porque ni el programa que siempre le entregaba la medicación le entregaba la medicación y por otro lado, en la farmacia del hospital esa medicación no estaba a disposición"* (Trabajadora social)

> *"El tema por ejemplo para acceder a estudios específicos que en el hospital no se hacen, eso lo tiene que auditar ministerio y se terceriza en un efector privado. Bueno eso fue medio engorroso y creo que si bien siempre tiene dificultades, como que en pandemia fue mucho más notorio por la dificultad de trasladarse y el miedo a exponerse, a tener que viajar en el tren para… bueno fue como medio ahí como que se vio más agudizado"* (Trabajadora social)

Una última cuestión que identifican es la articulación con otros niveles de atención, específicamente con los centro de salud, un problema histórico "el de la derivación y contra derivación":

> *"...esto ya es hablar de un crónico reagudizado, como diría el término médico. Esto siempre nos falló creo, digo la interacción entre el hospital de tercera complejidad como es el nuestro y la atención primaria es una relación que viene débil de hace años. No sé, creo que es histórico y siempre hay un feedback malo de derivación y de contra derivación no?"* (Médico clínico)

DESENLACE: ¿CUÁL ES EL FIN?

La "atención no COVID" refiere a una serie de problemáticas que, en un primer momento, no habían sido reconocidas como prioritarias, tal como el seguimiento de personas que padecen alguna ECNT. Para quienes trabajan en hospitales significó encontrarse con los "impactos indirectos" de la pandemia:

> *"me tocó la peor parte de la pandemia, ser residente de la sala de clínica no covid en plena pandemia. Lo cual igual fue re picante, porque en un sistema de salud colapsando, destinando todos sus recursos al COVID tuvimos que acaparar con muchos menos recursos del habitual la demanda natural de una provincia tan gigante como Buenos Aires. Y la cantidad de muertes por repercusiones indirectas que la pandemia generó"* (Médico residente)

Si bien hubo desarrollos de modos de atención alternativos e informales:

> *"...yo los cito en el horario de mi laburo o sea por ejemplo, yo ayer hice guardia y consultorio, hice las dos cosas... hice.. pero mi compañera de guardia no lo sabía (...) pero bueno como no saben que estás atendiendo entonces yo me cito y somos varios los que teníamos un fichero y ahí tenemos una pequeña historia clínica y le tomamos los datos al paciente"* (Médica generalista)

> *"Hacíamos controles de pacientes de la guardia, empezamos a llamar a algunos pacientes que le hacíamos seguimiento telefónico de covid-19 y que por ahí necesitaban control clínico, entonces después los citábamos (...) Nos impuso otras estrategias como la de ir a buscar al paciente. Siempre estábamos con la estrategia de que el paciente venga. Ahí cambiamos la lógica"* (Médico clínico)

Las trabajadoras y los trabajadores reconocen que "sus pacientes quedaron medio a la deriva" o que fueron situaciones "bache" donde se disminuyó o interrumpió la atención debido a la coyuntura que exigía otra disponibilidad, otras demandas vinculadas al COVID-19.

Si bien luego del primer momento de aumento de casos positivos de COVID-19, nombrado como "la primera ola", entre los meses de julio/agosto y octubre del 2020 se produce la apertura de los consultorios externos, esto implicó por un lado, la organización de la atención en turnos más espaciados temporalmente y un rápido colapso de la turnera y por otro lado, un aumento de consultas de personas que "empeoraron sus enfermedades" (Médica clínica), "vienen con enfermedades crónicas descompensadas" (Médica cardióloga) y "llegaban tronados porque no habían hecho nada en todo el año" (Médica residente). No es solo que llegan literalmente "tronados", esto es, con un marcado deterioro por efecto del tiempo sobre el cuerpo enfermo ("terminales" muchas veces), también se conjugan el miedo, la obligación de quedarse en sus casas, la falta de acceso a las instituciones de salud, todo ello configura un entramado epidemiológico que al menos desde el punto de vista de las personas entrevistadas, permite avizorar un horizonte futuro preocupante en torno a estas problemáticas de salud que no fueron COVID-19, aunque sí son parte constitutiva o emergentes de la pandemia. No se trata solo de quienes ya tenían un diagnóstico de enfermedad crónica antes de la pandemia, sino también de quienes padecen estas enfermedades sin un diagnóstico y/o tratamiento oportuno.

De acuerdo con las narrativas de quienes trabajan, los pacientes que, antes de la pandemia se acercaban al hospital a consultar, ahora

llegan a internarse y, quienes no sabían que tenían alguna ECNT y no tuvieron acceso al diagnóstico temprano de su enfermedad, recurren al hospital cuando comienzan a sentirla como inhabilitante:

> *"Ayer a la noche antes de irme cae un dolor de pecho que fue finalmente un síndrome coronario agudo y el tipo llegó con una presión por las nubes: '¿Y qué querés? es lo que estamos viviendo todos' en medio de su dolor, '¿qué querés? ¿qué querés?' me decía... 'Bueno ¿usted se conocía hipertenso?' 'No, no. Hace 2 años que no voy al médico' Estaba enojado, estaba enojado porque el tipo sabía que si hubieran sido otra las condiciones eso no le pasaba"* (Médica clínica)

Entonces, más alla de la re apertura de la atención, la afluencia de pacientes con cuadros agravados persisten:

> *"Ahora en la segunda ola ya estamos pasando casi estamos por la tercera en realidad, está todo más relajado en el sentido que ya hay más de todo, o sea como que ha vuelto a cierta normalidad para todo lo que no es covid si?"* (Trabajador social)

> *"Ahora con estas restricciones más blandas, más lábiles, estamos haciendo atención de uno o dos pacientes por día nuevos y el resto es hacer recetas y los pacientes por lo menos llegan un poco más"* (Médico clínico)

El retorno al tiempo presente, en las narrativas analizadas, gira en torno a un "relajamiento" de las medidas de aislamiento y, en paralelo, un acercamiento por parte de los pacientes a los hospitales. Si bien "hay más de todo", las nuevas demandas, vinculadas a la complicación de las situaciones de salud de muchas personas, no parecen implicar un retorno a la cotidianeidad previa a la pandemia, para quienes trabajan en el hospital.

Retomando la pregunta que orienta esta sección ¿cuál es el fin?", es necesario explicitar que su ambigüedad no es ingenua, sino que busca promover la reflexión en torno al fin como la conclusión de algo, por un lado, y la finalidad, por el otro, si es que hubiera alguna en las narrativas analizadas. Esta lupa en la magnificación de problemáticas que preexisten a la pandemia permite visualizar cierta finalidad orientada hacia el futuro; a primera vista aparecen los "aprendizajes":

> *"esta cuestión de poner en duda el funcionamiento regular de las instituciones nos hizo actualizar mucho la red interinstitucional, el recursero con el que nosotros trabajamos y como que de alguna manera fue como una actualización obligatoria de las redes de instituciones de trabajo"* (Trabajador social)

> *"es re desalentador lo que aprendí pero que la gente es una mierda y que no cambia y en contexto de catástrofe y también aprendí que nadie se salva solo que yo sé que son contradictorias pero.. que nadie se salva solo y que la salida si no es colectiva no hay salida"* (Médica clínica)

Aunque más allá de eso podríamos preguntarnos si se avizora alguna transformación que trascienda lo individual y a la coyuntura actual o, por el contrario, el fin es sinónimo de un "regreso a la normalidad", una especie de estado previo aunque indudablemente con un escenario transformado, donde cada uno de los actores sociales involucrados tampoco son los mismos, lo cual no sería una normalidad previa, pero ¿qué es? no es algo a lo que podamos responder ahora.

Las narrativas sobre la atención de personas que viven/padecen ECNT conducen a reflexionar sobre el futuro inmediato y de qué forma resolver tanto lo urgente como lo emergente en este contexto singular, donde las condiciones de desigualdad que se venían visualizando en datos epidemiológicos pre-pandemia (DEIS, 2018) se agravan con la post-pandemia. Desde los hospitales, quienes trabajan allí describen una disminución inicial en la demanda de atención y un aumento de cuadros agravados o estadíos avanzados de enfermedad que requieren atención en situaciones terminales. Al respecto, debe considerarse la necesidad de desarrollar un abordaje desde la complejidad, que involucre tanto a las condiciones de vida y de acceso a la salud, así como la interacción simultánea de múltiples problemas que afectan a las poblaciones de menores ingresos, que viven en situación de pobreza e indigencia. Esto abre caminos para futuras investigaciones orientadas a problematizar formas de trabajo naturalizadas y rutinizadas. Si bien entendemos que las narrativas no constituyen evidencia (constituye una evidencia parcial) de lo que ocurrió efectivamente en los hospitales o a los pacientes; entendemos que es un punto de partida insoslayable al momento de pensar el futuro del trabajo en el sector salud. Son tan válidas y necesarias las estadísticas de salud como las percepciones sobre el propio trabajo de las y los trabajadores, en última instancia, cualquier medida de salud a implementar quedará en sus manos o bajo su órbita de acción.

BIBLIOGRAFÍA

Coffey, A., Atkinson, P. (1996). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.

Denzin, N. K. (1989). Interpretive interactionism. Newbury Park, CA: Sage.

Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (2018).

Natalidad y Mortalidad. Síntesis Estadística Nro. 6: DEIS.
East, S., Laurence, T., López Mourelo, E., Women, U. N., & United Nations Fund for Population Activities. (2020). COVID-19 and the situation of female health workers in Argentina: technical report.
Guber, R. (2001). La entrevista etnográfica o el arte de la "no directividad". La etnografía. Método, campo y reflexividad, 11.
Hammersley, M., Atkinson, P.(1994). Etnografía. Métodos de Investigación. Barcelona: Paidós.
Mattingly, C., & Garro, L. C. (Eds.). (2000). Narrative and the cultural construction of illness and healing. Univ of California Press.
Ortiz, Z., Antonietti, Laura, Capriati, Alejandro, Ramos, Silvina, Romero, Mariana, Mariani, Javier, Ortiz, Fabián, & Pecheny, Mario. (2020). Preocupaciones y demandas frente a COVID-19: Encuesta al personal de salud. Medicina (Buenos Aires), 80(Supl. 3), 16-24.
Rosana G. (2001). La etnografía. Método, campo y reflexividad. Colombia: Grupo Editorial Norma.
Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B. y Wiener, C. (1985). Social organization of medical work. Chicago: University of Chicago press.
Sy, A., Moglia, B., Aragunde, G., Derossi, P. (2021). La urgencia bajo la lupa: una revisión de la producción científica sobre servicios de emergencia en hospitales desde la etnografía. Cadernos de Saúde Pública, 37.
Sy, A., Moglia, B., De Rossi, P. (2021). "Todo se transformó completamente": experiencias de atención a la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la salud pública. Revista de Salud Pública (Córdoba).
Wagner, M. A., & Ramacciotti, C. C. (2021). Impactos de la pandemia en el trabajo de salud. In *XII Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional (La Plata, 18 al 22 de octubre de 2021)*.

Experiencias y narrativas acerca de la pandemia de Covid-19 en comunidades mapuche de la provincia de Río Negro

María Emilia Sabatella*, Carolina Michel**,
Cecilia Conterno***, Laura Laurín****

INTRODUCCIÓN

Esta ponencia surge a partir de un trabajo inicial de investigación como equipo interdisciplinario e interinstitucional en formación constituido para indagar problemáticas vinculadas a la salud mapuche en la localidad de Ingenio Jacobacci y sus parajes aledaños, de la provincia de Río Negro. Como equipo confluimos desde diversos ámbitos institucionales (Hospital de Jacobacci, INTA, UNRN, CONICET, organizaciones mapuche), formas de abordaje (gestión, investigación, extensión, militancia) y áreas disciplinares (antropología, medicina, agronomía y geografía), con un interés común: poder indagar cuáles son las problemáticas que surgen en el acceso a la salud pública de las personas mapuche, así como conocer los proyectos colectivos de las comunidades vinculados a la salud.

* Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio – Universidad Nacional de Río Negro – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (IIDYPCA-CONICET-UNRN, msabatella@unrn.edu.ar).
** Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio – Universidad Nacional de Río Negro – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (IIDYPCA-CONICET-UNRN).
*** Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria Bariloche – Agencia de Extensión Rural Jacobacci.
**** Hospital Dr. Rogelio Cortizo, Area Programa de Ingeniero Jacobacci.

En la provincia de Río Negro, desde hace varios años tanto organizaciones como *Lof*[1] mapuche demandan su derecho a constituir sus sistemas de salud de forma autónoma, pero también proclaman por un sistema de salud pública que tome en consideración sus propias visiones de mundo, denunciado en este camino las experiencias de discriminación, estigmatización y racismo vividas dentro de los sistemas de salud biomédicos. En simultáneo, algunos equipos de salud que trabajan con estas *Lof* y personas mapuche, se encuentran repensando las estrategias de atención con el objetivo de incorporar estas demandas a sus prácticas cotidianas. Al hacerlo, describen "resistencias" y "desencuentros" entre las personas mapuche y el sistema de salud biomédico, pero también como trabajadores/as falta de capacitaciones y de financiamiento para afrontar las problemáticas surgidas en su trabajo. El contexto de la pandemia acentuó este panorama. La implementación de medidas de profilaxis como los protocolos particulares elaborados para el tratamiento/prevención del virus, han profundizado las desigualdades existentes entre las comunidades mapuche, el Estado y el sector salud: desentendimientos en la comunicación y escasez de información, falta de recursos, separación de las personas padecientes de su comunidad y su familia, interrupción y penalización de las dinámicas organizativas, productivas y territoriales de las comunidades, afianzamiento de la autoridad y el conocimiento médico, así como mayor intervención de las fuerzas de seguridad. En este trabajo nos interesa analizar las representaciones, interpretaciones y reflexiones que las personas mapuche tienen acerca del contexto de pandemia y de la implementación de protocolos sanitarios, para poner especial atención a las tensiones, demandas y (des)encuentros con el sistema de salud, así como a las articulaciones y estrategias que surgieron de las mismas comunidades para sopesar los efectos de la pandemia.

PUNTOS DE PARTIDA: LA EMERGENCIA SANITARIA Y SUS EFECTOS SOBRE EL ACCESO A LA SALUD EN LOS PARAJES RURALES DE INGENIERO JACOBACCI

El Decreto de Necesidad y Urgencia 260, sancionado en el mes de marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria por COVID-19 en nuestro país y dispuso medidas para adoptar frente a la situación epidemiológica, con el objetivo de mitigar el impacto sanitario. En dicho decreto, se estableció que el Ministerio de Salud sería la autoridad de aplicación sanitaria para disponer medidas y protocolos (centradas

1 En un sentido acotado, "comunidades".

en la definición y el aislamiento de casos sospechosos, contactos y confirmados, en la declaración de medidas preventivas de distanciamiento y de higiene para evitar la propagación del virus, entre otras), así como en la creación de Comités Específicos de Emergencia de trabajo interinstitucional. Desde su conformación, las medidas contra la pandemia se orientaron hacia la excepcionalidad de la situación para dar lineamientos que se basaron en una lógica de derechos[2], desde la perspectiva de un acceso digno y sin discriminación a la salud de toda la ciudadanía nacional. Y se sustentaron en un discurso científico occidental moderno. Durante el mismo mes de marzo, y frente al crecimiento de casos, el gobierno nacional sancionó otro decreto, el 297/2020, que determinó el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio para toda la población, dándole atribuciones al Ministerio de Seguridad para sancionar a toda persona no autorizada a circular en la vía pública. En este decreto, se determinaron un grupo de ciudadanos/as exceptuados/as de dicha medida (personal de salud, autoridades gubernamentales, trabajadores de comercios expendedores de alimentos, farmacias, entre otros), que fueron denominados "trabajadores/as esenciales". Posteriormente, se definió el cierre de los pasos fronterizos y la interrupción de la circulación entre los territorios provinciales y municipales. Aún cuando el territorio provincial de Río Negro adhirió a estos protocolos de manera inmediata, fue recién en el mes de mayo que la Legislatura sanciona la ley 5436/20 mediante la cual declara la emergencia y los protocolos destinados para su prevención. En el caso de Jacobacci, donde se centra este trabajo, a finales del mes de mayo se registró un ascenso del número de casos que habilitó nuevas estrategias de prevención, principalmente vinculadas a reducir el movimiento dentro de la localidad y a prohibir el ingreso de personas a la misma a partir del establecimiento de un cordón sanitario. Este cordón implicó la instalación de puestos de Policía en todas las entradas a la localidad. Jacobacci es una localidad de referencia de parajes aledaños dedicados a la cría de ganado, cuyos pobladores se mantienen en permanente contacto ya sea para la visita de parientes, compra de provisiones, trámites burocráticos y bancarios, el cobro de salarios o la asistencia al hospital. Para las personas mapuche que viven en estos parajes rurales, la implementación del cordón sanitario

2 En el artículo 21 de dicho decreto, se estableció que las medidas sanitarías debían ser lo menos restrictivas posible y tener su base sobre criterios científicamente aceptables. Posteriormente en el mismo se detalla que las personas afectadas por las medidas tendrán garantizados sus derechos, entre los que se encuentra el derecho a estar informados sobre su estado de salud, el derecho a la atención sin discriminación y al trato digno.

implicó una modificación en sus prácticas y movilidades cotidianas, la compra de suministros debió organizarse entre familias y conocidos que vivían en Jacobacci, quienes llevaban los insumos a las postas de seguridad policial para entregarlos a las familias en ese mismo lugar[3]. Paralelamente, el cordón sanitario fue leído como un problema que habilitó, a la vez, la penalización de los movimientos de las personas mapuche por el territorio, sufriendo en diversas oportunidades "retos" por parte de la policía, cuestionamientos, faltas de respeto, en definitiva, la militarización de sus vidas.

Por otra parte, Jacobacci cuenta con un Hospital Área Programa (Dr. Rogelio Cortizo) que posee un plantel de 16 médicos y médicas, 8 de ellos generalistas. Dependen del hospital 13 centros de salud[4], los cuales cubren zonas rurales y otros parajes aledaños a la localidad (Atraico, Clemente Onelli, Colan Conué, Mamuel Choique, Ojos de Agua y El Chaiful). El hospital se encuentra a 203 km. de la ciudad de San Carlos de Bariloche, donde se ubica el Hospital Zonal Ramón Carrillo al que se realizan las derivaciones para algunas especialidades e internaciones de alta complejidad, desde donde también se trasladan algunos/as médicos/as especialistas. Si bien estos centros de salud y puestos existen, la mayor parte de ellos se encuentran vacíos y no cuentan con agentes sanitarios, debido a que hace aproximadamente cuatro años en el marco de un proceso de formación profesional propuesto por la provincia, muchos de estos agentes sanitarios se instalaron definitivamente en Jacobacci, excepto aquellos pertenecientes a los parajes de Colan Conhue, Lipetren y Mamuel Choique. Durante la pandemia muchas de las comunidades mapuche quedaron sin atención en sus territorios. Esto se combinó con la interrupción de las visitas de médicos/as generalistas que realizaban periódicamente a estos parajes aledaños.

Todas estas cuestiones dan cuenta de que la pandemia irrumpió desde lógicas preventivas que iban a contramano y que, elaboradas desde marcos universalizados, desconocían las dinámicas locales territoriales (incluso desde el gobierno provincial). Estas lógicas fueron incrementando las desigualdades existentes en el acceso de la salud mapuche, junto con otras cuestiones que describiremos a continuación a partir de la palabra de nuestros/as interlocutores. Desde

3 A esto se suman las grandes nevadas ocurridas en la zona andina y la línea sur, región de la provincia donde se encuentra la localidad de Jacobacci en los meses de junio y julio.

4 Los centros de salud son: Atraico, Clemente Onelli, Colan Conhue, Mamuel Choique, Ojos de Agua, El Chaiful, Barrio Matadero, Barrio Ceferino, Barrio Esfuerzo Propio, Barrio San José, Barrio El Faldeo, Barrio Estadio y Juntos para Crecer.

la reanudación de nuestros trabajo de campo y gestión, nos hemos propuesto entender las percepciones de la pandemia a través de la perspectiva de las personas mapuche con las que trabajamos. En particular, retomaremos principalmente las conversaciones sostenidas en el marco de un encuentro realizado en el mes de mayo de 2022, organizado junto a las autoridades de la *Lof* Mariano Solo, del paraje Colan Conhue, al que concurrieron más de 20 personas tanto de esa comunidad como de la *Lof* Fentren Co.

LAS PERCEPCIONES SOBRE "LA PANDEMIA" COMO EVENTO CRÍTICO

En el mes de mayo del año 2022 organizamos un taller junto con las autoridades de la *Lof* Mariano Solo de Colan Conhue[5] destinado a trabajar sobre los recuerdos de las prácticas medicinales familiares mapuche[6]. Si bien no era nuestra intención inicial, en medio de las conversaciones surgió la pandemia como un tópico central de discusión, que ocupó un momento prolongado de anécdotas y reflexiones. Cuando surgió el tema, la *Lonko*[7] de la Lof Mariano Solo realizó una larga introducción en la comentó que la pandemia "había sido difícil". Para dar cuenta de lo difícil de esta situación, fue desarrollando con profundidad distintos problemas acontecidos: el cierre de la entrada a Jacobacci, la militarización del paraje y de los caminos, las situaciones de maltrato vividas en los controles, desentendimientos en la atención de la salud, la imposibilidad de juntarse y la importancia que los encuentros presenciales interrumpidos (parlamentos, ceremonias) tienen para "estar bien" como comunidad y como personas, más acuciantes cuando en medio de la prohibición de las reuniones la provincia empezó a impulsar proyectos mineros en la zona. El Covid

5 El Paraje de Colan Conhue se encuentra a 93km. de la localidad de Ing. Jacobacci, por un camino de ripio. El territorio de la Lof Mariano Solo se encuentra en los campos próximos a este paraje. Muchos de sus integrantes van y vienen de su residencia en el paraje al campo en el que crían sus animales, siendo la ganadería la dedicación principal de sus pobladores. Si bien el paraje cuenta con una posta de salud, en la que trabaja una agente sanitaria y, recientemente, una enfermera perteneciente a la Lof Mariano Solo, sus integrantes concurren mayormente a atenderse en los hospitales de las localidades de Jacobacci y Bariloche.

6 Este encuentro es parte de una serie de encuentros planificados con comunidades de la región en el marco de un proyecto que compartimos sobre el acceso a la salud mapuche (PICT 2020-SERIEA-00274) del que participamos. En el proyecto se incluyen posteriormente la realización de talleres con trabajadores/as de la salud de los centros de salud y el hospital de Jacobacci, así como junto a las comunidades para indagar y tratar de repensar las problemáticas que surgen en estas instituciones.

7 Principal autoridad política de una *Lof*, en sentido simplificado "cacique".

se presentaba como un momento de suma tristeza, dolor y miedos que tuvieron que atravesar "como tantos otros que en nuestra vida atravesamos" de acuerdo con las palabras de uno de los participantes.

Anahí Sy et.al. (2021), al analizar las experiencias de los trabajadores y trabajadoras de la salud pública durante la pandemia, retoman el concepto de acontecimiento disruptivo (Regillo 2005). Este concepto les permite caracterizar a la pandemia de Covid-19 como:

> *"un evento que provoca un proceso de desestructuración de lo cotidiano, a la vez que se trata de una construcción social, donde participan actores que ocupan espacios sociales diferentes con grados de legitimidad diversos. Esto resulta de especial interés en la medida que la pandemia, a la vez que afecta a la salud, afecta a la vida social y cotidianidad de las personas, transformándose en un hecho social y, como tal, definido y construido socialmente en sus dimensiones, características y gravedad"* (Sy et.al., 2021:62) .

Para aquellas personas que trabajamos con problemáticas vinculadas a comunidades mapuche, este concepto nos resuena al de "evento crítico" (Das, 1995) –también mencionado por las autoras. El concepto de "evento crítico" nos permite nominar a determinados acontecimientos que emergen en la vida cotidiana modificando en profundidad y por completo el mundo en el que vivimos y los acuerdos de sentido y acción establecidos en el marco del mismo (Das, 1995). Para las personas mapuche, estos eventos críticos que trastocaron su vida y su mundo se encuentran mayormente vinculados al accionar y a la imposición de la lógicas del Estado como nación y del capitalismo/extractivismo (las campañas militares, la actuación de la policía fronteriza, el trabajo en las estancias, entre otras). En términos narrativos, las experiencias de haber vivido eventos críticos se organizan en torno a lo que las mismas personas mapuche denominan como "historias tristes", es decir, la narración de sus trayectorias a través de la reconstrucción de las memorias de experiencias dolorosas que tuvieron que sortear como pueblo y que se transmiten entre generaciones (Ramos, 2010). En los encuentros organizados con la Lof Mariano Solo, empezamos a escuchar que las experiencias de la pandemia se contaban como una "historia triste" que se encadenaba a otros padecimientos que habían tenido colectivamente. Volviendo a la perspectiva de Sy et.al., la pandemia como hecho social se construye a partir de las narrativas y la dimensión que las personas le dan a la misma en términos de sus propias trayectorias y vivencias. En tanto "historia triste", la pandemia del Covid fue reflexionada por las personas mapuche como parte de sus relaciones

asimétricas e históricas con el Estado, reconstituyéndola desde de un marco interpretativo propio como una situación que operó trastocando sus formas de ser y vivir. Desde esta perspectiva, el Estado se encarna en el sistema de salud y se materializa, por ejemplo, en ciertas lógicas de atención y diagnóstico, en las derivaciones, en la prohibición de la circulación (el andar) y de "recibir" a su familia, entre otras. Revisaremos algunas de estas cuestiones. Para empezar, casi todas las personas con las que dialogamos comentaron que habían optado por no concurrir a la sala de salud frente a alguna dolencia "porque siempre que ibas, era Covid":

> *"Enseguida te trasladaban por el Covid. Yo jamás fui cuando tenía dolor porque lo primero que te iban a decir es que tenías Covid, yo no iba a la sala, me la aguantaba nomás. (…) Yo cuando tenía dolor no fui, todo el tiempo no fui, gracias a dios no fui. Como yo vivo solita allá abajo, yo y mi marido nomás… Pero no digás que tenías dolor de cabeza porque ya enseguida 'que no, que es el Covid, ¿Con quién estuviste tomando mate? ¿Tuviste familia ahí afuera?' eso te decían. Y yo decía a mi no me gusta que me digan que no puedo atender a nadie, si viene mi nietito, es como un hijo para mí ¿Por qué lo voy a dejar afuera? Te dejaban aislado, 'que no, que vos no tenés que saludar porque trae gripe, trae enfermedad', así que si venía a mi hija tampoco la podía atender, yo a mi hija no la puedo dejar afuera, venía del campo, de pasada, iba al campo, ¿la iba a dejar afuera en la ruta? No, es mi hija, la crié yo. Para mí era re malo, no te dejaban ver a nadie. Hasta la policía no me dejaba. Esperaban que una se muera sola, todos no teníamos Covid, habrá habido en una parte, no digo que no, pero gracias a dios no lo tuvimos".* (C., integrante de la Lof Mariano Solo)

En esta caracterización de las representaciones acerca de los lo que les decían cuando iban a atenderse a la sala, encontramos varias cuestiones que iremos retomando asociadas a la forma en la que fue interpretada la acción de los trabajadores de la salud y de la aplicación de los protocolos durante la pandemia: el dejarlos en soledad ("Esperaban que una se muera sola"), el desconocer a los vínculos comunitarios y familiares ("¿la iba a dejar afuera en la ruta? No, es mi hija, la crié yo"), la penalización de sus posibles comportamientos ("¿Con quién estuviste tomando mate? ¿Tuviste familia ahí afuera?"), y el aguantarse el dolor por miedo a ser internado/a. En primer lugar, respecto a esta asociación de la concurrencia a la sala con el hecho de tener Covid, encontramos que muchas personas mapuche optaron por no atenderse, incluso en algunos casos esta decisión provocó la muerte.

> *"Acá (en la comunidad) no hubo casos, en realidad hubo algunas personas… en realidad una señora en el paraje, ya te digo te enfermabas y te decían Covid, y una señora que dejó, pasó mucho, ella se engripó y dejó pasar mucho, quedó con una neumonía y la llevaron, le dijeron que tenía Covid, lo raro de eso es que hisoparon a toda la familia y le dio negativo, fue dudoso. Falleció, pero porque se dejó estar mucho"* (R., Longko, Lof Mariano Solo).

Por otra parte, varias personas remitieron la penalización y el juzgamiento de las acciones personales e individuales por parte del equipo de salud y en algunos casos las fuerzas de seguridad (¿Con quién estuviste tomando mate? ¿Tuviste familia ahí afuera?). Las medidas de prevención tuvieron ciertas características: apelaron a la responsabilidad individual por sobre la social (traslapando en muchos casos una sobre otra), en esta dirección, los "protocolos" constituyeron rutinas que fueron cimentando no sólo formas correctas de "hacer", si no formas apropiadas de "ser" que se anclaron en una perspectiva moral, con sus consecuentes impugnaciones en caso de no cumplirlas. Esto tomó énfasis particulares cuando las prácticas se vinculaban al hacer de las propias comunidades. Por ejemplo, cuando se había permitido una mayor circulación, la Lof hizo un encuentro en el campo, en un espacio público, tomando como recaudos la distancia y el uso del barbijo.

> *"El tema de no dejarnos juntar, eso también, un día nos reunimos y después nos tiraron la oreja de que nos habíamos reunido, y eso que nos reunimos en el campo. (…) A mi me aislaron porque nosotros habíamos estado en reunión. Le buscaban la quinta pata al gato porque nos habíamos reunido, nos hisoparon, nos aislaron, nos llamaban todos los días por teléfono, pero no encontraron nada"* (R. Lonko Lof Mariano Solo)

Esto lo relacionaron a la forma en que históricamente las comunidades han sido vigiladas/violentadas por las fuerzas de seguridad, en este caso la policía tuvo durante la pandemia un rol central como agente de control del cumplimiento de los protocolos, principalmente de la interrupción de la circulación, y este rol lo cumplieron con ciertas particularidades con los/as integrantes de la comunidad: seguimientos, los paraban en los controles y los tenían detenidos, malos tratos, los visitaban en sus casas, etc. Para las personas mapuche, el circular y visitarse es parte de la "vida en el campo", andar de pasada y verse. Esto estaba prohibido y lo sintieron como un acto que daba miedo y los dejaba en soledad. La soledad y el miedo se vinculaban con el hecho de estar mal.

> *"Y a uno le da miedo, sí o sí, yo por ejemplo yo estuve un año en casa sin ir a ver mi familia, mi familia vive en Roca, por lo tanto yo estaba solo, solo solito, más que alguna llamada por la radio, VHF, pero no estaba bien. Llegó un momento que me empecé a deteriorar, a tener problemas de salud, me costó un montonazo (…) estuve sin comer y sin dormir. Fue terrible la situación."* (R., integrante de la Lof Mariano Solo)

En las narrativas compartidas, había una diferencia entre andar y que a uno lo lleven. Ser enviado a Bariloche se leía como "ir y no volver", con el morir solo y lejos, algo que escuchamos en otras instancias de trabajo de campo que fueron más allá de este encuentro. En este sentido, la razón por lo cual no se volvía tenía más que ver con la tristeza y la soledad, que con el entendimiento de la gravedad de la situación de salud. En cambio, "andar mucho" implicaba vincularse con otras personas, con aprender y continuar con los vínculos que la pandemia había interrumpido, reforzar la cultura y la identidad.

> *"Y después ya le digo, fueron muchos que lo pasaron malísimamente, porque ellos después nos contaron lo mal que lo pasaron… Porque allá (en Bariloche) lo que hacían, los llevaban, lo internaban y los dejaban solos, dicen que no los atendían para nada, por ahí iba una vez en cuando a mirarte, pegaban la vuelta y salían. Por eso es que tanta gente se fue por el tema que se fue, que les pasaba eso que se morían de tristeza por esta solos, encerrados, y eso es lo que más les hacían, los llevaban y eso era triste, que nadie te vaya a ver, estar pensando en tu familia, en tus hijos, en los nietos…Los nietos son los preferidos de los nuestros. Y con esos presentimientos que tenían se terminaban enfermando más y pasaba lo que pasaba, pasó de todo. Y esto del tema de que no se podían juntar muchas veces, porque yo anduve en varias reuniones que hubo por el tema de la minería, que estábamos en el medio de la pandemia, allí estuvimos nosotros con mi peñi8, y de ahí surgió otra en Huergo, andábamos, no es que andábamos desprevenidos, con su barbijo, cada cual con su tacita, con su mate, no compartíamos nada. (…) Nosotros íbamos a esto, a mi me gusta andar mucho para recuperar esto de la cultura, de la lengua, de ahí saca la experiencia uno para transmitirle a nuestros jóvenes, por ahí pueden agarrar viaje de la recuperación de nuestra cultura, por eso a mí me gusta andar"* (A., Lonko de la Lof Fentren Co)

Frente al hecho de ser enviados a Bariloche, también en el encuentro se recuperaron experiencias que se narran como épicas, en tanto

8 En sentido comúnmente utilizado, hermano, pero se utiliza para referir a otras personas mapuche que son parte de la lucha, de la organización comunitaria.

involucran otras estrategias para atender sus dolencias que implicaron rememorar prácticas de curación de la salud mapuche:

> *"Estuvo difícil, yo justamente le iba a contar una experiencia. Yo tengo mi consuegro en Jacobacci, vos sabés que a él lo agarró, en tiempo de la pandemia lo agarró la enfermedad, y bueno, él lo que se negó es de ir al hospital, dijo 'si yo me tengo que morir, me voy a morir en mi casa, no me voy a ir a morir allá a que me lleven al hospital, seguro me van a internar y después me van a trasladar a Bariloche', y viste que todo las personas que llevaban a Bariloche, no se si volvieron dos, tres, más de eso no volvieron, todos. No se qué pasaba pero ahí había algo, no volvían, todos los que iban a internarse en Bariloche no volvían. Bueno, y mi consuegro dijo 'de acá no me muevo, no me voy a ir a ningún lado, ustedes lo que van a hacer… ¿cuándo van a ir al campo ustedes?' 'Mañana' 'Mañana allá en el campo hay jarilla, ¿hay wenutron?', wenutron le llaman al botón de oro, esa planta tiene tres nombres, wenutron era muy conocido por la gente de antes, y después está que le llaman el botón de oro, y después santa maría. Nos dice 'Bueno, tráiganme wenutron que yo me voy a curar solo'. Así que agarró, le llevamos el yuyo medicinal ese, lo hirvió y lo mezcló, sacó las hojitas y lo hirvió, y eso fue lo primero, lo tomó como te, y después se dio un baño en el cuerpo con el agua de la jarilla y la santa maría. Y fue santo remedio, se empezó a recuperar y se compuso con los remedios caseros, así que por eso digo yo que hay muchos remedios medicinal que uno no lo sabe y a veces... yo no sabía, no sabía que ese era remedio medicina, mi consuegro tiene 79 años, así que bueno, eso pasó en el tema de la pandemia."* (A., Longko de la *Lof* Fetren Co)

Desde el punto de vista de nuestros/as interlocutores, el alejarse del sistema de salud tenía que ver con que, en lugar de ser estrategias para estar mejor, los protocolos y la atención biomédica se vinculaban con acciones que los hacían andar mal: estar y morir solos, no atender a nadie conocido, dejar de lado la vida comunitaria, que los lleven a Bariloche, es decir, alejarse de las formas en las que ellos entienden que se debe ser y vivir comunitariamente. Estas medidas actualizaban lógicas que les recordaban a experiencias pasadas de padecimiento (muchas asociadas al Estado), narrándose como una historia triste más.

REFLEXIONES FINALES

El objetivo de nuestra ponencia fue iniciar una reflexión acerca de las representaciones e interpretaciones que las personas mapuche con las que trabajamos tienen acerca de la pandemia. Para hacerlo, partimos de algunas problemáticas surgidas de la implementación de protocolos que enfatizaron las desigualdades entre el Estado y las personas

mapuche, pero también pusimos nuestra atención en las formas a través de las cuales las personas mapuche buscaron sortear determinadas dificultades que –desde su punto de vista– planteaban estos protocolos y la atención en tiempos de Covid. Recurrimos al concepto de evento crítico para dar cuenta de la pandemia como un acontecimiento que se ancló en las experiencias de las personas mapuche en tanto suceso que cambió su vida cotidiana y sus formas de ser/hacer en el mundo. Para estas personas, la pandemia como evento crítico se entextualizó en el marco de la narración de sus "historias tristes" vinculándose con otras experiencias de dolor pasadas y colectivas. Sin embargo, en las narrativas, las historias tristes son contadas como experiencias que, a pesar de todas las dificultades, se han podido superar. En estas narrativas restauradoras, tal como explica Ana Ramos el foco "está puesto en la posibilidad de 'volver a levantarse', de continuar *siendo juntos* y de retomar el control sobre las relaciones históricas de un mundo que no dejó de existir" (Ramos, 2016:148). Como aprendizaje de la pandemia, la *werken* (portavoz) de la *Lof* Mariano Solo nos dijo: "Hay que volver a lo de antes, a lo que sabían hacer los abuelos, sabían andar, hablar la lengua, sabían de hierbas…". La pandemia se volvió una experiencia que pudo interpretarse y cuyos aprendizajes se pueden transmitir: "uno se organiza para eso, para estar vivo, para tirar para un mismo lado, para aportar lo que alguien no sabe, es así, porque lo poco que uno tiene en cuanto conocimiento, vivencia, eso lo tiene que transmitir porque le va a servir a otras personas" (R., integrante de la Lof Mariano Solo).

Es decir, a pesar de entender que "la pandemia fue difícil", un momento de dolor, terrible, existieron estrategias que comenzaron a desarrollarse para ir sorteando las dificultades: la soledad, la falta de encuentros presenciales, los miedos. Para muchas de estas comunidades la pandemia permitió poner en valor prácticas de curación de los antepasados que son necesarios recuperar (parte de estas intenciones se encuentran reflejadas en los encuentros convocados de actualización de memorias). La pandemia en definitiva comenzó a activar redes, conocimientos y autoridades comunitarias de formas creativas: la radio, el chat, las charlas en las tranqueras, pero también el uso de yuyos en el campo (que durante mucho tiempo se vieron soslayadas por asistir a la atención biomédica). Consideramos que estos encuentros en el marco de los "desencuentros" con la biomedicina se visualizan como prácticas que podrían retomarse y enseñarse. Desde nuestro punto de vista, estas experiencias e interpretaciones son inevitables para reorganizar la atención pública de la salud del pueblo mapuche en un contexto de pospandemia y son necesarias para poner en diálogo con la perspectiva de los/as trabajadores de las instituciones de salud. Lo tomamos como un desafío para seguir trabajando.

BIBLIOGRAFÍA

Das V. (1995). Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India. Oxford University Press: Nueva Delhi.

Ramos, A. (2016). Un mundo en restauración: Relaciones entre ontología y política entre los mapuche. *Ava*, 29, 131-154.

Ramos, A. (2010a). Los pliegues del linaje. Memorias y políticas mapuches-tehuelches en contextos de desplazamiento. Buenos Aires: Eudeba.

Reguillo, R. (2005). La construcción simbólica de la ciudad: sociedad, desastre y comunicación. México: Ed. Iteso.

Sy A, Moglia B, Derossi P. D. (2021). Todo se transformó completamente: Experiencias de la atención a la pandemia de Covid-19 en el ámbito de la Salud Pública. *Revista Salud Pública*, 26(2):60-72.

Contar desde los hospitales. Condiciones y formas de la narrativa entre el género, la profesión y las jerarquías institucionales

Cinthia Sapienza*, Paula Derossi**,
Francisco Gelman Constantin***, Brenda Moglia****

"Hay desproporciones, vos lo sabes, siempre las hubo y las va a seguir habiendo, porque esto es como el machismo hay una diferencia abismal entre el hombre y la mujer. Acá hay una diferencia abismal entre el médico y el enfermero o la enfermera"

Esta cita, que pone en paralelo patriarcado y jerarquía profesional, resulta disparadora para la escritura de esta ponencia. En el marco de esta ponencia, nosotres intentaremos pasar del simple paralelo a la exploración de la imbricación concreta de los distintos sistemas de poder, camino de un análisis interseccional que todavía no podemos sistematizar. Y además, en este caso, seguiríamos expandiéndonos desde el centro hacia los márgenes del hospital para no ocuparnos ya ni de médiques ni de enfermeres, sino de esas otras profesiones y trabajos aún más subalternizados: trabajadores/as de limpieza, seguridad, administración, trabajo social.

Una serie de datos estadísticos muestra de qué modo se interconectan las diferencias profesionales con las desigualdades de género en el ámbito sanitario. A este respecto, el incremento sostenido de ingreso de mujeres a carreras de grado (como medicina) desde los

* Universidad Nacional de Lanús (UNLa) c.a.sapienza@gmail.com
** Universidad Nacional de Lanús (UNLa) pauladerossi11@gmail.com
*** Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Literatura Hispanoamericana. Universidad de Buenos Aires (UBA). Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) fgelmanc@filo.uba.ar
**** Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Universidad Nacional de Lanús (UNLa) brenmoglia@gmail.com

años ´80 en el sector salud contribuyó a un fenómeno de feminización profesionalizada, es decir, mayor participación de mujeres en el desempeño de ocupaciones que requieren estudios universitarios completos. Asimismo del total de las mujeres ocupadas de nuestro país, casi un 10% trabajan en el sector salud , y a su vez constituyen el 70% de la fuerza de trabajo de este sector. Sin embargo, la mayor cantidad de mujeres del sector se concentra en ocupaciones técnicas (cómo enfermería y partería), administración y servicios de limpieza, quedando reservadas para los varones en su mayoría las ocupaciones profesionales y de gestión o dirección. Es decir, que aunque las mujeres constituyan la mayoría de la fuerza de trabajo en este sector, esto no se traduce en igualdad de acceso a derechos ya que existen una importante brecha salarial (en Latinoamérica, estas mujeres ganan un 25% menos que los varones), y dificultades para tomar licencias por enfermedad, en el acceso a coberturas de salud como obra social y coberturas por accidente. Asimismo, son más vulnerables a violencia laboral y tienen jornadas de trabajo más extensas además de ser las principales cuidadoras en su hogar, lo que representa una doble o triple jornada de trabajo aunque no remunerado. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018; Organización Internacional del Trabajo, 2020). Este escenario de profundas brechas de género es en el que se encontraron las y los trabajadores de salud al momento de la declaración de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, entonces nos preguntamos: ¿cómo se organizan y expresan esos diferenciales en las narrativas de experiencias de trabajadores de la salud durante la pandemia?

Esta ponencia se enmarca en el proyecto "Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores", en el marco de la convocatoria PISAC-COVID-19 La Sociedad Argentina en la Postpandemia (2020) de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (Agencia I+D+i)[1].

El análisis preliminar de las entrevistas nos conduce a explorar en esas narrativas diferenciales por género, cargo (jerarquía) y profesión que afectaron su ejercicio durante la pandemia; formas de narrar masculinizadas o feminizadas, que, al mismo tiempo, abren un espacio a la enunciación de experiencias divergentes, con registros emocionales diversos, disponible de manera diferencial según la posición de los sujetos en las distintas relaciones de poder y los encuadres

1 Ver: https://www.argentina.gob.ar/ciencia/agencia/acciones-covid-19/pisac-covid-19/pisac-covid-19-no77-los-nuevos-escenarios-en-la?tca=KPII_a_UEMk2Ou7AURNqd1JY-JRnUKeleo_4iOKBZcI

disciplinarios. A partir de estas narrativas específicas podemos describir una panorámica de la subordinación. Así, en la voz de les trabajadores, comienzan a solaparse las dimensiones de la profesión u ocupación con las cadenas de mando:

> *"a nosotros al principio nos daban el barbijo de, de friselina, es más, no nos querían dar barbijo porque no hacía falta porque no teníamos contacto con el paciente. Hasta que le tuve que explicar al intendente del hospital que sí, que los primeros que teníamos contacto éramos nosotros. Antes que la enfermera, antes que todos. Y tuvimos que llevar, tuve que llegar a ir a hablar a dirección y explicar lo que estaba pasando y ahí nos bajaron los insumos"* (trabajadora de seguridad)

Se pueden observar de manera directa profesiones con reconocimiento y legitimidad social mayores. En el caso de les trabajadores de limpieza, como actores invisibilizados expresan: "nunca nos tienen en cuenta", "siempre nos dejan para lo último", "ahorran con nosotros", "el trabajador de la limpieza es invisible a todo casi siempre"; del mismo modo, en las palabras de otro trabajador que alternaba entre tareas distintas, "las barbaridades que sufrís siendo trabajador de limpieza, siendo administrativo, quedate tranquilo, que no las sufro", "yo trabajador de limpieza, me saco el ambo, me pongo de administrativo, yo como administrativo no hubiese sufrido las cosas que sufrí como trabajador de limpieza...Simplemente por ser trabajador de la limpieza".

Las diferencias en el reconocimiento tiene efectos sobre los modos de tomar la palabra. Así como una trabajadora de limpieza describe su equipo de protección personal señalando que "Estamos con los hemorrepelentes que en sí no sé de qué son. No me preguntes porque no sé, es una tela gruesa como los camisolines. No sé cómo se llama", toda una serie de modalizadores del tipo "por así decirlo", "a mi parecer", "para mi gusto", "yo no soy médica […] pero…" delatan una posición subordinada en las jerarquías del hospital que tiene consecuencias sobre la autoridad epistémica. ¿Qué verdades se puede decir cuando no se detenta el lustroso saber biomédico? ¿Qué peso tiene lo testimoniado en las entrevistas si se habla desde otros saberes y experiencias? El corte transversal a todas las profesiones y ocupaciones activas dentro de los hospitales operado por nuestra investigación, busca interrumpir el carácter automático de esa jerarquía de voces, de un modo que nos permita escuchar y diseminar estas otras narrativas. Sin embargo, ese efecto buscado no impide que aquelles trabajadores que efectivamente hayan llegado a participar de la investigación, subordinades en cuanto a su ocupación, no manifiesten a su

vez ventajas comparativas respecto de otres compañeres empleades en la misma tarea, según las demás dimensiones de las estructuras de poder. Les entrevistades hablan de "compañeros [...] que no tienen más herramientas" o de los atributos personales que consideran que les permitieron hacerse respetar por las demás profesiones, y dejan aparecer así alrededor de su propia voz, en entresombras, la figura de eses pares que, dentro de una misma tarea, están en condiciones aún peores dentro del mapa estratificado del trabajo dentro del hospital.

También, desde estas narrativas observamos la opresión de género:

> *"¿Porque soy mujer? Sí. Sí. Acá si vos luchas por lo que corresponde, sos loca. Pero si sos hombre, sos un tipo correcto. Gracias a Dios ahora cambió. Porque hace poco cambió. Por ejemplo, yo en la gestión anterior en este hospital, yo era la loca. Porque reclamaba (...) cuando estuve en seguridad. Yo era… 'Está loca. Es violenta, está loca.' Ahora no. Ahora me dicen: 'Si puede ser está loca, pero es la única que labura así que dejenlá'."* (trabajadora de seguridad)

Las narrativas manifiestan una conexión entre género y jerarquías institucionales en términos de qué emociones resultan aceptables:

> *"Lo que afectó a nivel personal/trabajo es que todos en general creo, no solamente en el hospital nos pusimos como más irascibles, entonces, para con el otro, para con una pareja, para con el almacenero. Había que medir, o hay que medir mucho porque enseguida se presta a una mala interpretación y justamente por esta hipersensibilidad por la que estamos transitando, todo cae mal. [...] Me ha pasado que me hayan contestado mal, he terminado discutiendo y me han llamado a la semana pidiéndome disculpas, por parte de un jefe te estoy hablando. Pero por cosas vanas, no por una cosa seria, no por algo que decis "entregaste mal un óbito" o "le diste a Perez el óbito de Gonzalez". Cosas que te das cuenta que es por un desgaste de la misma situación."* (Administrativo)

La contribución de la modernidad a la producción de determinados modos de subjetividad que han servido de marco para los procesos de singularización de las personas. Dada la división sexual del trabajo impuesta por el modelo fabril, donde los varones aportaban la fuerza de trabajo y las mujeres se abocaban a las tareas domésticas y de cuidado de niños/as; se ha creado una figura de varones públicos y mujeres privadas. En este sentido, y desde un modelo de subjetivación masculino, en el ámbito de los afectos o emociones, la presencia y expresión de sentimientos hostiles se encuentra legitimada socialmente

tanto cuando se encuentran en una situación de poder en un vínculo asimétrico, cómo entre pares y también hacia alguien de mayor jerarquía. En cambio, para el modo tradicional de subjetivación del género femenino, dados los mandatos de sometimiento y obediencia, la hostilidad no puede ser expresada de manera directa. Esta obstrucción en el despliegue de estas emociones genera "una vuelta hacia ellas mismas" llamada masoquismo y/o una manifestación indirecta, solapada o diferida de la situación que lo produjo, generalmente bajo la forma de "una explosion", que suele generar rechazo. Aun así, poseen habilidades sociales y capacidad de generar lazos afectivos pero suelen ser faltas de habilidad con relación a los códigos del mundo público (Tajer, 2020):

> *"[M]e sentí incómoda porque tener que exponer mi parte de salud, lo que sea, con una persona con la que no quería, porque para eso tengo mi psiquiatra, mis amigos y sin embargo le explique la situación. Lo tomaron mal y es como que a partir de ahí, como que me castigaron, entonces cuando yo pedí el pase lo pedí a un sector determinado, no me lo dieron. Lo pedí a otro, tampoco me lo dieron. Me obligaron, porque me obligaron por nota a hacer la tarea que hoy estoy haciendo, la redacción de la nota es bien autoritaria, o sea, una cosa terrible... Y bueno entre toda esta situación logré que me dieran el pase, porque yo en realidad lo que quería era salir de la dirección para no seguir sufriendo todo ese maltrato y acoso. Entonces, bueno, hablé con quien es la jefe del sector de infectología y bueno si, me dijo "vení , no hay ningún problema" y ahí logré el pase. Pero bueno, sigo haciendo una tarea que ellos me obligaron a hacer, porque yo estando en infectología debería dedicarme a atender y hacer la tarea administrativa de los pacientes, no de hacer la parte epidemiológica pero bueno, hasta cuando termine la pandemia yo, no sé"* (Administrativa)

Esta panorámica de la subordinación nos permite pensar en distintos márgenes hospitalarios: no solo aquellos márgenes de la formación técnica o profesional y del reconocimiento social que advertíamos hasta aquí, sino también márgenes del territorio o la espacialidad.

Los espacios dentro de la estructura hospitalaria están delimitados por las prácticas, es "un lugar practicado" (García, 2017, p.5), las cuales implican una temporalización e interacciones relacionales entre diferentes actores, algunos con mayor reconocimiento social y disciplinar, constituidos por el saber médico, los cuales según nuestro análisis de las narrativas ocuparían los espacios más centralizados y los más visibilizados.

Sin embargo en esta oportunidad estos espacios practicados se extienden a los márgenes donde emergen en sus narrativas. La labor de estes trabajadores compone un mapa alternativo del hospital. Lejos del espacio reducido del consultorio, la sala o los cuartos de internación, enfocados por la consabida "relación médico-paciente", les trabajadores de limpieza, seguridad y administración crean otros recorridos. Al interior de este otro mapa con fronteras extendidas aparecen diferenciales de reconocimiento /jerarquización; se mueven por las zonas oscuras del edificio, custodian las vías de entrada y salida, habitan oficinas inhóspitas o se internan en depósitos. A través de esos trayectos invisibles, ven, escuchan o sienten también una mitad oculta del hospital, como un trabajador administrativo que, por descender al cuarto de depósito, registra con ironía sensible el colapso emocional de una directora del servicio de salud mental escondida en esa trastienda.

Lado B del hospital, siempre presentes pero siempre callades, les trabajadores de los márgenes tienen tanto y más para decir sobre la institución. Sobre su lugar dentro de ella, pero también sobre todos esos aspectos del hospital como un todo que las voces tradicionalmente más autorizadas de sus pares médicos no atinan a nombrar. No se trata tanto de que estes trabajadores no entren en la lógica hegemónica del sistema sanitario o estén al margen de ella, sino que precisamente el sistema de poder les hace útiles poniéndoles en el margen, subordinándoles. Porque el poder de les médiques y de la gestión del hospital (constituida en su mayoría por varones médicos) sobre el conjunto no funciona sin esos márgenes, pero tampoco funciona si eses laburantes salen de allí para ocupar el centro. Nuestra operación en esta ponencia fue justamente tomar eso que está presente en los márgenes y llevarlo al centro para ver cómo se trastorna la imagen del hospital reordenando los elementos. Si que estes trabajadores tomen la palabra sobre la experiencia de trabajo no entra en la dinámica de poder del hospital, nuestro trabajo permitió darles la oportunidad de ser escuchades, la "autoridad" para hablar sobre cosas sobre las que normalmente la institución no les da voz ni voto.

Al mismo tiempo, ese lugar minorizado de algunas profesiones u ocupaciones se entrecruza con las formas verticales de gestión de las instituciones sanitarias, y con el modo en el que mujeres y disidencias son silenciadas o estigmatizadas en una sociedad heteropatriarcal, mientras los varones (heterocis) parecen gozar de piedra libre. La pandemia, como evento disruptivo radical, desordenó el conjunto de esas imbricaciones poniendo en duda su necesidad, aunque no necesariamente suspendiendo su vigencia. Mirados desde otro ángulo, los hospitales muestran tanto posibilidades de cambio como la persistencia de desigualdades.

Las entrevistas muestran el modo en que la pandemia fortaleció la comunicación entre les trabajadores, que se vieron en la necesidad de colaborar de maneras insospechadas y desplegar formas diversas de apoyo mutuo. Del mismo modo, cada grupo de trabajadores pudo comprender la importancia de la tarea de sus pares para la sostenibilidad de las condiciones de trabajo y la salud del conjunto; en sus palabras:

> *"Aprendimos que no solamente una mano lava a la otra y las dos lavan la cara. Que lavan el cuerpo. Porque vos necesitás lavar los pies, la colita, las orejitas. Que no son importantes las manos y la cara no más. Que el culito y los piecitos también. Y que de ellos dependemos"* (Trabajadora de seguridad).

Solo falta saber si eso que aprendieron estes trabajadores durante lo peor de la crisis sanitaria es una lección suficientemente duradera, y una experiencia que pueda motorizar también la transformación de aquello que, identificado como problemático, ni siquiera en ese momento se vio modificado. En el filo de esa incertidumbre, nuestro trabajo busca sostener sus voces para mantener el problema abierto y la memoria fresca.

BIBLIOGRAFÍA

García, M.G., Recoder, M.L., Margulies, S. (sept,2017). Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad. Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud Colectiva*, 13(3), 391-409. http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1150

OIT (2020). COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Informe Técnico. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

PNUD. (2018). Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Buenos Aires:

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Tajer, D. (2020). Psicoanálisis para todxs: por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial.- 1era ed.- 1era reimp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial.

Reorganización de los procesos de atención en el primer nivel de atención durante la pandemia de covid-19. Ciudad de Rosario

Matías Stival*, Marina Santos**, Mariano Gil***,
Julia Puzzolo****, Leandro Drueta*****

INTRODUCCIÓN

La presente ponencia aborda los principales resultados de la investigación llevada a cabo entre trabajadores del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario, respecto a sus experiencias de atención durante la pandemia de covid-19. Dicha indagación estuvo a cargo de lxs integrantes del Centro de Estudio de Antropología y Salud (CEAS), en el marco del proyecto de investigación en red denominado *Transitar de la pandemia a la postpandemia: desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as*, financiada por la Agencia PISAC-Covid y estuvo integrado por un total de 9 nodos, coordinados por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

El trabajo consistió en una serie de entrevistas realizadas a trabajadores de distintas profesiones y dependencias gubernamentales (municipal/provincial) que desarrollaron su tareas de atención en los centros de salud territoriales durante la pandemia de covid-19, en la ciudad de Rosario. A partir del análisis de las mismas, hemos

* Centro de Estudios en Antropología y Salud (CEAS); stivalmatias@gmail.com
** Centro de Estudios en Antropología y Salud (CEAS); marinaansch@gmail.com
*** Centro de Estudios en Antropología y Salud (CEAS); marianokd@gmail.com
**** Centro de Estudios en Antropología y Salud (CEAS); juliapuzzolo@gmail.com
***** Centro de Estudios en Antropología y Salud (CEAS); leadruetta89@gmail.com

identificado algunos tópicos que profundizaremos a continuación: invisibilización del primer nivel, fragmentación del sistema de salud, aprendizajes y desafíos. Cabe aclarar que se trata solo de algunos de los puntos relevantes que, por cuestiones de extensión, hemos elegido presentar en esta ponencia, siendo por el momento resultados provisorios del estudio.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

En el caso de la ciudad de Rosario, la unidad de análisis se recortó a lxs trabajadores de salud pública del primer nivel de atención. Este recorte responde, por un lado, a un aspecto histórico que tiene que ver con el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud en la ciudad desde hace más de 30 años, motivo por lo cual las/los trabajadores del primer nivel de atención constituyen un actor político de peso al interior del sistema de salud (Báscolo, E. y Yavich, N., 2010). Y, por el otro, a un objetivo político de visibilización de las respuestas del primer nivel en el contexto de emergencia sanitaria, lo cual en gran parte ha quedado poco evidenciado detrás de otras medidas como el reforzamiento del tercer nivel de atención y las UTIs.

Para la instancia de entrevistas se utilizó un formulario semi-estructurado elaborado en el marco del proyecto general y adaptado a las condiciones del territorio local. Los tópicos de indagación fueron: eventos significativos; reorganización de los equipos para la atención covid; protocolos y su aplicación en terreno; vínculos con instituciones estatales y del territorio; atención no covid (con hincapié en salud mental, enfermedades crónicas y salud sexual y reproductiva).

Las entrevistas consistieron en instancias individuales, grupales y participación en reuniones de equipo. Los contactos se generaron de manera individual con cada trabajador/a y se empleó el método "bola de nieve" para llegar a nuevas/os entrevistadas/os. Para que los resultados sean representativos de múltiples experiencias, se entrevistó a trabajadores de distintas disciplinas y pertenencias administrativas (municipal y provincial), dado que éste último aspecto es un elemento relevante del subsistema de salud en la ciudad.

Profesión/cargo	Municipal	Provincial	Total profesión
Psicología (Ps)	4	3	7
Medicina General	6	1	7
Administración		2	2
Trabajo Social (TS)	3	3	6
Enfermería	2	2	4
Odontología	2		2

Profesión/cargo	Municipal	Provincial	Total profesión
Pediatría		2	2
Agenete Sanitario		1	1
Intercambio con todo el equipo	1		1
Funcionarios	1		1
Total pertenencia administrativa	19	14	Total: 33

Cuadro 1. cantidad de trabajadores entrevistados según profesión y pertenencia administrativa

LA *INVISIBILIZACIÓN* DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Un aspecto que emergió de manera reiterada en el análisis de las entrevistas, fueron las condiciones de trabajo en el territorio, que diversxs entrevistadxs categorizaron como "invisibilización" del primer nivel de atención. Dicha invisibilización se enuncia fundamentalmente en relación a tres aspecto: a) el refuerzo de los demás niveles de atención, sobre todo en tema de recursos materiales y elementos de protección personal (EPP) al inicio de la pandemia; b) la "soledad territorial", por el corrimiento de otras áreas asistenciales del Estado; y c), la reactualización de la discusión sobre las características de la APS.

En primer lugar, se plantea la centralidad obtenida por el tercer nivel de atención al momento de reforzar la respuesta asistencial, dejando a las áreas de atención territorial en una situación de vulnerabilidad en términos del equipamiento y la preparación de lxs profesionales:

> *"...al principio no teníamos absolutamente nada, un barbijo que cosía la gente para nosotros, así. De donaciones. Tuvimos que hacer máscaras, pidiendo ayuda"* (Enfermera, CS Municipal, 27/10/2021)

Sin embargo, esta situación se fue regularizando con el correr del tiempo, según algunxs entrevistadxs paradójicamente, a partir del crecimiento exponencial de los casos y su detección en el primer nivel, lo que coincidió en gran medida con la saturación de guardias y hospitales de la ciudad[1]:

1 A partir de las entrevistas exploratorias y en base a los registros epidemiológicos y periodísticos, generamos una línea de tiempo sobre la pandemia en Rosario (2020/21). Los principales hitos son: ASPO (marzo-agosto/septiembre 2020); 2) primera ola (agosto/septiembre-noviembre/diciembre 2020); 3) verano (noviembre/diciembre 2020-marzo/abril 2021); 4) segunda ola (marzo/abril 2021-julio/agosto 2021); 5) avance del proceso de vacunación y baja significativa de casos (julio/agosto 2021-diciembre 2021). Los hechos aquí mencionados se ubican entre el primer y el segundo momento.

> "[la situación cambia] Cuando los casos empiezan a aumentar y se detecta que el contagio también se da en el primer nivel de atención, porque a todo esto solamente se informaba que los casos estaban dentro de los hospitales, dentro del tercer nivel, dentro del segundo nivel, donde la persona ya ingresaba con sintomatología, ya, con un cuadro muy avanzado de Covid" (Enfermera, CS Municipal, 27/10/2021).

La segunda dimensión de esta situación de invisibilización a la que refirieron lxs profesionales fue, como expresa una entrevistada, la "soledad territorial": "Sí, en un primer momento para mí fue de soledad absoluta o sea no... no sabíamos qué hacían las otras instituciones, si seguían o no seguían existiendo" (Psicóloga, CS Municipal, 24/11/21). El cierre de todos los espacios y áreas estatales que no pertenecían estrictamente al área de salud, consideradas como actividades "no esenciales", significó en términos concretos que las únicas instituciones que permanecieron abiertas en los territorios fueran los centros de salud:

> *"Sí, la verdad que fué complicado porque muchas de las áreas que no son salud se borraron de los barrios durante la pandemia. Deportes no estuvo más, Desarrollo social (CCB) casi ni trabajó, solamente por ahí, para, sí teníamos que hacer conexiones para la caja de alimentos y nada más"* (Médico Generalista/Coordinador, CS Municipal, 23/11/21).

En términos del trabajo cotidiano, esta soledad derivó en dos cuestiones. Por un lado, habilitó experiencias de articulación con aquellas organizaciones no gubernamentales y sociales que sí quedaron funcionando en los barrios –principalmente comedores–, con quienes pudieron trabajar conjuntamente para realizar los planes "Detectar" y las campañas de vacunación. Por el otro, motivó el despliegue de un trabajo artesanal por parte de algunxs profesionales –particularmente trabajo social– para poder dar respuestas a demandas específicas como las de tramitar el IFE, D.N.I., por mencionar sólo algunas. Sobre esta experiencia se produjeron opiniones desiguales; algunxs profesionales no lo consideraron disruptivo respecto a su rol

> *"... en un momento te hablo, hablamos de fase 1 (…) las mismas instituciones con la que uno podía contar no estaban más, nosotros estamos al lado del distrito (…) entonces vos te encontrabas en ese encerrón (...) no tenías a quien direccionar, yo particularmente hice algún parte que otro artesanal, creo que particularmente cuando no pude más dije basta, pero no me generaba tantas contradicciones el acompañar eso…"* (TS, CS Municipal, 26/10/21).

Sin embargo, otra de las profesionales manifestó resistencia al momento de tener que suplir esas ausencias, considerando que terminaba siendo contraproducente:

> *"… a ver yo me resistí bastante a cargar yo algunas cuestiones digamos porque terminábamos haciendo lío viste, terminábamos generándonos un laburo que le restaba a otras tareas que eran las nuestras y que no le resolvían las cuestiones a la gente"* (TS, CS Provincial, 23/11/21).

Estas condiciones de trabajo se extendieron más allá de las etapas de estricto aislamiento e incluso convivieron contradictoriamente con las distintas instancias de apertura progresiva de actividades. Se señala la distancia que se generó entre un discurso tendiente a la necesidad de reforzar la asistencia a los sectores menos favorecidos y la falta de recursos humanos para garantizarla, lo cual redunda en una sobrecarga de los equipos de salud.

Por último, otra discusión que la pandemia reactualizó tiene que ver con las tensiones que se generan entre los modos de trabajo de los distintos niveles de atención, versus la estrategia de APS como un despliegue transversal que cohesiona las tareas de los distintos niveles de complejidad (Dirección General de Servicios de Salud, 2004; Junta de escalafonamiento del Ministerio de Salud de Santa Fe, 2015; Ministerio de Salud - Gobierno de Santa Fe. Sitio web, 1/6/2022). Esta discusión no es novedosa y suele emerger cuando se analiza el rol del primer nivel de atención en la organización sanitaria. En ese sentido, aparece aquí mencionado por profesionales de la red municipal y provincial, principalmente en términos de desigualdad entre niveles y en particular asociado al trabajo durante la pandemia. En las entrevistas, por ejemplo, surgieron un conjunto de reproches y tensiones hacia los equipos de salud del segundo nivel:

> *"...y es lo que siempre sucede con el segundo nivel, digamos, la escasa respuesta de otros niveles que siempre es antagónica a lo que pasa en el territorio, digamos, que uno trata ahí de resolver, sobre todo, con la población que nosotros trabajamos"* (Odontóloga, CS Municipal, 18/11/2021).

Uno de los planteos surgidos en este contexto es que a diferencia del primer nivel, la atención en el segundo se vio interrumpida, generando dificultades para asegurar la atención de los pacientes. Estas circunstancias son interpretadas por lxs profesionales como una situación de "inequidad". Es así que, como indica la siguiente entrevistada, la inequidad está directamente relacionada con una limitación de la gestión que "exige" al trabajo en los centros de salud, pero no aborda

a los otros niveles de atención a los fines de garantizar una atención transversal:

> *"...pero es como que la gestión no puede hacer nada contra el segundo nivel. O sea, la exigencia es siempre acá, y cuando vos queres la respuesta en segundo nivel, no sé cuál es el problema que no pueden (...) Pero parece que es intocable el tercer nivel, y el segundo nivel"* (Reunión de equipo, CS Municipal, 10/11/2021).

Registramos que estas tensiones, desconfianzas y reproches entre los equipos de salud de ambos niveles se vieron acrecentadas tanto en los momentos de mayor desborde del sistema de salud (1era, 2da y 3era ola) así como también en otros periodos en los cuales –si bien la atención covid no resultaba tan abrumadora– existieron otras necesidades vinculadas a estudios diagnósticos y atención de especialistas de ciertas patologías que habían sido "postergadas" durante aquellos momentos.

FRAGMENTACIÓN DEL SISTEMA EN LA ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA

Otro problema que emerge y se reactualiza en el contexto de la pandemia es la fragmentación del sistema de salud, como se dejó entrever en el punto anterior respecto a la relación entre niveles de atención. Una de las características que adopta esta fragmentación es la convivencia de centros de salud municipales y provinciales en los territorios.

Un primer consenso que surge del análisis de las entrevistas fue el reconocimiento de una relación entre los centros de salud municipales y provinciales que "siempre fue difícil", ubicando esta relación desde una perspectiva histórica que permita pensarla con anterioridad a la pandemia:

> *"...yo estoy hablando de municipalidad, que eso es otro problema (…) La provincia se maneja re distinto (…) Y siempre fue otra lógica salud municipal en Rosario"* (TS Municipal, 29/10/2021).

> *"Vos sabes que este es un centro de salud provincial lo cual también marca una diferencia bastante importante [con los CS Municipales] en la configuración de los equipos, por lo tanto también en la configuración de los roles (…)"* (TS Provincial, 23/11/21).

Al indagar sobre las causas que adjudicaban a la falta de coordinación entre municipalidad y provincia, algunxs entrevistadxs señalaron las diferencias organizativas al interior de cada sistema. Específicamente, en el caso de la Secretaría de Salud Pública Municipal, referenciaron la

existencia de una estructura de "espacios colectivos" donde participan los equipos de gestión de cada centro de salud, entre los que se destacan los "Colegiados de Gestión", las "reuniones distritales" y las "reuniones de equipo". Estos espacios de socialización e intercambio de información, de construcción conjunta de problemas y de toma de decisiones –que funcionan desde hace más de 20 años (Báscolo, E. y Yavich, N., 2010)–, resultaron claves para afrontar la reorganización de los equipos frente a la pandemia en los centros de salud municipales.

Por otro lado, y como contracara, al momento de la irrupción de la pandemia la estructura de gestión del sistema de salud provincial se encontraba en plena transición debido al cambio de gobierno producido en el marco de las últimas elecciones (2019). Por este motivo, durante el 2020 la mayoría de los centros de salud provinciales dijeron no contar con sus coordinadores distritales correspondientes y, en ocasiones, ni siquiera con "interlocutores visibles" de la Región Sanitaria Rosario. Cabe agregar que en algunos centros de salud provinciales, al momento de nuestro trabajo de campo, no se realizaban reuniones de equipo.

Si bien se reconocieron ciertas acciones de coordinación entre la Secretaría de Salud Pública Municipal y el Ministerio de Salud Provincial –como por ejemplo el acuerdo para lograr coherencia entre protocolos nacionales, provinciales y locales–, los relatos de nuestrxs entrevistadxs señalaron distintos elementos que forman parte del modo en que se manifiesta esta falta de coordinación. Un ejemplo de esto, es la falta de una definición de criterios claros para delinear las "áreas de referencia" en muchos centros de salud, generando desde una "superposición de recursos sanitarios" para una misma población en un barrio determinado, hasta ciertos "reproches" y "recelos" entre los equipos de esos efectores respecto a "hacerse cargo" del trabajo y su población de referencia:

> *"...siempre es difícil porque al no tener como una cierta paridad de recursos, de cuestiones de normativas, o un cierto lenguaje en común, siempre como que queda un tipo de enfrentamiento (...) en el territorio eso es complejo, porque quedan los trabajadores del territorio que tienen la misma población a cargo, la misma comunidad para atender y acompañar, con cuestiones muy diversas, muy distintas, de recursos concretos y de posibilidad de articulación"* (Médica generalista Provincial, 15/12/2021).

Otros puntos en que se manifiesta la descoordinación son: a) "la carga horaria" y sus implicancias en las dinámicas internas de los equipos:

> *"...por ejemplo todos nosotros tenemos una carga de 24 horas, lo cual implica que estamos cuatro días a la semana, en un turno, en uno o en otro*

> *turno, es muy poco para poder (…) en la muni la carga mínima es treinta y en general todos tienen treinta y seis. Eso hace que semanalmente todo el mundo se vea las caras, que la constitución de espacios para retrabajo sea más rápida, más flexible (…) porque las maneras en que nos incorporamos como trabajadores hacen a la constitución de un equipo"* (TS Provincial, 23/11/21);

b) la existencia de dos sistemas diferentes de información sanitaria y la falta de una "comunicación fluida" entre ambos sistemas:

> *"...es un tema porque la verdad que cuando trabajas en dos sistemas paralelos, teníamos el SISA, que es un sistema que usa la provincia, y después el nuestro de la municipalidad, entonces si bien muchas veces coincidían eh, el gran problema fue no poder obtener la comunicación entre Municipalidad y Provincia"* (Médico Generalista Municipal, 5/11/21).

Aunque algunxs entrevistadxs adjudicaron esta falta de coordinación en los territorios a desacuerdos entre funcionarios: "muchas veces no se ponen de acuerdo los que están detrás de un escritorio" (Médico Generalista Municipal, 5/11/21); otros, sin embargo, reconocen que aún cuando suceden, los mismos no logran concretarse por distintos motivos:

> *"...a veces las cuestiones que quedan entre coordinadores quedan entre coordinadores, y no se terminan de operativizar. Después cabalmente no hay una estrategia en común... en función de tener un territorio en común... ¿por qué? por razones bastante lógicas... porque dependemos de reparticiones diferentes, lo cual hace una marca. Porque en general tenemos mucho trabajo, cada uno asimilado a su manera"* (TS Provincial, 23/11/21)

En el contexto de los procesos de trabajo en la pandemia, una manifestación concreta de esta descoordinación entre efectores se experimentó en los inicios de la vacunación en el primer nivel:

> *"...en un primer momento con cierto recelo a las vacunas... nos hicieron una bajada de línea, nos mandaron [desde la Provincia] un Excel que decía a quién tenemos que vacunar, lo cual era chino, porque imaginate que lo armó una computadora en base a lo que uno cargaba y era gente que no veíamos viendo, y nosotros ya conocíamos a quien tenías que vacunar y a quien no, después de a poquito se fue corriendo y fuimos armando nosotros la población y ahí fue otro momento"* (TS Municipal, 26/10/21).

Sin embargo, debemos mencionar que luego se establecieron estrategias combinadas entre los vacunatorios dependientes del Ministerio

de Salud Provincial –de carácter masivo–, y aquellas desarrolladas por los centros de salud municipales que desplegaron acciones de vacunación diarias con visitas "puerta a puerta", logrando llegar a sectores de la población que no fueron captados por las estrategias masivas.

Registramos otras estrategias o "acuerdos" desplegados por el personal de salud de los centros provinciales y municipales para superar esta fragmentación, pero se trataron de acciones articuladas sobre la base de construcciones "artesanales" a partir de acuerdos personales. Según registramos, se dieron ante situaciones singulares que debían resolver o para desarrollar ciertas acciones específicas (actividades circunstanciales, "préstamo" de medicamentos, hisopados, ticket de movilidad para determinadas circunstancias, etc.). A su vez, se destacó que las mismas se circunscribieron a acuerdos entre efectores de salud y, en algunos casos, incluyeron a organizaciones sociales locales (centros comunitarios, iglesias, comedores, etc.).

APRENDIZAJES Y DESAFÍOS: EXPERIENCIAS DESDE EL TERRITORIO

En este apartado focalizamos en la descripción de aquellas prácticas que han sido valoradas positivamente y como instancias importantes por lxs trabajadores. Hemos identificado cuatro aspectos: a) las prácticas territoriales; b) la "plasticidad"/flexibilidad en el armado de estrategias; c) las estrategias de cuidado en los equipos de trabajo y d) la "Asamblea de los Trabajadores de la Salud Colectiva".

El primero de los aspectos jerarquizados, es la mirada construida por los equipos territoriales respecto de la población de referencia como elemento fundamental a la hora de pensar intervenciones y definiciones de trabajo en pos de brindar mayor accesibilidad y de garantizar cuidados:

> *"La ventaja es conocer a la población, entonces vos sabes que este paciente puede acceder o no, quién es el paciente que puede aislarse o no"* (Equipo CS Pcial, 17/11/21).

La presencia de muchos años en los barrios, los vínculos construidos con lxs pacientes y el conocimiento de las necesidades de la población, se mencionan en tanto "potencia" cobrando una centralidad en las reflexiones de los equipos. Éstas implicaron en muchos casos problematizar disposiciones que llegaban desde la gestión. El "salir a lo territorial" (TS Municipal, 26/10/21) fue valorado como un aspecto distintivo que adquiere particular sentido cuando lo inscribimos en aquellos momentos de mayor complejidad en los que se elevaba el número de contagios y desde los distintos niveles gubernamentales se establecían medidas de aislamiento. Tales valoraciones aparecen

enunciadas también, en relación a una concepción de atención primaria de la salud, que pone en cuestión el predominio de ciertos aspectos que habrían permeado algunas definiciones y estrategias de atención sostenidas desde niveles de gestión, como aquellos vinculados a miradas biologicistas y/u hospitalocéntricas:

> *"el aprendizaje que por ahí centrarse en la enfermedad puede resolver las cosas a corto plazo pero… desde que nosotros aprendimos lo que es atención primaria creo que nuestro enfoque también tiene que ir para otro lado"* (Enfermera Provincial, 27/12/2021).

Otro aspecto destacado en las narrativas, es la impronta de la "plasticidad" o "flexibilidad" que pudieron desplegar los equipos para evaluar, articular o reestructurar estrategias en contextos que fueron de mucho estrés, desconocimiento e incertidumbre:

> *"Mirá, los aprendizajes... es propiamente eso, la capacidad de aprendizaje y de adaptación a situaciones tan difíciles que tenemos las y los trabajadores de la salud, porque la verdad que le hemos estado poniendo el pecho a esta pandemia, y la cabeza, adaptándonos y poniéndole todo el estrés que nos implicó las veinticuatro horas del día, eh... saliendo adelante, durante esta situación que para todos era nueva, que era muy estresante"* (Enfermera Provincial, 13/01/22).

En algunos casos, esa "plasticidad" se expresa en términos de no esperar definiciones de la gestión para avanzar con determinadas acciones o prácticas preventivas y de cuidado. Esa flexibilidad, también es enunciada en términos de "poder de adaptación" (Médico Generalista/ Coordinador CS Municipal, 23/11/21) en un contexto en el que distintas situaciones implicaban nuevas tareas y la redefinición de funciones de lxs profesionales frente a la preocupación respecto de garantizar el acceso a distintos recursos asistenciales y a la atención en salud.

Un tercer aspecto registrado como "fortaleza", fueron las estrategias colectivas de cuidado al interior de los equipos, asociadas a la preocupación de muchxs trabajadores por acompañarse en esa cotidianidad signada por los impactos subjetivos de las condiciones laborales que impuso el Covid: el "desgaste", el "cansancio", la incertidumbre, el miedo y la angustia. En ese sentido, poder acompañarse entre pares y contribuir a "una mayor unidad del equipo" no pareciera verse escindida de una lectura respecto al valor de esas estrategias como un modo de intentar aliviar el agotamiento de lxs compañerxs y como una condición para sostener los procesos de atención. Una mirada que se reconoce como patrimonio de los equipos y no como un

aspecto en el que habrían reparado los niveles de gestión.

Finalmente, nos interesa rescatar la Asamblea de Trabajadores por la Salud Colectiva (ATSC), conformada en octubre del 2020, en un contexto de fuerte aumento de los contagios y posible colapso del sistema sanitario. Se trata de un espacio interdisciplinario que congrega a trabajadoras/es de la salud de los distintos niveles de atención, tanto del ámbito público como privado, autoconvocadxs en torno a la premisa de organizar los cuidados colectivos (Boletín Hilo Rojo, Julio 2021).

Si bien por una cuestión de espacio no nos extenderemos más, nos interesa mencionarla en tanto experiencia inédita a nivel local que se posicionó en el espacio público, debatiendo algunos ejes en torno al abordaje de la pandemia: análisis de las medidas sanitarias; concepción del cuidado colectivo considerando las dimensiones sanitarias, sociales y económicas; aceleración y descentralización de las campañas de vacunación; condiciones laborales del personal de salud ("cuidar a los que cuidan"), entre otras.

Esta experiencia que aún permanece, se constituyó en un nuevo actor social en el contexto de la pandemia en Rosario. Adquirió un rol protagónico, logrando incidir a través de sus posicionamientos y propuestas, tanto entre los espacios sanitarios de lxs trabajadores de la salud, como en la opinión pública y los medios de comunicación locales.

REFLEXIONES FINALES

A continuación, retomamos algunos de los puntos sobresalientes de la presentación. Respecto a la invisibilización del primer nivel, debemos señalar que las condiciones de aislamiento en el marco del ASPO representaron una sobrecarga para los equipos del primer nivel de atención. Éstos, vieron reducidas sus redes de articulación con otros actores del territorio y del segundo nivel de atención, al tiempo que la demanda crecía y se focalizaba en el centro de salud, por ser la única institución que permaneció abierta. La experiencia de lxs trabajadores durante la pandemia de covid-19, rescata la necesidad de ampliar la concepción de "esenciales" a otras áreas y especialidades, en particular a aquellas encargadas de la asistencia y el acompañamiento a los sectores vulnerables, donde el impacto del aislamiento fue más significativo por las condiciones materiales de vida.

Por otro lado, remarcar que la fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios de salud, debido a que puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios (OPS, 2010). En el tránsito de la pandemia a la post pandemia, la aproximación a las diversas narrativas, experiencias y aprendizajes de lxs profesionales de los centros de salud, nos permitió identificar con claridad que un desafío insoslayable –y que aparece

transversal a los servicios de salud– es la necesidad de un sistema más equitativo e integrado. Retomamos la siguiente reflexión de un profesional de la salud porque plantea con contundencia la relación existente entre desigualdad, pandemia y desarticulación del sistema:

> *"...la reflexión es que en sociedades desiguales como la nuestra, donde el sistema de por sí produce desigualdades, una pandemia agrava las desigualdades, y si además el sistema de salud no está articulado, lo que produce es mayor desigualdad. Esto lo que hizo fue que la población con mayores necesidades, que es la que tiene como único recurso los servicios públicos, fuera quedando afuera (...) como aprendizaje de la pandemia, es necesario discutir que no puede haber un sistema de salud si no está integrado en sus distintos sectores, desde una perspectiva integral de la salud"* (Médico Generalista municipal, 2020).

Por último, lejos de querer quedar en un anecdotario acerca de las "carencias" o "ausencias de estado", se rescatan de las narrativas aquellas fortalezas del primer nivel de atención, como ser: el conocimiento de la realidad territorial, la flexibilidad en el abordaje y la construcción de estrategias y las lógicas de cuidado entre pares. Observamos que estas condiciones son posibles a partir de la acumulación de una experiencia histórica que tiene a lxs trabajadores del primer nivel de atención como sus actores principales, en el marco del desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

Báscolo E. y Yávich N. (2010) Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. Rev. salud pública. 12 (1): 89-104, 2010.

Boletín Hilo Rojo #1. Asociación de Trabajadores por la Salud Colectiva, Julio 2021.

Dirección General de Servicios de Salud. (2004). Proyecto adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia. Municipalidad de Rosario.

Junta de escalafonamiento del Ministerio de Salud de Santa Fe (2015). Salud Pública Conceptos Básicos y Generales (p. 15). Gobierno de la provincia de Santa Fe.

Ministerio de Salud - Gobierno de Santa Fe. Sitio web. Disponible en: https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560#

Organización Panamericana de la Salud (2010) "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas". Washington, D.C.: OPS, © 2010.

“Sentíamos que íbamos a una guerra”. Procesos reflexivos y diálogos con la etnografía. El lugar de la narrativa frente a la pandemia en los (las) trabajadores (ras) de la salud en Salta y Jujuy

M. E. Suárez, A. Pérez Declercq, E. Miranda, V. Jerez
Vilma Guzman, V. Vilca, N. Vacaflor, L. Díaz,
Beatriz Aciar*

I. ASPECTOS CONTEXTUALES DE LA EXPERIENCIA

El proyecto de investigación *Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as,* está financiado por la Agencia Nacional I+D+I, Sociedad Argentina en la postpandemia del año 2020. La Convocatoria PISAC COVID-19[1], propicia la participación de diversas Universidades Nacionales, de las cuales UNSa-UNJu representa actualmente el NODO 4 NOA.

La fase final del proceso de investigación, se desarrolla a partir del análisis de los datos recabados durante el trabajo de campo realizado entre los meses de junio del 2021 a marzo del 2022. Los propósitos que guiaron la experiencia se vinculan con “producir información que permita comprender los procesos de atención, cuidado y autocuidado en el ámbito de los efectores públicos de salud de los tres niveles de atención durante la pandemia del SARS-CoV-2, a fin de identificar los

* Universidad Nacional de Salta - Facultad de Humanidades. meugeniasuarez@gmail.com

1 Convocatoria PISAC COVID-19, Sociedad Argentina en la postpandemia del año 2020, RESOL-2020-131-APN-DANPIDTYI#ANPIDTYI, a través del Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCyT).

principales problemas, estrategias de resolución y líneas de acción, y su proyección estratégica para la postpandemia, atenta a las diversidades y singularidades locales que existen en Argentina" (Proyecto PISAC COVID 19).

El abordaje metodológico remite a la construcción de narrativas colectivas del personal de salud y sus experiencias en pandemia, a través de la aplicación de entrevistas. La unidad de análisis de este estudio, se corresponde con el personal de salud, quienes cumplen funciones (o cumplían durante el 2020-2021) en instituciones de distinto nivel de atención, de las áreas sanitarias de las provincias de Salta y Jujuy. En el caso de Salta, incluyen el área operativa de la región centro y sus alrededores y, el área operativa de la región norte de la provincia. En el caso de Jujuy, está conformado por profesionales de instituciones de primero, segundo y tercer nivel de distintas localidades de las cinco zonas sanitarias (Libertador General San Martín, San Pedro de Jujuy, La Mendieta, Perico, San Salvador de Jujuy, Tilcara, Humahuaca).

La mayoría de las entrevistas se realizaron de manera presencial, en algunos casos en los lugares de trabajo de los/las entrevistados/as, en otros casos se pautó un encuentro fuera del horario laboral. El equipo de investigación contó con la participación de integrantes que son a la vez agentes en los equipos de salud en instituciones de la provincia. Este hecho dio lugar a un ajuste y diálogo permanente con el instrumento de recolección.

Los relatos pueden ser analizados como la suma de condiciones que delinearon situaciones heterogéneas y diversas según los distintos niveles de atención, estrategias y prácticas aprendidas, otras veces recuperadas de "formas de hacer reconocidas" por parte del personal. Si bien, gran parte de las prácticas estuvieron guiadas por protocolos y sistemas de comunicación permanentes renovados en cada servicio o instituciones sanitarias, estos también pueden ser consideradas como "espacios vividos" donde los sujetos rieron, se enojaron, lloraron y se cuestionaron así mismos.

Las experiencias transitadas, colectivas e individuales, se resignifican desde el lugar de una "etnografía situada", que refleja al menos cuatro dimensiones de análisis: 1) la dimensión personal que refiere a la incidencia en sus vidas cotidianas, sus afectos y vínculos; 2) el plano profesional y la revalorización del sentido de trabajar en salud; 3) el plano colectivo y la importancia del trabajo con Otros; 4) Consideraciones sobre el tratamiento local de la pandemia, disputas y sentidos políticos traducidos en disputas y recorridos de actores y referentes locales.

II. INCIDENCIA DE LA IRRUPCIÓN DE LA PANDEMIA SOBRE LO COTIDIANO. DE CONTEXTOS, INSTITUCIONES Y SUJETOS

A través del decreto 297/20 que establece el "aislamiento social preventivo y obligatorio" (ASPO) el gobierno argentino estableció entre otras medidas "la prohibición de desplazarse por rutas, vías y espacios públicos, a fin de prevenir la circulación y el contagio del virus COVID-19" en todo el territorio argentino. Si bien la medida afectó a la mayoría de los sectores y actividades de la sociedad, hubo un conjunto de actividades que quedaron exceptuadas al ser consideradas "actividades esenciales". Dentro de estas actividades, quedó incluido el sector de salud, seguridad, transporte, construcción y un conjunto mínimos de actividades comerciales.

Los relatos de los/as trabajadores/as de la salud, considerados esenciales, muestran una temporalidad propia, relacionada al momento de la identificación de los primeros casos y a su repentino incremento, en ambas provincias. Provincias que por su ubicación geográfica son consideradas como provincias de frontera, y periferias respecto a las regiones de centro del territorio argentino. Así las referencias a los primeros casos ingresados a las provincias están permeados por valoraciones e interpretaciones difundidas por los medios de comunicación local[2].

Respecto a la preparación de las instituciones, para el ingreso a las provincias de los primeros casos, los/as entrevistados/as refieren a una tensa espera. Es, en este panorama marcado por ausencias, que se gestan los primeros intentos de autogestión de instrumentos de seguridad y prevención ante la falta de insumo. La provisión de elementos de seguridad en algunos casos, fueron obtenidas de manera personal o mediante compras colectivas. En varios relatos refieren, que seguida a la situación del ASPO hubo demora por parte de los Ministerios de Salud en la provisión de elementos básicos de seguridad. O bien que los primeros insumos eran "de mala calidad" o "insuficiente".

> *"Y bueno, cuando llegó el coronavirus, nos informaron que el hospital había sido designado Centro Covid, y lo sentimos como si nos hubiesen decretado la pena de muerte. Todo el mundo quería escapar. Me acuerdo que mis compañeras comenzaron a decir: "yo soy asmática", "yo tengo a mi mamá"… Todo el mundo elevaba notas, todo el mundo intentaba escapar. Yo dije: "hay que enfrentar, qué se va a hacer"."* (Profesional enfermera - hospital - centro covid, Cod. 402)

2 En Jujuy, el primer caso es una mujer que vino de España, y en Salta un profesional que volvía de un viaje de Europa.

> *"Y cuando nos damos con la pandemia fue una situación que nos sorprendió, la verdad. Como primero comenzó Buenos Aires con el aumento de casos, eso nos dio un poquito de tiempo para prepararnos y conocer, porque estábamos ante una situación que desconocíamos y que era totalmente nueva"* (Enfermera)

Avanzada la pandemia, los gobiernos provinciales fueron adoptando medidas progresivas a medida que se difundió información sobre la formas de contagios, velocidad de contagio; en ese proceso de reconocimiento del virus las medidas de bioseguridad fueron especializándose y siendo más específica. Lo que llevó a que en los sistemas sanitarios a una permanente aplicación y actualización de protocolos y modificación de prácticas sanitarias de bioseguridad. Más adelante vendrían medidas frente a situaciones inéditas y la creación de protocolos frente a situaciones inéditas o nuevas problemáticas relacionadas a abordajes de salud mental.

> *"Una cosa que me impactó mucho fue todo el protocolo del manejo de fallecidos. Me llamaba la atención que estaba todo cerrado y lo primero que circulaba eran protocolos para manejar los fallecidos. Eso me dio como un "shock". ¿Será para tanto?, me preguntaba. "Aquí nos vamos a extinguir todos", me decía. Ese estar esperando, ese silencio previo, me dio como una sensación de pánico.* (Trabajadora Social)

Las narrativas emergen de experiencias transitadas en servicio, por parte de los/as trabajadores/as, durante la atención de la etapa inicial de la pandemia. Gran parte de los relatos expresados revelan emociones y sentimientos que inauguran un nuevo momento, una situación crítica, un estado de desconocimiento incierto y por ello mismo envuelto en un sentimiento de angustia y desazón.

La expresión "haber estado en una guerra" sintetiza pero al mismo tiempo amplifica un estado de riesgo frente a un evento que cruza la vida –la posibilidad de la muerte–, un estado de incertidumbre por el desconocimiento de cuánto tiempo duraría, un sentido de valor moral por haber estado "a pesar de todo" en la trinchera, pero fundamentalmente estaba todo impregnado de incertidumbre y desprotección.

La experiencia de "haber estado ahí" transversaliza todos los relatos, y evoca el dilema que suscitó en los/as agentes el valor de una profesión que fue puesta en cuestión, los afectos, la proximidad con la muerte, todo ello evaluado desde un prisma del deber moral en cruce y tensión con los afectos familiares. El virus SARS-COV-2 estaba en sus vidas, la angustia, la muerte y el valor de los seres queridos eran

permanentemente resignificados en ese transitar diario de hacer frente a la situación de pandemia.

> *"(…) cuando aparece la pandemia… aparece el miedo…miedo, incertidumbre. Porque lo más jodido es cuando no conoces. No sabes. Un virus que nos sabes quién es, un virus que no sabes que te hace. Hasta donde te hace. No sabe cómo tratarlo. La incertidumbre debe ser lo peor que te puede pasar. (...) ¡¡¡ Y bueno, la incertidumbre, el miedo siempre ha estado en la cabeza, en mi cabeza, en mi familia"* (Médico Pediatra)

Los ojos del entrevistado se cargan de lágrimas, y aunque su voz permanece firme, cambia el tono. Su voz se vuelve entrecortada, en un intento de contener el llanto. La mirada se fija en un punto hacia el frente de él, como si estuviera viendo pasar esos momentos por delante.

En la misma línea, otra entrevistada comenta:

> *"Me estresó muchísimo. Me enfermó. Me enfermó muchísimo. Me angustió. No me dejaba dormir. Baje de peso. No comía bien. Estaba muy nerviosa todo el tiempo. Más o menos eso es lo que me pasó".* (Lic. Educación para la Salud)

Testimonios que se cruzan con las vivencias de pérdidas de seres queridos. En ciertas oportunidades, durante la realización de la entrevista estas debieron interrumpirse frente al relato de la pérdida:

> *"Bastante jodido, bastante triste. Lamentablemente, mi hermano falleció (llora, se le quiebra la voz y el entrevistador se aproxima a abrazarla. Ella corresponde) mi papá estuvo muy grave, pero salió. Por eso te digo que si hubiera sido yo la que llevé, yo me muero, pero fue mi hermano lamentablemente* (Técnica Radióloga)

III. LA FIGURA DEL TRABAJADOR DE LA SALUD Y EL VALOR MORAL DE "ESTAR AHÍ"

Consideramos importante detenernos en las reflexiones y prácticas en torno al sentido moral que se le atribuye al "estar ahi". Para ello, queremos recuperar los aportes que realiza Weber (2007) sobre el trabajo y su vinculación con la idea de vocación, y que en la modernidad establece lazos con la idea de profesión. Weber señala que «en la palabra alemana profesión (*Beruf*), como quizás más claramente se expresa en la inglesa *calling*, hay cuando menos una reminiscencia religiosa: la idea de una misión impuesta por Dios» (Weber, 2007: 85).

Reflexiones a la vez son analizadas a la luz de apreciaciones que realizan los propios profesionales de la salud, valoraciones, formas de sentir y de "estar siendo" que no están alejadas de las reflexiones que produce el propio campo de las ciencias médicas. En esta línea, algunos autores sostienen que elegir una profesión en salud "estamos eligiendo no sólo una profesión que trae consigo un estilo de vida". Dicho estilo de vida imponen al trabajador de la salud una exigencia y capacidad de entrega y sacrificio que en pocas ocasiones se observa

En "otras profesiones" (Mazo Alvarez, 2014), el llamado a cumplir con esas metas o propósitos es lo que se denomina vocación. De allí que el ser trabajador/a de la salud, cobra sentido a través de dicho sentido de vocación. Observemos cómo los sentidos y maneras de ser narradas las distintas circunstancias vividas cobran sentido en los relatos de los/as entrevistados/as.

> *"En lo personal, mirá, si sos soldado y te toca una guerra, bueno, báncatela. Estás en un hospital y te toca una pandemia, báncatela. Por lo menos ese es mi enfoque. Uno responde no a uno mismo, sino a una población. Este es un servicio social. Entonces, hay que hacer lo mejor posible y lamentablemente uno, y la familia de uno, se tiene que postergar en beneficio de la mayoría, más si tenés un rol importante"*. (Psicólogo)

También está presente el acto de sacrificio por el otro. Así comenta una de las enfermeras de mayor antigüedad en el servicio.

> *"Me acuerdo que yo decía –yo era la más grande del grupo y creo que siempre me salvó mi humor negro-: "bueno chicas, váyanse, ustedes son jóvenes, yo me quedo acá". Creí que no iba a salir"* (Profesional Enfermera)

En otro relato, el valor del cumplimiento de la función/vación para lo que está destinado:

> *"Hubo gente que me dijo: "no aguanto trabajar así, no puedo, no me educaron para esto y no sé hacerlo". Yo les decía: "pero vos sos enfermero y tenés que poner lo mejor, y vamos que se puede"*. (Profesional enfermero)

El "estar ahi" como un valor de entrega, en algunos testimonios, tiene un claro vínculo con lo religioso:

> *"si la fe de que Dios te estaba protegiendo si no te ibas a contagiar …yo quiero mucho mi trabajo y llevar adelante tareas en adelante para mí ha*

sido fundamental que dios existe para cuidado de mi vida dándome fortalezas a mi, a mi casa y ya lo que me pueda pasar está cuidando de mi vida Eso sí es fundamental todo el día la hora rezaba para sentirme bien y estar seguro de todos". (Agente Sanitario)

Entre el caos y el orden (protocolos). Las emociones en las prácticas de organización: modos de enunciar y experimentar los cambios. Capacitaciones y organización. (quiénes, cómo y contenidos), dimensión tiempo "in situ", todo superpuesto.

"Es desesperante, estamos hablando de seres humanos. Entonces, todos pensamos en el enfermo, en el que se enfermó de covid, pero la gente trabajo en salud, muchos están tristes, angustiados. Por ahí, yo los veo, y eran profesionales digamos divertidos, y ahora están angustiados, contestan mal, están estresados." (Lic. Educación para la Salud)

Aquí también emergen las respuestas de cambios y reacomodo de los espacios de trabajo y que son enunciadas como reflexiones posteriores en el intento por mostrar la dinámica de aquel momento, donde no había reflexión, solo acción. Sin eludir sin embargo. el costo de las emociones en juego

"Si, recuerdo ese día… Todos llorando. Nos sacaron a los chicos, los derivaron al Hospital Materno Infantil. Era como que se venía el fin del mundo, una cosa así. Nos dijeron que había que liberar todo, había que sacar todo. Sacábamos a los bebés con sus cunas. Fue muy duro. Se llevaron todo. Había que desarmar todo, todo el hospital había que desarmar. Los dibujitos, todo. Fue como si hubiese llegado la policía y se llevara a tu familia. Te desalojan, digamos. Esa fue la sensación (...) Eso fue muy traumático para nosotros". (Enfermera, Hospital Centro Covid)

Los cambios en los roles y funciones son leídos en clave de desconcierto, otras veces de malestar y pérdida de acciones relacionadas con el rol o la función a la que estanban destinados/as.

Yo cambié totalmente mi misión, mi función, de educadora sanitaria (...) antes de la pandemia, no había internación. Entonces, todos tuvimos que cambiar nuestra forma de trabajar. (Lic. Educación para la Salud)

Así, la transformación espacial, refuncionalización que no estaban previstas son vividas como rupturas y cortes abruptos en el cotidiano de las pràcticas:

IV. CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE SENTIDOS. EL OTRO Y EL NOSOTROS

El plano colectivo y la importancia del trabajo con otros nos interesa poner el énfasis en los vínculos y relaciones entre los/as trabajadores/as, como parte del ámbito propio, cómo son visto y evaluado por sus pares, pero por sobre todo qué lectura hacen de las experiencias y cambios que transitan. Por otro lado, nos interesa destacar en la relación de éstos/as con los/as usuarios/as, la preocupación por reconstruir y mantener un vínculo, el sentido de trabajo hacia el otro. La razón de ser de su lugar en la comunidad. Y finalmente se hace referencia a la relación con agentes superiores de gestión, acompañamiento y medidas de apoyo o no, gestadas en las instituciones.

En primer lugar, el sentido y revalorización del trabajo en equipo, la construcción de nuevos vínculos, la contención aparece en los relatos como parte de las medidas que acompañan a los cambios. La puesta en marcha de protocolos permanentemente actualizados, el establecimiento de nuevas rutinas de trabajo, las tomas de decisiones centrada en las profesiones médicas, la casi nula participación de otras profesiones son algunas de las referencias que aparecen cuando otras voces intervienen en el tratamiento de las medidas sanitarias.

> *"(...)fue muy importante el ingreso de la psicóloga al equipo, para contener lo que él estaba viviendo. Sobre todo, cuando apareció el primer caso en Salta, fue así como un momento de mucha tensión en mi centro de salud. (...) estamos en un grupo del centro de salud de WhatsApp, todas las cosas siempre se comentan ahí, mandaban fotos y esas cosas. Si al principio hubo mucha organización y unión del equipo para poder llegar a tener los materiales necesarios para la atención EPP, porque no llegó enseguida. Entonces, en las campañas para hacer barbijos, para conseguir viseras. Mucha donación de la comunidad en general y mucha articulación del equipo para poder difundir las campañas, hacer que el material llegue al espacio. Si bien, por ejemplo, yo no iba al centro de salud, pero en alguna campaña o algo si iba, para llevar determinado material o sea para acercarla a mi compañero y compañera los materiales. Ósea, como que se sembró dentro de la pandemia un vínculo interno, muy sano y que se fortificó con los lazos, y decías "trabajamos en el mismo lugar y la pandemia nos llevó a bueno, conocernos". (Psicologo, Hospital)*

En el mismo sentido, una trabajadora social destaca el componente humano de las vivencias extremas a la que hacía frente los agentes de salud.

> *a ver yo creo que terminó humanizando mucho las relaciones y por un lado es tener el sentido de mayor empatía, todos los agentes de salud para poder paciente situación muy triste acá hemos perdido compañeros en el área de salud gente que viene a trabajar y termina enfermando y y falleció (profesional Lic. en Trabajo Social)*

Al mismo tiempo, en las profesiones médicas el conflicto se centra en las relaciones interpersonales y tanto en la experiencia vivencial frente a una situación crítica.

> *Pero lo que más me perturbaba eran las relaciones interpersonales entre los mismos compañeros o jefes. Yo creo que eso es el mayor escollo que tenemos los que trabajamos en ámbitos hospitalarios, donde a veces no hay coordinación y compañerismos. Me entendes, ese era el desgaste más grande que teníamos nosotros.* (profesional Médico Pediatra)

Los cambios de estatus a partir del cambio radical en las funciones, el (sin) sentido y la no valorización de su tareas tiene efectos desestabilizadores en las relaciones interpersonales. Los/as trabajadores/as habían perdido esa identidad fijadas en sus rutinas cotidianas de trabajo y enmarcada por funciones bien diferenciadas.

> *No, yo creo que, en ese momento, todos nos olvidamos de quienes éramos. O sea, en el momento álgido, todos atendían, todos veían. Porque aparte les estaba pasando a ellos, y les estaba pasando a su familia. Fue un momento horrible. Los médicos nos decían y nosotros ayudábamos, nosotros hacíamos el seguimiento de los pacientes. Al tiempo sale una resolución ministerial donde todo el equipo de salud, tenía que hacer seguimiento de los pacientes. Nosotros ya lo veníamos haciendo, porque no nos quedó otra ¡¡¡. (entrevista 444, mujer, profesional Lic. Educación para la Salud)*

Los/as agentes de la salud no explicitan en sus experiencias sentidos que hagan referencias a las diferencias de género. Sin embargo, en las prácticas organizativas subyace sentidos que llevan implícito sentidos que hacen referencia a las diferencias de género como un modo de entender cuáles tareas pueden ser realizadas por hombres y cuáles son tareas del personal femenino. Estas se traducen en los relatos en referencias sobre tipo el tipo de función asignadas a unos y otros según el género, y operan en las decisiones que se toman en los relacionado a las salidas a terreno, carga doméstica de hijos o familiares a cargo, las tareas "pesadas".

> *"En absoluto. Lo que sí puede haber un poco es que, por ejemplo, un APS, y ahí sí yo me hago responsable con la jefa o jefe de APS, hay lugares que son zona rural alejada donde sí se ha priorizado varones sobre mujeres, porque son lugares complicaditos, hay que cruzar ríos, te agarran los perros. Así que ahí sí te diría que por una cuestión biológica de destreza y no por una cuestión de género. A veces porque el varón tenía moto y la chica no. No por una cuestión de género. Sacando eso no hay diferencias. Igual también hay chicas en zonas rurales. Hay de todo, bastante parejo".* (Psicólogo, Hospital)

Al mismo tiempo, como contracara a ese sentido de vocación, aparecen los conflictos en el equipo de trabajo, el desgaste, la tensión pero nuevamente, el "yo enunciador" recupera el sentido de gesta moral, ya no solo individual sino también colectivo:

> *"Marzo, Abril, Mayo, Junio, que empezaron los casos en Salta. Fueron unos meses de enorme desgaste para el equipo a pesar de los pocos casos, porque el equipo se tenía que organizar. Había que armar los protocolos, había que armar las salas, no se sabía lo que venía. Fue una situación desgastante en ese sentido, y una situación así de crisis pone a prueba al equipo. Las fisuras se fisuraron más, las distancias se distanciaron más. Hubo un proceso de transformación y todos hicieron un esfuerzo de adaptación, y dentro de todo el equipo, con sus pros y con sus contras, lo bueno es que se pudo preparar y llegar a funcionar. Eso fue a nivel equipo. A nivel personal, por supuesto, fue un desgaste terrible, porque acá se llegó a trabajar hasta doce horas diarias, inclusive sábados y domingos."* (prof. Psicología, Hospital) .

Al indagar sobre las medidas de cuidado y autocuidados, por supuesto se hace referencia a todas las medidas establecidas por protocolo, aplicadas en sus servicios o áreas de trabajo. Sin embargo, junto a ellas conviven aquellas que no responden a estos protocolos pero que son parte de las acciones de protección que son parte de un conocimiento *lego*, donde convergen y/o conviven prácticas del saber popular y local o de lo que se conoce como medicina alternativa. Este conjunto amplio de producción de prácticas incluye, el consumo de té e infusiones como es el "té de eucalipto", uso de ungüentos y prácticas de protección con uso de la medicina considerada alternativa.

> *"En cuanto a los cuidados recomendados todo el protocolo biológico. Jamás me contagié de covid aquí en el hospital… No tuve que faltar ni un solo día. En lo personal, observé las medidas biológicas, y por supuesto*

> *todas las medidas pero nunca dejé de hacer ni un solo día gimnasia en mi casa.. Cinco veces a la semana salgo a correr, hago terapia, técnicas terapéuticas, neuropsicológicas (...) para hacer frente a los estímulos amenazantes y demandantes que uno tiene. Pero no perdí el eje, eso creo.* (Psicología) .

Las valoraciones personales en cuanto al uso de medidas preventivas aplicadas en los hospitales de la provincia de Salta, como fue la disponibilidad de Ivermectina al personal de salud. Aquí hay dos tipos de respuesta a nivel de los agentes de salud: el que acepta y la toma como prevención y otros que la someten a evaluación por no estar aprobada por instituciones de salud legitimadas.

> *(...) bueno…. Por ejemplo, algunos dicen que la ivermectina ayuda y que gracias a ese medicamento no tenés carga viral, pero en la última guía no hay evidencia a favor de la ivermectina. Entonces, está bien, usála si querés, pero no está en la guía...* (Médico clínico)

En el mismo sentido, otra entrevistada comenta

> *"(...) yo creo que, el tiempo todo fue válido. Por el hecho de pensar que todo podría ser una buena razón para no contagiarse en ese momento. Entonces, todas las alternativas que te proponía o que vos escuchabas, era como que las adoptadas y te parecía que eran coherentes a tu vida. Pero tomar ivermectina o dióxido de cloro. Eso no, yo no tomé".* (Enfermera)

Las referencias al conflicto a nivel personal de llevar el virus al hogar y completar con las medidas a realizar para proteger a la familia el reacomodo en el hogar de nuevos espacios, la no visita a familiares, la distancia con los hijos menores y los adultos mayores, todo esto atravesado por un sentimiento de soledad y distancia respecto los vínculos primarios. También son instancia de fortalecimiento anímico en la relación con los pares, aquí la creación de los grupos de WhatsApp.

En los hospitales de mayor complejidad esta vinculación se daba en los servicios, o las áreas más próximas (sala de UTI, internación, área de limpieza etc). En las instituciones de menor complejidad, por ejemplo Hospitales de nivel II, también CAPS este acompañamiento es vivido a nivel comunitario, en la que se las diferencias según las disciplinas no son tan marcadas. Además siempre aparece la referencia a la comunidad a través de la policía, la iglesia, el municipio y la radio local. Siendo los agentes sanitarios un nexo.

V. CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO LOCAL DE LA PANDEMIA

En los testimonios de los y las trabajadoras recogidos durante el trabajo de campo, el tratamiento local de la pandemia por parte de los gobiernos provinciales no está directamente referido a una distinción partidaria. Sin embargo representan el "telón de fondo" donde ciertos malestares se cristalizan en la medida que afectan directamente las condiciones laborales, las situaciones en el orden de sus vidas cotidiana como por ejemplo el hecho de ser clasificados como "trabajadores esenciales" por lo tanto los únicos trabajadores/as que deben dejar sus hogares, "los que no pueden tomar licencia", "los que a pesar de haberse contagiado y enfermar tienen restringido los días de carpeta médica". En el ámbito de trabajo, los motivos de traslados a otras dependencias sin más explicaciones, el cierre de sus lugares de trabajo, la transformación de los espacios de trabajo donde existían rutinas de atención y modos de hacer que habían funcionado, al menos para el servicio, encontrase reinventando formas para garantizar la atención fueron medidas que tuvieron un mayor impacto en trabajadores/as del sistema de salud.

En el caso de la provincia de Salta fue particularmente acuciante la situación de la planta de trabajadores en las instituciones sanitarias. Una entrevistada recuerda que en su servicio antes de la pandemia ya había un déficit de personal y que durante la pandemia continuaban siendo el mismo número de trabajadores/as. Ante una situación de desborde y agotamiento extremo del personal el gobierno incorporó trabajadores mediante contratos son ninguna garantía de estabilidad laboral y con ellos de derechos laborales básicos, como fue contar con una obra social, cobertura de ART ante los riesgos de trabajo que implicaba la situación sanitaria, la cantidad de hora estipulada de trabajo, sin diferenciar fines de semana y feriados. Luego de transcurrida la primera ola de aumento de casos, son desafectados del cumplimiento de funciones en los servicios. Lo que motivó el reclamo y demandas de reincorporación y pase a planta permanente de trabajadores que llevaban muchos años en esa situación de precariedad. La pandemia, según comenta un referente gremial, "puso en el tapete" la falta de personal no solo en los hospitales referentes de la provincia sino también las condiciones de contratación precarias que "desde hace años el estado provincial mantiene".

En el marco de las acciones para enfrentar la pandemia, durante la segunda quincena de enero de 2020, la provincia de Jujuy, crea el Comité Operativo de Emergencia (COE). Este comité, estuvo conformado con distintas autoridades públicas del gobierno de la provincia. Entre sus objetivos, definió el Sistema de Salud de Emergencia

COVID 19. Definió, entre distintas medidas, los centros de atención, de distintas complejidades, a partir de la refuncionalización y reacondicionamiento de las unidades hospitalarias en toda provincia, más la creación de centros de atención en lugares considerados estratégicos en diferentes ciudades cabeceras de la provincia. Asimismo, a la par de establecer las estrategias de acción sanitaria (compra de insumos, equipamientos de testeo, formación, capacitación de recursos humanos, planes de vigilancia epidemiológica, protocolos sanitarios de prevención, creación de líneas de contacto para atención al público, etc.), estableció la vinculación entre las distintas organizaciones de la sociedad civil, los organismos privados, organismos públicos provinciales y nacionales relacionados al ámbito de la salud y seguridad. Con el correr de las semanas, se fueron creando COE locales, en cada departamento de la provincia.

La participación de distintas autoridades provinciales tanto en las direcciones de los COE departamentales, como en el COE central, generó una gran notoriedad de los gestores que participaron en la ejecución de políticas a lo largo de la pandemia, sobre todo durante el 2020. El año 2021 fue un año electoral, de renovación de autoridades parlamentarias en todo el territorio nacional y provincial. Inevitablemente, la alta visibilidad de las autoridades en los COE, tanto en el Central como en los departamentales, culminó con la participación de varios de ellos como candidatos a comisionados, concejales, diputados provinciales y diputados nacionales. Derivando en la participación de candidaturas a diputados provinciales y nacionales.

CONSIDERACIONES FINALES

El objetivo de este trabajo, lejos de proponerse como una descripción acabada de las más de cuarenta entrevistas realizadas entre Salta y Jujuy busca más bien proponer un abordaje apenas preliminar de los resultados obtenidos a partir de los objetivos propuestos en el proyecto general. Todavía un análisis exhaustivo de la producción de sentidos y tramas de configuraciones relacionales en las voces de los agentes excede los objetivos de esta ponencia. Sin embargo consideramos importante recuperar lo propuesto al inicio del trabajo acerca de poner en evidencia las singularidades que muestran los relatos, el carácter reflexivo en el que cobran sentido apreciaciones, evaluaciones y emociones que conviven en los "modos de mirar y mirarse" en un contexto sanitario de cambios apremiantes. De allí que la propuesta de una "etnografía situada", los relatos recuperan el momento mismo "de explicar aquello que habían transitado en la pandemia" los trabajadores y trabajadoras de la salud. La etnografía como una perspectiva orientada a dar lugar a la apertura del dialogo y cierta

flexibilidad para acompañar la escucha dio lugar, o habilito el sentido reflexivo que los agentes pusieron a operar en los relatos. En este sentido, conviene recuperar la idea de Jociles Rubio cuando propone que la investigación etnográfica es también un proyecto abierto que le posibilita entablar con los datos empíricos una relación dialéctica en tanto supone un proceso continuo "de construcción del objeto de estudio" de crítica y repreguntas sobre las problemáticas iniciales. Es a la luz de este proceso que es necesario repensar nuevamente el lugar del/la investigador/ra en la tarea de co-colaborar en la reconstrucción y reflexiones derivadas de tales experiencias. Consideramos que este proceso apenas se ha iniciado en esta fase de la investigación y que lejos de proponer soluciones programáticas a problemáticas complejas y con sentidos singulares propios, una "etnografía situada" se sitúa precisamente (valga de redundancia) en esos espacios particulares y momentos de vida en la que son producidas la perspectiva de los sujetos. Salvando las diferencias y las situaciones analizadas, los aportes desde una perspectiva feminista aplicada a la etnografía como la que propone Sciortino (2012) resultan interesantes preguntarse sobre las potencialidades que ofrece una esta perspectiva reconoce la existencia de relaciones y situaciones de jerarquización al interior del colectivo de trabajadores y trabajadoras, con profesiones y tramas de vinculaciones también jerarquizadas las mujeres, que los posiciona en lugares desiguales de enunciación y acción.

BIBLIOGRAFÍA

Mazo Álvarez, H. M. (20214) . Vocación por el hacer y el ser en las profesiones del sector salud. RHS. Revista. Humanismo. Soc, Volumen 2 (2): 52-64

Murga Meler, M. L., Álvarez Galán, S. (2019) La vocación. Imaginario y deseo. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy, núm. 55, pp. 133-157, 2019. Universidad Nacional de Jujuy

Sciortino, S. (2012). La etnografía en la construcción de una perspectiva de género situada. Clepsydra. Revista Internacional de Estudios Feministas y Teoría del Género (11), 41-58. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.11149/pr.11149.pdf

Jociles Rubio, M. I., Rivas Rivas, A. M. (2000) Presentación: La práctica de la investigación etnográfica Revista de Antropología Social, núm. 9, 2000, pp. 9-19 Universidad Complutense de Madrid Madrid, España.

Alonso, V. Fuertes, S. Hoffmann, MM. Posada Campoy, P. Romero, PM. Sánchez; LP. y Varela, MS. "Estar aquí, estar allí" Recorrido

fotográfico del trabajo de campo en Mar del Plata. Producción audiovisual en el marco del Proyecto PiSAC COVID 19 (Cód. 077). NODO INE/ANLIS. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=2Y8-7aytZ7U

Guzmán, V. R., Vacaflor, N. y Jerez, O. (2021). Alcances y limitaciones de la aplicación metodológica de la entrevista, en un proceso de investigación mediatizado por la virtualidad en contexto de pandemia SARS-COV-2. En: XI Jornadas en Educación y Diversidad Sociocultural en Contextos Regionales. FHyCS, UNJu. 16 y 17 de noviembre de 2021.

Grupo de Trabajo Nº 3
Alimentación en tiempos de pandemia

Coordinadorxs: Dra. Laura Bergel (DESACO-UNLa) laubergel@gmail.com. Dr. Diego Díaz Córdoba (DESACO-UnLA) didibart@gmail.com Lic. Juliana Ravazzoli (CEREN/CIC-PBA) julianaravazzoli@gmail.com

La pandemia provocada por la COvid-19 a principios del 2020 fue un evento repentino con repercusiones que alcanzaron dimensiones sin precedentes en nuestras vidas. La medida de prevención tomada por el Gobierno argentino, denominado Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), confinó a la mayoría a sus hogares, replegando actividades cotidianas al ámbito doméstico y reformulando la convivencia familiar. De esta manera, se fueron constituyendo nuevas cotidianeidades, en las cuales la mayoría de las actividades productivas se detuvieron mientras que las reproductivas se intensificaron. Así, la cocina y la alimentación aparecen en el centro de la escena hogareña, dando lugar a prácticas donde pareciera que confluyeron estrategias del orden de lo económico, como así también, de lo simbólico.

Este grupo de trabajo es una invitación a pensar sobre los cambios y las continuidades que atravesó la alimentación (en cuanto al abastecimiento, preparación y consumo) durante las fases de aislamiento y distanciamiento social. ¿Qué pasó con la cocina y la alimentación durante el confinamiento? ¿Qué sucedió con la organización de las comidas (frecuencia y formas de abastecimiento, frecuencia y formas de consumo, tiempo dedicado a la cocina y a la mesa, distribución de tareas al interior del hogar)? ¿De qué modo se vieron afectadas las elecciones y hábitos pre pandémicos?¿Cómo se vio afectada la comensalidad, familiar y ampliada? ¿Cómo operaron las valoraciones

(económicas, nutricionales, hedónicas, sociales, etc) que dan sentido al consumo? Estas nuevas configuraciones, ¿tuvieron consecuencias en la salud y estado nutricional de las personas? A partir de estos interrogantes -y de otros que surjan en el camino- convocamos a participar de este grupo de trabajo a quien desee presentar ponencias que permitan debatir y reflexionar acerca del rol de la cocina y la alimentación en tiempos de pandemia y su posible impacto en la salud.

“Y un día, el tiempo se detuvo y (re)apareció la cocina hogareña”

M. Laura Bergel*, Diego Díaz Córdova**

INTRODUCCIÓN

La cotidianeidad de nuestras vidas se vio abruptamente interrumpida por la pandemia de la CoVID-19 a principios del año 2020. El gobierno nacional, al igual que en la mayoría de los países del mundo, optó por la estrategia del confinamiento para intentar mitigar la ola de contagios. Es así que, en nuestro territorio, se dictaminó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, comúnmente conocido como ASPO, la cual consistió en la prohibición de la circulación de personas por la vía pública, exceptuando a aquellos/as dedicados a actividades esenciales.

Esto condujo a que, la mayoría de las personas, debieron re-organizar sus vidas las cuales pasarían a transcurrir puertas adentro de sus hogares. Si bien estaba permitido salir para abastecerse de alimentos y remedios, estas salidas debían ser las mínimas indispensables y tenían que ser realizadas por una sola persona del núcleo familiar. Luego de realizar las compras, además, se recomendaba sanitizar

* Centro de estudios en nutrición y desarrollo infantil de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Prov. de Buenos Aires (CEREN- CIC/PBA). Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (DESACO-UNLa). laubergel@gmail.com

** Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (DESACO-UNLa). didibart@gmail.com

cuidadosamente cada producto ni bien se ingresara a la casa, sistematizándose la actividad en pasos que terminaban convirtiéndose en verdaderos rituales sanitarios.

En tiempos normales, las actividades exo-hogareñas suelen implicar muchas horas del día, ya sea por largas jornadas laborales o por estudio, o por ambas. Esta dinámica, moldeada en tiempos modernos, proveyó de una exquisita oportunidad a la Industria Alimentaria que, dirigiendo su mirada a las nuevas necesidades, diseñó alimentos procesados y ultraprocesados que reducen significativamente el tiempo de elaboración (no sin un alto impacto en términos de salud de las personas, ya que suelen tratarse de alimentos relativamente baratos pero de baja o nula calidad nutritiva). Como expresa Mintz (1996),

> "actualmente el acto alimentario se torna tan fugaz que no tenemos tiempo de hacernos preguntas. Nuestros cuerpos de clase, mercantilizados, no pueden darse el lujo de detenerse a reflexionar sobre esta acción tan cotidiana que es comer, necesitamos inmediatez, practicidad, y esto lo anteponemos a la calidad. De hecho, evaluamos la calidad en estos términos de que sea rico, rápido y fácil, la salud viene al último".

Por otro lado, las gastro-nomías, esos sistemas normativos provenientes de la cultura que supieron antaño definir el buen comer –qué, cómo, cuándo y con quién comer–, hoy se encuentran desestructurados, dejando al comensal en soledad tanto en el momento de la elección de la comida como en el acto mismo del comer. A esto Fischler (2010) lo llamó, en contraposición, "gastro-anomia": hoy el comensal se encuentra con múltiples discursos acerca del "buen comer", y muchas veces contradictorias, al punto que nos encontramos solos/as al momento de las elecciones. Además, se suma que las "comidas rápidas" y el "snacking" o "picoteo" son los tipos de comidas y las formas de consumo más frecuentes, dejando en el olvido la comensalidad familiar y reforzando el individualismo, al menos para los sectores medios y altos.

Ahora bien, si de repente nos encontramos detenidos, confinados al espacio hogareño y con "exceso de tiempo", ¿qué pasó con la cocina y con la alimentación? ¿Qué pasó con la organización de las comidas (frecuencia y formas de abastecimiento, frecuencia y formas de consumo, tiempo dedicado a la cocina y a la mesa? ¿Se mantuvieron las elecciones y hábitos pre pandémicos o también se modificaron? ¿Qué pasó con la comensalidad, familiar y ampliada? ¿Hubo mayor, menor o igual distribución de las tareas en torno a la alimentación? ¿Se desplazaron los valores que dan sentido al consumo, por ejemplo se relegó la economía o el placer en función de la salud?.

METODOLOGÍA

A finales de 2019, y en el marco del proyecto PIO titulado "El consumo de alimentos y su asociación con la salud: estrategias para la promoción de una alimentación y hábitos saludables" se comenzaron a realizar entrevistas y observaciones a fin de registrar los momentos de consumo alimentario de infantes, jóvenes y adultos que concurrían a la UNLa con distintos fines (laborales, educativos, o como parte de programas de cooperación, etc.), partiendo de los siguientes interrogantes: ¿Qué y de qué manera come esta comunidad? ¿por qué come así?

Sin embargo, frente a la explosión de la pandemia de Coronavirus nuestra estrategia de abordaje del campo debió sufrir un cambio drástico. Una de las claves del trabajo etnográfico es la "observación participante" es decir, se precisa de la presencia del investigador en el mismo terreno donde suceden los acontecimientos. ¿Qué hacer en un contexto de distanciamiento social el cual probablemente modifique, además, nuestras formas de relación social en general?

Ante esta situación volcamos nuestra mirada hacia la etnografía virtual o netnografía (etnografía de la red) la cual, en general, es usada o bien como complemento de las etnografías tradicionales o bien para el estudio de comunidades que sólo tienen presencia virtual. En este caso, aplicamos encuestas abiertas y autoadministradas a estudiantes de la Carrera de Nutrición de la Universidad Nacional de Lanús, preguntando por aquellas prácticas ligadas a la alimentación que, desde la propia percepción, habrían sufrido cambios durante el ASPO. De esta manera se obtuvieron 135 encuestas que luego fueron procesadas mediante el programa Atlas.Ti 8.

RESULTADOS

Aquí presentamos los resultados obtenidos por cada categoría analizada.

EN RELACIÓN AL TIEMPO Y LA COCINA

La variable "tiempo" fue una de las que más cambios sufrió, pues al permanecer obligadamente dentro del hogar, el tiempo, que suele nunca alcanzar, ahora comenzaba a "sobrar". Y ese tiempo "sobrante" en general se ha utilizado para cocinar, para realizar preparaciones caseras que en tiempos pre-pandémicos las familias resolvían recurriendo a alimentos industrializados. La cocina fue un punto de encuentro de la familia, sobre todo de aquellos hogares en donde, cuarentena obligada mediante, se vieron forzados a compartir mucho más tiempo juntos dentro de la vivienda. Pasar mayor tiempo en la cocina implica realizar más preparaciones, pero también comer más y así es referido por los informantes.

(Yanina)… sí, hubo modificaciones en cuanto a las preparaciones ya que se dispone de mayor tiempo para las mismas, por lo que aumentó la variedad de comidas y el tiempo que se dedica a las mismas…

(Liliana).. Al estar más tiempo en casa, se prepararon comidas más elaboradas y caseras. Se realizan además las 4 comidas al día.

FRECUENCIA DE ABASTECIMIENTO

La frecuencia de abastecimiento de alimentos también se modificó sustancialmente. Debido a las restricciones y al temor a contraer el virus como al desabastecimiento de los mercados y almacenes, en general la estrategia incluyó la disminución de la frecuencia de compras para concentrarlas en la menor cantidad posible de salidas, con la consecuente necesidad de planificarlas mejor.

(Julia).. (…) optamos por realizar compras variadas y suficientes para varios días, y así evitar salir.

(Ricardo).. optamos por comprar en cantidad pocas veces al mes, por lo que mayormente comemos alimentos no perecederos como fideos o cereales.

ELECCIONES, PRECIOS Y DISPONIBILIDAD DE LOS ALIMENTOS

En cuanto a las elecciones, y en estrecha relación con el punto anterior, en algunos casos se optó por la adquisición de alimentos no perecederos, por comprar en cantidad y por elegir aquellos más económicos. Además, el aumento de precio percibido sumado a la baja de ingresos de muchos hogares, hicieron necesaria la preferencia por los alimentos que se encontraran de oferta. Al respecto, cabe mencionar, que la economía argentina ya venía con un proceso inflacionario durante todo el 2019, que se vio acentuado en la pandemia (pese a la caída de las ventas, los precios siguieron subiendo), siguiendo la tendencia global. Asimismo, el hecho de permanecer encerrados y sin poder alejarse mucho de las viviendas, también impactó negativamente en la posibilidad de buscar mejores precios en negocios más lejanos.

Por otro lado, aparece la necesidad de comprar más debido a que hay más gente pasando más tiempo en el hogar. Otra referencia es a que los propios negocios, si bien nunca pasaron por una escasez importante, sí vieron reducidos algunas de las variedades de los productos, disminuyendo aún más las posibilidades de elección.

(Erika) tratamos de comprar lo suficiente para la semana, enfocándonos en alimentos rendidores y no perecedero (en más cantidad), buscar ofertas o promociones, más que nada en carnes y verduras, donde pudimos observar mayores aumentos en los precios en los mercados

(Camila) en nuestro hogar nos vimos afectados al menor ingreso económico debido al aislamiento obligatorio. Si bien los gustos alimentarios se mantuvieron, algunos alimentos fueron comprados con menor frecuencia por los precios elevados o los alimentos también los seleccionamos con el surgimiento de alguna promoción de supermercado.

FRECUENCIA DE CONSUMO, ORGANIZACIÓN DE LAS COMIDAS.

En general, las familias han tratado de respetar la organización de las comidas en cuatro eventos: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Sin embargo, también se evidencia un aumento del consumo de alimentos entre comidas (picoteo). En algunos casos se programó un menú semanal, que permitía ahorrar tiempo y dinero y se trató de tener un orden horario (referido como las 4 comidas) a la hora de comer. En algunos casos la necesidad de permanecer encerrados, alteró esos horarios normativos o bien modificándose la hora de la comida o bien aumentando su frecuencia (haciendo 5/6/7 comidas diarias). En los casos donde se convivía con adolescentes, los horarios eran aún más flexibles.

(Camila) Algo que implementamos en este tiempo es el hacer un menú semanal, lo que nos ahorra tiempo a la hora de cocinar, nos permite ahorrar dinero, ya que solo compramos lo que sabemos que vamos a consumir y nos permite no desperdiciar comida.

(Daniela) en mi hogar empleamos mayor dedicación y tiempo a las comidas, pudiendo realizar las cuatro comidas diarias.

(Belén) El hecho de que mis hijos estén sin ir al colegio, les genera más ansiedad oral y, por lo tanto, consumen muchas frutas, frutos secos y pan (…). Cada uno se va a dormir a distintas horas y, los adolescentes, sobre todo, se acuestan muy tarde, con lo cual, se agrega una comida más de madrugada.

DISTRIBUCIÓN DE LAS TAREAS

Otra de las categorías que relevamos está en relación con la distribución de las tareas al interior del hogar en torno a lo alimentario. En

algunos casos los informantes relatan que, al tener más tiempo al interior del hogar, las tareas se repartieron más; según refieren se realizaron comidas más elaboradas que necesitaron de mayor cantidad de trabajo y fue allí donde hubo un reparto de tareas diferente a la de la situación prepandemia. La distribución de las tareas se focalizó en la compra u obtención de alimentos, en la preparación y en los trabajos de lavado y disposición de la basura, necesarios para que la reproducción doméstica alimentaria pueda seguir funcionando. En algunos casos se armaron cronogramas y rotación de las tareas, para que no sean siempre los mismos los que realizan las mismas tareas. Algunos informantes indicaron que las tareas que antes recaían en las mujeres de la casa, fundamentalmente en la madre, con el confinamiento se distribuyeron entre todos los miembros de la familia.

(Florencia) actualmente nos dividimos las tareas entre todos, cada uno se encarga de hacer algo, ya que por compromisos que teníamos que cumplir, antes no lo podíamos hacer y era mi madre la que mayormente se encargaba de todo, tareas como lavar los alimentos, cortarlos, cocinarlos.

(Daniela) (…) mi papá fue el encargado de ir de compras, con mis hermanas nos encargamos de desinfectar los alimentos comprados para guardarlos, y mi mamá es la que prepara las comidas principales, también con mis hermanas nos turnábamos para preparar algo dulce para las meriendas. En conclusión, podría decir que volvimos a darle valor a la comida, a brindarle la dedicación que requiere su preparación y disfrutarla juntos.

(Karina) Al mediodía la elaboración del almuerzo está a mi cargo, con preparaciones y cocciones rápidas: ensaladas, sopas, pollo y verduras en grill. Por la noche cocina mi marido, preparaciones más elaboradas con mayor tiempo de cocción generalmente al horno: carnes, pescado, pastas.

(Marina) (…) los modos de preparación son los mismos y en cuanto a la distribución de las tareas siempre se cuida a los más vulnerables, en este caso las personas mayores y niños.

ELECCIONES DE LAS PREPARACIONES: COMIDAS CASERAS Y ULTRAPROCESADOS

Para algunos informantes las preparaciones más elegidas fueron aquellas realizadas en los hogares, conjugando una búsqueda de comidas más "saludable", con la búsqueda de actividades que por un

lado sirvieran de canalizadores de ansiedades y angustias producto de la situación, a la par de actividades compartidas con otros/as miembros/as de la familia y la sensación de colaboración y cooperación de las tareas hogareñas.

Es interesante cómo los informantes plantean que la elección de alimentos "listos para consumir", tiene que ver directamente con una cuestión temporal; por eso es que, durante la cuarentena, al disponer de mayor cantidad de tiempo, pudieron realizar comidas caseras más elaboradas. Asimismo, los alimentos procesados y ultraprocesados son cada vez más percibidos por más personas como "no recomendables".

(Julia) Elegimos comidas caseras, variadas, con productos frescos, reducimos prácticamente a 0 los ultra procesados.

(Victoria) Las comidas las preparamos totalmente caseras, muy pocos productos ultraprocesados, como galletitas, cereales y chocolate, simplemente para no salir muy seguido de la cuarentena y tenerlos almacenados para ciertas ocasiones.

INNOVACIONES Y NUEVAS RECETAS

Mientras se evitaba la circulación de personas, y por lo tanto del virus, las más variadas recetas de cocina iban y venían por las redes. Es que, con tiempo de sobra y necesidad de actividades recreativas, las familias buscaron innovar en la cocina. Otra vez la variable tiempo como determinante de las posibilidades de elegir y preparar las comidas.

(Melody) (…) en este caso si hubo pequeños cambios, empezamos a experimentar un poco con las recetas, hicimos cosas que nunca habíamos hecho

(Sayar) Las primeras semanas se intensificó la actividad culinaria, incursioné en recetas nuevas y más complejas que por lo general en la vida cotidiana no se cuenta con el tiempo necesario para poder hacerla.

PANIFICADOS A LA ORDEN DEL DÍA

Algo que tuvo mucha difusión durante la primera etapa de la pandemia, cuando la cuarentena obligatoria trastocó las actividades prepandemia, fue la de los panificados hechos en casa. Pan de masa madre, pan casero, bizcochuelos, pastas e incluso alfajores son algunas de las preparaciones con harinas que los informantes comentan realizaron durante este período. Algunos de nuestros registros dan cuenta de la

preparación de harinas que no son de trigo, sino de legumbres y otros ingredientes no tan clásicos de los panificados argentinos.

> *(Alejandra) Realizamos todas las comidas caseras, si bien teníamos el hábito de hacerlo para el almuerzo y la cena, ahora también lo hacemos para el desayuno y la merienda, ya que hacemos el pan, blanco e integral, galletitas de avena y granola, tarta de manzana, por lo que dejamos de comprar pan y galletitas industrializadas.*

> *(Liliana) Hubo un aumento en el consumo de hidratos de carbono y platos dulces, como tortas, galletitas, postres.*

PICOTEO Y LA "SALUD" COMO CATEGORÍA *EMIC*

El mayor consumo de hidratos de carbono, lípidos y azúcares en actos de "picoteo" en relación a lo percibido como no-saludable no pasó desapercibido para nuestros interlocutores. Entre las razones para los cambios mencionados, claramente aparece en un lugar central la idea de tratar de cocinar en casa para comer de una forma más saludable. Pero, por otra parte, otros informantes refieren un mayor consumo de golosinas y productos azucarados, sobre todo entre comidas, realizando el famoso "picoteo". Si bien los informantes tenían claro los vínculos entre la comida y la salud, el aburrimiento, la angustia y el stress provocado por la pandemia influyó a la hora de darse gratificaciones con los alimentos. Otros informantes plantearon que el aumento en el consumo de azúcares en general, tuvo que ver también con las limitaciones presupuestarias, producto de la crisis económica y de la baja en los ingresos que generó la pandemia. También se obtuvieron reportes de informantes que manifiestan haber consumido más alcohol durante la cuarentena que en la prepandemia.

> *(Giuliana) la elección de alimentos menos procesados y más hechos en casa, se comen más frutas y verduras que ayudan a fortalecer la salud, y se redujo el consumo de golosinas y bebidas (ya sean alcohólicas o gaseosas), se opta por comidas con mayor preparación y tiempo de cocción ya que hay más disponibilidad para su elaboración.*

> *(Yanina) El picoteo se volvió algo habitual para hacer frente al stress psicológico o emocional derivado de la pandemia, que cabe aclarar no repercutirá de forma saludable en la salud a futuro.*

> *(Sayar) producto de la ansiedad que la situación actual genera aumenté considerablemente mi consumo de alimentos, me encontré necesitando*

incorporar algún snack/golosina de media mañana, tarde o incluso noche, aunque afortunadamente es algo que pude controlar y solucionar rápidamente

COMENSALIDAD FAMILIAR Y AMPLIADA

Sin duda, junto con el mayor tiempo dedicado a la cocina, como el aumento de las preparaciones caseras, la comensalidad familiar –obligada– ha sido de los aspectos que más se modificaron durante el periodo de confinamiento. En efecto, la posibilidad de compartir diariamente las comidas estructuradas con todos los miembros de la familia, ha sido ampliamente mencionado como una consecuencia del periodo que duró el ASPO. Si bien se menciona como algo positivo y altamente valorado el hecho de compartir más comidas con los integrantes de hogar, se señala también que la pandemia y la cuarentena afectaron a la comensalidad ampliada, es decir el compartir comidas con miembros de la familia que no viven en el hogar o con amigos. Los cumpleaños u otros festejos se vieron reducidos en la cantidad de gente, quedando confinados a los convivientes.

(Erika) lo que claramente nos afectó más que nada fue en lo social, en las reuniones familiares ya sea por festejos de cumpleaños o días especiales, donde vengo de familia donde los domingos nos reunimos a almorzar.

(Alejandra) Creo que es el aspecto que más se modificó, ya que realizamos las 4 comidas juntos todos los días, antes en la semana compartíamos solo 1 al día, por lo que conversamos y compartimos más.

(Camila) esta cuarentena nos permitió poder disfrutar de las cuatro comidas diarias, en familia, cosa que antes del aislamiento era imposible de hacer dias de semanas, sólo se concretaban los domingos (…) Considero que este aislamiento generó más valor al disfrute de una comida, la acción de compartir momentos en familia, cuando en la vida diaria vemos pocas horas a nuestros seres más queridos.

REFLEXIONES FINALES

La situación alimentaria previa a la pandemia por Covid19 era ya de por sí complicada, tanto en el país como en el mundo. Otra pandemia, la del sobrepeso y obesidad, identificada ya hace unas décadas, seguía su curso a nivel global al tiempo que, en ciertas regiones del continente africano, por ejemplo, las poblaciones experimentaron riesgo de hambrunas (FAO, 2017).

El contexto socio económico del país, previo a la pandemia por Covid19, ya planteaba una situación complicada. En 2019 la pobreza había sufrido un alza, alcanzando hacia fin de año, casi el 40%. Además, la desocupación también había aumentado de un 8.9% a un 9.2%. Por su parte la inflación –la más alta registrada desde la década del 80´– se ubicó en un 53.8%, cuando en 2018 había sido de un 47.6% (INDEC, 2021).

Sobre este escenario, la pandemia por COVID-19 implicó para un gran sector de la sociedad la ruptura súbita de ingresos, sobre todo de aquellas personas que trabajaban en la economía informal, que en el país son muy numerosos (aproximadamente un 40%) (INDEC, 2021). Pero también quienes poseían negocios o vivían de la venta de bienes o servicios, vieron mermados sus ingresos debido al paro casi completo de la economía. Las ventas cayeron en prácticamente todos los rubros, pero los precios siguieron subiendo. Si bien la inflación del 2020 mostró una desaceleración con respecto al año anterior (42.02% frente al 53.8% de 2019), su baja no estuvo a la altura del descenso que experimentaron los salarios y los ingresos (INDEC, 2021). Por lo tanto, si antes de la pandemia era complicado acceder a una alimentación adecuada, con la irrupción de la pandemia la situación claramente empeoró.

El ASPO obligó a una convivencia forzada, sin antecedentes en la dinámica de los hogares, en muchos casos sin tener las condiciones materiales adecuadas para soportar el encierro. El tiempo, que siempre fue un bien escaso, que nunca alcanzaba y que obligaba a los miembros del hogar a pasar muchas horas fuera de la vivienda, ahora parecía sobrar. Esta situación inédita fue canalizada practicando una suerte de ocio forzado, donde la conectividad fue central (en aquellos hogares que podían acceder a ella) para el entretenimiento (redes, plataformas, etc.) y donde la cocina ocupó un lugar muy destacado, mucho mayor que el que ocupaba antes de la pandemia. El tiempo se detuvo y esa quietud se canalizó en la cocina.

Retornar a la alimentación casera y a la comensalidad familiar, parecieran ser prácticas especialmente valoradas entre los y las interlocutores posibles sólo cuando pudieron disponer de más tiempo. En palabras de Aguirre (2010), "la comensalidad hogareña de los que pueden decidir qué comer, está cuestionada por el horario laboral corrido y las distancias que hacen difícil volver al hogar para almorzar en familia y luego regresar al trabajo. Por ello se come fuera de casa, en el trabajo, en escuelas u otras instituciones". Esta forma de alimentación individual, solitaria, con tiempos cortos y desordenados se caracteriza por elegir "snacks" (alimentos ultra procesados) rompiendo con las reglas establecidas con respecto a horarios, tipos de

comidas, secuencias, formato, sabores y texturas. La industria alimentaria que junto a las mejores estrategias publicitarias nos ofrecen lo que es "bueno para vender" y no lo que es "bueno para comer", nos llena de calorías vacías de nutrientes. Esta situación, que pareciera haber estado presente al menos para el sector que representan nuestros interlocutores, los llevó a alertarse sobre la necesidad de hacer sus propias preparaciones.

La crisis alimentaria actual, está apoyada sobre modelos de producción, distribución y comensalidad que empiezan a ser cuestionados. Como emergentes de una situación excepcional, la comensalidad familiar y la cocina (re)surgieron como rituales compartidos por todos los convivientes. Al parecer, cuando el foco necesariamente estuvo centrado hacia el interior del hogar, las tareas en torno a lo alimentario habilitaron una mayor participación de todos los miembros de la familia en éstas, posiblemente porque en la cocina también se expresan sentidos de "solidaridad" y "cooperación", al tiempo que podría resultar una actividad distractora y canalizadora de angustias y ansiedades propias de las circunstancias. Cabe aclarar que, si bien aquí sólo se indagó sobre prácticas en torno a lo alimentario, pareciera que el resto de las tareas reproductivas, incluyendo por ejemplo el enorme soporte que niños/as necesitaron para continuar –como se podía– con las tareas escolares, siguieron recargando principalmente a las mujeres (Ortale, et al., 2022).

Todo esto parece haber aflorado en las familias en tiempos donde la actividad productiva exohogareña se detuvo, con la imposición del distanciamiento social obligatorio como consecuencia de la pandemia por Covid-19. No queda claro cuáles de los cambios vislumbrados hayan perdurado luego de la disolución del ASPO, en la segunda mitad de 2020. Es probable que ese tiempo, que estructuró al aislamiento alrededor de la cocina, haya sido abandonado en la medida que se retornaban a las actividades cotidianas.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, P. (2010). La construcción social del gusto en el comensal moderno. En: Katz, M; Bruera, M; Aguirre, P. Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura. Ed. Libros del Zorzal. ISBN 978-987-599-154-5

Fischler, C. (2010). Gastro-nomía y Gastro-anomia. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna. Gazeta de Antropología. 26 (1), art. 9. ISSN 0214-7564

Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2017). El estado de la seguridad Alimentaria y la nutrición en el mundo 2017. FOOD & AGRICULTURE ORG.

Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (2021). Encuesta permanente de hogares: 2020 [Archivo de datos]. Disponible en el sitio Web del INDEC, https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/cuadros_informe_pobreza_03_22.xls

Mintz, S. (1996). Dulzura y Poder: el lugar del azúcar en la historia moderna. México: Siglo XXI

Ortale, M.S., Santos, J.A y Ravazzoli, J. (2022) Efectos del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio en la alimentación infantil. Estudio en hogares de La Plata, Berisso y Ensenada (Pcia. de Buenos Aires, Argentina). Cuestiones de Sociología. Dossier temático N° 26 La vida trastocada por el COVID 19. Estudios y reflexiones sociológicas. ISSN 2346-8904.

Verdurazos, talleres alimentarios y la Red de Comedores. Maneras de comprender el alimento desde la Unión de Trabajadores de la Tierra (UTT)

Nuria Caimmi*

INTRODUCCIÓN

El actual escenario global y regional está caracterizado por un sistema alimentario crecientemente globalizado y mercantilizado (Contreras y Arnaiz, 2005), que obtura la capacidad de garantizar alimentación suficiente y sana a toda la población (Patel, 2007). La amenaza a la seguridad y la soberanía alimentaria de los pueblos es el resultado de un modelo de agronegocio industrial caracterizado por monocultivos transgénicos a gran escala, los cuales ejercen una enorme presión sobre ecosistemas ya degradados, socavando aún más su capacidad para la producción de vida en forma de alimentos (Altieri, 2001). El Cono Sur de América Latina ha sido una de las regiones más transformadas por la alteración y el uso del suelo, ya que en todos los países que lo componen se ha intensificado a un ritmo sin precedentes la producción de monocultivos, principalmente cereales y oleaginosas, para abastecer el suministro de alimento para el engorde de animales de los grandes centros mundiales (Aranda, 2020). En paralelo, la elaboración y el consumo de alimentos han ido separándose progresivamente de su vinculación directa con la agricultura y con el entorno próximo en el que ésta se desenvolvía: oligopolios globales dominan la

* Centro de Estudios sobre Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN)- CONICET/ Unión de Trabajadores de la Tierra (UTT). nuriacaimmi@gmail.com

información y determinan el tipo y la calidad de lo que consumimos, su coste monetario, y cómo y dónde se producen (Contreras 2019; Mintz 2003).

Abonando a este estado crítico, la pandemia puso en primer plano las tramas del sistema agroalimentario local, haciendo aún más relevante la necesidad de contar con alimentos en las cercanías, por el cierre de fronteras entre ciertas provincias y localidades. Distintes autores, elaboran la noción de sindemia global (Swinburn et al., 2019, Sammartino y Nauman, 2022), entendida como sinergia de epidemias que comparten causas comunes, fruto de los actuales sistemas alimentarios poco saludables y mínimamente regulados. Allí cobran forma la sindemia y pandemia del COVID-19, agudizando situaciones de desigualdad e inequidad, acompasado por un aumento de acaparamiento de tierra para la producción de commodities, y una nueva ola de cercados globales por parte de empresas transnacionales (Wittman, 2010).

Si bien durante un tiempo, las consecuencias de este modelo de producción eran atribuidas a fallas menores o externalidades no previstas de un único modelo posible, solucionable mediante la aplicación de más tecnología; pronto comenzó a percibirse que la salida no podía encontrarse dentro de un enfoque que no considerara la heterogeneidad ecológica y/o cultural de las regiones en donde se aplicaba (Leff , 1994).

Es en este marco es que cobran fuerza movimientos sociales que se organizan en torno a la disputa del sistema agroalimentario, construyendo nuevos sentidos en torno al alimento (Edelman, 2016). Dentro de estos grupos, encontramos como uno de los más reciente a la Unión de Trabajadores y Trabajadoras de la Tierra (UTT), la cual nace en el año 2010 en diferentes localidades del cinturón frutihortícola platense, como organización gremial que busca representar al sector de pequeñxs productorxs de alimentos, con una fuerte tracción a la agroecología. Con una estructura organizativa que nuclea a más de 22.000 familias campesinas, y se trama en bases territoriales y regionales en 20 provincias, propone profundizar la producción agroecológica vinculada con estrategias de comercio directo.

A partir de un trabajo de base, la organización ha desarrollado Secretarías, como la de Producción, Comercialización, Alimentación, Jóvenes, Proyectos y Cooperativas, Jurídicos, Comunicación y Género, espacios desde los cuales se propician debates particulares que luego transversalizan todo el andamiaje organizacional. El Consultorio Técnico Popular (Co.Te.Po), cuenta con más de 7 años de trabajo desde su creación dentro de la UTT, y ha formado un equipo de más de 80 técnicxs agroecologxs en todo el país que promueven, acompañan

y capacitan a lxs productorxs miembros de la organización. Interesa resaltar que en este espacio, la organización utiliza una metodología de "Campesinx a Campesinx" para llevar la enseñanza y transmisión de la agroecología a mayor escala recuperando saberes y educandose entre sí de manera horizontal en relación a la agroecología.

Reconociendo que la alimentación no puede ser pensada por fuera de los procesos productivos que la originan (Vía Campesina, 2011), el objetivo de esta ponencia será recuperar los sentidos que la Unión de Trabajadorxs de la Tierra construye sobre el alimento, mediante la aproximación a tres esferas de actuación: las acciones públicas, las formativas, y la acción social desplegada durante la pandemia. Este escrito, forma parte de una investigación de mayor alcance, que indaga respecto a la articulación entre la agroecología y la alimentación dentro de la UTT.

ENFOQUE METODOLÓGICO

Esta investigación constituye una primera aproximación a la temática, por lo cual la misma es fruto del estar ahí como parte de la organización que investigo, resultado de la experiencia de adentrarme en los modos locales de comprender el alimento. He tomado como horizonte, las directrices del quehacer de mi propia disciplina, mediante el enfoque etnográfico (Rockwell 2009; Restrepo, 2016), utilizando como técnicas, principalmente la observación participante (Guber, 2004), y la participación observante (Hammersley y Atkinson, 1994). Estas se sucedieron en las distintas instancias de movilización y protesta, así como de formación, en talleres y la Escuela de alimentación, todas actividades realizadas espacialmente en Buenos Aires (Ciudad y provincia, desde octubre de 2021, hasta el presente), y en Misiones (en mayo y junio de 2022). Cabe resaltar que fue central el trabajo con las fuentes elaboradas por la propia organización de primera mano, las cuales habilitaron nutrir lo presenciado. Se debe subrayar que en esta investigación no se trabaja ni con material producto de charlas informales ni con entrevistas, dado que dichas fuentes aún se encuentran en proceso de construcción y sistematización.

Esta ponencia se propone desde un enfoque que revaloriza la práctica militante (Fals Borda, 2013), dado que formo parte de la organización que investigo. De esta manera, es que intentaré abonar a la construcción de una ciencia comprometida con las organizaciones sociales y su quehacer. Este escrito es el resultado de una aproximación a la combinación de funciones de investigación, educación, participación y militancia, que a la par que buscan producir conocimiento, proponen cuestionar la realidad social para su transformación (Jaumont y Versiani, 2016).

VERDURAZOS Y ACAMPES: LA ACCIÓN PÚBLICA ALIMENTARIA DEL "OTRO CAMPO"

En este apartado, me detendré en acciones públicas que sostiene la UTT, como estrategias de disputa al modelo imperante, así como de diálogo y demanda a los distintos gobiernos. Especialmente recuperaré tres grupos de eventos de los que participé en la pospandemia: aquellas acciones conocidas con el término de –azos, verdurazos, feriazos y panazos (y otras como mandiocazos, yerbatazos, naranjazos, etc); el acampe en sitios estratégicos frente a interlocutorxs gubernamentales, y la marcha y bloqueo al ingreso de la planta de Bayer Monsanto en la provincia de Buenos Aires.

Respecto al primer conjunto de acciones, la misma constituye una metodología de lucha de la organización que ya se ha conformado como elemento identitario de su quehacer, reconocida por los medios de comunicación, el público consumidor, y lxs peatonxs que transitan los espacios donde se realizan. En efecto, estas intervenciones se generan en distintos puntos del país, en los que la propia organización pone a disposición de la población alimentos sanos, de producción agroecológica y a precio simbólico (también se regala), a modo de expresar la realidad que vive el sector. Si en Buenos Aires se emplazan en Plaza de Mayo para repartir alimentos a quienes se acercan (17/8/2021; 8/6/22), en algunas provincias como en Misiones, se realiza una entrega puerta a puerta, siempre con un precio a voluntad (11/6/2022). Además, las estrategias de verdurazos también se han utilizado a la hora de acompañar reclamos contra la Ley de Semillas o en el marco del Encuentro Plurinacional de Mujeres. Estas acciones han abonado a una mayor visibilización pública de la organización, dada la masividad de estos eventos: la imagen de una mujer anciana levantando una berenjena y de fondo una cuadrilla de policías de la ciudad, quienes efectivamente fueron a reprimir en el Verdurazo en Constitución, en el año 2019 durante el gobierno de Macri, se levantó como una de las más icónicas para representar a la UTT.

En segundo lugar se recuperan los acampes, los cuales han sido una estrategia de lucha para demandar políticas públicas así como para reclamar tierras. En este sentido, si los verdurazos implican un diálogo con todos los sectores de la sociedad, especialmente con consumidorxs de alimentos, en el caso del acampe[1] la interacción se da especialmente con los gobiernos, sean nacionales, provinciales o municipales. Durante cuatro días del mes de octubre de 2021 se realizó un Acampe frente al Congreso, en el cual se abrieron talleres de

1 Un antecedente sustancial fue el acampe en tierras del Parque Pereyra y al costado de la autopista que conecta La Plata con Buenos Aires (que posibilitó ganarlas en 2015).

alimentación y de agroecología, movilizaciones, debates y conversatorios con universidades, proyecciones, programas de televisión, radios, intervenciones en el espacio y una huerta agroecológica, así como un festival al finalizar el mismo. De fondo durante esos días, se oía la canción "Cuando tenga la tierra", de Mercedes Sosa. Al compás de esta música, se montó durante aquellos días una feria donde se vendían diversos productos a precios populares[2].

Tanto los verdurazos (panazos, feriazos, etc), como el acampe, se realizaron con un objetivo en común, la aprobación del proyecto de Ley de Acceso a la Tierra, una de las demandas más importantes que motoriza la UTT desde el 2016, cuando se presentó por primera vez el proyecto en el Parlamento. Esta Ley, busca generar la creación de un Fondo Fiduciario Público de Crédito para la Agricultura Familiar y así facilitar el acceso a las tierras a través de un crédito blando. Además de créditos blandos, plantea el loteo y la distribución de tierras de dominio público para destinarlas a la producción agroecológica, impulsando un cambio paradigmático en las relaciones sociales, económicas, productivas, ecológicas y de género, en línea con los principios y ejes de la propia organización (Suarez, 2019).

Por último, retomo la acción frente a Monsanto Bayer sucedida también en octubre de 2021, como culminación del Segundo Encuentro Nacional de Mujeres Campesinas de la UTT. En este evento, las mujeres productoras realizaron primero una marcha al costado de la ruta, en la cual se repartían verduras agroecológicas a quienes transitaban en vehículo (es decir, no se cortó el tránsito), a la manera de un verdurazo en movimiento. Al llegar a la sucursal de Monsanto Bayer, las trabajadoras de la tierra realizaron un bloqueo a la planta de semillas transgénicas que la corporación tiene en la ciudad de Zárate, dejando alimentos en los portones de acceso. A la vez, muchas compañeras lanzaban verduras hacia la empresa al grito de "*asesinos*", "*nos están envenenando*", "*matan a sus propios hijos*", lo cual también se leía en carteles o afiches (25/10/2021). Esta acción, se vinculaba directamente con el reclamo de la ley, pero la trascendía, porque implicaba disputar simbólicamente, quiénes son lxs que producen alimento, al entregarlo en la ruta, y quienes lxs responsables de la crisis alimentaria que estamos viviendo, responsables de un modelo que no alimenta sino que genera muerte, destrucción y envenenamiento de la tierra.

Siguiendo con Tapia (2008), un movimiento social empieza a configurarse cuando la acción colectiva comienza a desbordar los lugares

2 Las actividades se replicaron en varios puntos del país, como Chubut, Río Negro, Misiones, Corrientes, Santa Fe, Tucumán, Buenos Aires y Santiago del Estero, cuyos cronogramas la organización compartió en sus redes sociales.

estables de la política, tanto en el seno de la sociedad civil como en el del Estado, buscando solidaridades y aliadxs en torno a un cuestionamiento sobre los criterios y formas de distribución de la riqueza social. Como vemos en las acciones desplegadas, en las mismas no solo es central la interacción con la sociedad civil y actorxs gubernamentales, sino también la generación de estrategias distintas a las tradicionales utilizadas por los movimientos sociales y constituyentes de la historia de nuestro país, como el piquete, la marcha o el corte de ruta. El hecho de realizar huertas agroecológicas, dar talleres en los lugares de acampe o distribuir alimentos como símbolo de lucha, implica la construcción de una identidad en torno al movimiento.

Como recupera Tarrow (2008), todo movimiento social se define por algún tipo de acción colectiva, bajo un repertorio de acciones que funcionan como instrumento, identidad y demanda de los movimientos (Tarrow, 2008). Ahora bien, ¿cuál es esta identidad que se entrevera en las acciones públicas, en relación al alimento? Beccaria y Carnovale (2019), señalan que el repertorio de acciones que despliega la UTT imbrica un sentido del cuidado del bien común, como el alimento y la tierra, y un diálogo con las instituciones del Estado con un accionar impugnador y de demanda. Fundamentalmente, el tipo de acciones desplegadas ejercen un contrapeso con las formas de lucha clásicas de lxs propietarixs del campo en 2008: la imagen de la leche tirada en las rutas se contrapone con las filas de gente retirando alimentos donados, en el marco de políticas macroeconómicas de ajuste. De esta manera, se posibilita la construcción identitaria de la organización como "El otro campo", que permite reafirmar una identidad rural, opuesta al sentido tradicional que existe en torno a los grandes dueños de la tierra (Beccaria y Carnovale, 2019). Como recupera Ziberich, las nuevas territorialidades son el rasgo diferenciador más importante de los movimientos sociales latinoamericanos (2003), mientras lxs dueños del capital se desentienden de las cuestiones territoriales y prefieren las ventajas que les otorga la libertad de movimiento y la no-pertenencia, la cuestión simbólica y cultural continúa primando entre lxs pequeños productorxs que mantienen su lucha por el acceso a la tierra.

Paralelamente, la construcción de esta identidad en el accionar público, no solo se aleja de modos de lucha tradicionales de la historia de nuestro país, como el piquete, la marcha o el corte de ruta, sino que también en las acciones públicas de la UTT, se trasciende la jerárquica distancia entre el espectáculo, entre creador activo y auditorio pasivo. Mediante recursos estéticos, como flores, huertas, cajones, tractores, se levanta una "ritual performático hibrido" (Citro, 2019), que intenta convocar activamente a lxs "espectadores" a reflexionar y ensayar

políticas transformadoras o reparadoras, en este caso que acompañen el cuidado de la tierra y los alimentos. Acontece entonces en estos actos no solo la distribución y el consumo alimentario, o la reflexión política, sino también la apreciación estético-reflexiva y la participación colectiva .

"ESTO ES MÁS QUE UN TALLER NUTRICIONAL". ESPACIOS FORMATIVOS ALIMENTARIOS DE LA UTT

Un segundo eje se vincula con los espacios específicamente formativos que se despliegan en torno al alimento y la alimentación desde la organización. Para ello, resulta central volver a la estructura de la UTT dentro de la cual el Área de Alimentación, se conforma hacia el año 2019 por productoras agroecológicas, docentes e investigadoras con quienes ya se venía articulando años atrás, en el marco de proyectos universitarios. Dentro de sus aristas de trabajo, se han desarrollado materiales gráficos, audiovisuales, informes, cuadernillos, talleres de alimentación, y como corolario de estos, la primera Escuela de Alimentación en el año 2021, realizada para productorxs de la organización y para otros movimientos populares del conurbano bonaerense que integran la Red de Comedores de la UTT.

Interesa resaltar la metodología y los saberes que se entreveran en dichos espacios, tanto en los talleres como en la Escuela, como forma de aproximar a los sentidos sobre el alimento. Los talleres se desarrollan en tres encuentros sucesivos que se realizan en las bases territoriales que conforman la organización, por lo que su contenido y forma está pensada en relación a la formación de pequeñxs productorxs de alimentos. Al estar integrado el equipo docente por profesionales, como nutricionistas y antropólogas, así como productoras agroecológicas, se persigue el horizonte de integrar saberes diversos. Al comenzar cada taller, se realiza una "Mística", donde se conjugan aspectos corporales, sonoros, visuales y gustativos, y elementos nodales para el Área como el hecho de compartir alimentos naturales, muchos de ellos producidos por las mismas integrantes, así como las costumbres alimentarias de distintos territorios de la región. Luego, se realizan algunos ejercicios que funcionan como disparadores de los saberes sobre los alimentos, para dar lugar a la socialización en conjunto y el trabajo con los contenidos de cada taller. Las temáticas que se suceden en estos encuentros son: "Alimentación y nutrición", "Derechos y soberanía alimentaria", "Tierra y agroecología", "Alimentación y cultura", y "Género y alimentación". Para trabajar estos módulos temáticos, se emplean variedad de técnicas, tales como elementos gráficos, sonoros, visuales y lo que dimos por llamar la cocina en acto, como la realización de la "olla bruja". En efecto, en los encuentros se realizan

espacios de cocina colectiva, en el cual todxs lxs participantxs participan en la elaboración de platos que son definidos por cada grupo. Además, se suele indicar de un taller a otro que se elaboren comidas regionales o que aparezcan en su memoria familiar o territorial, siendo estos momentos los más potentes, dado que en el acto de contar, escuchar, probar, oler, se patenta una pluralidad de maneras de producir alimentos y cocinarlos, así como de historias regionales. Esto permite retroalimentar el fomento del autoconsumo de la producción propia, una de las apuestas de la organización, nodal para la disputa del modelo en sus distintas esferas.

El quehacer de estos espacios, procuraba mediante desplegar una pedagogía diferente a la empleada por el modelo tradicional de educación, y de esta manera, es que pudieron recuperarse saberes y conocimientos locales y revalorizarlos. Se sostiene una perspectiva ampliada de la educación, entendida como estrategia de los movimientos sociales rurales para la generación de conocimientos en los que se enlacen sus necesidades y disputas (Burgos, 2010; Palumbo, 2016). Esto busca seguir el camino de la metodología de Campesinx a Campesinx repuesto para la formación en agroecología: de esta manera, los saberes se comparten horizontalmente, desde la experiencia y el saber hacer, en espacios de encuentro entre productorxs, acompañados por otros actores como docentes e investigadores.

Antes de comenzar los talleres o durante, es habitual escuchar a alguna de las docentes decir "*Esto es más que un taller nutricional, trabajamos algunas cosas pero la idea es compartir sobre los alimentos en general*". Los espacios de formación en alimentación, se levantan sobre una pedagogía alimentaria que problematiza aristas y elementos del modelo hegemónico de producción y consumo de alimentos actual (Contreras, 2019) para viabilizar la lucha por su transformación. Lo político de estos espacios formativos, no acontece en momentos particulares dentro de los talleres, sino entendiendo que los mismos son, en sí mismo, políticos, siendo lo político la referencia a relaciones de poder que constituyen todo entramado de relaciones humanas y no humanas.

Sin embargo, dejamos abierta una pregunta que acompaña nuestras praxis cotidianas, acerca del efectivo intercambio de saberes que se gestaba en estas instancias. Siguiendo con Da Silva et al. (2019), dentro la propuesta de construcción de conocimiento agroecológico, no jerárquica, vinculada al modelo Campesinx a Campesinx, muchas veces la base epistemológica que lo sostiene no da cuenta de las complejas interacciones producidas entre lxs agentes en cuestión, contribuyendo, de forma ambivalente, a una relación jerárquica y asimétrica de poder. De esta manera, se simplificarían las interacciones

que efectivamente se suceden en espacios formativos (Da Silva et al., 2019). Si bien se reconoce la complejidad de generar una circulación de saberes de manera horizontal, interesa resaltar el propósito de generar pedagogías alimentarias que no anclen responsabilidades en conductas y decisiones individuales, ni se centren únicamente en la dispersión de información nutricional (Gracia Arnaiz, 2009).

LA RED DE COMEDORES, INTERACCIÓN ENTRE EL CAMPO Y LA CIUDAD

Para finalizar, resulta importante mencionar una serie de acciones que se realizaron específicamente a partir de la pandemia, y que, en el actual escenario, se han solidificado dando respuesta a nuevas necesidades de los territorios. Una aclaración central es que no se ha realizado trabajo etnográfico en relación a lo que en este apartado se trabaja, siendo el mismo recuperado a través de fuentes documentales de la propia organización, y la experiencia compartida en charlas informales. Me refiero particularmente a la conformación de la Red de Comedores de la UTT, como una manera de articular la producción del campo con las necesidades de la ciudad. La institucionalización de este espacio, tiene como antecedentes las donaciones de alimentos producidos por la UTT que la propia organización ha realizado a lo largo de los años a distintas entidades de la sociedad civil. Especialmente durante la pandemia, comenzó a gestarse una mayor articulación entre la UTT y comedores, nucleando al mes de haberse formado la Red, en mayo de 2020, a más de 170 organizaciones sociales, clubes de barrio y comedores, que realizan asistencia alimentaria a un aproximado de 50 mil familias de CABA y Conurbano Bonaerense. De esta manera, se generó un espacio de articulación entre pequeñxs productorxs con organizaciones sociales de la ciudad, espacio que hace posible que a los sectores populares les lleguen alimentos frescos, saludables y a bajos precios. Además, estas organizaciones, fueron invitadas a participar de la experiencia de la Escuela de Alimentación, recuperada brevemente en el apartado previo. En el mismo año de gestación de la Red, se diseñó un "Recetario para Comedores Populares", recuperando preparados tradicionales y valorizando los saberes de los comedores, recetario que nació inspirado en la calle, entre verdurazos y donaciones para comedores comunitarios.

Estas intervenciones, las donaciones y la articulación en la Red, se emplazan con el horizonte en garantizar especialmente la instancia de acceso a los alimentos, condensando en su seno la articulación entre los momentos productivos del campo con los de consumo de la ciudad. Si los comedores son un fenómeno profundamente político, dado que evidencia un espacio para la politicidad barrial vinculado

con la política social territorializada (Santarsiero, 2013), con estas experiencias se refuerza el contenido relacionar de su praxis, refiriendo a lazos de interacción y solidaridad entre entidades distintas, que parecen abogar por un espíritu en común, la accesibilidad del alimento sano en el cotidiano. Además, el hecho de que los alimentos donados provengan de la agricultura familiar campesina, y sean acompañados por instancias formativas, como los talleres, o material gráfico, como los cuadernillos, permite complejizar las nociones sobre alimento, y la importancia para la organización que lo que se produce no esté sectorizado en aquellxs que pueden adquirirlo monetizadamente. Sin embargo, resaltamos la necesidad de poder encauzar estas donaciones en una estrategia sistematizada y periódica, lo cual reclama necesariamente la intervención estatal en favor de compras estatales. A diferencia de Brasil, donde existe una política de compra pública de alimentos a la agricultura familiar, en Argentina las estrategias han sido municipales o intervenciones particulares, sin existir una política integral al respecto (Caimmi, 2021). En efecto, en territorio brasilero, y mediante el Programa de Adquisición de Alimentos (PAA) perteneciente al Programa "Hambre Cero", se obliga a los municipios a destinar el 30% de los recursos federales a adquirir productos de la Agricultura Familiar a la merienda escolar o comunitaria (FAO, 2015). Esta vacancia en las políticas argentinas, limita no solo a los espacios educativos y barriales donde se entregan alimentos muchas veces de baja calidad, sino que desestimula la producción de alimentos de lxs agricultorxs familiares en mayor situación de pobreza, obturando un incentivo para producir y poner al alcance a sectores que lo requieren.

PALABRAS DE CIERRE

A lo largo de estas líneas, he procurado generar una primera aproximación a mí temática de indagatoria, recortando especialmente en las maneras en que la organización en que investigo y milito, la Unión de Trabajadorxs de la Tierra, construye sentidos sobre el alimento y la alimentación. Para ello, seleccioné tres espacios que se constituyeron como centrales en el escenario pospandemia, y en los cuales, en su mayoría, pude participar relevando etnográficamente. Me refiero a los tres ejes que se retomaron como apartados. Primero las acciones de índole pública, como verdurazos, en Plaza de Mayo y en Misiones; acampes, frente al Congreso de la Nación Argentina; y el bloqueo a la planta de Monsanto Bayer en Zárate, provincia de Buenos Aires. Luego espacios formativos, impulsados por el Área de Alimentación, como talleres y la Escuela de Alimentación. Y finalmente, la conformación de la Red de Comedores Soberanos de la UTT, articulación con otras organizaciones sociales del conurbano bonaerense.

Transversalmente, se encuentran elementos de común denominador a todos estos ejes. Resalta la articulación entre el campo y la ciudad, desde la producción rural, hasta los consumos y su distribución (verdurazos), y las necesidades urbanas (comedores). Esto se vincula con lo trabajado respecto a la construcción de nuevas territorialidades, redefinidas y resignificadas en el quehacer organizativo: la intersección urbano rural, aparece como fundante en la UTT. Justamente entendiendo que todo movimiento social se instituye y genera una identidad al construir un quehacer en torno a algún tipo de acción colectiva, encontramos que las acciones descriptas conforman maneras particulares de configurar la identidad propia de la organización, la cual se construye en relación a una demarcación con la ruralidad tradicional argentina. "El otro campo", como suele autodenominarse la organización, se efectiviza en formas de demandar al Estado y generar empatía entre la sociedad civil, que distan de accionares históricos en nuestro país, como marchas o corte de ruta. Por el contrario, se procuran generar actos performáticos y estéticos, como las huertas agroecológicas y las intervenciones durante los acampes; se levanta como bandera la solidaridad, como la distribución de alimentos en los verdurazos o la donación a los comedores; y se disponen pedagogías alimentarias alejadas del parámetro de educación verticalista o del alimento puramente entendido desde su aspecto nutricional.

Y tanto en aquellos actos performáticos, en los espacios formativos o en la Red de Comedores, lo político funciona como eje vertebrante. Acompasado por las bases epistemológicas que nutren la metodología de Campesinx a Campesinx, es que se comprende la importancia de construir saberes en torno al alimento que articulen con demás actores de la sociedad civil, sus saberes y su praxis, como consumidores, otras organizaciones sociales, y gobiernos, a través de elementos performáticos, estéticos, de producción, distribución y consumo, y pedagógicos.

Finalizando este trabajo, si bien el mismo constituye una primera aproximación a la temática de estudio, sienta bases fundamentales para seguir la pesquisa en torno a los modos de pensar y hacer con y desde los alimentos, que se instituyen como bases fundantes para la disputa al modelo agroalimentario actual.

BIBLIOGRAFÍA

Altieri, M. y Toledo, V. M. (2010). La revolución agroecológica de América Latina: Rescatar la naturaleza, asegurar la soberanía alimentaria y empoderar al campesino. En: El Otro Derecho. El sistema agroalimentario: mercantilización, luchas y resistencias (pp. 163-202). ILSA.

Altieri, M. A., (2001). Agroecology: the science of natural resource management for poor farmers in marginal environments". *Agriculture, Ecosystems and Environment,* 93, 1-24.
Aranda, D. et al. (2020). *Atlas del agronegocio transgénico en el Cono Sur: monocultivos,*
resistencias y propuestas de los pueblos. Acción por la Biodiversidad.
Burgos, A. (2010). Luchas populares rurales contra la exclusión social y cultural: las experiencias educativas del MOCASE/VC. Actas de las II Jornadas Internacionales de Problemas Latinoamericanos. Universidad Nacional de Córdoba.
Caimmi, N. (2021). Las compras públicas de alimentos a la agricultura familiar. Aproximación en clave comparativa entre Brasil y Argentina. *Revista Escenarios*.
Carnevale, B. y Beccaria, M. (2019). Unión de Trabajadores de la Tierra (UTT) como movimiento social. Universidad Nacional de La Plata.
Citro, S. (2014). Cuerpos significantes. Nuevas travesías dialécticas, 1 (1).
Contreras, J. (2019). La alimentación contemporánea entre la globalización y la patrimonialización. *Boletín de Antropología. Universidad de Antioquia*, 34 (58), 30-55.
Contreras, J. y Arnaiz, M. (2005). *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Ariel.
Da Silva, R; De Biase, L.; Martellini, F. (2019). On dialogues and existences: a possible contribution of anthropology to agroecology. *Ambient. soc,* 22.
FAO - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (2015). Las compras públicas a la agricultura familiar y la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. Organización de las Naciones Unidas.
Gracia Arnaiz, M. (2009). Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. *Salud Colectiva, 5*(3):363-376.
Jaumont, J. y Varella, R. V. S. (2016). A Pesquisa Militante na América Latina: trajetória, caminhos e possibilidades. *Revista Direito e Práxis,* 7(13), 414-464.
La Vía Campesina (2018). ¡Soberanía Alimentaria Ya!. La Vía Campesina.
Mintz, S. W. (2003). Sabor a comida, sabor a libertad. Distrito Federal, México: CIESAS
Patel, R. (2007). *Stuffed and Starved: Markets, Power and the Hidden Battle over the World's Food System.* Portobello Books.
Palumbo, M. M. (2016). Educación en movimientos sociales rurales:

un estado del arte. *Rev. hist.edu.latinoam*., 18 (26), 219 - 240.
Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Paidós.
Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Envión.
Sammartino, G., y Naumann, S. (2022). "Nosotros somos de harina": Prácticas y significados alimentarios en la Villa 21-24 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en contextos de COVID-19. *Salud Colectiva*, 18.
Santarsiero, L. H. (2013). Los comedores comunitarios como fenómeno social, político y alimentario en la Argentina de los últimos treinta años: Una "guía práctica" para su comprensión. *Cuestiones de Sociología, 9*, 319-323.
Suarez, M. C. (2019). Un modelo agroalimentario desde los cruces entre feminismo y agroecología. El caso del Frente de Mujeres de la Unión Trabajadores de la Tierra- Argentina. *Intersticios, 10* (9).
Swinburn B; Kraak VI; Dietz WH; al.et (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission Report. *Lancet; 393*:791-846.
Tarrow, S. (2008). *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política.* Alianza Universidad.
Tapia, L. (2009). *Movimientos sociales, movimientos societales y los no lugares de la política.* CLACSO.
Zibechi, R. (2003). Los movimientos sociales latinoamericanos: tendencias y desafíos. *Observatorio Social de América Latina, 9*.

Estrategias alimentarias de un grupo de mujeres que participan en un comedor comunitario durante la pandemia de covid-19 en Rosario

Florencia Funoll Capurro, Mariana Gerbotto*

INTRODUCCIÓN

Las profundas transformaciones socio-económicas que se han manifestado en la Argentina, provocaron –entre otros efectos– la polarización y fragmentación de las clases sociales producto de los cambios en el mundo laboral y el creciente desempleo. Dicho empobrecimiento fue generado luego de la implementación de políticas de flexibilización del mercado de trabajo, apertura económica y desregulación financiera, lo cual promovió un incremento de las desigualdades y la consecuente desintegración del tejido social (Svampa, 2005:25).

Este proceso de mutaciones de la estructura social argentina marca la consolidación de un sector social segregado en las periferias de los grandes conglomerados urbanos, cuya situación de precariedad y pobreza estructural impide el acceso a bienes y servicios elementales para satisfacer necesidades y reproducir la vida: acceso a agua potable, vivienda, trabajo digno, salud, y seguridad alimentaria (Rofman, 2014).

Las organizaciones comunitarias aparecen como espacios de contención que forman redes sociales que aportan a la resolución de la alimentación promoviendo prácticas de solidaridad y reciprocidad (Spione, 1995).

* Universidad del Centro Educativo Latinoamericano (UCEL). florenciafunollcapurro@gmail.com, mgerbotto@ucel.edu.ar.

Dentro de estas organizaciones la generación de estrategias y la responsabilidad del cumplimiento de este rol garante del cuidado familiar recae sobre las mujeres pobres. Sobre ellas, se erige un imaginario socio-cultural que las representa en calidad de madres y esposas, y por ende, les asigna las tareas en torno al proceso de alimentación. En tal sentido, las tareas en el hogar expresan la responsabilidad social de generar estrategias domésticas y extradomésticas para sostener el proceso alimentario de la familia. Las mujeres viven con particular preocupación el hecho de poder garantizar una adecuada nutrición de las niñas y niños, ya que saben que ésta es una etapa clave para su correcto crecimiento y desarrollo (Spione, 1995).

En este sentido, es necesario intentar superar los abordajes biologicistas e individualistas de las problemáticas de la salud y la alimentación, focalizando la mirada en las personas, los grupos, las comunidades. Esto implica integrar a las interpretaciones e intervenciones las respuestas y estrategias que siguen los sujetos sociales para responder a sus necesidades vitales; tomando en consideración los elementos que valoran y tienen en cuenta para sus elecciones (Spione, 1995).

Esta investigación se realizó en el contexto de la pandemia de Covid-19. A partir del día 20 de marzo del año 2020 se decretó en nuestro país un aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO). Esta medida ha modificado las prácticas cotidianas de la mayoría de la población y, por ende, las estrategias alimentarias de muchas familias. La actividad económica se paralizó, lo cual tuvo un fuerte impacto social. En los barrios periféricos de la ciudad esta situación adoptó características singulares debido a las múltiples desigualdades que se viven: la precariedad de la infraestructura barrial y los espacios domésticos, el hacinamiento, la falta de servicios públicos de calidad, entre ellos el agua potable y una conexión eléctrica segura, impidieron realizar un aislamiento en condiciones de vida digna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Enfoque cualitativo. El estudio se situó en un barrio de la zona sudoeste de la ciudad de Rosario en el cual están asentadas unas 300 familias, que carecen del servicio formal de energía eléctrica y de la red de agua corriente, tampoco cuentan con acceso formal a la red cloacal y la mayoría cocinan a leña. Las vecinas y vecinos del barrio se dedican principalmente al reciclado de residuos, entre otros trabajos informales. El grupo de mujeres que participó de la investigación integran una organización social, gestionan y/o asisten a un comedor barrial. El criterio de selección de las mujeres tuvo que ver con la accesibilidad y predisposición por parte de las mismas a ser parte de este relevamiento.

Se realizaron observaciones y entrevistas semi-estructuradas. Se realizaron 8 entrevistas hasta alcanzar el punto de saturación de las respuestas, en el que la información obtenida comenzó a ser similar y repetitiva.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con lo planteado por Massa (2010:122) para analizar prácticas alimentarias es necesario tener en cuenta tres dimensiones: el acceso (lo que se puede consumir), las estrategias (lo que se hace para consumir) y las representaciones (lo que se sabe y se cree sobre ello). Dichas dimensiones constituyen sentidos, causas y principios de incorporación que justifican la elección de determinados alimentos y modos de compartirlos.

> *"-(...)A la noche comemos lo que sobra al mediodía. Nosotros tenemos una olla grande, cocinamos un guiso y ya nos queda para la noche" (M, 24 años)*

> *"-(...) Si tengo algo, lo poquito que tengo, prefiero hacerlo a la noche y en cantidad, entonces comemos todos bien, y comemos todos juntos" (S, 35 años)*

Las familias que se encuentran en situación de pobreza consumen menos carnes, lácteos, frutas y hortalizas que aquellas que gozan de seguridad alimentaria (FAO et al., 2018:65).

> *"-(...) Yo hago guiso. Hago todos los días casi guiso" (P, 36 años)*

> *"-(...) Porque en la semana comemos todo guiso" (L, 25 años)*

Las prácticas implementadas en el hogar logran atenuar el hambre, pero no logran cumplir con los requerimientos nutricionales de los diferentes miembros de la familia, lo cual se traduce como "hambre oculta". A pesar de que estas prácticas tienen como objetivo preservar el consumo alimentario no alcanzan a satisfacer las necesidades nutricionales, sobre todo en cuanto a la calidad de los alimentos (Arboleda-Montoya, 2014:286).

El grupo alimentario predominante de la dieta habitual de las familias entrevistadas es el de cereales, legumbres, papa, pan y pastas. La selección de estos alimentos es una estrategia que se transforma en la única posible para poder preparar platos para varios comensales, es decir, que rindan y con precios accesibles. Esto acuerda con lo planteado por P. Aguirre (2014) respecto a que las comidas de olla son las preparaciones más habituales en la dieta diaria en estas poblaciones.

"-(...) El puré, puré de papa, calabaza, por ejemplo, uso legumbres, uso poroto, poroto negro, poroto colorado, lenteja, la polenta que a la nena le encanta eso" (L, 25 años)

"-(…) Lo que hacemos es guiso, polenta con salsa o puchero. Viste, el tío de él trae hueso, trae carne todo y él va y busca, lo ponemos a hervir todo" (M, 24 años)

"-(...) Guiso, polenta, revuelto de papa con huevo…" (P, 36 años)

Tal como plantea P. Aguirre, es el tipo de preparación que combina pocas hornallas, poco menaje y poco tiempo de la mujer que al mismo tiempo es madre-cocinera-trabajadora y ama de casa. Además, el aprovisionamiento de alimentos secos permiten una cocción práctica y rápida, pueden conservarse fácilmente, e incluso pueden conseguirse en el comedor, o en los bolsones que entregan las escuelas (Aguirre, 2004:37).

"-(...) Hoy comimos guiso de fideos, que comimos ayer a la noche. Todo seco, porque es lo más rápido" (E, 28 años)

El acompañamiento con pan de las comidas es una tradición arraigada culturalmente, el rasgo distintivo de este sector social es la elevada cantidad consumida. El pan es capaz de integrarse a cualquier tipo de comida haciéndola parecer más abundante en los casos en que ésta es escasa, y proporciona un alto valor de saciedad (Peretti et al., 2009:90). En palabras de las mujeres entrevistadas:

"-(…) El pan principalmente es lo que no les puede faltar… porque le haces una taza de mate cocido, una taza de leche, con lo que sea tenes el pan" (S, 35 años)

Asimismo, se observó un consumo diario importante de mate cebado o mate cocido con alta cantidad de azúcar.

"-(...) A la noche, por ahí tomamos unos mates con alguna galletita" (M.A., 20 años)

"-(...) Es regular lo mío, ya te digo (risas) es todo mate" (P, 36 años)

Las prácticas alimentarias que se imponen en estos contextos de pobreza se vinculan con la restricción en el consumo de ciertos alimentos, la planificación y el racionamiento de las comidas e incluso con consumir alimentos en mal estado (Massa, 2010).

"-(...) Había días que comía sin carne, hacía guiso carrero, viste, no sé si vos habrás comido alguna vez guiso carrero… bueno guiso sin carne, tenía alguna verdurita y le mandaba el puré de tomate, pero tenía lo otro que era esencial también, la verdura, bueno eso cuando no tenía viste, lamentablemente cuando no tenía" (V, 34 años)

"-(...) Tirábamos con lo que traía del supermercado, que era carne que ya estaba mal... es la carne que en el super ya tiene un poco de gusto, y vos la lavas y le sacabas el olor, la hervías y la usas. Una vez le digo a mi hija, lávala a la carne picada, iba a hacer unos fideos con salsa pero tenía gusto… pero ya el olor no se le iba y ese olor no se aguantaba, hizo la comida igual y tuvimos que comer la comida, yo lloraba de la bronca" (M.A., 39 años)

La leche es altamente valorada por las mujeres y considerada un alimento imprescindible. En los desayunos o meriendas de los niños/as se consume leche en polvo; los comedores comunitarios, las escuelas, los centros de salud entregan bolsones con dicha leche entre otros productos.

"-(…) La nena merienda todos los días en la escuela, digamos ahora no y me mandan un kilo de leche más un kilo de masita, entonces yo estoy yendo a retirar la leche y las masitas y todo lo que le mandan del jardín" (E, 28 años)

De este modo, se pueden describir diversas estrategias que despliegan las mujeres para sostener la alimentación familiar, una de ellas es la diversificación de los ingresos:

"-(...) El comedor de la Susana, el comedor de la escuela, está la tarjeta esa de los 300 pesos, la gasto cuando necesito si o si, la guardo, no es que estoy esperando que esté activa para gastar sino que espero a que si realmente lo necesito. El comedor de la escuela siempre le garantiza la comida, y también el jardín me garantiza la leche" (E, 28 años)

"-(...) También voy a buscar la comida a los comedores, por eso más que nada me vengo acá de mi mamá, porque acá tengo comedores para ir a buscar la comida, y con eso retiro toda la semana la comida, todos los días… porque mi único ingreso es la tarjeta de mi marido y mi asignación y las cosas están caras, tengo que durar todo un mes con esa plata yo" (R, 25 años)

Las fuentes de ingreso son diversas, combinan recursos provenientes de transferencias del sector público, del trabajo autogestionado, y de

la organización comunitaria. Uno de los ingresos que se nombran en las entrevistas, proviene del trabajo informal de las mujeres, que reconocen como trabajos de la economía popular al considerar las actividades comunitarias como un trabajo que aporta valor social a pesar de no ser reconocido formalmente como tal. El ingreso de sus parejas también suele provenir de este sector.

> *"-(...) Hacemos trabajos de la economía popular. Juan junta cartón, él es cartonero. Bueno ese es un trabajo propio, cuando tiene cierta cantidad lo vende y tiene un dinero. Y nosotros trabajamos acá en el comedor, tenemos el salario social complementario que eso nos ayuda un montón, tanto para mí. A veces yo uso el salario para esto (referencia al comedor), pero a veces yo uso algo que me hace falta de acá entonces yo lo pongo y después pongo otra cosa" (S, 35 años)*

Otros ingresos que señalan las mujeres entrevistadas devienen de políticas sociales, como la Asignación Universal por Hijo (AUH), el cual se suma al ingreso complementario que el Estado transfiere en reconocimiento a su trabajo comunitario: el Salario Social Complementario (SSC).

> *"-(...) Una ayuda bárbara tuvimos estos meses con la asignación, y el salario, nos ayudó bastante. Hicimos una buena mercadería con eso y por ahí también voy a buscar la comida al comedor de la escuela donde va mi nene. Hoy esta mañana fui a buscar un bolsoncito de mercadería, cada 15 días nos dan" (P, 36 años)*

Además, las mujeres reconocen que la Tarjeta Alimentar, otorgada por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, cobró un papel fundamental en la economía de sus familias, ya que posibilitó la compra de alimentos que antes les significaban un mayor esfuerzo adquirir o les resultaban directamente inaccesibles.

> *"-(...) Te digo la verdad, con la ayuda del gobierno de ahora, me dieron la tarjeta de los 6 mil pesos, nunca compré tanta carne en mi vida, lloraba al primer día que fui a comprar todo" (A, 39 años)*

> *"(...) Y lo que es con la tarjeta de alimentos compro cosas... arroz, fideos, todo lo que es para casa… compro lo que es la garrafa, todo eso" (M, 24 años)*

> *"-(...) Para puchero bue le hecho de todo lo que podemos, porque ahora se puede, con la tarjeta yo voy y compro de todo, carne y después lo otro verdura" (M.A., 39 años)*

Durante la pandemia quedó expuesta la fragilidad y vulnerabilidad de las personas que viven en contextos de pobreza. Ante dicha situación el Estado –en sus diferentes niveles– ha reforzado los ingresos provenientes de políticas sociales incrementando su importancia como figura esencial para garantizar el acceso a los recursos alimentarios y contener al sector de la economía popular, creando para ello, el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) para los sectores más vulnerables (Salvia et al., 2020).

Además de diversificar las fuentes de ingresos, las mujeres buscan diversificar los lugares de abastecimiento como parte de las estrategias desarrolladas para garantizar un plato de comida. La búsqueda de precios en almacenes cercanos, el fiado, la compra en conjunto con otras familias o, cuando es posible, las compras mayoristas para abaratar costos aparecen repetidamente como una estrategia para acceder a mejor calidad y cantidad de alimentos.

> *"-(...) A veces compramos entre varias porque es más barato. A veces la Mica, compramos entre las dos para lo que se va a cocinar ese día…" (S, 35 años)*

En los últimos años, se hizo imperiosa la necesidad de organizarse frente a las crisis que atravesó nuestro país. En estos contextos, la mujer despliega su poder de constructora de relaciones de reciprocidad para la obtención de alimentos. Según los datos obtenidos, se acuerda con P. Aguirre (2014), quien plantea que la comensalidad, es decir, las prácticas colectivas para conseguir y compartir la comida, son parte de las estrategias que despliegan las mujeres que viven en contextos de pobreza (Aguirre, 2014).

> *"-(...) Ellas me están ayudando, viste como yo no estoy cobrando todavía ellas me ayudan. Me hicieron llorar la primera vez, me hicieron llegar mercadería, el año pasado, me llevaron una caja navideña de mercadería y una plata, y me dio una vergüenza. Así que a ellas las considero familia porque son unidas y además me llevo re bien, no tengo problema con ellas" (P, 36 años)*

Las redes de ayuda mutua forman un verdadero sistema de seguridad social que encauza la solidaridad característica de estas relaciones de amistad, vecindad o parentesco (Aguirre, 2004:2).

> *"(…)- Cuando nos sentamos a la mesa, dos platos de guiso nos comemos, y si viene otro hacemos un poquito más o compartimos, un poquito menos para cada uno, pero somos muy del compartir de que no nos quede nada, si lo podemos dar, los ayudamos" (M.A., 20 años).*

Las redes alimentarias producto de la organización social son una forma de mejorar la posición de las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito de la alimentación infantil (Garrote, 2003:132).

> *"-(…) Nos ayudamos mutuamente. Ahora estábamos viendo para comprar en cantidad para comprar juntas a ver si había mejor precio" (E, 28 años).*

Las mujeres relatan las gestiones que realizan para la adquisición de recursos para garantizar las comidas, los trayectos recorridos y los lazos que se generan para el cuidado de los niños y niñas.

> *"-(...) Yo le saco anotado a mi prima que tiene un negocio y me facilita los alimentos, entonces se los pago al mes o a la semana si tengo le pago y así. Le voy entregando" (E, 28 años)*

> *"-(...) Yo ahora, te estoy hablando del tema de la cuarentena, como que ahora está más resguardado. Hay por todos lados, vos vas y la gente se solidariza y está haciendo comidas para el barrio, piden donaciones. He ido a buscar la comida ahora que están dando teniendo el comedor, pero más que nada es porque si tengo algo hoy y bueno están dando la comida allá, prefiero ir buscar la comida allá y lo que tengo lo dejo para mañana, que mañana no hay comida en ningún lado" (S, 35 años)*

Es por esto que resulta interesante destacar la construcción de relaciones comunitarias y sociales que se dan a partir de la participación en organizaciones o movimientos sociales. Tanto estas organizaciones como el Estado afianzan el rol de jefa de hogar al implementar acciones y políticas que comprometen a las mujeres: ellas salen de los hogares para asegurar la provisión de alimentos, implicando una serie de tareas asociadas con la obtención, tales como ir a comprar alimentos, retirar cajas o bolsones de ayuda, llevar a niños y niñas al control de salud para recibir la leche, efectuar trámites para la obtención de tarjetas de ayuda social y llevar a los niños y niñas a los comedores comunitarios (Garrote, 2003:119).

> *"(...) Nosotros también vamos a los comedores porque hay comedores nuevos ahora, y vamos a retirar la comida. Hay una chica que es nueva que da la comida, los lunes y martes y acá tenemos los lunes y viernes. Hay algunos comedores que se quedan cortos, hay mucha gente" (M, 24 años)*

> *"(...) Susana dice, si ustedes necesitan tienen que venir y pedir, que nosotros estamos para ayudar, ustedes no tienen que dejar sin comer a la nena*

si vos sabes que yo te doy. Porque nosotros sabemos que si le pedimos algo, ella lo da" (M.A., 39 años)

Asimismo, aparece la importancia e identificación de los comedores y merenderos como espacios comunitarios fundamentales dentro de las estrategias de subsistencia, lo cual evidenció el valor de las estructuras precedentes a la pandemia generadas en los barrios.

"-(...) Mis hijos comen en la escuela en el comedor, pero ahora con la cuarentena se puede ir a buscar la vianda" (A, 39 años)

"-(...) En el jardín de las nenas aparte me dan un bolsón una vez a la semana" (R, 25 años)

"-(...) Si, hoy por ejemplo me dieron el bolsón de mercadería en la escuela, que viene leche, azúcar… ahora están dando uno sólo por familia" (L, 25 años)

CONCLUSIONES

Dentro de las prácticas alimentarias identificadas, las comidas "de olla" son las que se destacan. Esto permite elaborar preparaciones rendidoras que puedan alimentar a la familia. Se utilizan alimentos secos, cereales y legumbres, que son alimentos económicos, rendidores, agradan a los niños y niñas, fáciles de cocinar e incluso pueden conseguirse en el comedor, o en los bolsones que entrega la escuela. Además, permiten una cocción práctica, rápida y de mucho volumen con la tecnología disponible, combinando alimentos rendidores para ganar en abundancia y generar mayor saciedad.

A lo largo del trabajo de campo se reconoció la diversificación de las fuentes de ingresos como estrategia para intentar garantizar la alimentación. Las mujeres articulan recursos provenientes de transferencias del sector público, del trabajo autogestionado, y de la organización comunitaria.

La diversificación de fuentes de abastecimiento emerge como otra de las estrategias utilizadas: la búsqueda de precios en almacenes y supermercados, el fiado y la compra en conjunto con otras familias son ejemplos de dicha diversificación.

Otra estrategia central para las mujeres entrevistadas es la organización social y comunitaria y la construcción de redes que buscan garantizar el sostenimiento de la alimentación familiar y de los niños/as en particular.

La gestión de los programas alimentarios en manos de mujeres les otorga un mayor protagonismo como mediadoras y ejecutoras

de dichos programas, lo cual impacta en la organización familiar y les permite mejorar su posición en la toma de decisiones en relación a la alimentación familiar afianzando su rol de jefas de hogar. Las mujeres a cargo de las familias salen de los hogares para asegurar la provisión de alimentos, implicando una serie de tareas asociadas con la obtención tales como ir a comprarlos, retirar cajas o bolsones de ayuda, efectuar trámites para la obtención de las tarjetas otorgadas por políticas públicas y llevar a los niños y niñas a los comedores comunitarios.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, P. (2004) Ricos Flacos, Gordos Pobres. La alimentación en crisis. *Claves para todos.* Buenos Aires: Editorial Capital Intelectual. (pp: 1-40)

Aguirre, P. (2014) Alimentación y cultura. La complejidad del evento alimentario En: Piaggio Laura Raquel y Solans Andrea M. *Enfoques socioculturales de la alimentación*. 1era edición. Buenos Aires: Akadia. (pp. 4-13)

Arboleda Montoya, LM. (2014) Dinámicas y estrategias alimentarias instauradas en hogares de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 32(3): 282-289

Garrote, N. (2003) Redes alimentarias y nutrición infantil. Una reflexión acerca de la construcción de poder de las mujeres a través de las redes sociales y la protección nutricional de niños pequeños.. *Cuadernos de Antropología Social* [en línea]. (17), 117-137 [fecha de Consulta 7 de Mayo de 2020]. ISSN: 0327-3776. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180913909007

Massa, L. (2010) Estrategias de reproducción social y satisfacción de necesidades. Parte I Controversias conceptuales y polémicas prácticas. *Revista Perspectivas Sociales*; 12 (1): 103-140

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) *et al*., (2018). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Santiago. (pp:1-133)

Peretti, L. *et al.* (2009) Obesidad en la pobreza. Prácticas y representaciones asociadas a esta patología en sectores de bajos recursos. *Invenio* [en línea]. 12(23), 81-94 [fecha de Consulta 23 de Septiembre de 2020]. ISSN: 0329-3475. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87713361006

Rofman, A. (2014) Prólogo. En: Clemente A Coord. *Territorios urbanos y pobreza persistente.* 1era edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio Editorial. (pp. 9-14)

Salvia, A. *et al.* (2020) Reflexiones sobre las políticas alimentario-nutricionales de la Argentina, antes y durante la pandemia del COVID-19. Lac Working Paper. International Food Policy Resaerch Institute. [Disponible enhttps://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10954] [Fecha de acceso: 11-12-21]

Spione, C. (1995) Mujer, redes sociales y nutrición infantil doméstica. En: Lobato M, Villar Marquez E, Cordova Cayo P, Spione C, Ulloa Gonzalez M. *Mujer, trabajo y ciudadanía*. 1era edición. Buenos Aires: CLACSO. (pp. 147-188)

Svampa, M. (2005) *La sociedad excluyente, la Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. 1era edición. Buenos Aires: Aguilar. (pp. 21-50).

El comer confinado: un estudio sobre la alimentación infantil durante el aislamiento social en el Gran La Plata

Juliana Ravazzoli*

INTRODUCCIÓN

La medida de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) orientada a frenar la propagación del COVID, constituyó una situación novedosa y disruptora de cotidianidades previas, afectando inevitablemente a la población infantil. A partir de dicha medida, se dio un repliegue de las actividades laborales, educativas y de ocio al ámbito doméstico y el comer quedó sujeto a las nuevas temporalidades y espacialidades del confinamiento.

Hacia el 2020 distintos informes elaborados por organizaciones internacionales advertían que las restricciones necesarias para controlar la pandemia repercutirían en las actividades económicas, sobre todo las del sector informal y microempresario (CEPAL, 2020), causando una caída de los ingresos, dificultades en el acceso al consumo e impactos negativos en la seguridad alimentaria de amplios sectores poblacionales. Informes nacionales advirtieron inmediatamente tales efectos (MinCyT, 2020; UNICEF, 2020), en línea con lo señalado para otros países de la región.

Cabe decir que el virus apareció en un contexto ya muy deteriorado donde se observaban no sólo las dificultades para el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 "Hambre 0" (UNICEF, 2019;

* CEREN-CIC/PBA. julianaravazzoli@gmail.com

Ortale, 2020), sino también el deterioro en la calidad nutricional de la alimentación de amplios sectores poblacionales. En este sentido, la Segunda Encuesta de Nutrición y Salud señaló que los patrones alimentarios infantiles se encontraban diferenciados con respecto a los adultos. Según dicha fuente, las niñas y niños entre 2 y 12 años consumían cantidades significativamente mayores de golosinas, productos de copetín, productos de pastelería, galletitas y bebidas azucaradas (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

Para atravesar el aislamiento, los hogares debieron reinventar su cotidianidad en una coyuntura inédita. En relación a la alimentación, el mayor tiempo de permanencia en el hogar de todos o de la mayoría de sus miembros trajo aparejado la necesidad de disponer de mayor cantidad de alimentos y de organizar su preparación y consumo. Esta situación fue enfrentada de diversos modos, no sólo en función del acceso a los alimentos, condicionado por los ingresos y los precios, sino también de acuerdo a las formas en que se reacomodaron las rutinas cotidianas de los hogares.

Con el propósito de contribuir al conocimiento sobre los modos en que el ASPO repercutió en la alimentación infantil se recuperarán los resultados de un estudio cualitativo microsocial realizado en el Gran La Plata durante el 2020. Dicho estudio fue parte de un proyecto de investigación más amplio cuyo objetivo fue conocer y relacionar las condiciones de vida y las problemáticas que atravesaban los niños, niñas y adolesentes (NNyA) y sus hogares durante el ASPO y las modalidades de cuidado desplegadas para su atención en La Plata, Berisso y Ensenada[1]. El mismo abordó los efectos del ASPO en distintos aspectos que contribuyen al bienestar infantil: alimentación, cuidados de salud, desarrollo psicosocial y socioemocional, educación, actividad física y actividades recreativas, socialización con pares, entre las más importantes. El mencionado proyecto llevó a cabo un diseño de investigación con metodología mixta que contempló el abordaje de las distintas dimensiones mencionadas a través de una encuesta autoadministrada orientada a hogares, y de entrevistas a una serie de agentes que proveen cuidados: madres y padres de NNyA, personal de salud, referentes del ámbito educativo y referentes barriales. En esta ponencia, se recuperará una parte de las entrevistas realizadas a madres y

1 El proyecto de investigación titulado "Condiciones de vida de los hogares y cuidados frente al aislamiento social preventivo y obligatorio por Covid-19 La Plata, Berisso y Ensenada. Estado de situación del bienestar infantil y propuestas" estuvo enmarcado en el Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología COVID-19. Ministerio de Producción, Ciencia e Innovación Tecnológica PBA y MinCyT.

padres que estuvieron orientadas a indagar específicamente en la dimensión alimentaria, y se buscará relacionarla con los modos en que se reinventó la vida cotidiana en función de los recursos disponibles.

En el primer apartado, se señalarán sintéticamente algunas cuestiones metodológicas de este estudio. En el segundo apartado, se volcarán algunos resultados de la investigación y, por último, se ofrecerán algunas reflexiones a modo de cierre.

METODOLOGÍA

Tal como se mencionó en la introducción, esta ponencia está basada en una indagación de carácter cualitativo. A partir de una estrategia de oportunidad y bola de nieve se logró acceder a madres y padres de NNyA (entre 2 y 17 años) y se realizaron entrevistas semiestructuradas y abiertas vía telefónica entre los meses de junio y diciembre del 2020.

Con el consentimiento de nuestras interlocutoras/es, las entrevistas fueron grabadas, transcriptas y sometidas a un análisis de contenido temático (de Souza Minayo, Ferreira y Gomes, 2012).

Las entrevistas tenían como objetivo explorar sobre los cambios, permanencias y problemáticas que los hogares atravesaban con respecto a la alimentación infantil durante el ASPO. Las principales dimensiones abordadas fueron, por un lado, la composición de la alimentación de NNyA durante el ASPO en cuanto a grupos de alimentos y, por otro lado, la estructuración diaria de la alimentación (realización de desayuno, almuerzo, merienda y cena y picoteo). Asimismo, se relacionó aquello relatado con otras dimensiones como los recursos del hogar (ingresos y acceso a programas) y la reformulación de las rutinas cotidianas.

RESULTADOS

La muestra cualitativa en la que se basa la presente ponencia estuvo, entonces, compuesta de 15 hogares localizados en los Municipios de la Plata y Ensenada. En la mayoría de los casos se trataba de hogares nucleares biparentales, aunque también se incluyeron nucleares monoparentales y extendidos. Las entrevistas fueron respondidas, mayormente, por mujeres y se contemplaron hogares que tuvieron distintas situaciones ocupacionales y de ingreso en el transcurso del ASPO. A grandes rasgos, los hogares podrían agruparse en dos conjuntos: por un lado, aquellos que dependían mayormente de trabajos informales cuyos ingresos se vieron marcadamente disminuidos debido a la merma o pérdida de trabajo (principalmente del rubro gastronómico, de la construcción, textil y de servicio doméstico informal). Por otro lado, se encontraban aquellos que dependían de trabajos formales y continuaron en actividad durante la pandemia,

ya sea a través del trabajo remoto o presencial (docentes, personal de ciencia y técnica, personal de salud, cuentapropistas). Dentro de este último grupo, había hogares que no vieron resentidos sus ingresos y otros que –al depender de actividades que no estaban habilitadas en los momentos más estrictos del aislamiento– los vieron transitoriamente afectados.

Apenas decretado el aislamiento, o inmediatamente antes, muchos hogares buscaron aprovisionarse en cantidad de alimentos necesarios para una mayor permanencia en el hogar, ya sea por temor ante un eventual desabastecimiento o anticipándose al cese de la actividad laboral y una concomitante disminución de los ingresos. Además de productos de limpieza, la harina, los fideos, los enlatados, pero también las galletitas y la leche fueron los insumos más importantes adquiridos en dichas ocasiones. Según los relatos, aquello que dejó de comprarse y consumirse, sobre todo en los primeros meses, fueron en gran medida ultraprocesados como golosinas o snacks, en tanto no se consideraban esenciales o necesarios.

Según relataron las madres y padres entrevistados, durante los primeros 2 a 3 meses del aislamiento, la frecuencia de realización de compras se redujo visiblemente y, en los casos donde fue posible, aumentó el volumen de las mismas (es decir, la cantidad de alimentos comprados). Con el correr de los meses, no obstante, dicha frecuencia fue paulatinamente en aumento.

La mayoría de las/os entrevistadas/os manifestó que los precios accesibles y la aceptación de determinados medios de pago (como las tarjetas de crédito y la tarjeta alimentaria) eran los criterios que predominaban al momento de elegir lugares de compra. Pero con el ASPO, se introdujeron nuevos criterios en dicha elección, como la cercanía y la apreciación del cumplimiento de medidas de prevención en los establecimientos.

Todas/os las/os entrevistadas/os notaron un incremento marcado de precios, principalmente en carnes, verduras y frutas que fueron los grupos de alimentos cuyo consumo disminuyó significativamente al verse afectados los ingresos laborales. Entre las familias que no recibían ningún tipo de ayuda estatal y vieron disminuidos sus ingresos, se logró mantener cierto nivel consumo de estos alimentos, especialmente en niñas y niños, viéndose parcialmente afectado el consumo por parte de los adultos. Las redes de apoyo familiar fueron de gran importancia para sostener el acceso a ciertos alimentos que no podían comprarse en las cantidades deseadas.

En otros hogares, que dependían de trabajos informales afectados durante la pandemia, las transferencias de ingresos como la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Tarjeta Alimentar, permitieron adquirir

carnes y hortalizas[2] aunque no equipararon el nivel de consumo previo al aislamiento.

Las carnes, eran altamente valoradas por el conjunto de hogares, observándose que, ante la merma de ingresos, se privilegiaba su compra frente a la de verduras variadas. La disminución o suspensión de su consumo era motivo de angustia y un indicador subjetivo de deterioro del nivel de vida. Para evitar estas situaciones, se intensificó la búsqueda de ofertas, el freezado, su administración gradual y el racionamiento de porciones a fin de garantizar su presencia en los platos familiares.

Dentro de lo que fueron las comidas principales realizadas por NNyA de los hogares entrevistados que podemos considerar como más vulnerables, fue notable la mayor monotonía de las comidas principalmente integradas por hidratos de carbono. De este modo, los guisos con menos ingredientes o los fideos en distintos formatos fueron las comidas que NNyA incorporaban con más frecuencia.

Por otro lado, las/os niñas/os cuyos hogares no atravesaban una situación económica apremiante, la cantidad y el tipo de alimentos consumidos en las comidas durante el aislamiento, no presentaban diferencias notables con respecto a momentos previos.

Todos los hogares entrevistados declararon que tanto las harinas como el azúcar fueron los alimentos que se consumieron en cantidades mayores al contrastar con momentos previos. De las entrevistas se desprende que entre los NNyA de algunos hogares, la mayor presencia de estos ingredientes se canalizó a través de preparaciones caseras (budines, tortas, panificados) que se hacían a modo de entretenimiento y muchas veces como una actividad propuesta por la escuela. En cambio, para aquellos/as NNyA de hogares con ingresos laborales más bajos o inestables, tanto el azúcar como las harinas fueron incorporadas en mayor cantidad debido al mayor consumo de infusiones azucaradas y de alimentos como fideos, pan o galletitas. Las niñas y niños de estos hogares también consumieron menos yogur, pero el consumo de leche se sostuvo a niveles aceptables en tanto era uno de los alimentos a los que_accedían a través de las distintas vías de asistencia alimentaria. Cabe señalar que en los hogares con ingresos afectados transitoriamente, los patrones alimentarios familiares atravesaron cambios similares a los observados en los hogares mas vulnerables, sobre todo en lo que refiere al consumo disminuido de carnes, frutas, verduras y lácteos. No obstante, estas familias de estratos medios

2 Un dato a resaltar es que la misma problemática (poca cantidad y variedad de hortalizas no feculentas y carnes) atravesó a los comedores comunitarios que brindaron asistencia alimentaria durante la pandemia (Ortale, Santos y Ravazzoli, 2021)

lograron amortiguar sus efectos en la alimentación infantil a través de la ayuda de familiares cercanos.

La suspensión de todo tipo de reuniones sociales y eventos festivos infantiles implicó, según la perspectiva de gran parte de las/os entrevistadas/os, una reducción notable en el consumo de golosinas y de snacks –sobre todo– a comienzos del ASPO. No obstante, las golosinas comenzaron a adquirir protagonismo en la alimentación de NNyA de algunos hogares re-entrevistados en el último período del ASPO.

Cabe mencionar la relevancia que adquirieron las preparaciones caseras en los hogares de clase media. En ellos, el ASPO implicó suspender las salidas a comer o el delivery de comidas, lo cual –junto con una reparto equitativo de las tareas de cocina entre ambos cónyuges[3]–, llevó a ampliar el repertorio culinario doméstico. Parte de esas preparaciones fueron los budines, los bizcochuelos o los panificados que no lograron reemplazar por completo a las galletitas, consumidas en mayor cantidad por gran parte de NNyA de todos los hogares, sobre todo dentro de las meriendas y picoteos. Mientras que el mencionado "retorno a lo casero" podría cuestionarse por aportar grandes cantidades de harina y azúcar a la dieta, muchos lo valoraban positivamente por considerar que resolvía la artificialidad de los alimentos industrializados y por la función de entretenimiento que cumplía para las niñas y niños.

Además de los alimentos consumidos, los modos en que se consumieron –ya sea dentro de comidas más estructuradas o informales– también se reformularon. En este sentido, de las entrevistas se desprende la injerencia no sólo del ingreso y los precios, sino también del reacomodamiento de las rutinas cotidianas.

Al describir cuestiones relativas a la alimentación infantil, todas/os las/os entrevistadas/os plantearon que, previo al ASPO, la actividad escolar funcionaba como uno de los ejes estructuradores más importantes de las actividades cotidianas de NNyA y de la organización doméstica. La concurrencia a la escuela no solo marcaba los tiempos de las rutinas infantiles sino que, en muchos casos, garantizaba la realización de alguna de las comidas[4]. El carácter novedoso de la si-

---

3 En condiciones previas al ASPO en algunas familias, las tareas domésticas (entre ellas, cocinar) recaía principalmente en las mujeres y, en estos casos, hubo una sobrecarga en ellas durante el confinamiento debido a la mayor permanencia en el hogar de todo el núcleo familiar. En otras familias, el reparto de tareas era más equitativo, tanto antes como durante el ASPO, particularmente en aquellas donde alguno de los cónyuges debía realizar trabajo remoto durante el aislamiento.

4 Ya sea a través del Servicio Alimentario Escolar de las escuelas públicas o de las comidas ofrecidas en las escuelas privadas con doble jornada.

tuación de ASPO y la incertidumbre inicial sobre su duración, trastocó las rutinas cotidianas de los hogares, manifestándose, por ejemplo, en cambios marcados de los horarios de sueño de la mayoría de los NNyA (CEREN, 2021). En este sentido, levantarse y acostarse más tarde de lo habitual fue una constante en todos los hogares al comienzo del ASPO, alterando la regularidad en la realización de las principales comidas (desplazando el horario del desayuno, salteando a éste o al almuerzo). Entre que no tuvieron inconvenientes económicos a raíz del ASPO, hubo un temprano reordenamiento de los horarios favoreciendo la realización de las cuatro comidas diarias de los niños y niñas del nivel inicial y primario. En dichos hogares, esta búsqueda activa por restablecer rutinas horarias respondía, por un lado, al trabajo que los progenitores debían cumplir en el espacio del hogar, y también a las actividades remotas sincrónicas periódicas de las que participaban sus hijos/as que asistían en su totalidad a escuelas del ámbito privado.

Sin embargo, más allá de los recursos del hogar, esta situación no aplicaba a los adolescentes, quienes solían tener mayor autonomía en la gestión de sus horarios, de sus obligaciones escolares y de las comidas que decidían realizar.

En cambio, en los hogares que habían dejado de trabajar y cuyo ingreso se vió severamente resentido, la no concurrencia al trabajo sumada al sostenimiento predominantemente asincrónico de la escolaridad, no tornaba imperativo el restablecimiento de las rutinas horarias previas. Y si bien en estos hogares la asistencia a través de las transferencias de ingreso estuvo presente, la falta de un ingreso laboral sumada al incremento de precios –más notorio a nivel barrial– dificultaba el acceso a alimentos suficientes en el curso del mes. Por ende, si bien se reconocía la importancia de las cuatro comidas diarias, saltear alguna permitía "estirar" los recursos disponibles y comer menos, pero todos los días. Saltear comidas con este objetivo explícito era parte del repertorio de prácticas de algunos hogares previamente al ASPO, pero fue inédita para otros y adquirieron mayor notoriedad en dicho período.

Cabe señalar que en las entrevistas de hogares con jefes/as cuentapropistas, muy afectados laboralmente en los primeros meses de pandemia, esta práctica también apareció con frecuencia aunque afectando sólo a los adultos. Su reincorporación a las actividades laborales permitió recuperar ingresos de dinero y las rutinas alimentarias, y también, con motivo de los desplazamientos para trabajar, conseguir mejores precios en comercios fuera del barrio. Por otro lado, cabe resaltar que las redes de apoyo familiar para acceder a los alimentos, estuvieron presentes tanto en este tipo de hogares como entre aquellos que recibían asistencia estatal.

Asimismo, la importancia atribuida a las distintas comidas no cambió significativamente al contrastar con momentos previos, ya que la cena o el almuerzo eran las comidas más importantes en términos de preparación y de comensalidad en todos los hogares. Una cuestión muy presente en algunas entrevistas fue la valoración positiva de los mayores grados de comensalidad y de poder dedicar más tiempo a la preparación de las comidas e incluso poder incorporar a los más pequeños en el proceso.

Independientemente de los recursos disponibles en el hogar, muchas entrevistadas percibieron un incremento del picoteo por parte de NNyA que asociaron a la ansiedad o al aburrimiento producto del confinamiento.

Por otra parte, las preocupaciones recurrentes en torno a la alimentación infantil (como la poca incorporación de alimentos considerados necesarios y saludables) pasaron a un segundo plano durante el ASPO. Ciertamente, se dieron más licencias a los niños/as a la hora de comer, respetando sus negativas a realizar alguna comida o brindándoles alimentos en forma de "segundas meriendas" o picoteos. Según las entrevistadas, no sobrecargar a los niños/as con nuevas exigencias (como sentarse a la mesa o incorporar determinados alimentos) fue una de las actitudes que buscaban aportar al bienestar subjetivo de aquellos/as de menor edad, quienes atravesaban con mayor dificultad el ASPO, según los relatos de las entrevistas.

De las entrevistas, se desprende el seguimiento de criterios distintos –estrechamente ligados a lo que constituía la alimentación habitual previa al ASPO– para valorar una adecuada alimentación infantil. Así, la imposibilidad de ofrecer ciertas comidas que gustaban a NNyA como milanesas, la menor incorporación de verduras y un consumo de hidratos de carbono considerado excesivo, era lo que muchos hogares señalaban como indicadores de un empeoramiento de la alimentación de NNyA durante el ASPO, apreciaciones que predominaron en hogares cuyos ingresos habían disminuido significativamente. En contraste, los hogares que no vieron afectados sus ingresos, valoraron según otros parámetros la calidad de la alimentación de las NNyA, asociando un mejoramiento de la misma con el mayor consumo de comidas caseras, así como con una disminución en el consumo de comidas rápidas, golosinas y snacks.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de esta ponencia se han identificado algunos elementos que caracterizaron a la alimentación infantil durante el ASPO. En tanto se trata de un estudio microsocial, lo aquí desarrollado no pretende ser representativo de la realidad vivida por la totalidad de la población

infantil que –de todos modos– no es la pretensión de las investigaciones cualitativas. Pero, sin dudas, aporta elementos para pensar los modos en que la alimentación infantil se vio afectada durante una coyuntura tan particular e inédita.

Por un lado, las NNyA que provenían de hogares que no atravesaron dificultades económicas continuaron comiendo los mismos alimentos, tuvieron mayor cantidad de comidas compartidas en el hogar e, incluso, participaron de la preparación de algunas comidas. En cambio, los NNyA de hogares más vulnerables atravesaron una profundización de la alimentación de carestía, a pesar de ser los principales beneficiarios de los programas de asistencia estatal. Su alimentación se volvió más monótona, compuesta por menor variedad de alimentos, e incorporaron menor cantidad de comidas a pesar de haber picoteado más y en mayor cantidad.

Los alimentos frescos fueron los que dejaron de consumirse en mayor medida al verse afectados los ingresos laborales.

El haber dejado de consumir golosinas, snacks o comida rápida así como la mayor incorporación de comidas caseras fue parte de uno de los efectos positivos que tuvo el aislamiento. Pero cabe decir que, según los relatos a los que se accedió, ambos elementos fueron erosionandose en el curso del primer año de pandemia y su trascendencia y asentamiento en las prácticas alimentarias pos pandemia es dudosa. Sabemos que fue posible para algunos hogares e impensable para otros.

Por ende, a pesar de las reformulaciones de la alimentación infantil en pandemia, continúa siendo un desafío la promoción de entornos y prácticas que abonen a una alimentación adecuada en la infancia en el contexto de la pospandemia.

BIBLIOGRAFÍA

CEREN (2021). Informe de la Encuesta sobre condiciones de vida y cuidados a la infancia durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) por COVID-19. https://ceren.cic.gba.gob.ar/?p=1309

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020). *Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID 19)*. Naciones Unidas.

De Souza Minayo, M. C, Ferreira Deslandes, S. y Gomes, R. (2012). *Investigación social: teoría, método y creatividad. In Investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación

(MINCyT-CONICET-ANPCyT) (2020). *Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN*. Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19.
Ortale, S. (2020). ¿Hambre Cero? Diagnóstico, perspectivas y desafíos. *Revista Ciencia, Tecnología y Política*, 3 (5), 38-47.
Ortale, S.; Aimetta, C.; Weingast, D.; Ravazzoli, J.; Cardozo, M. (2021). Supuestos e
intervenciones sobre la alimentación infantil: reflexiones a partir de un estudio en
jardines de infantes. Actas del XII Congreso Argentino de Antropología Social.
Universidad Nacional de La Plata.
Ortale, S.; Santos, J.; Ravazzoli,J. (2021). Efectos del Aislamiento Social Preventivo y
Obligatorio en la alimentación infantil. Estudio en hogares de La Plata, Berisso y
Ensenada (Pcia. De Buenos Aires, Argentina). *Cuestiones de Sociología.* La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (en prensa)
Secretaría de Gobierno de Salud (2019). Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Resumen ejecutivo.
UNICEF (2020). *Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana de niñas, niños y adolescentes.* UNICEF.
UNICEF (2019). *The State of the World's Children 2019. Children, food and nutrition: growing well in a changing world*. UNICEF.

Alimentación y redes sociales. Análisis sobre la influencia de las ciber redes sobre los saberes y prácticas alimentarias de los usuarios de Instagram seguidores de Licenciados en Nutrición

Aldana Canuhé Torres*, Verónica Castellano**, Lucila Médica***, Claudia Torres****, Flavia Witruk *****

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo es el resultado del proyecto Semilleros de investigación de la Universidad Barceló conformado por estudiantes de nutrición y un docente tutor. El mismo fue realizado durante los meses de junio de 2021 a marzo de 2022. Como futuros nutricionistas consideramos importante la formación como educadores y la adquisición de la habilidad para poder informar a través de las CR sobre alimentación y nutrición a los usuarios.

El uso de internet y el creciente desarrollo de la tecnología multiplican las posibilidades de alcance e impacto de lo que se quiere transmitir. Recurrir a las ciber redes en la vida cotidiana –y la alimentación como parte de ella– ha modificado la dinámica de cómo se difunde la información, lo que está potenciando un cambio cultural a nivel global (Reynoso, 2010). Es por eso que consideramos importante observar y describir qué conocimientos y hábitos alimentarios están incorporando los usuarios de las ciber redes (La Rosa, 2016).

* Universidad Barceló (UB) aldy.torresc@gmail.com
** Universidad de Buenos Aires, Universidad Barceló. castellanovs@gmail.com
*** Universidad Barceló (UB) lulimedica@gmail.com
**** Universidad Barceló (UB) clotve03@gmail.com
***** Universidad Barceló (UB) flaviawitruk@gmail.com

Los objetivos principales fueron conocer y analizar el comportamiento alimentario de los usuarios de las ciber redes, seguidores de cuentas a cargo de nutricionistas e identificar si esta interacción digital ejerce alguna influencia en sus prácticas y hábitos alimentarios. Así también se buscó indagar si se produjo un mayor acercamiento a la búsqueda de información nutricional o alimentaria a través de las redes sociales durante el ASPO.

La pregunta de investigación consistió en conocer: ¿Cómo influye sobre los conocimientos y hábitos alimentarios de las y los usuarios Argentinas/os de 30 a 44 años de edad, la información brindada por los nutricionistas en la red social Instagram durante el segundo semestre de 2021 en el marco del aislamiento social preventivo y obligatorio –ASPO– a partir de la pandemia de COVID-19?

MARCO CONCEPTUAL

La propuesta de investigación y trabajo interdisciplinario (Nutrición y Antropología) aquí desarrollado tiene tres ejes:

a)**La alimentación como un evento complejo y multidimensional:** La alimentación es un hecho complejo que implica la dimensión biológica, ecológica, económica, tecnológica, cultural y simbólica (Aguirre, 2014). No solo es indispensable para que nuestro organismo obtenga lo necesario para vivir, sino que también está atravesada por la dimensión social, desde el inicio de los tiempos forma parte de la identidad de cada grupo humano y de la cultura. Desde nuestra perspectiva, los alimentos poseen un bagaje simbólico y una historia asociada a la cultura de quienes los preparan, comercializan, cultivan y consumen (Montanari, 2014). Y las ciencias sociales, tales como la antropología, con sus diferentes enfoques nos brindan herramientas teórico-metodológicas para comprender los saberes y prácticas insertos en la cultura de un determinado grupo humano sobre la alimentación. Además de sus cambios y resignificaciones.

b) **Ciencias de la nutrición:** Aprender de nutrición implica conocer los nutrientes que incorporamos con los alimentos y los procesos de digestión, absorción y uso de estos. El objetivo consiste en prevenir o ayudar a solucionar problemas nutricionales. Actualmente, las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), constituyen la base para planificar programas de alimentación y realizar educación nutricional. Sin embargo, existen otros tipos de alimentación que están propagándose a nivel global (vegetariana, vegana, cetogénica, carnívora, etc) y que no se encuentran dentro de las recomendaciones nutricionales de las mencionadas guías. Muchas de ellas están presentes en la CR a través de diversos usuarios, entre los que se encuentran NT.

c) **Tecnologías de la información:** Aunque ya hace más de 20 años que las tecnologías de la información se vienen incorporando de manera gradual a nuestra cultura, actualmente nos encontramos en un momento histórico que ha acelerado este hecho. Es importante remarcar el momento histórico que atraviesa la humanidad por la pandemia por COVID-19, que ha empujado a que las personas se relacionen de manera online en diversos ámbitos; recreativo, laboral, profesional, educativo, administrativo, etc. Vemos necesaria la observación de la influencia que tienen estos cambios en la vida cotidiana de las personas. Nos cuestionamos ¿qué diferencias existen en la relación nutricionista-paciente que se da en un consultorio con la interacción que se produce en la red social, sin estar frente a frente y con más personas opinando y consultando? Nos preguntamos también si con la injerencia de la tecnología en nuestras vidas y en particular sobre la alimentación ¿estamos viviendo un cambio en nuestra cultura alimentaria como país? Y si existe este cambio ¿Es identificable haciendo un estudio en las ciber redes?

METODOLOGÍA

El siguiente es un estudio transversal que combina las metodologías cuantitativa y cualitativa. Dentro de la primera se realizaron encuestas cerradas con preguntas cerradas y abiertas mediante *Google Form.* La metodología cualitativa comprendió 11 entrevistas semiestructuradas en profundidad (a través de las plataformas *Meet* o *Zoom)* y la observación participante durante los videos en vivo que se desarrollan en Instagram.

Los profesionales se seleccionaron mediante la técnica bola de nieve. Estos debían poseer cuentas oficiales o registradas con un número de seguidores igual o superior a 10.000, ya que a partir de esta cantidad la red habilita una función (*swipe up)* que permite mayor difusión del contenido de la cuenta.

En una primera etapa se realizó un período exploratorio en los perfiles y publicaciones de los NT seleccionados y seguidamente la observación y observación participante en los videos en vivo a fin de conocer las interacciones que se generaban. A partir de allí se realizaron las encuestas a fin de obtener un primer muestreo de la información.

En segunda instancia, se llevaron a cabo las entrevistas semi estructuradas que posibilitaron el acceso a "nuevas versiones o detalles sobre lo que otros suponen como conocidos por todos" (Rockwell, 2009, p.57) permitiendo analizar la existencia de múltiples representaciones. Fue necesario hacer un trabajo de auto reflexión a fin de evitar el uso de categorías propias y reconocer las nativas y sus múltiples significados.

Además se utilizaron fuentes secundarias. Correspondiente a bibliografía académica referida a la nutrición, la alimentación como hecho social y la metodología de investigación general y etnográfica. También se realizó una selección de estudios sobre el uso de las CR y se tuvieron en cuenta los datos estadísticos existentes sobre el uso de las CR.

RESULTADOS OBTENIDOS

-Análisis de los vivos observados en Instagram: Observamos que la mayoría de los temas desarrollados buscaban promover la salud a partir de recomendaciones de alimentación y de fomentar el hábito de la actividad física. En otros casos, elaboran comidas en sus casas para impulsar el hábito de cocinar a los seguidores. A su vez, los seguidores también profundizan o aportan temas a partir de sus consultas. Sin embargo, no todas son contestadas. Por ej. si surgen consultas muy específicas relacionadas a cierta enfermedad y se solicitan recomendaciones personales. Entendemos que ningún profesional de la salud debe diagnosticar a la persona sin analizar sus datos clínicos en una consulta personal, por ello el profesional no suele responder consultas de estos casos concretos y se dedica a responder generalidades sobre el tema que se abordó.

La participación de los videos en vivo es más numerosa en comparación a los posteos. Dado que permiten tener una devolución al instante y de forma fluida a lo que se plantea en el momento. Además permite poder opinar sobre otros temas que el resto de los oyentes consultan. Así, se desarrolla una amplia y dinámica difusión de la propuesta del NT, se produce una participación activa a través de múltiples y constantes preguntas a lo largo del vivo.

-Análisis de la encuesta: La muestra de la encuesta comprendió 177 personas residentes en Argentina. En cuanto a los datos personales el rango etario mayoritario es entre 30 y 44 años (54.4%), seguidos por un grupo de 20 a 29 años, luego de 45 a 49 y finalmente de 15 a 19 años. El 84,7% de las personas encuestadas, son mujeres. Respecto a su ocupación, 29 son empleados, 28 estudiantes, 26 trabajan como personal de salud, 22 docentes, 9 personal trainers y 7 amas de casa. El 87% utiliza IG hace dos años o más, el 11% entre 1 y 2 años y el 2% hace menos de un año.

Entre los objetivos de porqué siguen estas cuentas, en primer lugar los encuestados marcaron querer informarse sobre nutrición (90%). En segundo lugar, aprender recetas. Seguido por cambiar la alimentación, mejorar el rendimiento deportivo, debido a una patología propia o de algún familiar y en menor medida, bajar de peso, seguir una alimentación "basada en plantas", estética y por último, subir de peso.

El 48% de los entrevistados refieren haber llegado a la cuenta del nutricionista por recomendación de otro usuario, el 42% en búsqueda de una propuesta alimentaria, el 38% por sugerencia de instagram, el 4% por conocimiento personal del profesional, 3% recomendación de otro profesional, 2% por conocimiento previo en otras redes sociales, 1 % búsqueda académica.

Lo que más valoran los seguidores es la calidad de la información y poder recibir un mensaje claro. Además, destacan poder interactuar con los nutricionistas como algo positivo y el hecho de que éstos no hagan publicidad de productos alimenticios.

El 83% (147 de 177) de los encuestados afirmó que le parecía importante que las cuentas que informan sobre alimentación sean administradas por un nutricionista. La justificación de esta elección casi en la totalidad responde a "Porque el profesional tiene un respaldo académico de la información que usa". Además, algunos encuestados explicaron preocupación por "el riesgo que implica equivocarse en recomendaciones de salud". El resto de los encuestados (17%) respondieron que no les parecía importante que la cuenta fuera administrada por un profesional de la salud. Principalmente por dos razones que entraron en la categorización de: "Porque lo importante es estudiar y utilizar estudios científicos actualizados"(42%), "Porque lo tradicional u ortodoxo puede estar respaldado según intereses"(30%) y "porque su interés son las recetas" (15%).

En lo que respecta a las interacciones el 62% de los encuestados hacen consultas en posteos o vivos, en el 49 % de las veces son respondidas, el 37% a veces y el 14% nunca. Un 76% no establece vínculos con otros seguidores a través de las cuentas de nutricionistas. Un 19% afirma que sí, pero sólo en las redes. Y el 6% dice haber establecido vínculos personalmente. El 54% de los consultados no han participado de las actividades propuestas mientras que el 46% sí lo ha hecho.

En referencia a la alimentación, el 82 % de los seguidores incorporó nuevos alimentos por recomendación de estas cuentas. Principalmente legumbres, aceites, cereales y verduras/hortalizas. En cuanto a la adopción de los suplementos un 42% afirma haberlos incorporado (B12, magnesio, vitamina C, Omega 3, vitamina D, creatina y zinc entre otros).

Así mismo el 75% dice haber incorporado nuevos hábitos que consideran saludables, tales como realizar actividad física, ayuno intermitente, seguir una dieta específica, comer más verduras/frutas, practicar *mindfulness* y/o meditación, agradecer, mejorar la calidad del sueño y la exposición al sol, beber más agua, remojar semillas, cereales y legumbres, cocinar, desayunar, respetar los ritmos circadianos, organizarse y ser disciplinado, consumir más proteína, hacer/

mejorar colaciones, reducir exposición a la luz azul, no hacer colaciones, hacer chequeos médicos y exponerse al frío, entre otros. En este punto destacamos la categoría de "hábito saludable", donde encontramos aspectos o comportamientos opuestos que luego desarrollaremos.

El 90% de los encuestados dice transmitir a su entorno la información obtenida en IG. Las razones principales por lo que lo hacen es que consideran que comparten información relevante (41%), quieren ayudar y concientizar (34%), compartir información sobre alimentación *plant based* (10%), confianza en la veracidad de la información brindada por el nutricionista (6%) y compartir recetas (2%).

Además, nos pareció importante también conocer si seguían a otras cuentas relacionadas con la salud y alimentación, que no sean administradas por un nutricionista. A lo que el 71% respondió que sí. Los otros profesionales de la salud mencionados son kinesiólogos, odontólogos, pediatras, cardiólogos, farmacéuticos, neurólogos, dermatólogos, ginecólogos, parteras, médicos integrativos y ortomoleculares. A su vez, se mencionan otras cuentas como entrenadores, páginas de recetas, cuentas que promueven un determinado estilo de vida y cuentas de dietas específicas (principalmente keto, basada en plantas, *low carb* y vegetariana). Por otro lado, en cuanto al uso de otras redes para informarse sobre alimentación, obtuvimos: 36% Youtube, 20% Facebook, 6% Pinterest, 4% Tik Tok y 1% Twitter, Snapchat y Telegram. Finalmente hallamos que durante la pandemia el 71% dice haber recurrido a las redes sociales para conocer nuevas maneras de alimentarse o cocinar.

El 75% (131 personas) de los encuestados, ha visitado a un nutricionista en el consultorio. Las causas de visita más mencionadas son exceso de peso (20%), querer un cambio alimentario ya que consideran no tener una dieta adecuada (15%), veganismo/vegetarianismo (11%), patologías (2%) y rendimiento deportivo. Por otra parte, consideramos importante señalar los motivos que manifiestan quienes no han visitado nunca a un nutricionista en su consultorio. No lo consideran necesario (1,5% casos), tienen dificultades con la obra social y los trámites requeridos (1% casos), poseen conocimientos por ser un profesional de la salud (un médico y un nutricionista), la información obtenida en las CR les parece suficiente (1%), motivos económicos que le impiden sostener un acompañamiento (0,6%), malas experiencias de terceros que no lograron lo esperado (0,6%), "no hay quien trate el veganismo" (0,6%). El 35% asegura que alguna vez ha tenido una consulta personal con alguno de los nutricionistas que siguen en IG u otra red social.

-Análisis de las entrevistas: Pudimos conocer que el contenido presente en IG tiene cierta influencia de manera *offline* respecto a los

hábitos alimentarios propios de los seguidores consultados. Algunos seguidores consideraron importante recomendar a familiares y/o amigos el aporte brindado por los NT, sin embargo esto no siempre repercute en los hábitos alimentarios del ámbito familiar del seguidor. Por otro lado, mayormente las personas comentaron llegar al NT a partir de recomendaciones de otros usuarios en la red o por el uso de hashtags. En algunos casos el seguimiento al NT se suele hacer mientras se espera ser atendido personalmente por el profesional. Para luego profundizar su propuesta y tipo de tratamiento, reforzando la información brindada a través de la red. En otras oportunidades, los seguidores utilizan la información obtenida en la aplicación para continuar aprendiendo e incorporando las recomendaciones indicadas por NT.

Muchos de los seguidores con una dieta basada en plantas, consideran que no es necesario acudir a una consulta al nutricionista en un marco de control de rutina (aunque sí a un médico clínico), ya que el uso de la aplicación (al ser una fuente de información nutricional científica, mediada por NT), puede reemplazarlo. No obstante, en todos los casos destacan el valor de la información brindada en IG por los nutricionistas, como valedera por estar basada en fundamentos científicos. Lo que hace que mantengan su vínculo. Por otro lado, la diversidad de recetas no fue un motivo relevante de seguimiento, como fue observado en los resultados de las encuestas.

DISCUSIÓN

La discusión se centra en los siguientes ejes de análisis:

a) **La "trama" de las redes sociales:** Si bien inicialmente planteamos la hipótesis de que los seguidores podían iniciar vínculos entre ellos a partir del intercambio de prácticas y saberes alimentarios, pocos de ellos lo hicieron. Sin embargo, muchos aprecian la interacción con los usuarios porque encuentran útiles algunos tips, experiencias sobre el tema en ámbitos comunes, como la alimentación de sus hijos o sobre sus creencias: "A los comentarios que me representan les doy un me gusta" (entrevistada D, 32 años). Trabajos que analizaron el comportamiento alimentario-social de los usuarios en IG (Valente et al 2017 y Chia-Fang et al. 2017), señalan que se facilita la adherencia a los buenos hábitos alimentarios gracias a la interacción entre los usuarios que se constituyen en guía, motivación y apoyo emocional. Si bien hay excepciones, muchos consideran que sus familiares y amigos no comparten los mismos valores respecto a la alimentación que ellos y, por eso, pueden empatizar con lo que sienten y/o piensan dentro de la red.

Aún así, como ya se ha mencionado el 90,3% de los encuestados afirma transmitir la información brindada en las cuentas de NT a sus

familiares y amigos con la finalidad de "ayudar", "compartir", "concientizar", "informar", "promover salud", entre otras. La información se extiende más allá de IG logrando establecer estos vínculos entre el mundo on y off line. A partir de lo analizado en las encuestas y entrevistas nos interesa retomar la propuesta de Grillo quien señala " Internet ha sido construido siempre como un mundo aparte: en esta perspectiva se le atribuye la capacidad de crear nuevas formas de relacionarse entre las personas y producir nuevas identidades e identificaciones, atravesando límites culturales y sociales previos". Otra visión, destaca que en la práctica Internet es con mayor frecuencia una herramienta y un espacio social que mucha gente usa para extenderse ellos mismos y extender sus relaciones "… lo denominó Internet como parte del mundo…" (Grillo, 2007, p.1). Este autor va más allá de esta dicotomía y señala que actividad off y online, es un espacio social concreto creado por actores concretos y complejamente interrelacionado.

b) **Modificaciones de los hábitos alimentarios a partir de los vínculos establecidos en la red:** La educación alimentaria plantea un proceso dinámico por el cual (individuos, familias y/o comunidades) adquieren, reafirman o cambian sus conocimientos, actitudes, habilidades y prácticas para actuar racionalmente en la producción, selección, adquisición, conservación, preparación y consumo de alimentos. Cabe destacar que en esta competencia, el NT debe respetar y enfatizar en el importante papel de cultura como las necesidades y recursos que posee el individuo o la población asistida (Bórmida et al, 2019). A través de las encuestas y entrevistas, se observó que los seguidores encuentran la posibilidad de informarse sobre alimentación haciendo uso de IG, y así aprender, saciar sus dudas y reponerse de malas experiencias con nutricionistas o con aspectos relacionados a su alimentación, tales como las ECNT. Los usuarios de las CR (tanto profesionales de la salud como "pacientes") difunden e intercambian información de salud. Ambas partes se involucran y se reduce la brecha en la relación médico-paciente. Por lo tanto, son recursos indispensables que posibilitan el desarrollo de habilidades personales y cambios de estilo de vida en la población (Fernandez-Silano, 2014).

Por otro lado, tanto en la transmisión y recepción de información sobre nutrición en IG, deben tomarse precauciones para evitar desinformación que pueda provocar graves consecuencias físicas, psíquicas y/o emocionales. Esto se debe a que muchos posteos (en su mayoría masivos) pueden carecer de fundamentos científicos (Bórmida et al, 2019).

c) **Situación durante el Aislamiento social preventivo obligatorio:** Los eventos de estos últimos años y especialmente los desarrollados a partir de la pandemia de COVID-19 aumenta nuestras dudas si no han sido las CR de la mano del uso de internet generadoras

de cambios, "potenciando un cambio cultural más radical que otros que han habido" (Reynoso, 2010,p.4). Tal vez en lo que atañe a la influencia sobre la alimentación no nos animaremos a señalar el cambio como "radical", ya que como sabemos la alimentación está atravesada por una multiplicidad de factores cuya relación no siempre es posible desentrañar ni modificar, pero sí se han generado cambios y parte de esta idea queda avalada en las encuestas y entrevistas realizadas en las que se reconoce la influencia de la CR en los hábitos alimentarios.

En su análisis sobre Alimentación y redes sociales Chapur menciona que el ritmo de vida de las sociedades modernas ha incidido en los hábitos alimentarios, particularmente reduciendo el tiempo dedicado a cocinar los alimentos (Chapur, 2017). Los entrevistados confirman esta idea, pero a su vez señalan que durante el aislamiento destinaron un mayor tiempo a la preparación de alimentos, adquisición de hábitos e información.

CONCLUSIONES

La situación provocada por la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia y necesidad de expandir el uso de herramientas para la salud digital. Pudimos observar que IG ha generado un cambio en la interacción entre paciente y NT en la manera en que sus usuarios acceden a la información nutricional y son los perfiles de más de un nutricionista los que de manera cotidiana alimentan sus conocimientos sobre nutrición, formas de cocinar, entrenar y demás aspectos relacionados con la salud.

Pudimos ver una problemática que en principio no habíamos tenido en cuenta. ¿Cómo pueden los nutricionistas atender a las necesidades de quien no tiene los conceptos básicos de nutrición, a la vez que responden a personas instruidas y activas en el tema? Ya sea que se dirijan a uno solo de estos públicos, o que organicen estrategias para satisfacer ambas necesidades, vemos importante el planteamiento de esta cuestión a la hora de empezar a brindar información nutricional a través de IG.

Por otro lado, observamos que los entrevistados realizan prácticas que no están en sintonía con las GAPA (practicar ayuno intermitente, seguimiento de una alimentación específica *–low carb/keto* y basada en plantas–, hidratar o "activar" cereales, legumbres y semillas y suplementar como reemplazo de alimentos), prácticas que en el caso de los/las encuestados/as manifiestan haber realizado. También encontramos prácticas que coinciden con las recomendaciones de las GAPA y que la población analizada menciona haber incorporado (beber más agua, desayunar, hacer ejercicio, incorporar más verduras/hortalizas y hacer/mejorar colaciones, evitar azúcares y harinas refinadas). Esto

nos lleva a pensar en la importancia de revisar los rasgos de la biomedicina, presente en las GAPA, y tener en cuenta la individualidad y el reconocimiento de diversas trayectorias alimentarias.

Finalmente, ante la información muchas veces contradictoria que pueda obtenerse en las redes sostenemos la importancia de la evaluación y diagnóstico del estado nutricional previo, para luego intervenir de manera individualizada acorde a las necesidades, intereses y particularidades de cada consultante a cargo del NT.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, P. (2004). La complejidad del evento alimentario en Enfoques socioculturales de la alimentación. Lecturas para el equipo de salud. Piaggio, L.R. y Solans, A. M.Ed Akadia

Bórmida, L.; *Dos Santos Paixao, A.; Primitivo, M. F.; Rolón, R. P.; Zanini, A.* (2019). Instagram. ¿Herramienta para la educación en nutrición? Revista Nutrición Investiga. UBA.

Chapur. Martínez, JI1, 2;, MF1, 2; Peña Aguilera, DC1, 2; Revollo, G 1, 2; Sánchez, MJ 1, 2; Alfaro, EL1, 2 1INECOA- CONICET-UNJu. Reseña Alimentación y redes sociales Instituto de Biología de la Altura – UNJu. 2017

Chia-Fang C., Agapie, E., Schroeder, J., Sonalli, M., Fogarty, J., Munson, S. A.(2017). *When personal tracking becomes social: Examining the use of Instagram for healthy eating*

Fernández Silano, M. (2013). La Salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. Central de Venezuela, Caracas, DC, Venezuela.

Fischler, C.(2014). Las funciones de lo culinario en Enfoques socioculturales de la alimentación. Lecturas para el equipo de salud. Piaggio, L.R. y Solans, A. M.Ed Akadia

Ministerio de Salud (2018). Guías alimentarias para la población argentina .GAPA https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf

Grillo, O. (2007). "La construcción del internet como un mundo aparte" Dossier Nuevas tecnologías n° 5

La Rosa, A. (2016). Movimientos sociales, redes sociales y recursos simbólicos. Correspondencias & análisis, 47-60 (enero - diciembre) p-ISSN 2224-235X/ e-ISSN 2304- 226

Montanari, M. (2014). Comida, lenguaje e identidad en Enfoques socioculturales de la alimentación. Lecturas para el equipo de salud. Piaggio, L.R. y Solans, A. M.Ed Akadia

Reynoso, C. (2010). Redes Sociales: Usos y cambio cultural. Encrucijadas UBA número 50 Argentina. En Carlos Reynoso »

Redes sociales: Usos y cambio cultural (2010)
Rockwell, E. (2009). La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos. Buenos Aires, Paidós. Cap. 2 "Reflexiones sobre el trabajo etnográfico"; pp. 41-49.
Uscátegui Peñuela, R. M. (2016). Las aplicaciones móviles utilizadas en nutrición. En Perspectivas en nutrición humana de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia Vol. 18, Nº 2, julio-diciembre de 2016.
Valente, M y Renckens, S. et al (2021). Instituto Athena, Facultad de ciencia, *Vrije University Amsterdam, De Boelelaan, Amsterdam, The Netherlands. The orthorexia community on Instagram. Revista Springer Nature.*

Grupo de Trabajo N° 4

Métodos y técnicas en antropología de la salud

Coordinadorxs: Dra. Romina Del Monaco (CONICET/FSOC.UBA) rominadelmonaco@gmail.com. Dra. Ana Pérez Declercq (Observatorio de violencia contra las mujeres) aperezdeclercq@gmail.com
Comentaristas: María Epele (CONICET/UBA) maria.epele33@gmail.com. Alejandra Roca (UBA-UNPaz) roca.ale@gmail.com

Este Grupo de Trabajo tiene como objetivo problematizar los métodos y técnicas cualitativas, en el campo de investigaciones antropológicas en salud. Los malestares y padecimientos, el bienestar, la salud y la enfermedad, devienen problemas a ser interrogados e investigados con diferentes métodos y técnicas cualitativas: etnografías, entrevistas semi-estructuradas, análisis de narrativas, estudios de casos, análisis de documentos, entre las principales. Partiendo de estos desarrollos, el fundamento de la propuesta de este Grupo de Trabajo consiste en que la problematización de los diferentes métodos y técnicas en el campo de la Antropología de la salud, no sólo está atravesada por sus revisiones en Antropología en general, sino que presentan particularidades, desafíos y niveles de resolución específicos respecto a las temáticas investigadas. Esta propuesta busca, entonces, analizar y debatir, los métodos y técnicas en este dominio, a partir de los siguientes focos de interés: 1) Las características de la observación-participante en la investigación de malestares y padecimientos; 2) El problema de registrar y analizar perspectivas y nociones "nativas" en relación al sufrimiento y al dolor; 3) Los procesos de documentación a través de notas de campo; 4) La definición y análisis etnográfico de sufrimientos sociales en contextos de vida cotidiana. 5) Los modos en que el sufrimiento y el dolor imponen desafíos en la aplicación de los métodos y las técnicas; 6) Las particularidades metodológicas

para la investigación de procesos de salud/enfermedad en contextos de desigualdad social y de género. 7) Los modos de documentar e interpretar, los procesos de objetivación, naturalización y normalización en los dolores y padecimientos. 8) Las estrategias de investigar en contextos institucionales, sus particularidades metodológicas y desafíos; 9) Los estilos de escritura de las etnografías vinculadas a esta problemática; 10) La escritura de resultados y textos que combinan datos de diferentes fuentes (observación-participante, documentos, estadísticas, entrevistas, etc.).

Conocimientos expertos, géneros y sexualidades: discusiones y experiencias de profesionales psi sobre los cambios en torno a la temática en los últimos tiempos

Romina Del Monaco*

INTRODUCCIÓN

En Argentina, los cambios en materia de derechos adquiridos y demandas de los movimientos de la disidencia sexual al Estado y a distintas instituciones, le han dado mayor visibilidad a las temáticas de género. Las narrativas de lxs profesionales visualizan que estas discusiones se han convertido para sectores mayoritarios del campo psi en un aspecto "reciente" del que "se conoce poco".

Desde estos saberes, las formas de nombrar y diagnosticar están atravesadas por determinados modos de pensar la sexualidad que interviene no sólo en la producción de conocimientos y diagnósticos sino también en las formas de tratar y abordar padecimientos al momento de las consultas. Más aún, disciplinas como la psiquiatría, psicología y biomedicina se convirtieron en tecnologías de normalización y disciplinamiento de los cuerpos y modos de vida (Foucault, 2018). Entonces, al examinar cómo se producen estos conocimientos es posible problematizar los modos en que intervienen como tecnologías de producción de subjetividad sexo-generizadas asentadas en una lógica binaria.

Para eso, se analizan las narrativas de profesionales (psicólogxs y psiquiatras) en torno a sus experiencias y relatos a partir de

* IIGG-FSOC-CONICET rominadelmonaco@gmail.com

las transformaciones en materia de género y sexualidad teniendo en cuenta el contexto social y jurídico que aconteció en Argentina en las últimas décadas.

CONOCIMIENTOS PSI, NARRATIVAS Y FORMAS DE INTERVENCIÓN SEXO-GENERIZADAS

Los saberes expertos psi, psiquiatría y psicología, constituyen tecnologías que producen cuerpos, emociones y subjetividades sexo-generizadas las cuales se inscriben dentro de una matriz heteronormada que genera inclusiones y exclusiones (Haraway, 2018; Butler, 2002). Más allá de las diferentes perspectivas (abordajes más biologicistas que retoman los presupuestos de las ciencias biomédicas o, perspectivas que recuperan la importancia de los aspectos sociales y culturales) predomina un esquema binario de pensar la sexualidad.

Las instituciones y saberes expertos están atravesados por lenguajes y categorías que intervienen en los procesos de constitución subjetiva. En este sentido, el análisis de las narrativas de lxs entrevistadxs constituye un elemento central de indagación porque la producción de saberes está atravesada por dinámicas de poder que establecen criterios de verdad y legitimidad (Foucautl, 2008, Rose, 2012) e intervienen en los modos de pensar los cuerpos y géneros (Butler, 2002). De hecho, si bien se trata de casos minoritarios, en los últimos tiempos, profesionales e instituciones del campo psi se han ocupado de problematizar las temáticas de género y sexualidad constituyendo espacios tanto de formación como de clínica.

Se han revisado mediante recorridos históricos nociones tradicionales y estructurantes del psicoanálisis como la histeria (Fernández, 2014). Asimismo, se han desarrollado estudios desde la psicología y psiquiatría que exploran la relación entre psicoanálisis y género (Burin, 2017; Meler, 2017; Rutenberg, 2019), las naturalizaciones heteronormativas focalizando en las diversidades sexuales y las composiciones identitarias (Fernandez, 2017), entre otros. Esto coexiste con el hecho de que en las últimas décadas tanto a nivel mundial como local se han disputado y discutido ciertos sentidos y saberes asociados con modelos binarios. Por ejemplo, los manuales de salud mental como el DSM y el CIE-10 normativizan mediante distintas formas de categorizar y diagnosticar experiencias en términos de diagnósticos que adquieren sentido sobre cuerpos generizados susceptibles de ser patologizados, reconocidos, excluidos o incluidos. Se ha explorado la relación entre los movimientos de la disidencia sexual y el hecho de sacar del DSM en 1973 la homosexualidad como una enfermedad reconociendo el lugar que en dichas disputas hacia la asociación de psiquiatría americana (APA) tuvieron

los movimientos LGTBIQ+ en dicho momento (Drescher, 2010). De hecho, en la actualidad, para discutir el diagnóstico de disforia de género en distintas partes del mundo se han retomado las discusiones previas y se ha señalado como dichas modificaciones responden a las tensiones y articulaciones entre el campo científico, las organizaciones de derechos humanos, el colectivo LGTBIQ+, el campo académico, etc. (Grau, 2017).

En Argentina, se han realizado numerosas investigaciones en el campo de los estudios de género y sexualidad que investigan y problematizan, entre otras cosas, las transformaciones sociales y jurídicas que acontecieron en las últimas décadas. Estos estudios analizan las demandas al Estado por el reconocimiento de derechos del colectivo LGTBIQ+ (Figari, 2017; Farjii Neer, 2017) y la relación entre la sexualidad, política y derechos humanos (Pecheny et al., 2008; 2016; Figari, 2017; 2009). Además, se analiza la relación entre salud y ciudadanía (Peralta, 2017; Cano, 2019), la relación entre profesionales y tratamientos quirúrgicos para la población trans (Farji Neer, 2020) y la articulación entre la noción de cisexismo e instituciones de salud (Radi, 2018; Millet, 2021). Además, se ha puesto en cuestión los desarrollos de las neurociencias por clasificar los cerebros de acuerdo a una matriz binaria en torno a la diferenciación masculino/femenino (Ciccia, 2018). Sin embargo, más allá de la bibliografía producida hace décadas en torno al tema, el análisis de las narrativas muestra distintos problemas con los que dicen encontrarse lxs profesionales al momento de las consultas debido a la "incorporación" de estas temáticas en los últimos años. De esta forma, se visualiza como el campo psi constituye un espacio en el que conviven distintos saberes, regímenes de verdad y modos de tratar que, si bien están atravesados por una visión hegemónica centrada en el binarismo. Entonces, el "surgimiento" de ciertas temáticas vinculadas al género y la sexualidad obligan a replantear y discutir saberes previos y a desarrollar nuevas herramientas de intervención, formas de nombrar y categorizar.

METODOLOGÍA

La aproximación teórico-metodológica es cualitativa y se inscribe en el dominio de los estudios desde las ciencias sociales sobre el campo de la salud y la antropología médica. La herramienta metodológica para acceder a los datos fue la entrevista en profundidad a profesionales del campo psi (psicólogxs y psiquiatras) a través de la técnica de bola de nieve. Luego, se analizaron dichas entrevistas mediante la técnica de análisis de narrativas. La elección de esta técnica se ubica dentro de una trayectoria de estudios que recurren a esta metodología para examinar en detalle como los/as profesionales de la salud

construyen sus objetos de estudio, saberes y técnicas de intervención (Kleinman, 1988; Good, 1994; Margulies, 2010; Del Monaco, 2019). Además, la relevancia de las relaciones entre lenguaje y experiencia en los estudios sociales sobre los padecimientos, fundamenta el examen de las entrevistas a través de esta técnica de análisis teniendo en cuenta que los procesos de salud están mediados por procesos sociales, económicos, políticos, de género (Farmer, 2003; Epele, 2016). Se realizaron treinta (20) entrevistas a profesionales (psiquiatras y psicólogxs) con el objetivo de identificar, documentar y analizar los saberes, prácticas, abordajes, concepciones de los/as profesionales acerca de los modos de nombrar distintos aspectos del campo de la salud mental y su relación con la dimensión de género y sexualidad. Se establecieron dos recortes metodológicos para llevar a cabo este trabajo. En primer lugar, se trata de profesionales que trabajan en instituciones y/o consultorios privados de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por otro lado, el recorte etario de los/as entrevistados/as se ubica en el rango de 28-40 años. Este aspecto se corresponde con la necesidad de realizar un recorte cronológico teniendo en cuenta la relación entre las modificaciones en el campo social y jurídico en torno a cuestiones vinculadas al género y la sexualidad y cómo interviene la variable generacional de personas que se hayan formado en los últimos años en las formas de nombrar, abordar, diagnosticar y tratar.

Consideraciones éticas: este trabajo se adecua a los criterios de consentimiento informado y confidencialidad que se aplican en los estudios sobre salud. Con respecto al manejo de la información y para evitar cualquier rasgo0 identificatorio o personal se modificaron los nombres de los/as profesionales de la salud (manteniendo edad y género), además, las personas entrevistadas son mayores de 18 años. Para realizar el trabajo de campo, se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del Comité de Ética del Instituto en el que se realiza dicha investigación.

EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES A PARTIR DE LAS TRASFORMACIONES EN LAS TEMÁTICAS DE GÉNERO

La implementación de leyes y el aumento de la visibilidad de determinadas cuestiones vinculadas al género y la sexualidad produjeron una serie de movimientos dentro de los saberes expertos psi. A partir de las narrativas analizadas, predominan expresiones de dudas en torno a los modos de decir e intervenir terapéuticamente. De hecho, lxs profesionales señalan que “estamos desconcertados porque estamos en el principio de un movimiento” o “para mí es un tema súper incipiente y hay muchas dudas alrededor de eso”.

> Estos movimientos de diversidad sexual visibilizan situaciones o hacen pregunta de situaciones o están yendo a las instituciones y de pronto las instituciones también se encuentran con esto de ¿ahora qué? Es un movimiento tan fuerte y tan potente y tan presente que tal vez las instituciones queda un poco por detrás de eso y no están preparadas (Carla, psicóloga, 36 años).

Estos cambios se desarrollan en contraposición a "otros paradigmas y se produce una especie de ruptura con lo anterior". Sin embargo, a partir de los relatos se visualiza como dichos paradigmas siguen operando en distintas instituciones y producen saberes que se aplican en los procesos terapéuticos. Es decir, cuando se hace referencia a temáticas "recientes" interesa abordarlas teniendo en cuenta que, en realidad, forman parte de determinada forma de producción de conocimientos. Como se analiza en el próximo apartado, los saberes hegemónicos en el campo psi incluyen un modo específico de pensar el género y la sexualidad. De esta forma, se vuelve necesario convertir a distintas disciplinas dentro del ámbito de la salud como un objeto más de estudio e indagar en cómo los criterios de verdad se legitiman y vuelven en enunciados creíbles y eficaces (Latour, 2013). Específicamente, Haraway analiza como disciplinas como la psiquiatría, la biomedicina y las psicologías son tecnologías que intervienen en las construcciones de lo "humano" y producen y diferencian "otros" (Haraway, 2019).

De este modo, lo "reciente" y "actual" no es algo que "no existía" sino algo que adquiere mayor visibilidad por las transformaciones socio-históricas y frente a este contexto los saberes expertos del campo de la salud que se sustentan en modelos binarios, heteronormados y, algunos casos, fuertemente biologicistas se ven interpelados a replantear determinados conocimientos y a dar respuestas a las demandas tanto durante las consultas como a partir de los reclamos de los movimientos de la disidencia sexual.

> Antes había cosas que no se hablaban, no existían y en relación a que la gente empezó a hablar y empezó a trabajar estas cosas, se empezó a ver más y ahora creo que las cuestiones de género, de no autopercibirse o el género trans, ya son muchísimos, me parece que ahora está el tema, en ese sentido si vemos más consultas. (Camila psiquiatra, 33 años).

La idea de novedad articulada con la visibilidad y mayor presencia de determinadas temáticas en las consultas habilitan ciertos argumentos bajo el escudo de lo reciente. En cambio, se trata de problematizar y discutir dicha asociación teniendo en cuenta que lo "reciente" es, en

realidad, parte de algo que ya estaba y que al ser hablado, legislado, visibilizado en distintas esferas con mayor protagonismo vuelve necesario revisar otros saberes, manuales y conocimientos.

ACCESO DE INFORMACIÓN, DIFICULTADES Y ESTRATEGIAS INDIVIDUALES

Frente a las discusiones internas sobre las temáticas de género que dicen tener lxs profesionales en las formas de decir e intervenir terapéuticamente, se encuentran las dificultades en la formación. La producción de los regímenes de verdad dentro del campo psi están atravesados por saberes considerados reconocidos e incluyen determinadas concepciones sobre el género y la sexualidad. Estos saberes se articulan con determinadas concepciones teóricas y epistemológicas en las que dichas temáticas no constituyen una "carencia" en la formación sino, por el contrario, un modo determinado de ser abordadas y problematizadas. Es decir, la correlación entre determinados dominios de saber, formas más o menos institucionalizadas de normatividad y modos de constituirse como sujetos establecen una articulación entre la sexualidad, subjetividad y formas de relacionarse con otros (Foucault, 2019). En este sentido, la dogmática del género no cumple una función descriptiva sino prescriptiva porque proporciona una norma (Blas Radi, 2019). Sin embargo, dicha norma no aparece como tal y es en este sentido resulta relevante examinar las ideas en torno a la aparición de ciertas temáticas como algo "reciente" y las articulaciones que se siguen de dicho supuesto. Según Butler, la heterosexualidad obligatoria opera por medio de la fijación de normas sexo-generizadas. Entonces, cuando se habla de "falta de formación" lo que en realidad se asiste es a un modo de formación determinado en el que predomina una matriz hetero-cis-normativa cuya lógica binaria atraviesa los modos de pensar los cuerpos.

> La formación de grado va bastante alejada o un poco atrás de todo lo que uno va viendo sobre género. No son espacios, en los que al menos estén formalizados estos temas, todavía no. Si buscás por fuera sí hay muchísimo, todo lo que es cursos, posgrados y todo (Carla, psicóloga, 36 años).

Las referencias a "cursos" o espacios por fuera de las universidades en los que lxs profesionales pueden formarse y especializarse en estas temáticas hace que las cuestiones vinculadas al género y la sexualidad se conviertan en un tema sobre el cual, por decisión personal, lxs entrevistadxs tanto del campo de la psicología y psiquiatría deciden orientarse. Al transformarse en una cuestión individual asociada con

los intereses de cada profesional se pierde de vista el carácter constitutivo en la subjetividad que implican los diferentes modos de pensar los cuerpos generizados. Además, se dejan de lado los esquemas normativos que los atraviesan, las complejidades que se instalan al momento de dar respuesta a quienes concurren a los servicios de salud y de encontrar, en el caso de lxs pacientes, receptividad en dichos espacios.

EL CONSULTORIO COMO ESPACIO DE FORMACIÓN Y APRENDIZAJE

Una de las instancias de aprendizaje centrales que señalan lxs profesionales es el encuentro con los pacientes en la clínica a partir de consultas e inquietudes que llevan a los espacios terapéuticos.

> Yo no investigué mucho y nunca me interesé mucho en el tema, no podría dar una opinión, pero sí en estos pacientes más jóvenes, empieza a aparecer una demanda a que nosotros investiguemos un poco más sobre eso. (Alejandra, psiquiatra, 34 años).

En la mayoría de lxs profesionales se observa cierta recepción a dichas modificaciones, escucha e interés pero, en otros aparecen posturas más reactivas. De hecho, se relatan las diferencias que encuentran con otrxs colegas donde las "nuevas" inquietudes de lxs pacientes generan respuestas poco satisfactorias que asocian con estar "más o menos permeables" o con "cuestiones generacionales".

De esta forma, como se mencionó previamente, hablar de falta de formación implica invisibilizar los saberes y regímenes de verdad sobre determinados conocimientos que se han producido y reproducido a lo largo del tiempo en torno a una concepción binaria y heteronormada del género. Spade (2015) retoma a Foucault señalando como han cambiado las concepciones sobre la relación entre comportamiento sexual e identidad teniendo en cuenta que las clasificaciones hoy asumidas como la homosexualidad y la heterosexualidad fueron invenciones de médicos y científicos europeos del siglo XIX. Es decir, los saberes expertos como la biomedicina y psiquiatría han participado en las formas de modelar los saberes en torno al género y han establecido una serie de presupuestos en torno a ello.

Cano (2019) destaca que es una responsabilidad ética de lxs profesionales ampliar los saberes y revisar sus prácticas de atención para evitar que la articulación entre el dispositivo hetero-cis-normalizador y el saber médico impongan determinados ideales prescriptivos sobre los cuerpos respecto del género y la sexualidad. Es decir, el tipo de formación que narran lxs profesionales en disciplinas como la psicología y psiquiatría inaugura discusiones internas que repercuten

durante las consultas. De hecho, lxs entrevistadxs hablan de las dificultades que encuentran en ciertas oportunidades y de las respuestas que puedan dar como precarias y fragmentadas. Este aspecto pone en evidencia que los cambios en la legislación en las últimas décadas no necesariamente impactan socialmente en distintos ámbitos sociales como las instituciones de salud (Spade, 2015). Es decir, a pesar de las modificaciones legislativas y en algunas esferas de la sociedad, determinados saberes e instituciones permanecen reproduciendo determinados esquemas que dejan por fuera y excluyen a los sujetos que consultan. Asimismo, interesa mencionar que hay profesionales que a contramano de las instituciones entienden que su práctica profesional exige actualización y debe responder al marco normativo teniendo en cuenta las leyes en Argentina (Blas Radi, 2018).

CONCLUSIONES

Las modificaciones en las últimas décadas en materia de reclamos, derechos y visibilidad de cuestiones vinculadas al género y la sexualidad produjeron cambios y discusiones dentro de los saberes psi. El objetivo de analizar las narrativas en torno al surgimiento de estas temáticas como algo "reciente" permite identificar como a partir de esta noción se desglosa una serie de nociones y estrategias. Es decir, se instala la concepción de algo que no ha sido abordado previamente y que irrumpe como una cuestión frente a la cual tanto los sujetos como las instituciones deben adaptarse. Sin embargo, como se señaló previamente, se está frente a un tipo de formación particular donde los saberes expertos categorizan, diagnostican e imponen regulaciones e ideales normativos respecto al género y la sexualidad. De esta forma, al hablar de algo "reciente", se pierden de vista los desarrollos, discusiones y reclamos previos del activismo LGTBIQ+. Es decir, la novedad habilita determinadas prácticas y formas de intervención teniendo en cuenta que se está en presencia de algo nuevo dejando de lado que se trata de temáticas que han sido abordadas de desde diferentes espacios y colectivos hace décadas.

BIBLIOGRAFÍA

Radi, B. (2019). "Políticas del conocimiento. Hacia una epistemología trans". *En López, M. Los mil pequeños sexos. Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades*. Sáenz Peña. EDUNTREF.

Radi, B. *(2018). "No es un cuerpo equivocado"* entrevista realizada en revista Soberania sanitaria. Disponible en: http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/no-es-un-cuerpo-equivocado/

Butler, J. (2002). Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales

y discursivos del sexo. Buenos Aires: Paidós.
Cano, V. (2019). "Imaginarios sexuales y la (des) atención médica. La ginecología como dispositivo de hetero-cis normalización". *Sexualidad, salud y sociedad,* (33), p. 43-58.
Ciccia, L. (2018). "La dicotomía de los sexos puesta en jaque desde una perspectiva cerebral". *Descentrada,* 2 (2).
Del Monaco, R. (2019) "Ir al punto", definir plazos y objetivos: tiempos y palabras en los tratamientos cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina. Revista RUNA, archivo para las ciencias del hombre. Vol 40(1) 65-82
Drescher, J. (2011). "Transsexualism, gender identity disorder and the DSM". *Journal of gay and lesbian mental health*. 14(2), 109-122.
Epele, M. (2016). "Psychotherapy, Psychoanalysis and Urban Poverty in Argentina". *Anthropology & Medicine,* vol. 23, nº 3, pp. 244-258.
Farmer, P. (2003). Pathologies of power. Health, human rights, and the new poor. Berkeley: University of California Press.
Farjii Neer, A. (2020). "Trayectorias, debates y experiencias clínicas en torno a los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans. Sentidos profesionales a la luz de los debates feministas". *Revista de estudios de género la ventana*. Vol. 6, n 52, pp. 132-160.
Farjii Neer, A. (2017). Travestismo, transexualidad y transgeneridad en los discursos del estado argentino desde los edictos hasta la ley de identidad de género. Bs. As: Teseo.
Fernandez, A. M. (2017). "Las lógicas sexuales actuales y sus composiciones identitarias". En: Psicología y género (Melen comp.), pp. 133-158, Bs. As.: Paidos.
Figari, C. (2009). Eróticas de la disidencia en América Latina. Brasil, siglos XII al XX. Argentina: CICCUS-CLACSO.
Figari, C. (2017). "Consideraciones sobre el movimiento LGTB en Argentina". *Onteaiken*, N° 24, pp. 30-39
Foucault, M. (2008). El nacimiento de la clínica. Bs. As.: Siglo Veintiuno editores.
Foucault, M. (2018). Los anormales. Bs. As. Fondo de cultura económica.
Grau Mas, J. (2017). "Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante". V. 75 (2).
Good, B. (1994). Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

Haraway, D. (2018). Manifiesto para ciborgs. Ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo xx. Bs. As: Letra sudaca ediciones.
Kleinman, A. (1988). The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition. Londres: Harper Collins.
Lakoff, A. (2006). The Pharmaceutical Reason. Cambridge University Press.
Latour, B. (2013). *Investigación sobre los modos de existencia. Una antropología de los modernos*. Bs. As.: Paidós.
Margulies, S. (2010). "Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina". *Intersecciones en Antropología* 11: 215-225
Meler, I. (2017). Psicoanálisis y género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violência. Buenos Aires: Paidós.
Millet, A. (2021). Cisexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado. Buenos Aires: Colección justicia epistémica.
Montenegro, E. (2020). Desandar el cisexismo en el camino a la legalización del aborto. Buenos Aires: Colección justicia epistémica.
Pecheny, M.; Figari, C.; Jones, D. (comp.). 2008. Todo sexo es político. Estudio sobre sexualidades en Argentina. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
Pecheny, M. (2016). "El papel del amor en el discurso político reivindicativo en sexualidad". *Conversaciones del Cono Sur*; pp. 23 - 27
Peralta, M. L. (2017). "Una trayectoria biotecnológica a través del activismo gltb de reforma legal". *Onteaiken*, N° 24, p. 86-96
Rose, N. (2012). Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria.
Rutenberg, S. (2019). Hacia un feminismo freudiano. Buenos Aires: La docta ignorancia.
Spade, D. (2015). Una vida "normal". España: Ediciones Bellaterra.

Del comedor infantil al barrio. Prácticas y saberes del cuidar(se). ¿Con quienes fue posible interactuar en el campo?

Ana Pérez Declercq*

INTRODUCCIÓN

Con el objeto de indagar en las relaciones en el campo en función de la producción y reproducción de los roles de género, voy a adentrarme en la etnográfica que he llevado a cabo sobre el proceso asistencial de las prácticas anticonceptivas y cuyo tema central fueron las tensiones que recorren prácticas, discursos y políticas en torno al cuidar(se), término nativo que hace referencia a un repertorio de prácticas y saberes que incluye particularmente el uso de diversas técnicas anticonceptivas. La etnografía tuvo lugar en un barrio de la periferia de la Ciudad de Salta[1].

En América Latina los estudios desarrollos desde las Ciencias Sociales y de la Antropología sobre las prácticas y tecnologías anticonceptivas se centraron principalmente en la mujer como agente exclusivo de la reproducción. Recién a mediados de la década de 1990 surgen en México y en Brasil investigaciones que, incorporando los desarrollos teóricos de los estudios de género, abren la posibilidad de discutir la vinculación de las mujeres y los varones en un mismo

* Observatorio de violencia contra las mujeres de Salta (OVcM). aperezdeclercq@gmail.com

1 Resultado de esta etnografía fue la realización de mi tesis doctoral, publicada en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/108430/1/AMPD_TESIS.pdf

proceso reproductivo (Villa, 1998; Figueroa-Perea, 1998, Leal y Boff, 1996). En la Argentina, los estudios referidos a anticoncepción se han concentrado en su mayoría en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (Villa, 1998; Grimberg, 1999; Zamberlin, 2000) y se han focalizado en las características y sentidos que adquiere la reproducción en mujeres y varones de sectores populares de los principales centros urbanos.

En cuanto a lo investigado en la región noroeste de la Argentina, dos referencias obligadas son: en Salta la investigación realizada por Hirsch y Amador Ospina (2011), en la cual se analizan las experiencias de maternidad de mujeres guaraníes y cómo en estas se entrecruzan los sentidos y prácticas transmitidas por otras generaciones y el modelo biomédico. En la provincia de Jujuy, Caggiano (2007) muestra cómo las mujeres bolivianas embarazadas que cruzan la frontera para parir del lado argentino son vistas como un factor perturbador a ser controlado.

El silencio en la información alrededor de los procesos reproductivos por parte de los varones (Figueroa-Perea y Sánchez, 2000), también se reproduce en esta etnografía, aunque no de manera absoluta.

Este trabajo se propone reflexionar sobre cómo los modos en que la producción y reproducción de los roles de género en las relaciones que se establecen en el campo contribuyen a que las mujeres estén más presentes en las interacciones y los vínculos afectivos con los que se construye la etnografía.

DEL COMEDOR INFANTIL AL BARRIO

Para pensar el recorrido realizado y cómo podía vincularme en los distintos espacios del campo retomo el señalamiento de Butler (2009), "Las normas de género tienen mucho que ver con cómo y de qué manera podemos aparecer en el espacio público…" (2009:323). Reflexionar sobre cómo podían aparecer las mujeres y los varones en el barrio en la etnografía que estaba realizando, cómo no podían aparecer otras identidades tanto en el barrio como en el trabajo que realicé y también cómo y de qué manera, como indica Butler, mi propia identidad de género podía aparecer o no, dependiendo no solo de la características del espacio público, sino también de los horarios, de con quienes interactuaba, de mi rol como investigadora, entre otros aspectos. En los inicios la etnografía tuvo lugar en el comedor infantil del barrio, se estableció como "puerta de entrada" y espacio de interacción con las mujeres y con sus hijos e hijas. En el transcurso del trabajo de campo los espacios y momentos de la observación se extendieron a festejos de cumpleaños infantiles, celebraciones del día de la madre o tardes de mates en el patio de una casa.

En el comedor infantil me desempeñaba como voluntaria, lo cual facilitó el vínculo con las mujeres que trabajaban en él. Coincidiendo con la apreciación de Scheper Hughes (1997) sobre su trabajo en el norte de Brasil, las mujeres y sus hijos e hijas predominan, numérica y simbólicamente, en la vida del barrio, por consiguiente aun cuando tenía como objetivo entablar vínculos con varones, estos no se visibilizaban o estaban al margen de las actividades en las que participaba por fuera del comedor.

Además de los espacios de circulación, también los horarios en que transitaba en el campo, durante la mañana y en las primeras horas de la tarde, son horarios en los que los varones no están en el barrio o están en sus casas.

En un ejercicio reflexivo que atraviesa toda la investigación, se ponen en evidencia aquellos aspectos que hacen a los roles que me fueron asignados, que reproduzco y que también se ponen en tensión. Por un lado, las primeras semanas ciertos modos organizativos y pautas de higiene hicieron que mis elecciones en cuanto a los días para participar en las tareas del comedor estuvieran influenciadas por las características de las mujeres con las cuales me resultaba más fácil hablar y organizar la preparación de la comida para 180 niños/as. De acuerdo con Hirsch y Nathanson (1998), es importante reconocer cómo nuestros propios hábitos de clase media pueden influir en la selección de sujetos de investigación y procurar corregir este sesgo.

Por otro lado, ser vista como mujer, como madre y transitar un embarazo durante el trabajo de campo me habilitó a sostener conversaciones e introducir temas que se vinculaban al cuidado de la salud y al cuidar(se), muchas veces desde las bromas. Finalmente, sobre mis propias relaciones de pareja, lo que escogí mostrar de mi vida privada, mi separación del padre de mis hijas, y lo que decidí ocultar, mi nueva relación con una mujer, generaron reflexiones sobre el ver y el ser vista en el campo. Nuevamente el humor es el vehículo a través del cual se me señala en mi nueva condición de separada y mi ausencia en el campo se asocia a que estoy nuevamente en pareja, *te olvidaste de nosotras… capaz que andas enamorada*.

Entre la primera y la segunda etapa de trabajo de campo nació mi segunda hija, lo cual motivó que un mes antes del parto y los meses posteriores no concurriera a colaborar como voluntaria en el comedor. Sin embargo las mujeres del comedor trabajaban casi hasta unos días antes del parto y a las pocas semanas del nacimiento ya llevaban a sus bebés al comedor. También les resultaba extraño cuando el papá de mis hijas se quedaba cuidándolas y yo iba al comedor.

LOS VARONES EN EL CAMPO

Lo varones aparecen en la primera etapa del campo en los relatos de las mujeres. Una mañana conversaban en el comedor mientras cocinábamos y una de ellas comentó lo que le dijo el médico que realiza las ecografías sobre su marido,

> … me dijo no tenés el DIU, yo le respondí que no puede ser, y me dice que sí, que lo tengo y que está bien. Le comento que en el anterior control me habían dicho que se había movido de lugar y dijo que mi marido me lo acomodó (risas).
> (Nota de campo, noviembre de 2012)

Los varones son invocados ocasionalmente en la consulta médica de las mujeres a partir de un comentario del médico o de las mismas mujeres sobre estos, pero la presencia física de los varones es bastante inusual en estos espacios.

En el fragmento que sigue, se observa cómo a los varones se los asocia al peligro, no al cuidado.

> Dr.- ¿Seguís con la misma pareja?
> P. - Sí.
> Dr.- ¡Un peligro tu pareja!
> P. - ¿Por qué?
> Dr.- ¿Terminó el tratamiento?
> P. - yo tenía eso antes de conocerlo a él.
> (Nota de campo, noviembre de 2013)

Por otro lado, ausencia de los varones nos lleva a preguntarnos en qué medida son reconocidos socialmente como asistibles. Por ejemplo, el acceso gratuito a los preservativos, tanto en el relato de los efectores de salud como en la población, no es percibido como un derecho sino como un "beneficio" destinado a cierta población asistible.

En la sala de espera para la atención se observó ocasionalmente la presencia de algún varón. En el Centros de Atención Primaria de la Salud donde se realizó la observación, los espacios de espera se disponen en dos largos pasillos con bancas que se pueblan de niños y niñas, mujeres adultas y adolescentes y, en menor proporción, mujeres mayores. Los varones, cuando se los encuentra esperando, generalmente están frente a la puerta del servicio de enfermería.

Para los varones la sala de enfermería y la complicidad entre pares se convierten en estrategias para acceder a la atención sanitaria, principalmente en el caso de aquellos cuerpos que el sistema excluye, como lo expresa una de las enfermeras entrevistadas,

> …bueno nos ha tocado este… chicos que este… son homosexuales y que tienen vergüenza para ir, y vienen dos o tres, y pasan por enfermería no van a ir a administración para hacer la fila…
> (Enfermera, diciembre de 2013)

El "acercamiento" a la población masculina, según lo relata una agente sanitaria[2], se ve facilitado en las "visitas a los domicilios". En el espacio privado de "la casa" los varones realizan consultas a la agente sanitaria sin el temor de ser juzgados por adoptar conductas que son contrarias a "lo esperado" desde la heteronormatividad como, por ejemplo, adoptar prácticas preventivas en un varón.

Al igual que les agentes sanitarios, el acceder al espacio privado para conversar con varones fue parte del trabajo de campo. Con uno de los entrevistados, Miguel, acordamos que iría una mañana a su casa pero, llegado el momento, la conversación se dio con él y su pareja, una mujer con la que tenía cuatro hijas/os.

Hablamos de otros temas y en la conversación volvemos sobre la vasectomía, Miguel dice, "es el mayor complejo que tienen los hombres" y cuenta de un cuñado suyo que se hizo la vasectomía y "esta de lo más bien". Pero su temor es porque "existe la mala praxis" y explica que "por más buena voluntad, somos humanos y nos podemos equivocar."

La entrevista con Miguel, fue de las primeras entrevistas y su disponibilidad a realizarla se vinculan con sus orígenes, con su edad. Miguel tiene 29 años, es de Córdoba y llegó a Salta Capital viajando de mochilero y vendiendo artesanías, en ese viaje paraba en el hotel de un amigo y una chica que vivía en ese hotel le presentó a Silvina. Vino a vivir a Salta porque cree que hay más oportunidades que en Córdoba.

La posibilidad de contextualizar la elección de la vasectomía permite acercarnos a la experiencia de Miguel en su complejidad y reconocer que sus preguntas, sus dudas, sus disputas en relación a la elección de este método son individuales pero también sociales. Su

---

2 Lorenzetti (2007) realiza un trabajo etnográfico junto a los agentes sanitarios, a quienes describe, utilizando el vocabulario propio de ellos de la siguiente manera: "El agente sanitario es quien, a través de la visita domiciliaria, debe "detectar" las familias en riesgo, "enseñar" los cuidados adecuados de la salud, "promover los hábitos de higiene", "inculcar" la importancia del vínculo familiar, distribuir la leche a las familias con niños desnutridos y realizar su seguimiento, "captar" a las mujeres embarazadas para que realicen los controles prenatales, "concientizar" sobre la importancia de la planificación familiar, articular con el área de acción social local la implementación de los programas, coordinar con los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) la asistencia médica necesaria y llevar a cabo las campañas tanto de vacunación como de prevención frente a situaciones críticas. Cada agente sanitario tiene a cargo aproximadamente de 170 a 200 familias." (Lorenzetti, 2007:13)

agencia opera dentro de un marco de relaciones sociales y de procesos políticos, económicos, culturales e ideológicos que la hacen posible.

SALIR DEL ARMARIO (TAMBIÉN EN LA ETNOGRAFÍA)

Fue un año después de concluido el trabajo de campo y de escritura, que le comenté a una de las mujeres del barrio con la que continuábamos viéndonos que estaba de novia con una chica y después varias de las compañeras del comedor vinieron a mi casa y la conocieron. Tomar en cuenta mi propia experiencia, mis vínculos afectivos y mis contradicciones como investigadora hizo de la incomodidad una herramienta indispensable para pensar y para transitar el proceso de investigación. Concebir el conocimiento reflexivamente significa, según Guber, "incorporar al investigador al campo de análisis y poner en cuestión su mundo académico, cultural y social, que es su condicionamiento, a la vez que su posibilidad de conceptualizar la objetividad social." (2009:77).

Mis vivencias junto a los cambios observados en el país respecto al reconocimiento legal de múltiples identidades de género, me llevan a la pregunta sobre la ausencia de varones y otras identidades en el campo a seis años de finalización de mi tesis doctoral. Advirtiendo que, aun cuando se quieran generar situaciones para vincularse con otros actores, no sólo con las mujeres, lo que define el campo, además de ser una estancia prolongada, son las relaciones significativas y continuadas que mantenemos con quienes interactuamos y que, en ese sentido, las relaciones en la etnografía realizada fueron sólo con mujeres.

Problematizar las relaciones entabladas en el campo en relación con las identidades de género, implica, como señala Esteban, pensar el género como un "hacer" y poner la mirada en "prácticas que irían constituyéndose y modificándose, consciente o inconscientemente…" (2009:34). En esta relación distante con algunos varones y en la amistad que continua hasta la actualidad con algunas de las mujeres del barrio, en la posibilidad de charlar abiertamente de la vasectomía con un varón que no era de Salta y que había llegado como mochilero, en cómo conciliaba mi hacer etnográfico con la maternidad y cómo las mujeres del comedor conciliaban la suya con las tareas del comedor, en las bromas sexuales que hacíamos mientras cocinábamos, en la posibilidad de presentarles a mi novia a algunas de las mujeres, en sus opiniones sobre mi corte de pelo o sobre mi segundo embarazo, en todos estos aspectos, en mis modos de hacer etnografía el género se produce y se tensiona en un entrecruzamiento con la posición social, el origen, el contexto histórico. Al respecto de las intersecciones Butler señala,

> Si una "es" una mujer, es evidente que eso no es todo lo que una es; el concepto no es exhaustivo, no porque una "persona" con un género

> predeterminado sobrepase los atributos específicos de su género, sino porque el género no siempre se constituye de forma coherente o consistente en contextos históricos distintos, y porque se entrecruza con modalidades raciales, de clase, étnicas, sexuales y regionales de identidades discursivamente constituidas. Así resulta imposible separar el "género" de las intersecciones políticas y culturales en las que constantemente se produce y se mantiene (Butler, 2007:49)

Las normas de género, los modos en que podemos aparecer en el espacio público y en el campo, las relaciones estrechas que podemos construir haciendo una etnografía, van cambiando a lo largo del tiempo y ponen en tensión aquellas prácticas, discursos y moralidades que moldean y producen nuestras identidades, que pueden ser cambiantes, múltiples y contradictorias. Es en el trabajo etnográfico que estas tensiones y las normas de género tienen lugar y desde esta óptica es posible hacer una lectura de los modos en que pudieron aparecer los varones en el campo y en que no pudieron aparecer otras identidades no binarias, al tiempo que nos hace reflexionar sobre nuestro propio rol en la etnografía, cómo podemos aparecer en la misma y que contradicciones nos atraviesan.

Las normas de género y su vinculación con las maneras en que podemos aparecer en la etnografía son un indicador claro de la importancia que tiene ser designado socialmente como mujer o como hombre, lo cual, no quita nuestro compromiso con mantener una mirada crítica sobre estas clasificaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Butler, J. (2009). "Performatividad, precariedad y políticas sexuales" AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. www.aibr.org. Volumen 4, Número 3. Septiembre-Diciembre. pp. 321-336. Madrid: Antropólogos Iberoamericanos en Red.

Butler, J. (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós.

Caggiano, S. (2007). Racismos y nación ante la inmigración. La percepción del "otro", la cultura y los derechos en la producción de fronteras. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/45777

Esteban, M. L. (2009). "Identidades de género, feminismo, sexualidad y amor: Los cuerpos como agentes." *Política y Sociedad*, Vol. 46 Núm. 1 y 2: 27-41.

Figueroa-Perea, J. G. (1998). "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1).87-96.

Figueroa-Perea, J. G. y V. Sánchez (2000). "La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto", en Papeles de Población, revista del Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados de la Población de la Universidad Autónoma del Estado de México, año 6, núm. 25, pp. 59-82.

Grimberg, M. (1999). "Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al VIH/SIDA en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires". Cuadernos Médicos Sociales, Nº 75, pp. 65-76.

Guber, R. (2009). El Salvaje Metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Paidós.

Hirsch, J. S., Nathanson, C. A. (1998). "Demografía informal: cómo utilizar las redes sociales para construir una muestra etnográfica sistemática de mujeres mexicanas en ambos lados de la frontera." Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México, D.F: El Colegio de México 12(1&2). 177-99.

Leal, O. F., Boff, A. (1996). "Insultos, Queixas, Sedução e Sexualidade: Fragmentos de Identidade Masculina em uma perspectiva relacional", en Parker, R. & Barbosa R. M. (org.) Sexualidades Brasileiras, pp 119-136. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Lorenzetti, M. (2007). "Del 'capital social' a la 'culturalización de la pobreza': la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena". 4tas Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires. Publicación en CD. ISBN 978-950-29-1006-2.

Scheper-Hughes, N. (1997). La Muerte Sin Llanto. Violencia y Vida Cotidiana en Brasil. Barcelona: Ariel.

Villa, A. (1998). "Haciendo visible a los varones en las relaciones de género", Revista Sexualidade, gênero e sociedade, N. 7 y 8, Programa de Estudos e pesquisas em sexualidade, gênero e sociedade-IMS/UERJ, Río de Janeiro, Abril.

Zamberlin, N. (2000). "'La otra mitad'. Un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad". En Gogna, Mónica, Alicia De Santos y Nina Zamberlin (comps.). Feminidades y masculinidades. pp. 245-302. Buenos Aires: Cedes.

Grupo de Trabajo N° 6

Pandemia, salud y territorio. Aportes desde la investigación y la gestión para repensar los procesos de atención y cuidados de salud

Coordinadorxs: María Crojethovic (Gino Germani/UBA. Instituto del Conurbano/UNGS) mcroje@gmail.com. Carlos Jiménez (CEI/UNR. Instituto del Conurbano/UNGS) cjimenez@campus.ungs.edu.ar. Ana Ariovich (Facultad de Ciencias Sociales/UBA. Instituto del Conurbano/UNGS) ariovich@campus.ungs.edu.ar

Tanto la pandemia como las medidas que establecieron el aislamiento social - o el distanciamiento- para prevenir y mitigar los contagios masivos (ASPO y DIPO) mostraron un fuerte impacto sobre las condiciones sanitarias de la población, profundizando las desigualdades preexistentes en los distintos contextos territoriales. El carácter prioritario que asumió el abordaje del COVID19 por parte de las autoridades transformó las modalidades y las dinámicas de trabajo en los efectores locales de salud, afectando sustantivamente a la continuidad de la atención primaria y abriendo nuevas brechas en el acceso a la atención. A la vez, las personas modificaron sus rutinas, prácticas y estrategias vinculadas al cuidado de su salud. Pero los territorios también fueron escenarios de nuevos entramados; éstos se tejieron entre múltiples y diversos actores para atender de manera urgente a aquellas demandas y necesidades que ingresaron en la agenda sociosanitaria como correlato de la extensión de la emergencia sanitaria y del aislamiento en los barrios. En este marco general, se invita a participar y/o a presentar avances o resultados de investigaciones, y experiencias de gestión que aporten elementos para la reflexión colectiva y el debate académico sobre el derrotero que tuvo la salud en el territorio en los tiempos de pandemia; como así también estudios que trabajen dicha problemática desde un abordaje interseccional. Específicamente, interesa abrir la discusión en torno a: i. cómo se desarrollaron los cuidados de la

salud en los barrios; ii. experiencias para garantizar el acceso a la salud desde una perspectiva de género e interseccional iii. los alcances que tuvieron los procesos de atención en las instituciones de proximidad con la población; iv. las articulaciones que se produjeron entre distintos actores para atender demandas de salud en el territorio; v. las modalidades y desafíos que asumió la gestión de la salud en el nivel local.

Intersectorialidad y condicionalidades de la política social: sumar y AUH-AUE en el Municipio de Tigre

Silvia Andiarena*

1. INTRODUCCIÓN

Los procesos de reformas que sucedieron en América Latina desde comienzos del siglo XXI –orientados a fortalecer los sistemas de salud– generaron cambios significativos en Latinoamérica. Llevaron a enfrentar complejos desafíos para ofrecer resistencia a la desigualdad heredada de las transformaciones estructurales bajo la lógica neoliberal de fines del siglo anterior.

En ese contexto, las propuestas de los organismos multilaterales (OMS/OPS) se orientaron hacia la transformación y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Bajo esos lineamientos, se planteaba el desarrollo de modelos basados en la APS, los que permitirían ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud[1].

En la Argentina, a través del Plan Federal de Salud (2004-2007) se determinó la preeminencia de estrategia de atención primaria de la salud (APS) como organizador del subsector estatal, alcanzando su expresión en varios programas que tuvieron a los centros de atención primaria de la salud (CAPS) como instancia privilegiada de ejecución

* Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS)

1 Según la OMS en el "Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca"

(Chiara *et al,* 2017). En ese marco de estrategia de APS lograron desarrollarse, entre otros, el Programa Sumar, la Asignación Universal Por Hijo (AUH) y la Asignación Universal por Embarazo (AUE).

En este trabajo se propone, por un lado, indagar en la trama de la intersectorialidad de la política social, observando la implementación y articulación de los programas nacionales –Sumar y AUH/AUE– en el nivel subnacional, en el municipio de Tigre. Asimismo, se busca reconstruir las articulaciones entre iniciativas y programas que –desde distintas esferas de la política– traccionaron positivamente en el acceso a la atención sanitaria de la población materno infantil. Además, de analizar desde un enfoque de derechos, las condicionalidades de las Asignaciones y sus posibles efectos sobre la intersectorialidad.

La pregunta que orientó este trabajo es ¿de qué manera se construyen los procesos de coordinación en la implementación de programas nacionales en el nivel subnacional, para alcanzar la articulación entre distintos los sectores?, a la vez que se reparó en los posibles efectos de las condicionalidades de la AUH/AUE sobre la intersectorialidad

El análisis se sitúa en el período 2015-2020, comprendiendo el gobierno de Cambiemos y el nuevo período político institucional del Frente de Todos, atravesado por la emergencia sanitaria. Se pone el foco en lo normativo, con el propósito de observar la vinculación entre el Programa SUMAR y la AUH/AUE. Además de explorar la trama institucional comprometida en la relación intersectorial de dichos programas, observando la articulación entre los distintos sectores, la coordinación y los actores involucrados.

La sistematización y procesamiento de la información se alcanza mediante la triangulación de datos proveniente de fuentes secundarias, la revisión y sistematización de normativas, de fuentes hemerográficas provenientes de los medios digitales locales, redes sociales y de material de entrevistas a informantes clave de la gestión sanitaria del municipio[2].

El trabajo se organiza en varios apartados: luego de la introducción, en el segundo apartado se presenta un corpus teórico-conceptual en el que se recuperan algunos conceptos básicos que habilitan la comprensión, de manera general, en torno a la articulación intersectorial. En el tercero se recuperan las principales características de los programas que son objeto de estudio. El cuarto apartado describe la articulación entre ambas políticas en el nivel nacional y se plantea la revisión de las condicionalidades. En el quinto apartado se recuperan

2 Las entrevistas fueron realizadas en abril y julio de 2020 por integrantes de Grupo de Diseño y Gestión de las Políticas de Salud, del de Área de Política Social (ICO-UNGS)

programas locales del municipio de Tigre que convergen con la AUH/AUE. Finalmente, se vuelcan algunas conclusiones.

2. DIMENSIONES TEÓRICAS EN TORNO A LA INTERSECTORIALIDAD GUBERNAMENTAL

Existen varias aproximaciones a la noción de intersectorialidad; Cunill Grau (2014) hace referencia a diversos sectores de gobierno que brindan sus servicios y atienden distintas necesidades sociales de manera articulada. La autora añade que la relación e integración de dichos sectores es sustancial para el abordaje integral de un problema multicausal.

La intersectorialidad puede interpretarse como la integración de dos o más sectores para el abordaje de múltiples causas relacionadas a cuestiones sociales que se inscriben en la agenda gubernamental, y dar respuesta a estas cuestiones significa concertar conjuntamente, teniendo en cuenta el entramado –de intereses, acuerdos y relaciones de poder– ligado al desarrollo de las políticas públicas (Chiara; Di Virgilio, 2009).

En Latinoamérica el concepto de intersectorialidad en salud asienta sus bases en 1978, en la Declaración de Alma Ata "Salud para todos" (OPS, 2015). En esa línea Castell-Florit Serrate (2004) refiere a intervenciones coordinadas, de más de un sector, para el abordaje de problemas relacionados con la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas. En cuanto a la coordinación, según Repetto (2012) es un proceso que genera sinergias[3] entre las acciones y recursos de los actores, los cuales pretenden alcanzar objetivos estratégicos en campos de intervención concretos. Este proceso se desarrolla en el marco de "un sistema de reglas de juego, formales e informales, a través de las cuales los actores involucrados encuentran fuertes incentivos para cooperar, más allá de sus intereses e ideologías particulares, por lo general, en conflicto" (Repetto, 2012:39). Por su parte, Isuani (2007) manifiesta que la capacidad de alcanzar la coordinación se ve condicionada por el marco institucional, los recursos disponibles y el grado de poder. Mientras que las principales variables que inciden en la determinación de la intersectorialidad, según Cunill Grau (2014) son: a) el grado de mancomunidad en la implementación; b) el grado de inclusividad de los sectores en la formación y la evaluación de políticas; y c) el grado de alteración de los sectores de gobierno intervinientes, en formas de organización previas.

---

3 entendida como aquello que resulta de la acción conjunta de dos o más actores, y cuyo valor supera su simple suma (Repetto, 2012).

3. EL PROGRAMA SUMAR Y LA AUH/AUE.

La implementación de una política es entendida como un proceso complejo que involucra un conjunto de acciones que transforman intenciones y objetivos iniciales en resultados observables (Elmore, 1996; Berman, 1996; Presman y Wildavsky, 1998; Roth Deubel, 2006; Subirats *et al*., 2008). Dicha implementación adquiere un carácter intrínsecamente político que supone la participación de actores con diversos intereses y puntos de vista que deben encontrar arreglos de cooperación para su desarrollo (Aguilar Villanueva, 1996). Se trata de actores (concebidos como sujetos colectivos o individuos) que dialogan con sus capacidades y recursos para "incidir" en el proceso de las políticas (Chiara y Di Virgilio, 2009), pero que sus interacciones se producen bajo un marco institucional que les brinda ciertas reglas de juego (incentivos o restricciones) para su accionar (Scharpf, 1997).

En la Argentina, a partir del año 2003, se emprende un proceso en el que las "intervenciones sociales del Estado[4]" buscaron transitar hacia la inclusión social. Este camino se encuadra en una "contra-reforma", caracterizada por la confrontación explicita con las políticas de la década del 90 (Danani, 2011). En ese contexto de la emergencia sanitaria nacional se crea por la Res. N°198/2003 el "Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales", proponiendo un modelo de financiamiento innovador, basado en resultados, que tendría como referente al Plan Nacer. Casi una década después, y dando continuidad al Plan Nacer se pone marcha el Programa Sumar mediante la Res. Nº 1460/2012 del Ministerio de Salud de la Nación. El Sumar se orienta a la conformación y crecimiento de los seguros públicos provinciales de salud (SPS) con el propósito de garantizar un conjunto de prestaciones a la población sin cobertura explícita en salud (Chiara *et al,* 2017). El renovado dispositivo de la política sanitaria nacional se extiende a otros grupos poblacionales sin cobertura explícita en salud. Además de la población materno-infantil, incorpora a los niños/as de 6 a 9 años, adolescentes entre 10 y 19 años y mujeres entre 20 y 64 años. Luego, en el año 2015 vuelve a ampliarse, alcanzando también a los hombres de 20 a 64 años.

Más adelante por el Decreto N° 908/2016 y la Res. N° 475/2016 se crea la Cobertura Universal de Salud o CUS. Esta política, mediante la articulación con los programas nacionales, con las áreas provinciales orientadas a la atención primaria de la salud y con las áreas de sistemas de información e informática de los Ministerios de Salud provinciales,

4 Las intervenciones se orientan, producen y moldean las condiciones de vida y de reproducción de la vida de sectores de la población, operando sobre la distribución secundaria del ingreso (Danani, 2004).

buscaba una ampliación en la cobertura. En los años subsiguientes, la CUS buscó implementarse fundamentalmente desde el SUMAR con el propósito de lograr el acercamiento de los servicios de salud a la población a través de equipos de medicina familiar y comunitaria, una mayor cobertura prestacional y un sistema de información[5].

La AUH se crea mediante el Decreto Nº1602/2009 e inaugura una nueva etapa para las políticas sociales argentinas al permitir la extensión del régimen de Asignaciones Familiares a sectores de trabajadores informales y desempleados. Bajo la responsabilidad de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), la AUH ofrece cobertura a todos los niños/as y adolescentes menores de 18 años o discapacitados que no tengan otra asignación familiar prevista en la Ley Nº 24.714. Se asigna una transferencia monetaria no retributiva mensual, la cual varía en su monto, en función de la cantidad de hijos/as. El acceso a la prestación requiere que la madre, padre o tutor se encuentre dentro de estas situaciones: a) estar desocupado/a; b) desempeñarse en la economía informal; c) trabajar en el servicio doméstico; d) ser monotributista social.

En el año 2011 se crea la Asignación por Embarazo (AUE) según el Decreto Nº446, la cual también brinda protección social mediante una prestación monetaria mensual, la cual se abona desde semana doce de gestación hasta el nacimiento o la interrupción del embarazo– a las mujeres embarazadas que no posean obra social y que se encuentren en situación de vulnerabilidad. Para percibirla, la embarazada debe: a) estar desocupada al igual que su grupo familiar; b) desempeñarse en la economía informal y percibir un salario menor al mínimo, vital y móvil; c) estar inscripta en un plan social; d) ser monotributista social o empleada del servicio doméstico; e) ser trabajadora de temporada; f) encontrarse privada de su libertad; g) no tener cobertura de obra social[6].

Las Asignaciones como programas de transferencias directas de ingresos a las familias que no tienen relación directa con el empleo formal registrado están sujetas al cumplimiento de condicionalidades en salud y educación. Por lo cual, del monto mensual estipulado se abona mensualmente el 80%, mientras que el 20% restante queda retenido para un pago anual, hasta la presentación de los comprobantes que acrediten el cumplimiento de las condicionalidades sanitarias y educativas. Es decir que, el cobro de las asignaciones o la suspensión

---

5 http://noticias.anses.gob.ar/noticia/autoridades-y-referentes-de-salud-debaten-el-rol-de-los-programas-nacionales-en-la-implementacion-de-la-cobertura-universal-2816

6 a excepción de aquellas que se encuentren bajo el Régimen de la Seguridad Social del monotributo social, servicio doméstico o trabajadores de temporada.

de las mismas queda supeditado a la acreditación de controles sanitarios y plan de vacunación en niños/as menores de 5 años, y de la asistencia a un establecimiento educativo en niños/as y adolescentes (de 5 a 18 años) en el caso de la AUH y de la certificación de controles médicos para la AUE. Como expresan Hintze y Costa (2014), las transformaciones en el régimen de asignaciones familiares, hasta ese momento se produjeron dentro del encuadre de la protección familiar de los trabajadores formales; por eso, la creación de la AUH permitió un "viraje" en el Sistema de Seguridad Social.

4. LA INTERSECTORIALIDAD ENTRE EL PROGRAMA SUMAR Y LAS ASIGNACIONES

El Programa Sumar interactúa con la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) a través de la AUH/AUE y en la dinámica de esa relación es donde se alcanza un "efecto sinérgico" (Repetto, 2012) entre el Ministerio de Salud y ANSES. Entre los principales actores del Sumar se encuentran la Nación –a través de la Unidad Ejecutora Central (UEC)–, las Provincias –por medio de la Unidades de Gestión Provinciales (UGSP) y los efectores públicos de salud –a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs). En estos últimos se realiza la inscripción del Programa, mientras que la inscripción de las Asignaciones se tramita en ANSES. De este modo, el desarrollo de las Asignaciones se encuentra sujeto a la inscripción en el Sumar, y el acceso al beneficio y cobro de la AUH requiere ciertas condicionalidades sanitarias y educativas.

En este proceso de implementación de las políticas se contempla un abordaje que convoca a sectores complementarios del desarrollo social: Seguridad Social, Salud y Educación. Desde esta perspectiva, se apela a que "[…] varios sectores puedan converger, desde sus especialidades, para atender la variedad de causas que están tras los complejos problemas sociales actuales, y que las políticas sociales depositen en la intersectorialidad la concreción de la promesa de la integralidad" (Cunill Grau, 2014: 8). Esa dinámica de intersectorialidad supone la interacción entre actores de distintos escenarios institucionales, y a la vez, pertenecientes a diferentes sectores de la política social que se encuentran regulados por una lógica fundada, en cada caso, bajo en un conocimiento técnico profesional especifico (Bronzo, 2007).

4.1 LAS CONDICIONALIDADES DE LAS AUH/AUE

Estas políticas se gestaron en un marco en el que el universalismo se incorporó en la justificación del diseño de las políticas sociales en América Latina y descansan sobre el principio de universalidad (Abramovich y Pautassi, 2006; Cunill Grau, 2010; Crojethovic, 2016).

Específicamente, con la AUH, al permitirse la extensión del régimen de Asignaciones Familiares a sectores de trabajadores informales y desempleados, se invoca el principio de "universalidad" y se identifica al trabajador informal como un nuevo sujeto de derecho (Hintze y Costa, 2011).

Estas intervenciones estatales se inscribieron dentro de un escenario que promovió el debate sobre el rol de los sujetos en el proceso de las políticas y que contempló un enfoque de derechos (Abramovich y Pautassi 2006; Cunill Grau 2010; Pautassi 2010). Vale mencionar que el Comité de la ONU estableció la obligación por parte de los Estados, de sancionar normas y adoptar medidas especiales de protección a determinados grupos que resulten vulnerables o susceptibles de ser discriminados en sus derechos (Abramovich, 2006). Asimismo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su art. 22 concede el mismo derecho a toda persona, como miembro de la sociedad; mientras que la Convención sobre los Derechos del Niño (1990) establece que todos los niños/as y adolescentes tienen derecho al beneficio de la seguridad social y a un nivel de vida apropiado para su desarrollo físico, mental, moral, espiritual y social.

Como se ha dicho anteriormente, si bien estas políticas se originaron en un contexto de universalismo y de derechos, distintos posicionamientos entran en tensión en relación a los condicionamientos que la AUH/AUE contiene. Aquí, se puede advertir que desde la perspectiva de la ANSES (2011), los requerimientos son esenciales para la vigencia y operatividad de los programas, a la vez que las condicionalidades funcionan como un incentivo importante para fomentar tanto el cuidado de la salud como la formación de capital humano de los niños[7]. Entonces, desde esa visión, se puede entender que las condicionalidades se tornan como un medio promotor para los cuidados de salud y la escolarización. Pero desde otro punto de vista, se puede visualizar los rasgos de control y de sanción que presentan las Asignaciones en relación a la habilitación para ser receptor/a o no de la prestación. Es decir que, si se tiene en cuenta que los titulares/beneficiarios son los niños/as y adolescentes, pero quienes deben hacer frente a los condicionamientos, para acceder al cobro, son aquellos adultos responsables de los/as menores. Entonces, estaríamos frente a titulares de derecho y a titulares de cobro, por lo cual, los primeros –niños/as y adolescentes– son receptores o no de sanciones y también, merecedores/as o no del cobro, porque el acceso a la prestación se encuentra subordinado al accionar de los segundos –adultos responsables–.

---

7 http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/documentos/AUH%20para%20Protecci%C3%B3n%20Social.pdf

Por otra parte, la relación de la AUH/AUE con la seguridad social, permite vincular a la noción de igualdad y al reconocimiento de derechos, pero al reparar en las condicionalidades se percibe "un trato diferencial que contrasta con la forma de acceso directo al sistema de la que disponen los hijos de trabajadores formales, a quienes no se les retiene mensualmente monto alguno" (Hintze y Costa, 2011:160).

5. LA IMPLEMENTACIÓN AUH/AUE EN EL MUNICIPIO DE TIGRE Y SU CONVERGENCIA CON INICIATIVAS LOCALES

5.1 PERÍODO PREVIO A LA PANDEMIA

En el Municipio de Tigre[8] se han articulado diversos programas, tanto municipales, como provinciales y nacionales, vinculados directa o indirectamente con la planificación en salud. En el período bajo estudio se han registrado variadas iniciativas, algunas desde el nivel central y otras impulsadas por el gobierno local que se complementan con los programas involucrados en la atención de niños/as, adolescentes y embarazadas. No obstante, cabe mencionar que muchas cuestiones se corrieron de agenda para darle prioridad a la urgencia de la pandemia y muchos programas como los que se mencionan a continuación también se vieron degradados.

Antes de la emergencia sanitaria, el programa de sanidad escolar "PROSANE" efectuaba revisaciones integrales[9] y el programa "Para Verte Mejor" –con participación de actores de la comunidad, asociaciones civiles y empresas– brindaba revisión y entrega de lentes[10]. Ambos programas se ejecutaban en las escuelas primarias estatales del municipio.

En una articulación entre la Subsecretaría de Promoción Social y la Subsecretaría de Salud, el móvil "Muelitas" en el marco del programa "Para Reírte Mejor" recorría los jardines de infantes dando solución a los problemas bucales o derivando. Además, desde el Instituto Municipal de Alimentación Saludable y Nutrición (IMASN)

---

8 Tigre se encuentra ubicado en la zona norte del Conurbano Bonaerense, a 32 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, forma parte del segundo cordón y tiene una superficie de 368 km² (148 km² en el continente y 220 km² de islas). Fuente: Observatorio Metropolitano.

9 a cargo de profesionales de medicina, enfermería, fonoaudiología y odontología realizaban controles de salud, derivaciones al primer nivel, bucodental, método de pesquisa audiológico, aplicación de vacunas según calendario nacional de inmunizaciones y firma de libretas de AUH. https://www.tigre.gob.ar/salud/programas

10 https://www.tigre.gob.ar/salud/programas

se gestaron varios programas que articularon con educación, promoción social, cultura y deporte, promoviendo la alimentación saludable y brindaron apoyo nutricional a grupos en situación de vulnerabilidad social[11]. El programa "Tigre Pesa", realizaba monitoreos de control del sobrepeso, en plazas, estación fluvial y CAFyS[12]; mientras que "Tigrecitos Saludables al Cole" brindaba charlas sobre educación nutricional en las escuelas, y "Yo te quiero saludable" daba charlas gratuitas sobre pautas de alimentación y recetas para cumplir con los requerimientos nutricionales diarios[13].

El Programa de Asistencia al Deporte Infantil (PADI) realizaba controles anuales de salud en los clubes de fútbol en la población de 6 a 17 años, evaluando estado de crecimiento, desarrollo nutricional, idoneidad para realizar actividad física e inclusive firmando las libretas de AUH[14]; mientras que "Tigre cuida tu corazón" brindaba capacitación sobre primeros auxilios y RCP en el hospital materno municipal, instruyendo a las familias para proceder ante un eventual síndrome de muerte súbita infantil[15].

Otros programas a destacar son "Seguro te divertís" para la prevención y el tratamiento de las adicciones en los jóvenes[16], el programa de "Salud Mental" con un trabajo interdisciplinario psico-socio-familiar y comunitario, y fuerte anclaje en el territorio[17]. Finalmente se puede mencionar al "Catamarán Sanitario" ofreciendo servicios de salud[18] a la población isleña del Delta, con una frecuencia semanal[19].

---

11 http://www.tigre.gov.ar/salud/imasn

12 El programa se gestó en conjunto a la Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano https://tigrealdia.com.ar/el-programa-tigre-pesa-llega-a-los-centros-de-salud/

13 https://www.noticiasdesalud.com.ar/el-instituto-de-alimentacion-de-tigre-comenzo-con-charlas-abiertas-a-la-comunidad/

14 https://www.tigre.gob.ar/salud/programas

15 https://zonanortevision.com.ar/162216/tigre-realizo-una-jornada-de-cardioproteccion-para-prevenir-situaciones-de-emergencias-con-bebes/

16 El municipio y la fundación Fundeco lanzaron el programa con más de un centenar de preventores voluntarios encargados de recorrer zonas vulnerables para ayudar a víctimas de consumos problemáticos http://www.redderadios.com/lanzaron-seguro-te-divertis-para-prevenir-las-adicciones-en-los-jovenes-de-tigre/

17 https://www.tigre.gob.ar/salud/programas

18 en pediatría, nutrición, enfermería, medicina general, tocoginecología, vacunación y odontología. https://www.quepasaweb.com.ar/catamaran-sanitario-tigre-delta-atencion-marzo-2020/

19 https://plumaderio.com.ar/que-sucede-con-el-sistema-de-salud-en-islas-de-tigre/

5.2 PERÍODO PANDÉMICO

En el nuevo período político institucional atravesado por el COVID-19, el Estado debió desarrollar distintas intervenciones de asistencia para aliviar la situación de los sectores más vulnerables ante las desmejoras en sus condiciones de vida. Ante la grave situación sanitaria, el rol de las políticas y principalmente las de transferencias de ingresos se volvieron determinantes. En el marco de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) y según el Decreto N° 310/2020 se crea el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) para acompañar a varias familias de todo el país que se encontraban en situación vulnerable. Para la AUH/AUE, el beneficio se asignaba automáticamente desde la ANSES.

En paralelo y mediante la Res. N°26/2020 se crea la Tarjeta AlimentAR[20], bajo la órbita del Plan Argentina contra el Hambre (Res. N°8/2020) implementándose en todos los municipios[21] y alcanzando también a la AUH/AUE.

Aquí, merece la pena hacer mención a las ampliaciones y modificaciones de la AUH que se produjeron en el contexto de emergencia sanitaria. Hasta ese momento había restricciones normativas que impedían que la AUH alcance a la cierta población infanto-juvenil. Mediante el Decreto N° 840/2020, por un lado, se incorporaron niños/as y adolescentes que se encontraban por fuera de la órbita del programa; y, por otro lado, se restituyeron los derechos que por diferentes motivos gran cantidad de niños/as y adolescentes habían perdido. Las medidas incorporadas contemplan: a) la eliminación del tope del quinto hijo/a para percibirla; b) requisitos menos restrictivos para titulares extranjeros/as o para sus hijos/as argentinos/as; y c) la incorporación a la AUH de aquellos niños/as y adolescentes con datos disponibles de un solo progenitor/a. Con respecto de las medidas de suspensión de derechos: d) la reincorporación a la AUH de niños/as y adolescentes que habían sido dados de baja por adeudar el cumplimiento de condicionalidades; e) que se consideren como presentadas las libretas pendientes y los correspondientes certificados de los años 2018 y 2019.

Otro punto a destacar es que la pandemia hizo que las instalaciones de los polideportivos de Tigre se integraran a los servicios sanitarios, destinándose a vacunación, control de recién nacidos, niños/as, embarazadas y puérperas[22]. Asimismo, en las áreas en el espacio sanitario de los centros de salud además del triage previo al ingreso de cada persona

---

20 permite a los beneficiarios acceder a la canasta básica alimentaria y comprar todo tipo de alimentos, a excepción de bebidas alcohólicas.

21 https://www.tigre.gob.ar/novedades/detalle/883

22 http://www.tigre.gov.ar/novedades/detalle/1031

para control de la temperatura, tuvieron que seguir con atención de demanda espontánea y entrega de medicación crónica. También en las áreas de neonatología y maternidad se impulsó un protocolo para embarazadas sospechosas de COVID-19, con quirófano y sala de trabajo de parto respetado (TPR) para atención ante casos positivos[23].

6. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha visto que la intersectorialidad refiere la relación entre diversos sectores y se impone ante la necesidad de brindar soluciones a problemáticas que se definen como multicausales y que no pueden resolverse desde un único sector. De ahí, la importancia de llevar a cabo diferentes acciones que permitan legitimar los procesos de articulación intersectorial por medio de normativas y acuerdos. También se ha contemplado que el proceso de implementación de algunas políticas convoca a sectores complementarios del Desarrollo Social, tales como Seguridad Social, Salud y Educación.

Además, en el análisis de la intersectorialidad y en la implementación del SUMAR y la AUH/AUE se observa cómo se rompe con los esquemas sectoriales más tradicionales de la política social, en favor de la integralidad de las intervenciones, tanto en su instrumentación como en los arreglos institucionales para su ejecución. Por eso, al estudiar la trama institucional y los actores involucrados, se pudo observar que en el proceso de articulación de estos programas se ha logrado generar sinergia.

Por otra parte, se ha reparado en cómo la AUH/AUE permitió extender un derecho social a un sector de la población que por su situación laboral quedaba por fuera del mismo; y al ampliarse el régimen de Asignaciones Familiares a sectores de trabajadores informales y desempleados, no solo se invoca el principio de universalidad, sino que se identifica al trabajador informal como un nuevo sujeto de derecho. No obstante, que se hayan originado en un contexto de universalismo y de derechos y garantías, es inevitable que distintos posicionamientos entren en tensión debido a los condicionamientos que la AUH/AUE requiere. El cumplimiento de estos requisitos incentiva tanto la oferta de los prestadores de salud como la demanda sanitaria, pero a la vez ponen en debate el modo en que las condicionalidades maniobran al interior de las familias receptoras.

También, en la dinámica de la implementación, se pudo reparar en que las condicionalidades no solo generan un efecto sinérgico hacia la intersectorialidad, sino que finalmente traccionan hacia ella.

---

23 http://www.tigre.gov.ar/novedades/detalle/1073

En el caso de Tigre y al indagar en la intersectorialidad y en los alcances de la política nacional en la política sanitaria local se pudo percibir en la ejecución de políticas garantistas de derechos sociales que permiten brindar un conjunto de protecciones a la población durante las etapas de embarazo, niñez y adolescencia a la vez que convergen y se complementan con variadas iniciativas municipales que traccionan positivamente en el acceso a la atención sanitaria de la población materno infantil. A la vez, se interpreta que de algún modo, las instituciones locales funcionaron como engranaje para alcanzar la intersectorialidad entre los programas.

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, V. y Pautassi, L. (2006). "Dilemas actuales en la resolución de la pobreza: El aporte del enfoque de derechos". Seminario *Los Derechos Humanos y las Políticas Públicas para Enfrentar la Pobreza y la Desigualdad*; Universidad Nacional Tres de Febrero, Buenos Aires. UNESCO, Secretaría de Derechos Humanos.

Aguilar Villanueva, L. F. (1996). "Estudio introductorio". En: J. L. Aguilar Villanueva (Ed.), La implementacion de las politicas públicas (pp.14-92). México: Miguel Ángel Purrúa.

Berman, P. (1996). "El estudio de la macro y la micro implementación". En: L. F. Aguilar Villanueva (Ed.), La implementacion de las politicas públicas (pp.281-321). México: Miguel Ángel Purrúa.

Bronzo, C. (2007). "Intersetorialidade como principio e prática nas políticas públicas: reflexoes a partir do tema do enfrentamento da pobreza". XX Concurso del CLAD sobre Reforma y Estado y Modernización de la Administración Pública "Como enfrentar los desafíos de la transversalidad en la gestión pública?". Caracas.

Castell Florit-Serrate, P. (2004). "La Intersectorialidad. Conceptualización", Panorama Internacional y de Cuba. Revista Horizonte Sanitario volumen 2, número 3. México: División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Tabasco.

Chiara M. y Di Virgilio, M. (2009). "Gestión de la Política Social. Conceptos y Herramientas". Editorial UNGS/Prometeo, Buenos Aires.

Chiara, M.; Crojethovic, M. y Ariovich, A. (2017). "El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional". En Salud Colectiva, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 663-676.

Cunill Grau, N. (2010). "Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública". Revista del CLAD Reforma y Democracia, 41-72.

Cunill Grau, N. (2014). "La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual". En Gestión y política pública, 23 (1), 5-46.

Danani, C. (2004). "El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social". En Danani C. (compiladora): *Política social y economía social: debates fundamentales*. Buenos Aires. UNGS/ OSDE/ Altamira.

Danani, C. (2013). "El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: buscando el modelo que nunca tuvo". En: Revista Uruguaya de Ciencia Política N° 22. Pág. 145- 170. Instituto de Ciencia Política/Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay

Elmore, F. E. (1996). "Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales". En: L. F. Aguilar Villanueva (Ed.) La implementación de las Políticas (pp. 185-249). México: Miguel Ángel Porrúa

Grassi, E. (2008). "La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad: reflexiones para un debate post-neoliberal". En Jarrín, J. P. *Es posible pensar una nueva política social para América Latina*, pp. 29-68. Ecuador: FLACSO.

Hintze, S. y Costa, M. (2011). "La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximación al proceso político de la transformación de la protección". En Danani, C. y

Hintze, S. y Costa, M. (2014). "Capacidad protectoria de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social: problemas y debates a cuatro años de su implementación". En Danani, C. y Hintze, *S. Protecciones y desprotecciones (II): problemas y debates de la seguridad social en la Argentina*. Buenos Aires: UNGS.

Isuani, F. (2007). Capacidades estatales para la implementación interorganizacional de políticas públicas. http://www.aaeap.org.ar 2007

La Serna C. (2016). ¿Hacia un estado jerárquico de mercado? Reflexiones anticipadas sobre el regreso del neoliberalismo. Revista Administración Pública y Sociedad de N°1, 2016 pp. 60-72.

OPS (2015). "Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica". Washington, DC.

Pressman, J. y Wildavsky, A (1998). "Prefacio a la primera edición". En: J. Pressman y A. Wildavsky, Implementación: Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland

(pp. 50-60). México: Fondo de Cultura Económica.
Repetto F. (2012). Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales / Fabián Repetto y Juan Pablo Fernández. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC
Roth Deubel, A. (2006). "La implemntación de las decisiones". En: A. Roth Deubel, Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación (pp. 107-134). Bogotá: Ediciones Aurora.
Scharpf, F.W. (1997). Games Real Actors Play: Actor-Centred Institutionalism in Policy Research. Boulder: Westview Press.
Subirats, J.; Knoepfel, P.; Larrue, C. y Varonne, F. (2008). "Los actores de las políticas públicas (pp. 51-69)". En: J. Subirats; P. Knoepfel; C. Larrue y F. Varonne, Análisis y gestión de políticas públicas. Barcelona: Ariel ciencia política.
Tzeiman, A. (2017). Radiografía política del macrismo. Buenos Aires, Caterva Editorial
Vergara, R. (2001, noviembre). Instituciones y política social en México: una explicación de los procesos de cambio en la política social desde la perspectiva institucional. En VI Congreso Internacional del CLAD, Buenos Aires

FUENTES

Página oficial Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES)
URL: https://www.anses.gob.ar/prestaciones/asignacion-universal-por-hijo-auh/

Observatorio de la Seguridad Social
URL: http://observatorio.anses.gob.ar/publicacion

Página oficial de Ministerio de Salud de la Nación
URL: https://www.argentina.gob.ar/salud

Página del municipio de Tigre
URL: https://www.tigre.gob.ar/salud/programas

NORMATIVA

Resolución ANSES, Nº 393/2009, Reglamentación de la AUH.
Resolución ANSES, Nº 132/2010 - Asignaciones fliares – Asignación Universal por Hijo
Resolución N° 475/2016
Decreto 1602/ 2009. Asignaciones Familiares.
Decreto 446/ 2011. Asignación Universal por Embarazo.
Decreto 433/ 2015. Asignación por ayuda escolar anual.
Decreto 504/ 2015. Régimen de Asignaciones Familiares.

Decreto N° 908/2016 CUS.
Decreto N° 310/2020 IFE.
Decreto N° 840/2020 Régimen de Asignaciones Familiares.
Ley 24.714 Asignaciones Familiares.
Ley 27.160 Movilidad de las Asignaciones Familiares.

Experiencias sobre salud intercultural del Pueblo Qom en la Provincia de Buenos Aires

Verónica Castellano*, Clara Romero**

El trabajo presenta la etapa inicial del proceso de investigación sobre los Consultorios Interculturales de la Comunidad Qom, *Lma Iacia Qom* ubicados en San Pedro Provincia de Buenos Aires. El objetivo es analizar las políticas de Salud Intercultural a partir de un enfoque antropológico que articule los desarrollos de la antropología de la salud y los estudios sobre políticas indígenas. Dentro del proceso de visibilización de lo que se denomina "indígenas urbanos" , múltiples comunidades ubicadas en áreas metropolitanas muestran su presencia en distintos ámbitos como educación y salud. Los consultorios *interculturales "Dalagaic Piogonac"* –la nueva forma de curar– surgen en la Comunidad *Lma Iacia Qom"* a partir de la propuesta de la referente indígena de la comunidad, junto a un equipo médico. El objetivo de los mismos es poner en diálogo los saberes de una parcialidad del pueblo Qom y la ciencia médica además de presentar una medicina denominada "ancestral y complementaria de la medicina occidental". Los consultorios inicialmente y actualmente en Centro de salud se constituyen en la Provincia de Buenos Aires bajo la órbita del Ministerio de

* Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (FFyL, UBA) castellanovs@gmail.com
** Mesa Técnica de Salud Indígena, Directora Indígena Centro de Salud Intercultural *Dalagaic Piogonac* mesa.regional.indigena@hcdsanpedro.gob.ar

Salud Provincial, la Mesa Técnica de Salud Indígena del Ministerio de Salud de la Prov. de Bs As, la Región Sanitaria IV y de la Secretaría de Salud del Municipio de San Pedro. En este camino comienzan a dialogar los saberes de los pueblos indígenas y la biomedicina buscando a largo plazo posicionar a la medicina indígena como una, entre otras, formas de atención.

A modo de una introducción partimos de la existencia del pluralismo médico y en particular de la salud intercultural. A pesar de la diversidad de trabajos sobre el reconocimiento de la población indígena, siempre es importante recordar la preexistencia de los pueblos a los estados-nación y se hace necesario recurrir a la legislación tanto internacional como nacional que considera que pretende "resguardar y avalar" dicha preexistencia, no siempre de manera exitosa. La dimensión legal abarca así mismo, los aspectos relacionados a la salud de las comunidades indígenas y sus prácticas dando lugar a distintas definiciones sobre lo que se denomina salud intercultural con los pueblos indígenas. Además de esta preexistencia a nivel regional y nacional, aquí señalamos y llamamos la atención sobre "la presencia" de población indígena en espacios urbanos y de manera particular en la provincia de Bs As. Allí la existencia indígena se manifiesta en distintas áreas (educación, salud, legislación, territorialidad). De manera especial en la localidad de San Pedro es dónde nos interesa destacar la presencia indígena a partir del trabajo realizado en el área de salud con la constitución de un centro de salud intercultural y su desarrollo en la actualidad.

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

El trabajo de recopilación sobre la relación entre ciencias sociales y salud de Roberto Castro (2016) señala una serie de vínculos entre ambas áreas de las cuales nos interesa señalar dos formas de abordaje. Por una parte la tradición médico antropológica da cuenta de diversas formas de atención y especialmente sobre las llamadas prácticas médicas tradicionales en Méjico, mediante las que se retoman las prácticas curativas de pueblos indígenas Esta perspectiva también describe y caracteriza el modelo médico hegemónico a partir de los trabajos de Eduardo Menéndez. Dentro de esta tradición puede analizarse nuestro caso a partir de las relaciones entre distintas formas de atención, los vínculos de la biomedicina con otras prácticas curativas pero no en relación a las prácticas específicas sino la articulación a nivel institucional.

A su vez, consideramos relevante un segundo abordaje de medicina social que se nutre desde una perspectiva marxista y busca

demostrar como el capitalismo determina las características de las enfermedades, las situaciones de desigualdad y la forma en que ésta determina el uso, acceso y políticas públicas de salud. Tradición que apunta no solamente a la enfermedad sino al estado de salud previo, es decir teniendo en cuenta las condiciones generales de vida. En este sentido el trabajo en proceso ha permitido encontrar situaciones de desigualdad en el acceso a la salud siendo el Centro de Salud Intercultural una herramienta que facilita este acceso mediante el pluralismo médico. Así mismo se hace necesario plantear la importancia del rol del Estado como garante de la salud en sentido amplio, mediante la implementación de políticas públicas que atiendan a la diversidad.

SALUD INTERCULTURAL

La noción sobre el proceso de salud-enfermedad- atención-cuidados, refiere a los diversos modos de atender, significar y dar sentido a la enfermedad y la muerte (Margulies y García, 2017). Se trata de una construcción social emergente de las condiciones de vida de los conjuntos sociales. Desde esta perspectiva entendemos que todas las formas de atender padecimientos son instituciones, esto es, instituyen una determinada manera de pensar la enfermedad y en particular a las y los enfermos. A lo largo del tiempo ciertos curadores pasan a ser reconocidos institucionalmente autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva, en el marco de relaciones de hegemonía y subalternidad (Menéndez, op.cit). Tal es el caso de la biomedicina que a partir del siglo XIX se identificó en ciertas sociedades como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad, legitimada por el Estado. Sin embargo ello no impidió el uso-paralelo o alternativo- y desarrollo de diversas formas de atención de los padecimientos. Entre las otras formas de atención se puede mencionar a la medicina "tradicional" o "popular" alternativas, centradas en autoayuda y las devenidas de otras tradiciones médicas (ayurveda, acupuntura, etc.) (Menéndez, 2003). Inicialmente en este trabajo contemplaremos la medicina intercultural restringiéndola a la relación entre la biomedicina y las diferentes medicinas practicadas por los diversos pueblos indígenas- en este caso de una parcialidad del Pueblo qom (Menéndez, 2003, 2015; Caramés García, 2004) La comunidad Qom que conforma el Centro de salud intercultural atiende la enfermedad como un todo, sin desmembrar por órganos ni sistemas, primero es una persona , un hermano , que tiene un desequilibrio orgánico , emocional, espiritual con el mismo y con su entorno que puede ser familiar , comunitario o territorial.

LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Los movimientos indígenas con sus diversas características poseen una larga trayectoria de lucha por el reconocimiento de su preexistencia al Estado Nacional, si tenemos en cuenta la periodización de cuatro etapas hecha por Gorosito Kramer (2008) nos encontramos con un lento camino con ciertos avances. La autora señala en esta periodización el vínculo entre pueblos indígenas-Estado como "marcos de la legalidad institucional del Estado con relación a tales pueblos" (Gorosito Kramer, 2008:52), destacando la posición subordinada de pueblos preexistentes al Estado y además la necesidad de requerir ser ubicados en un "marco de legalidad".

A los fines de este trabajo remarcamos lo sucedido en la segunda etapa, ya que son procesos que aún se repiten en la actualidad[1]. En este período (1945-1985) fueron la educación y el trabajo los factores que continuaron la tarea de construcción de ciudadanía, la cual buscaba aglutinar también a la gran masa de inmigrantes europeos que ingresaban al país como consecuencia de las guerras mundiales. En esta etapa tuvo lugar la firma del Convenio 107 de la OIT bajo el título "Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales". Además en este tiempo las economías regionales produjeron una expulsión de la mano de obra. Paradójicamente a pesar de la gran migración indígena a las ciudades, "ser indígena" fue oficialmente reconocido por su condición de poblador rural en el primer Censo Nacional Indígena del año 1968. Si bien en la actualidad el concepto de autoadscripción es contemplado en la elaboración de los censos, a la hora de realizar estimaciones geográficas-demográficas, no suele tenerse en cuenta la presencia indígena en los ámbitos urbanos, ni el permanente proceso migratorio rural-urbano, ni los asentamientos en barrios de emergencia (Radovich, 2011) con la consiguiente ausencia de políticas públicas para las poblaciones indígenas urbanas (Radovich, 2014).

El siguiente período que menciona Gorosito Kramer comprende los años 1985 a 1994 –marcado por un incipiente pero permanente activismo indígena, se sancionó la Ley Nacional Nº 23.302 de "Política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes"– reglamentada en 1988– (Radovich, 2011) y la posterior creación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) en 1985 bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, actualmente del Ministerio de Justicia

---

1 La primera etapa (circa 1880-1945) se caracterizó por la presencia de poblaciones indígenas "pacificadas" o exterminadas mediante el incipiente ejército nacional, con una estigmatización del "indio belicoso" –la cual persiste hasta el presente–. Durante ese período comenzó el trabajo del Estado para conformar una identidad nacional, lo cual se extendería al siguiente período.

y Derechos humanos. El INAI más tarde, daría origen en 2004 al Consejo de Participación Indígena (CPI)-dependiente del Ministerio de Desarrollo Social– el cual con diversas modificaciones, avances y retrocesos logró intervenir en las políticas indigenistas. Otro organismo creado en este período, en el año 1996, es el Registro Nacional de Comunidades indígenas (RENACI) formalizado mediante el Decreto Nº4811/96.

La última etapa que establece la investigadora, estuvo marcada por la reforma constitucional de 1994, la cual señala en el Artículo 75, inciso 17 el reconocimiento de la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas "argentinos" y garantiza el respeto a su identidad y formas de vida, como también la posesión de sus tierras. En 1992 se firmó el convenio 169 de la OIT y en 2000 la República Argentina adhiere a dicho convenio –mediante la Ley Nº 24. Así mismo en 2008 se crea el Reproci Provincial de comunidades Indígenas de la Provincia de Buenos Aires (REPROCI) el cual se formaliza en 2013.

INDÍGENAS URBANOS

En lo que respecta a la identidad indígena reconocida estatalmente, como ya fue mencionado, la identificación estuvo marcado por la ruralidad, acompañado en segundo término del uso de la lengua, la presencia de una conformación familiar-parental y finalmente la conservación de sus formas de organización (Gorosito Kramer, 2008). Sin embargo, el reconocimiento de la identidad busca ampliarse– sin lograrlo totalmente, trasladándose a la categoría de "poblaciones vulnerables"– producto del traslado hacia las ciudades y del aprendizaje de las prácticas estatales de los propios indígenas buscan desmarcar su identidad de la ruralidad (Gorosito Kramer, 2008).

A pesar de los distintos problemas que se observan con la implementación de las legislaciones e instancias de participación, diversos autores acuerdan que las políticas indígenas han logrado un aumento de la participación y además ha llevado a los dirigentes indígenas a apropiarse de un entramado legal y administrativo (Radovich, 2014; Gorosito Kramer, 2014). El activismo indígena ha dado lugar a un proceso de reconocimiento, en algunos casos de la mano de instituciones académicas, y así comienzan a identificarse un conjunto de comunidades indígenas en espacios urbanos[2]. Una parte de esta presencia

2 Como el caso de algunas Comunidades que acompaña el UBANEX "Indígenas en la ciudad. Articulación y fortalecimiento de espacios etnopolíticos en el Área Metropolitana de Buenos Aires":Comunidad Qom "19 de Abril" de Marcos Paz, "Yapé" de Quilmes y "Nogoyin Ni Nala" –toba, mocoví– de Almirante Brown, entre otras

es relevada mediante datos censales. Así, por ejemplo en el año 2010 se indica que en la región Centro (Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires) habita el 52,7% de la población indígena del país (Engelman, 2016). Mientras que en las localidades del interior de la Provincia de Buenos Aires la población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios en viviendas particulares es de 112.671, correspondiente al 2% de la población (INDEC 2010), dato que no siempre se ajusta al reconocimiento y explicitación del origen indígena históricamente negado producto de la discriminación. En la provincia de Bs As el mayor número de población indígena corresponde al pueblo mapuche con 50246 personas, guaraní 18408 y en tercer lugar Toba-Qom con 18414 habitantes (INDEC 2010). En el espacio a analizar en breve, en el Municipio de San Pedro la población indígena era de 679 personas (INDEC 2010).

La presencia indígena en la zona de San Pedro y alrededores, como en otros lugares de la Provincia de Buenos Aires es un proceso de larga data pero fuertemente negado. En el período pre colonial la zona fue habitada por querandíes, baguales, chanás y caaguanés, y otros pueblos de origen guaranítico. Durante los años 60 se produjo la migración indígena de la zona chaqueña hacia la región pampeana de pueblos qom y moqoit fundamentalmente. Situación que se produjo como resultado de la desestructuración de las economías regionales y la consiguiente búsqueda de fuentes de trabajo. El pueblo Qom fue despojado de sus tierras, para la venta por parte de los Estados para el aprovechamiento de los montes nativos en las industrias madereras, el Qom no sabe vivir sin el monte, si no hay montes se va, da lo mismo donde vaya y que vaya a hacer. Esta situación se profundizó en el decenio de 1990(Gutman, 2003).

LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Dentro del marco legal que parece seguir siendo necesario para avalar el lugar de la población indígena y especialmente en lo que respecta a la salud, la –Ley N°23.302 menciona el apoyo a las comunidades indígenas especialmente en lo que se refiere a las necesidades para asegurar condiciones para el desarrollo de la vida –agua potable, manejo de desechos, saneamiento de viviendas–(no siempre cumplido). De manera particular esta ley señala en el Artículo 21 hace incapie en el respeto de la medicina tradicional, indígena propiciando la integración de prácticas curativas, como también la formación de promotores sanitarios aborígenes.

Así mismo, la Ley Nacional n° 24.071 define los principios que deben guiar las políticas interculturales en salud "Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados

servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental" (Artículo 25 inc. 1). También declara la inclusión de los pueblos indígenas teniendo en cuenta" sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales" (Ley n° 24.071 art. 25 inc. 2). La ley señala la formación del personal sanitario de la comunidad que, como señala Aizembreg (2013), reproduce la supremacía de la biomedicina

Si bien el desarrollo técnico de la biomedicina ha permitido alcanzar importantes avances para el cuidado y mantenimiento de la salud, en su expansión por sobre otro tipo de medicinas ha desarrollado una serie de prácticas y eliminado otras que formaban parte de distintos sistemas curativos. En algunos casos esto ha derivado en la interrupción del diálogo entre distintos sistemas de curación como el indígena o también llamado tradicional (Menéndez, 2003), con su correspondiente estigmatización y persecución. En otras ocasiones se desarrollaron procesos de interacción que finalmente fueron cuestionados en su legitimidad y utilidad por gestionarse a partir de instituciones estatales u ONGs (Menéndez, 2015). En el caso de este estudio queremos destacar que se hace a instancias de la comunidad lo que presumimos posibilitará mejores resultados.

COMUNIDAD *LMA IACIA QOM*

El Centro de salud Intercultural se ubica en la localidad de San Pedro[3] ubicada en el noroeste de la Provincia de Buenos Aires con una población de 59.036 habitantes (INDEC 2010). En el último censo, el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas en dicha provincia era del 7,7% (INDEC, 2010). La región a partir de los años 90 reconfiguró su perfil productivo[4], con un marcado descenso de las actividades agrícola ganaderas y un mayor desarrollo de las actividades turísticas como una fuente de ingresos alternativa ante la pérdida de trabajo.

---

3 El partido ocupa una superficie de 1322 km², está ubicada a 164 km de la Ciudad de Buenos Aires y a 141 km de la ciudad de Rosario. Además de la ciudad cabecera –San Pedro– se compone de las localidades de Gobernador Castro, Río Tala, Santa Lucía, Pueblo Doyle, Ingeniero Moneta, Vuelta de Obligado, campos e islas del Río Paraná.

4 Las principales actividades que allí se desarrollan son el turismo, la producción de cereales, frutihortícola y ornamental. Otras actividades están ligadas a diferentes industrias (Arcor, Papel Prensa, frigoríficos) favorecidas por el desarrollo portuario, el que a su vez se revaloriza en función del turismo y las actividades náuticas.

La Comunidad "*Lma Iacia Qom*[5]" (Casa del hermano toba) tiene origen en el año 2000 como asociación, en 2009 obtiene la personería jurídica como "Asociación Civil" de la Provincia de Buenos Aires (Exp.21209-1357-41/9/1) y en el año 2014 es reconocida como comunidad indígena por el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (I.N.A.I.) (Míguez, 2016).

En el año 2011 se crea al interior de la comunidad, el Centro de Interpretación El Antigal[6], donde a lo largo de estos años se han realizado diversas actividades con otras comunidades e instituciones educativas de la localidad y universidades. "*Lma Iacia Qom*" creó el "Proyecto de Participación Intercultural Bilingüe", además de diversos proyectos de extensión e investigación sobre identidad indígena con la Universidad de Buenos Aires y la Universidad de Lujan.

La comunidad también ha participado e impulsado actividades asociadas a fechas particulares como es la Ordenanza Municipal Nº 5591 (14-09-2006), a través de la cual se decretan los "Tres Últimos Días de Libertad Indígena" en San Pedro, la recuperación del cementerio indígena de Baradero en 2009, la masacre de *Napalpi* (19/07), año nuevo indígena, día de la mujer indígena (5/9) y otros sucesos históricos de la región como es el caso de la batalla de la Vuelta de Obligado. En el año 2011, el Concejo Deliberante de San Pedro bajo la resolución n° 5943/11 crea la "Mesa Coordinadora Regional de Pueblos Indígenas para Derechos Humanos" integrada por la asociación *Lma Iacia Qom* y los presidentes de los bloques políticos del Concejo.

LA SALUD EN LA REGIÓN

El 30% de la población de la provincia de Bs As carecía en 2010 de obra social o medicina prepaga. A su vez el 37% de la población indígena o descendiente de pueblo indígena de la Provincia de Buenos Aires carece de cobertura de salud (INDEC 2010). Las principales causas de mortalidad general en la provincia durante 2017 (CIE 10), fueron enfermedades del corazón y tumores, seguido por enfermedades de causas bien definidas y en cuarto lugar enfermedades infecciosas (Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, 2017). La

5 Los miembros fundadores de la comunidad provienen de la cuidad de Castelli, provincia de Chaco. Ésta se conforma a partir de lazos familiares y de amistad de quienes se reconocen como pertenecientes al pueblo Qom, integrando así a diversas familias de la localidad de San Pedro. A nivel organizativo está compuesta por una cacique o Carashe y el denominado consejo de ancianos, los adultos mayores de la familia fundadora.

6 Iinicialmente en la zona de rio Tala y posteriormente trasladado a San Pedro.

atención sanitaria según los datos censales (CNA, 2010), en el partido de San Pedro, el 33% de la población carece de obra social y el 1% posee programa o plan de salud estatal.

En lo que respecta a la salud intercultural indígena en la Provincia de Bs As, la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud, crea mediante la Resolución 1967/17 artículo 3, la Mesa Técnica de Salud Indígena (MTSI), conformada por ocho representantes indígenas de los pueblos Kolla, Mapuche, Tupí Guarany y Qom y el Coordinador del Programa de Pueblos Indígenas como representante del Ministerio de Salud Provincial. Entendemos que la presencia de la Cacique de la Comunidad *Lma Iacia Qom* como miembro de esta Mesa la acerca y habilita a otra forma de visibilizar la presencia indígena en espacios de salud en su región. Destacamos que la "acerca" ya que no es un camino directo a la concreción inmediata de los consultorios interculturales sino el fruto de gestiones y presencia en múltiples instancias tanto de salud como académicas[7].

CONSULTORIOS INTERCULTURALES A CENTRO DE SALUD INTERCULTURAL

El Municipio otorga a la Comunidad un espacio en el Centro Integrador Comunitario, así los consultorios comienzan a funcionar el 13 de septiembre de 2017. El equipo se conformó inicialmente por la cacique, médicos clínicos, ginecóloga y obstetra, médico pediatra y enfermera –perteneciente a la comunidad Qom. En lo que respecta a lo administrativo, el equipo médico forma parte del plantel permanente del Municipio y tienen horas asignadas a los consultorios interculturales.

Luego del primer año de atención se destacó la valiosa experiencia y los buenos resultados logrados. En primera instancia, se ha comenzado a correr barreras instaladas a partir de prejuicios tanto con los médicos como con la población. La asimetría entre el médico y el paciente se transformó en un círculo de encuentro entre tres personas (el paciente, la cacique y el médico), proceso que dio lugar a un enriquecimiento mutuo. Así se ha logrado establecer un vínculo de confianza que ha permitido dar lugar a la voz de los pacientes, quienes en un rol activo y no solo como "paciente" describen las

7 Participación en espacios educativos haciendo difusión de los conocimientos de los saberes alimentarios y curativos tanto en escuelas públicas de la zona como con la Escuela de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires 2017 y 2018, Consejo de Salud Provincial, 8° Encuentro Nacional de Prácticas Comunitarias en Salud en la Universidad Nacional de Avellaneda 2018, Jornadas de la sociedad Argentina de Pediatría 2018, 2019

prácticas y usos que ya vienen realizando de ciertas "medicinas caseras". El equipo intercultural decidió entonces recuperar estos saberes y "emprolijarlos", ordenarlos.

En el año 2019 los Consultorios interculturales que se desarrollaban en el CIC se trasladan al terreno de la comunidad constituyéndose el Centro de Salud Intercultural y se formaliza su creación y reconocimiento por el municipio mediante la Ordenanza N° 6456/20 del Honorable Concejo Deliberante. El espacio estaba inicialmente compuesto por dos consultorios, sala de espera y baño. Durante 2020 y 2021 se construyeron la enfermería, farmacia y depósito, cuenta además cuenta con vacunatorio, extracción de muestra para laboratorio y ecógrafo.

En lo que respecta a la población que asiste al centro, inicialmente podremos señalar como pertenecientes a diversos grupos socioeconómicos. Algunos pacientes son beneficiarios de PAMI, otros poseen obra social privada, como también asisten personas que carecen de cualquier tipo de prestación médica. La población atendida se ha ido incrementando a partir de la difusión de sus integrantes y del reconocimiento que ha logrado mediante la atención que realiza. Si bien es poca la distancia entre el CIC y el centro, algunas personas que se atendía allí se trasladan a la nueva ubicación. Los pacientes que asisten al consultorio lo hacen por la valorización y el conocimiento previo que poseen de prácticas que escapan a la "medicina occidental". Estos aspectos remiten a una de las reflexiones de Menéndez (2003)– quien señala que, a pesar de su hegemonía, el MMH no ha logrado eliminar estas otras formas de atención tanto por su eficacia como por el valor simbólico de prácticas transmitidas de generación en generación.

Así mismo el Centro comienza también a ser visitado por la población cercana y, en otros casos producto de la divulgación de los pacientes, por personas residentes en lugares más alejados. Además hay que señalar que dada la disponibilidad de atención y el horario por la tarde, es preferido para la atención, así como también por el conocimiento del personal médico en otros espacios donde ellos trabajan, situación que lejos de ser problemática permite el conocimiento del Centro y la integración de otras formas de atención. En otras oportunidades la atención es elegida por la disponibilidad de atención de distintas especialidades que no requieren de una larga espera para la obtención de turnos ni realización de trámites como si lo requiere la obra social lo que también permite la visibilidad de la atención intercultural.

La simetría de los integrantes del plantel posibilita el enriquecimiento mutuo del personal médico, enfermeras, y los miembros de

la comunidad, donde la relación asimétrica de saberes se invierte. No es solamente la diferencia de criterios sobre la salud, sino también sobre la medicina y las distintas maneras de abordar la primera. Es enriquecedor participar de las charlas entre los miembros del equipo de *Dalagaic Piogonac* sobre los pacientes atendidos destacando las características sociales y afectivas, como así también la búsqueda de estrategias para lograr la adherencia y continuidad de los tratamientos o el seguimiento de pacientes en situaciones vulnerables y de manera especial sobre la salud de las mujeres.

En los comienzos, un miembro del equipo médico señaló "los consultorios interculturales son producto de un "surco que hizo Clara hasta la Secretaría de Salud", el cual se ahondó, siguiendo la metáfora hasta lograr la conformación del Centro de Salud intercultural, resultado de la persistencia para que el Estado, las instituciones y las políticas públicas respeten derechos de los pueblos indígenas. Producto de este esfuerzo a lo largo de los años se ha logrado establecer un buen vínculo de la Comunidad con el Estado tanto local, regional como provincial. Los funcionarios y las autoridades del Municipio han reconocido la persistencia enérgica y permanente pero sumamente respetuosa de la Comunidad que sabe cuáles son sus derechos y los ejerce.

BIBLIOGRAFÍA

Aizemberg, L.(2013) Salud indígena: una reflexión crítica y miradas. Alternativas a la perspectiva intercultural. Astrolabio. Nueva Época n° 11 año 2013 ISSBN 16687515

Carames Garcia, M. T. (2004) "Proceso Socializador en Ciencias de la Salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente". En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.), Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas, pp. 31-52, Editorial Abya Yala, Bolhispania, UCLM, Quito.

Castro, R. (2016). Ciencias sociales y salud en Méjico: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. En Teoría social y Salud. Lugar Editorial; Universidad Nacional Autónoma de Méjico.

Convenios Ley Nº 24.071. Apruébase el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. http://servicios.infoleg.gob.ar . Visitada 25/10/18.

Comunidades Aborígenes. LEY Nº 23.302. Ley sobre Política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes. Objetivos. Comunidades Indígenas. Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Adjudicación de Tierras. Planes de Educación,

Salud y Vivienda. http://servicios.infoleg.gob.ar. Visitada 25/10/18.
Engelman, J. M. (2016). Migración étnica y condiciones de vida urbana al sur del Área Metropolitana de Buenos Aires. Alteridades, 2016-26 (52): Págs. 67-79.
Gorosito Kramer, A. M. (2008). Convenios y leyes: la retórica políticamente correcta del Estado. Cuadernos de Antropología Social N°28, pp 51-65. Facultad de Filosofía y Letras. UBA.
Gutman, G. (2003). "La agricultura y la producción de alimentos en América Latina", en América Latina: sociedades y territorios en los inicios del siglo XXI, Revista Didáctica de las Ciencias Sociales, Geografía e Historia, nº 35, Barcelona, Ed. GRAO.
Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional 2010
Margulies, S., Garcia, M.G. (2017) Problemas y conceptos en Antropología de la Salud, Buenos Aires: Mimeo.
Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos. Ciencia y salud colectiva, 8 (1) 185-207.
Menéndez, E. (2015). Salud intercultural: Propuestas, acciones y fracasos. Río de Janeiro. Editorial Ciência & Saúde Coletiva, 21(1).
Míguez Palacio, R. M. (2016). "Investigación y extensión universitaria. Reflexiones en torno al quehacer antropológico en comunidades indígenas urbanas", Cuadernos de Antropología, No. 15: 41-53. Enero-Junio. ISSN 0328-9478 (impreso). ISSN 2314-2383 (en línea).
Radovich, J. C. (2011). Los pueblos originarios en la Argentina, situación actual. En: Bovisio, María Alba y Juan Carlos Radovich. "Arte indígena en tiempos del bicentenario" pags.75-99. Secretaría de Cultura de la Presidencia de la Nación, Buenos Aires, Argentina.
Radovich, J. C. (2014). Política indígena y movimientos etnopolíticos en la Argentina contemporánea. Una aproximación desde la antropología social. Revista Antropologías del Sur N°1 · 2014 Págs. 133-145.

Mujeres líderes como mediadoras para prevenir el cáncer en Entre Ríos

Estibaliz Cuesta Ramunno*, Claudio Staffolani**,
Silvia Tessio Conca***

INTRODUCCIÓN

Los resultados del estudio "Representaciones sociales sobre los factores ambientales de riesgo que poblaciones rurales de la Región Centro asocian a casos de cánceres" (Director Claudio Staffolani. Asistencia Financiera a Proyectos de Investigación en cáncer IV 2018-2020) en el que se realizó trabajo de campo en 9 localidades de menos de 5000 habitantes de la Región Centro argentina (Santa Fe, Entre Ríos y Córdoba) mostraron conflictos entre la percepción de riesgo identificada en factores ambientales que impactan en la prevalencia y mortalidad de casos de cánceres y una actual transformación tecnológica acontecida en el modelo productivo agro-ganadero en implantación en la Provincia de Entre Ríos (observada específicamente en el estudio de las localidades Rincón del Doll, General Campos y Sauce de Luna). La identificación por parte de las comunidades rurales[1] estudiadas

* Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos (FCVyS.UADER) esticuesta@usal.es
** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional De Rosario cstafol@hotmail.com
*** Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos (FCVyS.UADER) tesio.silvia@uader.edu.ar

1 Las variables básicas para definir lo rural son principalmente la ocupación agrí-

en la Provincia de Entre Ríos, en comparación con el resto de localidades estudiadas de la Región Centro, de una mayor prevalencia y mortalidad por cáncer se encuentra en concordancia con la presencia, a partir de la década de los ´90 de un leve aumento en la razón estandarizada de mortalidad de todos los tumores con un intervalo del 95 % de confianza según sexo y jurisdicción de residencia para los varones en dicha provincia (INC, 2013 y 2020). En la Región Centro Argentina, en términos generales, se observa la misma tendencia para varones como mujeres, aunque en comparación con el resto de las provincias que engloban dicha región, los valores para Entre Ríos se encuentran de forma significativa por encima en varones. Para autores como Merlinsky (2017) es esencial identificar, no solamente qué daños son percibidos por una comunidad o grupo afectado, sino también el inventario del conjunto de antagonismos entre actores cuyos intereses en relación con el ambiente se contraponen. En este sentido, durante los años 2018-2020 identificamos una problemática común: la falta de un tercero de apelación para mediar en conflictos que se generan a partir de la interfaz ambiente-salud (utilización del ambiente productivo vs. cuidado de la salud) sobre todo a la hora de ponderar los beneficios de un modelo productivo desarrollado en el ambiente próximo y su impacto sobre la salud (y que pudimos observar especialmente en la percepción del aumento casos de cáncer). No existe en estas pequeñas poblaciones rurales un ámbito institucional donde se puedan resolver este tipo de conflictos. En estos lugares no hay oficinas o delegaciones de nivel provincial o nacional (como juzgados o dependencias de ministerios que habitualmente quedan a cientos de kilómetros en los grandes centros urbano) que permitan plantear y dirimir la problemática, sobre todo para los habitantes más afectados y que son –como pudimos observar– habitualmente los de menos recursos económicos y sociales (Staffolani, et al, 2020). Tampoco existen especialistas en derecho ambiental u organizaciones ambientalistas que puedan hacer visibles estas problemáticas, lo que lleva a depender de la voluntad individual la publicidad de los efectos de los eventos contaminantes, con el riesgo cierto de ser identificados como agentes negativos o contrarios al desarrollo local. El encuentro de intereses y el conflicto es recurrente como problemática en las investigaciones relacionadas con la percepción de riesgo ambiental y sus implicancias sanitarias, mayoritariamente con el uso de agroquímicos. En poblaciones de Entre Ríos: Oro Verde (Seehaus, 2019) y Basavilbaso (Aijón

---

cola ganadera y otras variables complementarias como: tamaño del asentamiento, baja densidad del poblamiento, la homogeneidad de la comunidad y la escasa movilidad social (Gómez Pellón, 2012:304-309)

Abadal y Cumplido Prat, 2007); en la Región Centro y la Provincia de Buenos Aires (Souza Casadinha, 2018; Cabrini, et al, 2018, Giordano et al, 2017; Jäger, et al, 2016; Aranguren y Martínez, 2015; Sardi et al, 2012; Cloquell, 2011; Aradas y Carrancio, 2010), en un universo más amplio (Región Centro) (Feito, 2011; Vizgarra; 2018; Treacy, 2018) y en el Mercosur (Mocci y Schütz, 2018; Silva do Nacimento, et al, 2018). En este proyecto partimos de concebir que los asuntos ambientales y sus conflictos derivados de su utilización son socialmente construidos. Los conflictos no son únicamente episodios excepcionalmente dramáticos necesarios de evitar o desactivar lo más rápido posible, sino que son medios de expresión y de toma de la palabra entre los actores y construyen escenarios. Los conflictos representan momentos que potencialmente generarán prácticas sociales (comportamientos) en la esfera pública y doméstica. En este sentido, consideramos que cumplen el papel de extender la discusión sobre estados de mundos posibles, al tiempo que amplían la exploración de argumentos, tomando en cuenta una pluralidad de puntos de vista, demandas y posibles respuestas. Se constituyen así en "dispositivos de exploración y de aprendizaje colectivo" (Callon, et. al, 2001:50) Durante el conflicto, se modifican representaciones sociales, marcos cognitivos y se pueden generar consecuencias más duraderas en términos de los dispositivos institucionales y jurídicos que regulan el ambiente y las prácticas de salud; para el caso de este proyecto, principalmente aquellas vinculadas a factores ambientales y cáncer. En este escenario, las mujeres se presentaron como las más comprometidas con esta problemática, al mismo tiempo que con cualidades pro-sociales, inspiradoras, ejemplares, sensibles a las normas culturales, con mayores habilidades de comunicación emocional y autoconscientes; esenciales para un liderazgo, una comunicación y mediación efectivas. Se ha demostrado que las mujeres líderes son más empáticas lo cual genera mayores capacidades de flexibilización en la solución de problemas. Autores como Burton han demostrado que las mujeres muestran un nivel más elevado de autocontrol que los hombres en los comportamientos de riesgo (Burton et. al, 1998).

NUEVA PROBLEMÁTICA DESDE EL TRABAJO DE CAMPO

A partir de este resultado y la identificación de estos actores y liderazgos, para los años 2020-2022 se generó un nuevo problema de investigación:

¿Cuáles son las potencialidades y obstáculos de las mujeres que ejercen un liderazgo local, para organizar ámbitos de mediación en los conflictos que se generan a partir de la utilización productiva del ambiente y la salud (específicamente ante casos de cánceres) en

poblaciones de menos de 5000 habitantes de la Provincia de Entre Ríos?. Primeramente nos circunscribimos a Entre Ríos por reconocer que actualmente la provincia está atravesando una transformación productiva de múltiples caras, entre ellas, la intensificación en la producción avícola y porcina. El paisaje de las localidades no es ajeno a esta transformación y va, poco a poco, incluyendo nuevos tipos de estructuras productivas (como los *feed lots*) en él. Esto es fuertemente sentido por los pobladores dado la proximidad a sus viviendas, escuelas, clubes sociales, iglesias, etc. y afecta directamente a sus actividades cotidianas, a su calidad de vida y al uso de los espacios al aire libre. Para estudiar estos escenarios, producimos un estudio de corte esencialmente cualitativo y descriptivo, en el cual las hipótesis no son comprobadas o refutadas como tal. Si bien este tipo de diseño metodológico sí posee supuestos hipotéticos (en este caso, basado en estudios previos ya citados) que guiará el estudio y la evaluación de sus resultados:

> "Las mujeres de localidades rurales de menos de 5000 habitantes de la Provincia de Entre Ríos –cuyo rol de género tradicional las posicionó pasivamente como cuidadoras de la salud en el ámbito doméstico– recibiendo una capacitación adaptada a sus contextos locales, pueden liderar procesos de mediación en los conflictos ambientas con impacto en la salud (que se generan a partir de la utilización productiva actual) a partir de la comunicación, promoción de la salud y prevención de la salud en los procesos de salud-enfermedad (cáncer especialmente) de los habitantes de sus localidades"

METODOLOGÍA

Con el objetivo general de identificar las potencialidades de las mujeres que ejercen un liderazgo local, para organizar ámbitos de mediación, comunicación y prevención de los conflictos que se generan a partir de la utilización productiva del ambiente y la salud y que los habitantes perciben como generadores de nuevos casos de cáncer en poblaciones de menos de 5000 habitantes de la Provincia de Entre Ríos, el equipo de investigación diseñó un método de corte cualitativo esencialmente descriptivo (Smith et. al, 2006) que contenía las siguientes técnicas de llegada al campo.

La información se recopila a partir de entrevistas semi-estructuradas, grupos focales y reuniones plenarias. La unidad de análisis son las mujeres que se identifican como líderes de poblaciones con menos de 5.000 habitantes, seleccionadas intencionalmente según la importancia teórica: a- funcionarias municipales; b- activistas políticas;

c- referentes de la producción y d- profesionales, con la posibilidad de incorporación de nuevos grupos a partir de la emergencia de los datos (Taylor et al, 2015). Uno de los principales indicadores de la influencia de estas mujeres líderes, consideramos puede ser importante que sean consideradas dentro de la red de la comunidad (Christopoulos, 2016), es decir que su presencia o participación habilite la participación de otras mujeres que no encontraron hasta el presente una motivación para viabilizar sus sospechas y preocupaciones respecto de las problemáticas de salud que observan en su entorno. De las mujeres líderes entrevistadas hasta el momento, se prevé convocar convoco a grupos elegidos compuestos por no más de 8 mujeres líderes para la realización de focus group (Onwuegbuzie et al., 2009). El número final de la muestra se definirá a partir de la saturación de la información (Taylor et al; 2015). La unidad de estudio, en esta fase, son 6 poblaciones del departamento Victoria, ubicado en el centro oeste (sobre las márgenes del Ríos Paraná) de la provincia de Entre Ríos, cuyas autoridades acepten voluntariamente la propuesta y se enmarque, en la medida de lo posible, en escenarios productivo diferentes: a) mayormente ganadero en producción de carne; b) mayormente ganadero en producción lechera; c) mayormente agrícola intensivo (maíz, soja y trigo); d) mayormente agrícola de producción familiar; e) mayormente maderera; f) con presencia de industria de escala.

Se utilizará también como fuente de información las reuniones plenarias en cada población, con la participación de todos los géneros o identidades sexuales que quieran hacerlo voluntariamente, donde se comunicarán los resultados parciales obtenidos. Los datos serán analizados a partir del método de comparación constante y triangulación de todas las fuentes de información (Fielding y Schreir, 2001; Strauss y Corbin, 2002). Las variables iniciales que se relevarán en las entrevistas semi-estructuradas son: edad, tiempo que hace que vive en la localidad y también las generaciones anteriores; conformación familiar nuclear y extensa que vive en la localidad; actividad laboral y/o social; nivel de educación formal y actividades sociales o comunitarias que ha realizado y realiza en la población. También se evidenciarán obstáculos y facilitadores que identifican para el efectivo (y local) liderazgo femenino así como las percepciones de la evaluación que hacen sus vecinos de su participación social o comunitaria, tratando de discriminar por género el modelo familiar que ha marcado su vida social, arquetipo de mujer pública que ha marcado su vida social; opinión sobre los conflictos que percibe en su población y opinión sobre la forma en que se podrían resolver.

A partir de la información recopilada y procesada en la fase en curso se diseñará una capacitación, en la que se incluirán contenidos

referidos a la comunicación para la mediación y comunicación comunitaria (Balán, 2000; Cardoso, 2012) la educación para la salud, promoción de la salud y hábitos saludables y la prevención de la enfermedad (con especial atención a la enfermedad cáncer).

ALGUNOS RESULTADOS PRELIMINARES

Trabajos anteriores evidenciaron la existencia de un rol continuo y persistente de las mujeres al interior de comunidades pequeñas. Este rol, hallado a partir de la presencia de inquietudes ambientales en relación con la salud se presenta como: por un lado subordinado a figuras masculinas (hombres intendentes, mujeres "brazo derecho") y por otro lado, con un fuerte componente de empatía y compromiso para enfrentar los conflictos que contienen dichas inquietudes (hombres a favor de la producción, mujeres preocupadas por la salud, niños/as expuesto). La descripción de las potencialidades de las mujeres líderes de ámbitos rurales (Nores y Fierro, 2019) de estas pequeñas poblaciones, partícipes invisibles[2] (Balit, 1999) constituirá una relevante información para la generación de espacios de negociación y mediación para superar los conflictos que se derivan de los modelos productivos implementados (así como de promoción de ambientes saludables y prevención de la enfermedad) que originan estados de preocupación que habitualmente no se superan y aumentan la determinación de todo tipo de patologías.

El avance realizado hasta el momento en el trabajo de campo, ha presentado algunas dificultades –que se están superando– para

2 Desde el año 2016, la FAO a iniciado en la región una campaña denominada "Mujeres Rurales, motores del desarrollo" y que nació en 2016 en Argentina con el objetivo de hacer oír la voz de mujeres rurales del país para visibilizar sus principales problemáticas; lograr el compromiso de los poderes del estado para el diseño y la efectiva implementación de políticas públicas que tengan en cuenta su rol en la producción de alimentos. Según esta campaña, el núcleo central de la problemática son las diversas dificultades en el acceso a la tierra, al agua, al crédito, a los servicios de extensión, y capacitación y a la asistencia técnica. Pese a sus aportes en la economía nacional, las continuas limitaciones estructurales les impiden disfrutar plenamente de sus derechos humanos y dificultan sus esfuerzos por mejorar sus vidas.
La imposibilidad de las mujeres de proyectar un futuro autónomo en sus lugares, la falta de oportunidades de educación, trabajo y el acceso a servicios y medios de producción conlleva a migrar a las zonas urbanas como vía de escape ante la escasez de oportunidades y la desigualdad. La invisibilidad de la vida productiva y reproductiva de las mujeres rurales oculta información. No está claro cuando empiezan las tareas de la casa y la familia y cuando termina el alimentar a los animales, lo que repercute en una intensificación de la carga de trabajo de las mujeres en una doble y triple jornada que implica una inversión de tiempo y energía excesivos. La división sexual del trabajo, entonces, es un producto histórico y social que se ha cristalizado (https://www.fao.org/argentina/campana-mujeres-rurales/es/)

convocar a aquellas mujeres que no están acostumbradas al liderazgo, quizás por la falta de hábito de estar en lugares públicos sin sus parejas, o directamente para no exponerse a la vindicta pública por el hecho de participar solas en actividad comunitarias. Es importante tener en cuenta, que a diferencia de los hombres (bares, cancha de bochas, etc.) en las poblaciones pequeñas no hay espacios institucionales o informales donde las mujeres se puedan reunir, al menos para charlar de sus cosas. Habitualmente el encuentro de mujeres se da en las reuniones de días festivos juntos con los hijos y parejas.

Otra situación se presenta a partir de la función de cuidadoras de las mujeres sobre familiares con alguna discapacidad o mayores que no pueden quedar solos, que si bien presentan disposición con la participación, no lo pueden hacer por su realidad contextual.

También se han encontrado mujeres, que como ha sido identificado en la investigación previa, expresan temores para participar de actividades, aunque no tengan ese propósito, que pongan en riesgo la economía familiar o el trabajo de sus parejas.

Más allá de estas situaciones que limitan la participación en la investigación y las actividades propuestas, nos hemos encontrado con mujeres que expresan su voluntad de liderazgo, en algunos casos por la impronta de los casos de enfermedades graves en la familia o allegados, en otros casos por impotencia ante los abusos de vecinos o dueños de campos vecinos que realizan actividades productivas que no respetan las denominadas buenas prácticas agropecuarias (BPA). En todos los casos estas mujeres se muestran molestas por los abusos de poder y el avance sobre sobre el espacio propio a partir de la contaminación de la tierra, el agua y el aire.

CONSTRUIR EL DIÁLOGO PARA LA PLANIFICACIÓN DEL AMBIENTE PROPIO

No se han encontrado trabajos que hayan generado herramientas teóricas o aplicadas sobre mujeres líderes de pequeñas poblaciones del territorio entrerriano. Tampoco investigaciones o políticas públicas que apunten a superar los conflictos ambientales al interior de pequeñas poblaciones. En tal sentido, mediante la utilización de técnicas cualitativas que permiten realizar un trabajo de campo situado, esperamos describir las potencialidades de las mujeres líderes de pequeñas poblaciones y así, evitar transpolar –por medio de analogías– las perspectivas de género, habitualmente establecidas para mujeres que habitan grandes urbes.

Desde el inicio del trabajo de campo, una ausencia es la más remarcada por las mujeres entrevistadas de las 3 localidades hasta ahora recorridas (Rincón del Doll, Laguna Pescado y Rincón de Nogoyá):

el diálogo. Una referente internacional como Cora Van Oosten en temas relacionados con el ambiente y la mujer, expresaba[3] que la gobernancia sobre el ambiente se produce a partir de la construcción de un diálogo que permita entender la relación entre los problemas y las soluciones; conectar las personas detrás de esos problemas y soluciones; hallar soluciones integrales que pueden, en muchos casos, incluso traspasar las fronteras de la localidad. Recalcaba también la necesidad del liderazgo local y el aporte adicional del trabajo interdisciplinario mediante la inclusión de actores "foráneos" cuya presencia debe ser puntual y no cronificarse. Los espacios de diálogo deben colaborar para comprender la relación entre los problemas y las soluciones y para superar los conflictos ambientales de una forma sustentable. El liderazgo es necesario para conectar los actores que están detrás de los problemas y las posibles soluciones con el fin de integrarlos y hacerlos a todos protagonistas de las soluciones. Esta necesidad de espacios de diálogo, incluida como un gran hallazgo para el equipo, rige actualmente las decisiones metodológicas que se tomarán de aquí en más.

Una estrategia que no contemplábamos al momento de diseñar el camino metodológico era el trabajo conjunto con otros actores que ya se encuentran trabajando en terreno y en temas que también atraviesan los objetivos que nos propusimos como por ejemplo agencias estatales vinculadas a la producción agrícola, coordinaciones de atención primaria departamentales, redes formales de agentes sanitarios y enfermeros, etc. El trabajo en conjunto, reflexionamos, puede facilitar no sólo la generación de estos espacios de diálogo donde el liderazgo femenino cuente con su espacio legitimado, sino también la permanencia en el tiempo del mismo. Por supuesto, este trabajo en conjunto, desde nuestro foco debe estar centrado en el principal beneficiario de los espacios de diálogo que se proponen generar serán específicamente la mujeres líderes de estas pequeñas poblaciones, con la posibilidad de lograr un empoderamiento del resto de las mujeres, a partir de ocupar un rol que les permita superar el lugar que las relega a reproducir en el ámbito público y de la gestión pública el modelo clásico de género atribuido al hogar (Bidaseca, 2004): "detrás de un gran hombre siempre hay una gran mujer" (Stolen, 2004) que en no pocas ocasiones, en el ámbito rural, ha mostrado ser esencial para el desencadenamiento de procesos innovadores y de transformación (Di Capua, 2017).

---

3 2do conversatorio del agua organizados por la Red de Mujeres rurales argentinas el día 21 de octubre de 2021

BIBLIOGRAFÍA

Aijón Abadal C (2007). Cumplido Prat A. Percepción del riesgo de los agroquímicos en la localidad de Basavilbaso, Entre Ríos. Tesis de grado en Ciencias Ambientales. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Arandas, M. E. y Carrancio, L. (2010). Conflictos socioambientales y desarrollo local en poblaciones del sur de Santa Fe. Publicación Miscelánea INTA, EEA Rafaela, (118): 1-13.

Aranguren, C. y Martínez, L. E. (2015). Espacios periurbanos en la región pampeana: una aproximación al análisis de los conflictos socio-ambientales y las políticas públicas. IX Jornadas Interdisciplinarias de Estudios Agrarios y Agroindustriales. Buenos Aires, Argentina.

Balán, E. (2000). Barrio Galaxia: Manual de Comunicación Comunitaria. Programa de Desarrollo de Recursos de Comunicación de Organizaciones Sociales del Centro Nueva Tierra.

Balit, S. (1999). Voices for change. Rural women and communication. FAO.

Bidaseca, K. (2014). Cartografías descoloniales de los feminismos del sur. Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, UFSC, 22(2), 585-591.

Burton, V.; Cullen, F.; Evans, T.; Alarid, L. y Dunaway, R. (1998). Gender, self-control, and crime. Journal of research in crime and delinquency, 35(2), 123-147.

Callon, M.; Lascoumes, P. y Barthe, Y. (2001): Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique, París, Seuil.

Cardoso, N. (2012). Pasado y presente de la comunicación comunitaria en Argentina y América Latina, Apunte del Taller de Comunicación Comunitaria FSOC-UBA.

Cloquelll, S.; Albanesi, R.; Nogueira, M. y Propersi, P. (2011). Las localidades del sur santafesino. Factores favorables y desfavorables de la imbricación urbano-rural. Revista Interdisciplinaria de Estudios Agrarios, 35: 5-34.

Cabrini S, Cristeche E, De Prada J, Dupleich J, Engler P, Espósito M, Manchado J, Mathey D, Natinzona P, Schutz P, Tello D, Vicente G. (2018). Percepción sobre el impacto ambiental de la producción agropecuaria de la región pampeana argentina. En: Suarez F, et al. Los conflictos ambientales en América Latina I. Buenos Aires: Ediciones UNGS. pp. 387-410

Feito C. (2011). Problemáticas socioambientales producidas por el avance de urbaniza-ciones sobre producciones intensivas del periurbano de Buenos Aires. Nadir, Revista Electrónica

Geografía Austral; 3 (2): 1-10.
Fielding, N. y Schreier, M. (2001). Introduction: On the Compatibility between Qualitative and Quantitative Research Methods. En: Forum Qualitative Sozialforschung. 2001; 2. (1): 1-25.
Giordano, G.; Pérez, M. y Pérez, R. A. (2017). Ordenanzas que restringen el uso de agroquímicos: análisis de la experiencia de Villa San José, provincia de Santa Fe. Revista de la Facultad de Agronomía UNL. 116 (2): 279-286.
Gomez Pellón, J.E (2012). Ruralidad y discurso: del caso español al de Cantabria en: AIBR Revista de Antropología Iberoamericana, 7(3),2012, pp. 295-326.
INC Instituto Nacional del Cáncer (2013). Atlas de mortalidad por cáncer Argentina 2007-2011. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
INC Instituto Nacional del Cáncer (2020). Estadística-mortalidad. Buenos Aires, Argentina: INC. Recupera de: https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad
Jäger, M.; Pellizari, C.; Feito, M.; Batista, S. y Solari, C. (2016). Percepción social del riesgo ambiental y vulnerabilidad. En Jäger, M. (comp.) Gobernabilidad, percepción, control y efectos del uso de agroquímicos en la región Metropolitana de Buenos Aires - Presunta contaminación por el uso inadecuado de agroquímicos. San Justo: Editorial UNLM: 53-104
Onwuegbuzie, A. J., Johnson, R. B., y Collins, K. M. (2009). Call for mixed analysis: A philosophical framework for combining qualitative and quantitative approaches. International journal of multiple research approaches, 3(2), 114-13
Mata, M.C. (2011). Comunicación popular. Continuidades, transformaciones, desafíos. Revista Oficios Terrestres. La Plata. UNLP.
Merlinsky, G. (2017). Cartografías del conflicto ambiental en Argentina. Notas teórico-metodológicas. *Acta sociológica*, *73*, 221-246.
Mocci G, Schutz G. (2018). Maraiwatsédé: injustic;:aambiental em território Xavante. En: En: Suarez F, et al. Los conflictos ambientales en América Latina I. Buenos Aires: Ediciones UNGS. pp. 293-309.
Nores, A y Fierro M. (2019). Mujeres rurales argentinas: nuevas voces. Buenos Aires: editorial autores de Argentinas.
Sabantini, F. (1997). "Conflictos Ambientales y desarrollo sustentable en las re- giones urbanas", EURE, Vol. XXII, N° 68, ps. 77-91.
Silva Do Nascimiento E, Cordeiro Feitoso A, Roche Ferreira M. (2018). Conflitos socioambientais relacionados a monocultura

da soja no estado do Maranhao – Brasil. En: Suarez F, et al. Los conflictos ambientales en América Latina I. Buenos Aires: Ediciones UNGS. pp. 311-329.

Sardi, G.; Flores, M. y Herrero, M. A. (2012). Percepción ambiental de productores agropecuarios y docentes rurales del partido de Arrecifes, Buenos Aires, Argentina. Revista de la Universidad Nacional de La Plata, 4: 25-41.

Seehaus S. (2019). Análisis socioambiental del uso de plaguicidas agrícolas en el municipio de Oro Verde (Entre Ríos, Argentina). Percepción de la población y cuantificación de la depositación atmosférica de plaguicidas. Tesis presentada para optar al título de Magister de Facultad de Agronomía de Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: UBA.

Souza Casadinha, J. (2018). Los conflictos ambientales en torno a las pulverizaciones con agrotóxicos, actores, luchas y logros alcanzados. En: Suarez, F. y Ruggerio, C. (comp.) Los conflictos ambientales en América Latina I. General Sarmiento; Ediciones UNGS: 353-386.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia.

Staffolani, C. M., y Cuesta Ramunno, E. (2020). Representaciones sociales y percepción de riesgo en la relación ambiente y salud. Consecuencias para el desarrollo regional en la provincia de Santa Fe (Argentina). Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional, 30(56): 1-23.

Taylor, S. J., Bogdan, R., y Devault, M. (2015). Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource. John Wiley & Sons.

Treacy M. (2018). Transformaciones en el agro argentino y conflictos socioambientales en el siglo XXI. En: Suarez F, et al. Los conflictos ambientales en América Latina I. Buenos Aires: Ediciones UNGS. pp. 331-351.

Vizgarra, C. (2018). Aplicación de agroquímicos en las localidades de Las Palmas y La Leonesa. Efectos en la salud de la población. Trabajo final integrador. Quilmes:Universidad Nacional de Quilmes.

Personas mayores en pandemia: aproximaciones desde un equipo de salud

María Deagustini*, Natalia Israeloff**, Lucía Reynoso***, Antonella Coullery****, Sofía Olivares García*****, Anabela Perez******

Este trabajo da cuenta de las transformaciones de un dispositivo de salud dirigido a personas mayores en el marco de la pandemia y presenta resultados preliminares de una investigación cualitativa desarrollada por el equipo a cargo. "Caminatas-Hábitos Saludables" es un proyecto que tiene lugar hace más de 15 años en el CeSAC N° 7, del área programática del Hospital de Agudos "Donación Francisco Santojanni", Villa Lugano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo de la investigación es analizar el impacto de la pandemia del COVID-19 en la calidad de vida de las personas mayores participantes del dispositivo desde una perspectiva de salud integral. El periodo a

* Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS). maria.deagustini@gmail.com
** CeSAC 7, Área programática del Hospital General de Agudos "Donación Francisco Santojanni", Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. nataliaisra@gmail.com
*** Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) marialuciareynoso@gmail.com
**** Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) antocoullery@gmail.com
***** Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) so.olivares.garcia@gmail.com
****** Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) anabelaperez244@gmail.com

analizar es de Marzo 2020 a Febrero 2022. Esta línea de investigación surge de preguntas que emergen desde las propias prácticas, como una propuesta para retroalimentarlas y repensar nuestras intervenciones como equipo de salud interdisciplinario.

Los interrogantes, las respuestas que ensayamos, los vacíos de conocimiento que encontramos, los saberes y el hacer en el campo sociosanitario constituyen los ejes de la reflexión de este evento histórico que atravesó a la sociedad en su conjunto y particularmente a los equipos de salud y a las personas mayores. En este sentido, constituye un desafío para los equipos de salud producir conocimiento al respecto para poder delinear líneas de acción preventivo-promocionales dirigidas a las personas mayores y adecuarlas a las particularidades que nos presenta el contexto.

La presente ponencia está centrada en los procesos y transformaciones que atravesó el dispositivo de salud "Caminatas - Hábitos Saludables" durante el período marzo 2020-febrero 2022, marcado por el contexto epidemiológico de la pandemia por COVID-19.

Asimismo, presentamos una línea de investigación en curso que indaga en relación al impacto de la pandemia del COVID-19 en la calidad de vida de las personas mayores participantes del mismo, desde una perspectiva de salud integral. Las autoras de la ponencia somos o hemos sido parte del equipo coordinador del dispositivo, lo cual nos coloca en una doble posición en varios sentidos, como sujetos y objetos de conocimiento, desde la acción y la investigación, señalando un "campo" del que somos parte y del que a la vez precisamos "extrañarnos" : tomar esa distancia óptima que hace posible trascender un mero empirismo, sin perder a su vez la posibilidad de observar los múltiples matices que la cotidianidad desde nuestra propia posición (privilegiada o no) como agentes de salud nos trae. Remarcamos en este sentido la importancia de producir un conocimiento situado desde una construcción interdisciplinaria que, al decir de Stolkiner (1987) "nace de la misma indisciplina de los problemas que se nos presentan", es decir, no como un deber ser ni como un escollo a sortear, sino como una necesidad de la propia praxis en salud.

SOBRE EL DISPOSITIVO DE CAMINATAS-HÁBITOS SALUDABLES: UNA BREVE HISTORIZACIÓN

"Caminatas - Hábitos Saludables" es un dispositivo preventivo-promocional dirigido a personas mayores. El mismo funciona con una frecuencia de dos veces a la semana en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°7, ubicado en el barrio de Piedrabuena, Villa Lugano, perteneciente al Área Programática del Hospital D. Santojanni. Actualmente participan del mismo en promedio 15 personas que

habitan en diferentes sectores poblacionales del área de responsabilidad del efector. El equipo coordinador es interdisciplinario y está integrado por una trabajadora social, una antropóloga y una psicopedagoga, que constituyen personal de planta del efector; así como por profesionales de las Residencias de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) y de Enfermería General, Integral y Comunitaria (REGIC).

A continuación historizaremos brevemente este dispositivo y su trascendencia en el efector, a punto de cumplir 20 años de existencia.

Caminatas surge en el año 2003 como un dispositivo de promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles a cargo del servicio de Enfermería. En el año 2007 se sumaron a participar del proyecto otros/as profesionales del CeSAC, conformándose un equipo interdisciplinario. A partir de esta nueva conformación de equipo se ampliaron y complejizaron los objetivos desde una mirada integral de salud, contemplando un abordaje que, además de la prevención de ECNT, integra las dimensiones cognitivas, psicosociales y de ocio y recreación.

A lo largo de estos años, si bien el grupo de participantes fue cambiando, se ha logrado un sentido de pertenencia, identificándose colectivamente como "Caminantes". Su participación activa trascendió los límites del dispositivo, convirtiéndose en un actor social clave en la lucha por el nuevo edificio para el centro de salud, que finalmente se logró en el año 2016.

LA IRRUPCIÓN DE LA PANDEMIA: RECONFIGURANDO EL TERRITORIO

En Marzo 2020 al decretarse el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) por la emergencia sanitaria, cambiaron los modos de vida y también los escenarios de intervención en salud, particularmente en Atención Primaria de la Salud (APS) y en la articulación con el territorio. En este marco, desde el equipo coordinador de Caminatas, acordamos la importancia de sostener el espacio, y decidimos hacerlo a través de un grupo de Whatsapp, que ya existía como medio de comunicación informal del grupo.

De esta manera se intentó adaptar las actividades del dispositivo a la virtualidad, manteniendo la rutina de días y horarios preestablecidos, proponiendo, esta vez a través del grupo de Whatsapp y desde la apoyatura de videos, audios, textos e imágenes, actividades de movilidad del cuerpo y actividades recreativas para trabajar sobre las funciones cognitivas. Sumado a esto, realizamos tres encuentros sincrónicos virtuales, uno fue para festejar el día de la primavera, actividad que siempre hacíamos en la presencialidad, y los otros dos fueron talleres que surgieron de demandas de lxs caminantxs: uno en torno

a la alimentación y el otro de vacunación por el COVID 19. Otras dos líneas de intervención que nos propusimos y realizamos desde el equipo de coordinación, fueron llamados telefónicos y visitas a las casas de varixs caminantes que, por distintos motivos, no participaban del grupo de Whatsapp. En las visitas, generalmente entregábamos actividades lúdicas-recreativas y en una ocasión, les entregamos cartas que otrxs caminantes habían escrito para ellxs. Los llamados telefónicos y visitas se intentaban realizar cada 2 o 3 semanas. Por otro lado, en este periodo, surgieron demandas de algunxs caminantxs para gestión de turnos médicos y acceso a medicación. Si bien estas son gestiones que tomamos usualmente como equipo, en este nuevo contexto, favorecer la accesibilidad al CeSAC de lxs adultxs mayores tomó una nueva significación. Cabe señalar aquí que en algunos casos de personas que contaban con obra social, les fue más "fàcil" realizar los controles y obtener su medicación a través del subsistema público.

Sintetizando, durante el transcurso de los años 2020, 2021 y comienzos del 2022 se intentó mantener la comunicación y la cercanía con lxs caminantes como medida prioritaria dado los distintos contextos de aislamientos, distanciamientos y otras medidas de cuidado preventivas impuestas en pandemia. Consideramos que, durante estos períodos, la comunicación en salud pública estuvo centrada en medidas directivas ancladas en la prevención estrictamente biomédica para evitar la propagación del virus, enfatizando en acciones tales como el aislamiento, uso de barbijos, lavado de manos, lo cual reforzó la concepción biologicista hegemónica de la salud/enfermedad, alejándose de la integralidad de los procesos de salud-enfermedad-atención (Menendez, 2003) y cuidado. Es por esto que para el equipo coordinador, sostener el dispositivo, cuidar, recrear, alimentar los vínculos, las redes y la comunicación terminaron convirtiéndose en objetivos fundamentales del trabajo en "Caminatas" durante la pandemia.

PRODUCCIÓN DE SALUD Y PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO: INVESTIGANDO DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Esta experiencia nos motivó, como parte del equipo coordinador, a iniciar una línea de investigación, para poder indagar con mayor profundidad cómo la pandemia y las medidas impuestas a causa de la misma, impactaron sobre la calidad de vida de lxs caminantes, adentrándonos en el universo de sus propias representaciones y analizando a la vez, cómo las intervenciones realizadas desde el dispositivo por el equipo coordinador, construidas en función del contexto, impactaron o no en los modos diversos de atravesar este particular período.

Actualmente nos encontramos realizando el trabajo de campo que consiste en entrevistar a todxs lxs Caminantes que tengan la edad

de 60 años o más. Hasta el momento realizamos seis entrevistas en profundidad, de una duración aproximada de una hora y media cada una. Las mismas fueron realizadas por una dupla de investigadoras, en los domicilios de cada caminante. Presentaremos a continuación algunas consideraciones preliminares surgidas de una primera lectura analítica de los registros de las mismas.

En primer lugar cabe destacar que cada una de estas entrevistas generó un momento de expectativa en las personas entrevistadas: nos esperaban con tés, cafés, pizzas, jugos y con una gran predisposición a explayarse en relación a sus vivencias y pensamientos. Entendemos entonces que la misma entrevista se convirtió también en aquello que Merhy (2006) llama un "acto de producción de salud" , un momento para expresar, un encuentro intersubjetivo, una posibilidad de reflexionar sobre sí en un contexto cuidado, en gran medida garantizado por el vínculo previo de confianza ya construído con las investigadoras.

En relación al contenido de las entrevistas, indagando en relación a los cambios, lo que emerge con fuerza es la explicitación del encierro y la soledad como condiciones y sensaciones de vida que preexistían a la pandemia, por lo que, al menos en un primer momento, no identifican mayores transformaciones en su modo de vida.

Ante la pregunta de si notaron cambios en su día a día durante la pandemia, muchxs de los entrevistadxs expresaron en principio un convencido "no", porque están habituadxs a estar solxs y encerradxs. En relación a esto, expresaron:

> *"No, no. Porque como yo viví siempre encerrada viste, no lo sufrí." (Josefa, 78 años)*

> *"Bien, como estoy acostumbrada a no salir mucho y estar adentro de mi casa, que como que no me costó, hacer la pandemia.(...) No, no yo no. Porque ya te digo que como estoy acostumbrada ya a estar sola o a estar con mi marido o estar sin nadie. No me molestó, sino venían ni nada." (Esther, 68 años)*

Sabemos que esta es información ya conocida, familiar, casi "obvia" para lxs profesionales de la salud que trabajamos con personas mayores: la problemática del aislamiento y la soledad como situaciones prevalentes. Cabe en este sentido preguntarse por qué las políticas " de cuidado" en salud durante la etapa más aguda de la pandemia (ASPO y DISPO), dirigidas especialmente a las personas mayores como "grupos de riesgo" , no tomaron esta realidad para incorporarla, al menos, en la políticas comunicacionales, que fueron un componente central de la política pública de salud en pandemia. La importancia de las

redes sociales de apoyo, contención y afecto en esta etapa del curso de vida no tuvieron prensa en la pandemia pero sí podemos afirmar que tuvieron lugar en las intervenciones de este equipo de salud del primer nivel de atención, atento a quién se conectaba cada martes o cada jueves, a quién requería un llamado extra, a quién se precisaba visitar, llevarle un mandala, un poema, una canción.

Analizado desde la mirada de lxs caminantes, es interesante pensar en el impacto del dispositivo grupal, a pesar de su virtualidad, en la organización de la vida diaria y en el sostenimiento de lazos afectivos: existía una planificación y organización previa para estar conectadxs a través del wapp que daba cuenta de ese deseo de participar. Cada martes y cada jueves había no sólo un actividad, había un "alguien" que estaba esperándolos, generando un espacio de intercambio y reconocimiento mutuo. En relación a esto, una caminante expresó:

> *"Y es como que estabas pendiente esperando el día. (...) Mañana qué día es? Mañana es martes, tengo Caminatas. O si me hablaban, digo, estoy hablando con las chicas de Caminatas. Y los martes y jueves eran…(...) Era como que sí, dentro de la pandemia era lo que teníamos. Entonces me levantaba, trataba de no dormirme, ya me levantaba antes para estar en las caminatas." (Margarita, 68 años)*

La dimensión corporal de la afectividad tomó centralidad en estas primeras entrevistas, surgió con frecuencia cómo les afectó el no poder tener contacto corporal con los vínculos más cercanos. La gran mayoría mantuvo comunicaciones telefónicas o videollamadas, pero explicitaron cómo se sintieron al no poder ver en presencia y/o abrazar a sus familiares o amigos de sus entornos socioafectivos más íntimos. En relación a esto una caminante comentó:

> *"Un poco como que te sentías un poquito angustiada después que lo dejabas de verlos ahí, decías "uh me faltó el abracito". Si en eso si, te quedaba como un poquito de angustia un rato, después ya se te va pasando, es como que decís "bue, los vi por lo menos los vi, se que están bien" (Susana, 68 años)*

A la vez, y en estrecha relación con este punto surgió como emergente la importancia de los vínculos con los animales de compañía, perros, gatos y pájaros varios cobraron protagonismo en los discursos de los caminantes. Fueron sostén, fueron cuerpo, cuando no había humanes para abrazar y dar calidez. Sobre ellxs no se preguntó, pero las narrativas trajeron su presencia y les otorgaron un lugar trascendente en sus vidas cotidianas. Por ejemplo, una caminante nos contaba:

"(...)Me la pasaba mirando tele, me sentaba en el sofá ese, estaba en el departamento, y me ponía ahí a mirar tele. Decí que ella siempre estaba al lado mio (señala a su perra), que si no hubiera tenido una mascota, mi vida hubiera sido diferente. Porque yo siempre acompañanada con ella." (Patricia, 63 años)

Otros núcleos de sentido que aquí sólo nombramos a modo de enunciado pero en los que seguiremos profundizando como emergentes preliminares se refieren a: el manejo de la tecnología, el refuerzo de los roles de gènero, los duelos, las mudanzas y, finalmente las estrategias que cada unx de lxs caminantes se dió a sí mismo para "salir" de este encierro naturalizado, que devino en prescripción de salud. Desde quien se "escapaba" a comprar el diario o el pan aunque sus hijxs le garantizaran todas las compras, a quien subía a su terraza para ver el sol y saludar desde allí a sus vecinxs, nos muestran que las personas mayores no han sido sólo objetos de una política pública centrada en el riesgo del contagio, sino, ante todo, sujetos, que reflexionan, que ponen en agenda su aislamiento y que también construyen trayectorias y redes propias desde las que sostenerse en el cuidado y el afecto.

Como equipos de salud nos reconocemos y nos reflejamos como sujetos en esa construcción de autonomía, que nos permitió también, dentro de la realidad por momentos aplastante que implicó la pandemia en las instituciones, darnos un momento de elucidación (Castoriadis, 2001): pensar sobre lo que hacemos y saber lo que pensamos. Estas primeras líneas constituyen ese intento, de repensar-nos en la tarea y sabernos parte de un territorio complejo y dinámico, marcado hoy por una pandemia que no concluye y que requiere de procesos de gestión y de investigación situada, revalorizando los haceres y los saberes locales, donde producir salud y producir conocimiento se entraman como parte del mismo tejido que no es sólo social sino colectivo, que demanda escucha, problematización, desnaturalización, pero también acción, sostén, apoyo y vincularidad.

BIBLIOGRAFÍA

Castoriadis, C. (2001). Figuras de lo pensable. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Merhy EE. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1), 185-207.

Stolkiner, A (1987). De interdisciplinas e indisciplinas del libro El Niño y la Escuela Reflexiones sobre lo obvio comp. De Nora Elichiry. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

Condiciones de trabajo y distorsión de APS antes y durante la pandemia COVID-19: Un estudio de caso en el conurbano bonaerense

Betina Freidin*, Matías S. Ballesteros**,
Agustín D. Wilner***

INTRODUCCIÓN: OBJETIVOS Y ASPECTOS METODOLÓGICOS

Abordamos en esta ponencia las condiciones y experiencias de trabajo de un equipo de salud de un centro de atención primaria (CAPS) público localizado en el conurbano norte bonaerense (región sanitaria V) y cuya área programática corresponde a un barrio de clase popular. El análisis cubre sus experiencias con anterioridad a la irrupción de la pandemia COVID-19 y durante 2020 y 2021. Los datos provienen de entrevistas cualitativas realizadas de manera presencial a nueve integrantes del equipo de salud entre marzo y julio de 2019, y de entrevistas remotas realizadas a 8 integrantes en 2020 (a tres de ellos también los entrevistamos en 2019). A fines de diciembre de 2021 llevamos a cabo un conversatorio con dos médicos generalistas y 12 residentes, cuyos contenidos analizamos en esta presentación. El trabajo de campo virtual de 2020 cubrió el primer año de la pandemia con relatos retrospectivos respecto de la primera ola, y se inició cuando los casos de COVID-19 mostraban un marcado y sostenido descenso y había finalizado el ASPO en el AMBA. Hasta ese momento no se había iniciado la vacunación del personal de salud. Realizamos el

* Universidad de Buenos Aires, CONICET, freidinbetina@gmail.com
** Universidad de Buenos Aires, CONICET, matiballesteros@yahoo.com.ar
*** Universidad de Buenos Aires, CONICET, aguswilner@gmail.com

conversatorio en el CAPS a fines de 2021, concluida la segunda ola, pero coincidiendo con el crecimiento de casos de la variante Omicron del virus. Los sucesivos momentos en los que realizamos el trabajo de campo nos permiten reconstruir visiones y experiencias del equipo de salud en distintos escenarios de trabajo. Desgrabamos las entrevistas y el conversatorio de manera completa y *verbatim*. Para analizar los testimonios seguimos la estrategia del análisis temático mediante la codificación, elaboración de fichas resumen y matrices (Freidin 2017). Los nombres de las personas entrevistadas fueron cambiados para preservar el anonimato, omitimos asimismo identificar el CAPS, la localidad y el barrio.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, LA EMERGENCIA DE LA PANDEMIA Y EL CONTEXTO LOCAL

El trabajo de los centros de salud del primer nivel de atención se enmarca en la estrategia de la atención primaria de la salud (APS) y de las redes asistenciales. Su carácter integral reconoce la complejidad de las problemáticas de salud-enfermedad y sus determinantes (que incluyen procesos biológicos, económicos-políticos, ideológicos, culturales y subjetivos), así como de las respuestas a estas problemáticas (Bianco y Grigaitis, 2005). La visión integral de la APS incluye la conformación de redes de atención (OPS, 2010). Estas suponen centros del primer nivel que se encuentran articulados con los del segundo y del tercer nivel para cubrir la atención de las necesidades de salud de la comunidad (Ase y Burijovich, 2009), incluidos servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para una población y un territorios definidos (Crojethovic y Ariovich, 2018). Las redes buscan superar, o al menos atenuar, la fragmentación de la mayoría de los sistemas sanitarios latinoamericanos que genera falta de coordinación entre efectores, duplicación de servicios, capacidad ociosa, barreras en el acceso y problemas para garantizar la continuidad de la atención (OPS, 2010).

Con la irrupción de la pandemia COVID-19 los organismos internacionales recomendaron que la APS actuara como un pilar fundamental en tanto puerta de entrada al sistema sanitario y primer eslabón de las respuestas clínicas. Los servicios del primer nivel tendrían que intervenir diferenciando entre los pacientes con síntomas respiratorios a aquellos con COVID-19, haciendo un diagnóstico temprano y ayudando a los grupos de riesgo a manejar la ansiedad generada por el virus (WHO, 2020). Deberían contar con el apoyo de las autoridades sanitarias para aumentar la capacidad resolutiva, administrando los equipos de protección personal para el personal, el stock de medicamentos e insumos esenciales, y asegurar la adaptación de los servicios al contexto

para atender las necesidades de los grupos vulnerables, incluyendo a niños, adultos mayores y personas con condiciones de salud preexistentes. Debería asimismo asegurarse la continuidad de servicios esenciales para reducir el riesgo de muertes evitables (WHO, 2020).

La emergencia sanitaria complejizó la situación crítica que atravesaba el sistema de salud argentino en un contexto más amplio de crisis socioeconómica, e implicó la reorganización de los servicios en los distintos niveles de atención para dar prioridad a la pandemia. Junto con la reorganización de los servicios de APS, las estructuras hospitalarias públicas que acumulaban décadas de desinversión debieron readecuarse y reorganizarse rápidamente (Maceira et al., 2021). En el Conurbano bonaerense, el primer nivel de atención del sector público presentaba importantes falencias. Estudios realizados con anterioridad a la pandemia mostraban las restricciones presupuestarias, de insumos y recursos humanos, con la especificidad local y de la región sanitaria, que afectaban la capacidad resolutiva de los CAPS en articulación con la red de efectores de mayor complejidad, y las actividades de prevención y promoción. Se sumaban condiciones precarizadas de trabajo de largo plazo del personal sanitario y el deterioro de las condiciones de vida de los sectores populares, con pérdida de trabajo formal, desempleo y el aumento de la pobreza que incrementaban la demanda de atención en el sector público (Ceriani y Kanterewicz, 2019; Chiara, 2019; Crojethovic y Ariovich, 2018; Freidin et al., 2020). Fue en este escenario complejo y con múltiples falencias y restricciones que los profesionales del primer nivel de atención público tuvieron que afrontar las nuevas demandas y prioridades impuestas por la pandemia en distintos contextos locales de trabajo.

LINEAMIENTOS CONCEPTUALES

Las acciones de los equipos de salud en APS están enmarcadas en procesos institucionales que contemplan el escenario local (Pagnamento, 2014). La estructura organizativa del equipo supone objetivos comunes y una división del trabajo según disciplinas relevantes, y abordaje interdisciplinarios, para las problemática abordadas según los niveles de responsabilidad y las características sociodemográficas y culturales de la población (Bianco y Grigaitis , 2005). El equipo de salud interactúa con actores de otros establecimientos y niveles de atención, autoridades sanitarias de distintas jurisdicciones y agentes e instituciones de otros sectores estatales.

Los miembros del equipo de salud, de acuerdo con sus funciones, roles y formación profesional, desarrollan sus actividades a partir de rutinas, procedimientos reglados y normas y según los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles, y las características de

la población de su área programática. Siguiendo a Kalinsky y Arrúe (1996, p.13), en su quehacer cotidiano se constituyen "zonas virtuales de negociación" que incluyen la adecuación de las normas institucionales a las necesidades y posibilidades que enfrentan, ya sea como una vía de sobrevivencia o como una estrategia crítica, "aun cuando se les impongan rápido los límites dados por la lógica institucional dominante, permiten, por otro lado, una continua revisión y renovación de sus términos" (p.14). El trabajo de los equipos de salud debe asimismo entenderse considerando las modalidades de contratación que condicionan la organización del trabajo en los establecimientos y su capacidad de respuesta. El avance de la flexibilización y precariedad laboral del personal junto con el deterioro de los salarios y las condiciones de trabajo impactan en la composición de los equipos, afectan la calidad de la atención y a los propios trabajadores (Novick y Rosales, 2006; Spinelli et al., 2013); el primer nivel de atención muestra en particular alta rotación, desincentivos de carrera y pluriempleo del personal (Tobar et al., 2006).

Con la irrupción de la pandemia COVID-19, los protocolos elaborados por el MSAL y por el Ministerio de la provincia de Buenos Aires, junto con las directivas de la Secretaria de Salud y la de Desarrollo Social municipales constituyeron las directrices para la reorganización de los CAPS y las acciones a seguir según las características de los distintos centros asistenciales y las condiciones de contratación del personal. El contexto local e internacional estuvo caracterizado por la incertidumbre, el dinamismo y la complejidad, demandando continuas revisiones y adaptaciones del trabajo de los equipos de salud. La pandemia COVID-19 significó la ruptura de rutinas y formas habituales de división del trabajo en los establecimientos de salud y la refuncionalización de tareas según las nuevas prioritarias sanitarias y protocolos. Las lógicas institucionales de trabajo en el primer nivel de atención resultaron en gran parte trastocadas, en tanto constelaciones interrelacionadas de sujetos, prácticas y objetos (Friedland, 2017).

ANTES DE LA PANDEMIA: EL DESBORDE ASISTENCIAL Y LA DISTORSIÓN DE LA APS

Cuando realizamos las entrevistas en 2019 se evidenciaba el empeoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de la población del barrio con el agravamiento de condiciones de salud y problemáticas sociales. La caída en la cobertura de obra social por el aumento del desempleo y la precarización laboral incrementaban la demanda de atención en el CAPS. El equipo de salud describía el escenario de trabajo como de "*desborde asistencial*", sin un incremento acorde en los recursos humanos lo que limitaba la capacidad de respuesta

asistencial y, sobre todo, el trabajo preventivo y de promoción en el territorio propio de APS. Teniendo que administrar una *"sábana corta"* disminuían las actividades de promoción así como los turnos para controles programados, sobre todo en la época de infecciones respiratorias agudas (IRA), pero también fuera de la estacionalidad epidemiológica. Se encontraban trabajando *"entre la espada y la pared"*, en el marco de las directrices de la política sanitaria del municipio que priorizaban la atención materno-infantil y de niños hasta dos años y la demanda espontánea durante esos meses. El *"desborde asistencial"* afectaba a todo el equipo. Los recursos humanos eran insuficientes, la planta de profesionales se encontraba congelada, ya que el municipio no asignaba nuevos nombramientos, e incluso disminuida porque no se reemplazaban los cargos por renuncias o licencias prolongadas. Se sumaban faltantes en la provisión de medicamentos que complicaban el trabajo en el consultorio y redundaban en dificultades de adherencia a los tratamientos de pacientes crónicos. También había faltantes de insumos para pacientes diabéticos, y de algunas vacunas del calendario oficial. Para las derivaciones enfrentaban restricciones del segundo nivel, especialmente en el efector de gestión provincial, por falta de equipamiento, pocos turnos con especialistas y fallas en el mecanismo de referencia y contra-referencia en algunos servicios.

Por el deterioro de las condiciones de vida de muchos vecinos del barrio, los profesionales notaban el aumento de trastornos de ansiedad, depresión y consumo problemático. Estas problemáticas eran abordadas por los médicos generalistas o con dispositivos interdisciplinarios. Los dos psicólogos del CAPS no daban abasto para responder a la demanda de salud mental –uno de ellos tuvo licencia por tiempo prolongado sin ser reemplazado– y atendían los cuadros más complejos y urgentes. La articulación con el servicio de psiquiatría del segundo nivel era particularmente crítica por la falta de profesionales y de turnos, y la provisión de psicofármacos para los pacientes empadronados también era discontinua resultando en agravamientos evitables.

La decisión de la Dirección y del equipo de mantener abiertas las postas durante los meses de IRA pese a las directivas municipales, mostraba un margen de autonomía y resistencia para atender necesidades de salud no cubiertas en el CAPS. Esta decisión, orientada por principios de equidad en salud, no obstante, generaba una sobrecarga laboral para los profesionales, se sostenía en gran parte por las horas de formación comunitaria de los residentes y el trabajo voluntario de vecinas del barrio, con condiciones edilicias e instalaciones precarias en varias postas. La política municipal también desincentivaba el trabajo de odonto-pediatría comunitaria que se brindaba. Con contratos

temporarios como monotributistas, se evaluaba la productividad de de los profesionales según turnos efectivizados en el CAPS, por lo que el servicio tuvo que cancelarse.

Los entrevistados expresaban su malestar por la brecha entre su trabajo y su formación en APS. Ser "*máquinas asistenciales*" que "*tapaban un malestar*" y estar "*comidos por la demanda espontánea*" sintetizaban el relegamiento de actividades de promoción y prevención. En contraste, el área de salud materno-infantil del CAPS contaba con los recursos necesarios para garantizar el seguimiento de embarazadas, recién nacidos y niños hasta dos años.

EL 2020: INCERTIDUMBRE, CAOS Y ESTRATEGIAS PARA ARMARSE COLECTIVAMENTE

Declarado el ASPO, y siguiendo las directivas municipales, el CAPS cerró por seis días para reorganizar su operatoria. Cuando retomó sus actividades, lo hizo con un horario y personal muy reducido. La farmacia se reabrió para la entrega de medicación a pacientes crónicos empadronados y el retiro de anticonceptivos y de leche. A la semana siguiente se agregó el servicio reducido de demanda espontánea para urgencias y se implementó el protocolo para casos de sospecha de COVID 19; con el correr de los días parte del personal quedó afectado a los operativos DETECTAR coordinados por el MSAL y a los organizados por el municipio. Las decisiones que fueron tomando las autoridades sanitarias en las distintas jurisdicciones y del área de Desarrollo Social municipal afectaron el destino y las funciones de los miembros de los equipos del primer nivel según su perfil profesional, las nuevas demandas y los dispositivos que se fueron implementando acorde evolucionaba la situación epidemiológica[1]. "Incertidumbre", "miedo", "estrés", "caos", "locura" y "pánico" fueron términos con que los entrevistados recordaban cómo vivieron el inicio de la pandemia, al tener que enfrentarse con una enfermedad nueva, en un escenario muy poco previsible, sin saber con qué recursos contarían en el CAPS y cómo se modificaría el trabajo colectivo y de cada uno. Por ejemplo, una médica generalista recordó el miedo que sentía al tener que asistir a capacitaciones breves en el hospital de referencia municipal para intubar a los enfermos más graves por COVID. En ese momento no sabían si iban a tener que hacerlo en los CAPS si se saturaban los servicios hospitalarios.

1 El Ministerio de Salud de la provincia elaboró un protocolo para la organización del primer nivel de atención, con sucesivas actualizaciones, y el Comité de Crisis del Municipio estableció el suyo para adaptarlo a la realidad de cada centro según sus características edilicias y la disponibilidad de recursos humanos.

Si bien fueron momentos de desconcierto y de disrupción de rutinas de trabajo, también lo fue de construcción de un espacio para la autogestión que aunque estaba enmarcado en los parámetros definidos por las sucesivas, y por momentos contradictorias, directivas de las autoridades sanitarias habilitaba márgenes de decisión en los CAPS, *"no sabíamos a quién atender ni cómo ni dónde. Había muchos protocolos distintos casi a diario. Tuvimos que entre nosotros juntarnos y decidirlo nosotros porque no había bajada de línea clara"* (Claudia, médica generalista). Así fueron armaron "mini-protocolos" para la actividad de la farmacia, el uso de los consultorios y la atención remota.

Construir un lugar de trabajo seguro no fue una tarea sencilla. Al inicio de la pandemia los EPP fueron insuficientes en cantidad y de calidad dudosa. Este escenario alimentaba la sensación de vulnerabilidad del equipo y ponía en evidencia las condiciones precarias de trabajo. El temor al contagio llevó a estrategias para "armarse" colectivamente En este sentido, como personal de salud de la primera línea no sólo tuvieron que luchar contra el virus; el lenguaje bélico fue utilizado para remarcar la pelea colectiva ante los recursos insuficientes de protección personal, *"empezamos a armarnos más, me di cuenta de que por ahí todo el equipo tenía ganas de estar unidos y de cuidarnos entre nosotros; si no, no retomar la atención"* (Gimena, pediatra). Claudia comenta que fueron creando "micro-estructuras" para sostenerse mutuamente, lograr un espacio de trabajo seguro y dar *"batalla al sistema"*. Los protocolos ad-hoc que diseñaron y los acuerdos les permitieron re-estructurarse en la contingencia y actuar de manera más coordinada y previsible.

Por otra parte, las condiciones desiguales y precarias de contratación del personal agregaron incertidumbre y condicionaron tareas y reconversiones. Quienes tenían contratos como monotributistas en mayor medida vieron peligrar sus ingresos y continuidad laboral, y en muchos casos debieron reconvertir su trabajo. Lucía, médica generalista, mientras estuvo cerrado el CAPS tuvo que trabajar en un móvil sanitario realizando visitas domiciliarias, *"Si no vas al centro de salud no cobrás"*. Silvia, odontopediatra y monotributista, por la suspensión del servicio de odontología sufrió una total reconversión para "sobrevivir" en el CAPS: quedó a cargo bioseguridad, realizó trabajo administrativo, hisopados y colaboró con el *triage* y seguimiento telefónico de pacientes con COVID-19.

Las postas sanitarias permanecieron cerradas durante el 2020, postergando actividades de promoción de la salud y controles preventivos. Los escasos recursos profesionales se destinaron a la prioridad asistencial impuesta por pandemia; se sumaron las malas condiciones edilicias, falta de higiene y seguridad en varias de ellas, y que varias de las voluntarias pertenecían a grupos de riesgo frente al COVID-19.

En 2020 se agudizó la problemática de la insuficiente provisión de medicación e insumos provenientes de programas nacionales y provinciales, que no se alcanzan a suplir con las compras del municipio. Las posibilidad de adquirir la medicación faltante en la farmacia central del municipio quedó restringida a casos excepcionales y bajo procedimientos más burocratizados, a lo que se sumaron las barreras que impuso el ASPO para la circulación. En el caso de los pacientes adultos crónicos se sumó la postergación de la atención durante los primeros meses (se había priorizado la atención de embarazadas, puérperas y niños hasta dos años), generando agravamientos de condiciones de salud evitables. Se pensaron entonces dispositivos de seguimiento híbridos para no continuar vulnerando derechos de acceso en el primer nivel de atención. La teleconsulta fue una innovación en el CAPS sin una planificación previa; sin contar con la tecnología adecuada (un único celular para recepcionar todas las consultas por WhatsApp), contribuyó a la sensación de caos para el equipo de salud. También hubo faltantes de algunos métodos anticonceptivos lo que redundó en un aumento de las consultas por ILE.

Retrospectivamente, para fines de 2020, el nuevo escenario de trabajo había dejado algunos saldos positivos para el equipo. Uno de los logros fue que tuvieron muy pocos casos de personal contagiado. También ganaron en reflexividad en las decisiones que iban tomando en escenarios de trabajo en continuo cambio. La capacidad para sobrellevar la incertidumbre y temores grupalmente fue vista como algo positivo del primer año de la pandemia.

EL ESCENARIO DE TRABAJO EN EL 2021: DESGASTE Y AUTOGESTIÓN PARA NO SEGUIR RESTANDO

Si la situación de 2019 ya mostraba serios problemas en términos de recursos profesionales, la pandemia fue un catalizador, especialmente durante el segundo año, cuando el país atravesó la segunda ola y comenzaba la tercera en el mes de diciembre. Confluyeron condiciones de profundización de la precariedad laboral, la saturación de la demanda y la sobrecarga del recurso humano. Esto produjo frustración y enojo en el equipo, pero también fortaleció la necesidad de "autogestión" para activar resistencias.

El permanente achicamiento del equipo de salud del CAPS producto de renuncias y cargos que no se reemplazan, se genera en gran parte por las políticas municipales de contratación. Algunos trabajadores tienen contratos de planta temporarios por años y no se ofrecen incentivos de mejores condiciones de trabajo para pasar a planta permanente; por el contrario, implica una mayor carga horaria semanal sin un sueldo acorde y con descuentos del plus de productividad si se

toman los días no justificados previstos en el convenio colectivo de trabajo (mientras que quienes están en planta temporaria no lo pierden). Otros trabajadores tienen contratos temporales como monotributistas, con la incertidumbre de estabilidad en el puesto que genera esta modalidad de contratación,

> El desaliento para trabajar en este medio en muchos casos invitó a la gente a buscar otra alternativa. Parece a propósito (…) [si] desde la gestión, no tenés la autocrítica para ver qué les estás ofreciendo en calidad laboral, en honorarios acordes a la tarea que prestan, bueno, si esa balanza está desequilibrada va a seguir sin haber médicos (Luis, médico generalista).

Las condiciones laborales son "desgastantes", sienten "maltrato" y "manoseo", *"es exprimir la precarización y la escasez hasta que no dé más, y que venga otro que les sirva, después venga otro"* (residente). Como trabajadores esenciales no habían tenido vacaciones en 2020 y estaban en riesgo de no tenerlas hacia fines de 2021; si se tomaban vacaciones les descontaban el plus de productividad, lo mismo ocurría por días por enfermedad, incluso si habían contraído COVID, o tenían que aislarse por contacto estrecho. El descuento también se aplicaba a días no trabajados por enfermedad de los hijos. Claudia, explicaba que era prioritario que el *"equipo pueda sobrevivir hasta el fin de año"* y *"no tener más bajas"*. En ese momento se estaba decidiendo el cambio de la dirección del CAPS, lo que implicaba que quien ocupara el cargo restaría horas de trabajo asistencial, por lo que se encontraban negociando con la Secretaría de Salud quién lo asumiría. El achicamiento ocurría en momentos de alta demanda asistencial de adultos y niños cuya atención había sido postergada durante la pandemia. Con bajas del personal y la refuncionalización de parte del equipo, las consultas programadas habían sido a *"cuenta gotas"*. Pasada la segunda ola, se formaban largas colas en el CAPS el día del mes en el que se asignaban los turnos. Para Claudia, la alta demanda mostraba *"que no están cobrando el año y medio que no atendimos"*.

Cabe destacar que durante la segunda ola de COVID (junio a agosto de 2021) veían pacientes más complejos que requerían derivaciones al hospital de gestión provincial, que por momentos se encontraba saturado y con los que tenían problemas de articulación. Como consecuencia de ello, el CAPS operaba en la práctica como un centro de atención intermedio (teniendo que enviar a la casa pacientes que requerían oxígeno por no poder derivarlos, e indicarles que volvieran al día siguiente). Este escenario crítico marcó un punto de inflexión para el equipo y condujo demandar, por intermedio de la gestión del

Municipio, la apertura de una sala COVID en el hospital de referencia, *"ahí fue cuando nosotros dejamos de tener problemas para derivar gente porque ya había una sala COVID que era como del Municipio pero en el hospital, y entonces articulábamos"*. Aun así el municipio inició obras de la ampliación del CAPS en 2021, anexando dos salas con tomas de oxígeno en el plano de obra. Para Luis, médico generalista, esto indicaría la intención transformar el CAPS en una extensión del segundo nivel, llevando a una "*atención primaria completamente desdibujada*", que además no condice con la reducción sostenida del plantel médico.

Se sumaba, avanzado diciembre de 2021, la gran demanda de testeos por COVID (en dos semanas habían pasado de hacer 5 tests rápidos a 60 en una mañana), coyuntura que nuevamente los ponía en una actitud de resistencia frente la política municipal. Siendo casos leves, con población en su mayoría vacunada, el equipo se encontraba debatiendo si priorizar la atención y el seguimiento de pacientes crónicos, evaluando cuánto margen de maniobra tendrían. Durante la segunda ola, ese margen de acción les permitió, por ejemplo, negarse a atender sólo a la demanda espontánea de urgencia. Por el contrario, se dividieron en duplas, con un integrante atendiendo casos agudos y otro a pacientes crónicos que veían por demanda pero haciendo "*consultas de seguimiento encubiertas*".

Para fines de 2021 los consultorios de las postas sanitarias se cerraron definitivamente. Ellas permitían derivar parte de la demanda, y funcionaban como espacios alternativos de consulta y de promoción integral para niños y jóvenes. El trabajo allí realizado no estaba exento de cuestionamientos en cuanto al alcance de las intervenciones en el terreno, pero hasta la pandemia buscaron sostenerlo. En el 2021 a la decisión del municipio del cierre de los consultorios, se sumó la imposibilidad de mantener su funcionamiento por las condiciones insalubres de atención, "*si no es como precarizar aún más la atención que se da acá, es poner un DIU en una posta alumbrándonos con el teléfono, con dos grados bajo cero o con cuarenta grados; es como resolver más primitivamente y más precariamente algo que se puede hacer acá*" (residente). Por otra parte, la falta de reconocimiento económico del trabajo de las referentes barriales generaba un conflicto ético para los médicos; como lo expresó Luis, ellos eran "*la cara visible*" de un sistema con el que no acordaban. Como alternativa, estaban planificando intervenciones "itinerantes" en organizaciones territoriales para recaptar pacientes complejos y facilitar el acceso a turnos de odontología en el CAPS.

CONCLUSIONES

En líneas generales, la pandemia implicó que se consolidaran dinámicas de funcionamiento del CAPS que habían comenzado antes de su

irrupción. Si durante 2020 se modificaron roles y rutinas de trabajo con un horizonte de corto plazo, el escenario de trabajo del 2021 refleja la progresiva reducción del trabajo de promoción y prevención primaria propias de la APS por la mayor demanda asistencial con menores recursos humanos, y la incorporación de tareas de un nivel intermedio. El cierre de las postas sanitarias, la ampliación del centro de salud y las mayores dificultades para otorgar turnos programados y realizar seguimiento de pacientes crónicos marcan esta tendencia. En 2021 recibieron una gran demanda por condiciones crónicas de salud agravadas por la postergación de la atención programada, que saturó la capacidad de respuesta del equipo. El margen de acción del equipo para atender la demanda se vio restringido considerablemente. Antes de la pandemia por ejemplo, redirigían parte de la atención a las postas o, en ocasiones, articulaban con el segundo nivel mediante mecanismos informales de derivación. En tiempos de pandemia, estas vías de "resolución" de demandas quedaron restringidas; el margen de autonomía se evidenció en las estrategias de resistencia para "armarse" grupalmente para preservar lo que consideraban esencial para su funcionamiento como centro de APS (como la provisión de EPP en tiempo y forma, gestionar cambios organizacionales para hacer derivaciones al hospital provincial de casos de COVID que requerían internación y no atención ambulatoria precaria, y sostener el seguimiento presencial de pacientes crónicos de manera "encubierta"). Constituyeron "zonas de negociación" (Kalinsky y Arrué, 1996) para la gestión de su trabajo en escenarios que amplificaron condiciones laborales adversas y distorsiones en la estrategia de APS.

El equipo de salud debió enfrentar la pandemia en un escenario de precariedad laboral de largo plazo. Las distintas modalidades de contratación de los profesionales y los desincentivos económicos para el pase a planta permanente han generado una alta rotación y un achicamiento progresivo del equipo. El efecto combinado de la reorganización de los servicios, la re-funcionalización de tareas y las nuevas modalidades de atención sin las capacidades tecnológicas, logísticas ni de recursos humanos significó un deterioro de las condiciones laborales. Para fines de 2021, el esfuerzo colectivo, que ellos denominaban "autogestión", tenía como objetivo principal detener el achicamiento del equipo y evitar un mayor deterioro de las condiciones laborales que redunda en restricciones para el acceso a una atención primaria de la salud oportuna, continua y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

Ase, I., y Burijovich, J. (2009). La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?

Salud Colectiva, 5(1): 27-47.
Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención primaria de la salud: una reflexión desde las ciencias sociales. *Salud y Población*, 4, 14-21.
Ceriani, L. y Kanterewicz, L. (2019). La salud en tiempos de ajuste. Un acercamiento a conocer cómo está afectando la política económica actual la salud de las y los argentinos. *Márgenes: Revista de Economía Política*, V (5), 117- 132. doi: 10.17345/rio20.169-195.
Chiara, M. (2019). El derecho a la salud bajo amenaza. *Voces en el Fénix*, 9 (77), 60-67.
Crojethovic, M. y Ariovich, A. (2018). Las redes de salud en el territorio del Gran Buenos Aires: el desafío de la coordinación de servicios de salud. *Revista Internacional de Organizaciones*, 20, 169-195.
Freidin, B. (2017). El uso de despliegues visuales en el análisis de datos cualitativos: ¿Para qué y cómo los diseñamos? En P. Borda, V. Dabenigno, B. Freidin y M. Güelman (Eds.), *Estrategias para el análisis de datos cualitativos*. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
Freidin, B.; Ballesteros, M.; Krause, M.; Wilner, A. y Vinitisky, A. (2020). *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.
Friedland, R. (2017). Moving Institutional Logics Forward: Emotion and Meaningful Material Practice. *Organization Studies*, 1-28. doi: 10.1177/0170840617709307
Kalinsky, B. y Arrué, W. (1996). Salud e interdisciplina. ¿Fracaso epistemológico o práctica de la intergestión de la ciencia? En B. Kalinsky y W. Arrué (Eds.), *Claves antropológicas de la salud: el conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
Maceira, D., S. Olaviaga y V. Iñarra (2021). *La reorganización de los servicios de salud. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina*. Buenos Aires: Fundar.
Novick, M., y Rosales, C. (2006). *Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud: 2005-2015*. Washington D. C.: OPS.
OPS (2010). *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington D. C.: OPS.
Pagnamento, L. V. (2014). Algunas reflexiones sobre el análisis de la implementación de políticas de salud a nivel local. El caso de la

atención primaria de la salud (APS) en el municipio de La Plata. *Cuestiones de Sociología*, 11.

PAHO/WHO (2020). *Response to COVID-19 Outbreak. In the Region of the Americas. Version 3.*

Spinelli, H.; Trotta, A.; Guevel, C.; Santoro, A.; García Martínez, S.; Negrín, G., y Morales Castellón, Y. *(2013). La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo,organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012.* Buenos Aires: OPS.

Tobar, F.; Montiel, L.; Falbo, R., y Drake, I. (2006). *La red pública de atención primaria de la salud en Argentina*. Recuperado de <https://bit.ly/3aevpHi>.

Ley Nacional de Salud Mental 26.657: una deuda atravesada por la pandemia

Antonella Gallego Gastaldo*

INTRODUCCIÓN

Hacia la primera década del siglo XXI la movilización de colectivos de trabajadorxs y usuarixs del sistema de salud logró instalar otras lógicas para disputar sentidos en torno a los padecimientos mentales. Y aunque este activismo se ha plasmado en legislaciones que promueven derechos como lo es la Ley Nacional 26.657, persiste la convivencia de distintos modelos de pensamiento en torno a la conceptualización y el abordaje de las problemáticas de salud mental. Entramado que impide el despliegue de políticas que viabilicen el cumplimiento de esta normativa.

En este sentido, y atravesados por la pandemia de COVID-19 y los nuevos dispositivos de poder que este contexto ha generado, interesa aquí reflexionar en torno a la brecha entre la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y su "aplicación" en el mundo social. Desde este ángulo, como un puntapié para indagar en lo heterogéneo y contradictorio de los procesos de formulación e implementación de políticas públicas, se propone analizar las dimensiones de poder que se visibilizan en la formulación de políticas públicas vinculadas a "contener" el avance del virus, vulnerando, una vez más, los derechos de lxs usuarixs del servicio público de salud mental. Instancia que

* Facultad de Ciencias Sociales-UNC. antonella.gallego@mi.unc.edu.ar

lleva a preguntarnos desde dónde se piensan, construyen, socializan y ejecutan las políticas públicas: ¿desde un reconocimiento de lxs sujetxs históricamente vulneradxs como sujetxs de derecho? ¿O como un ejercicio de legitimación del poder médico-gobernante?

A partir de un trabajo previo en el que indagamos los distintos espacios que conforman la red de relaciones que (re)producen el campo de la salud mental a partir del eje diagnóstico –entendido éste como un proceso clasificatorio de sujeción mediante el cual la medicina se reafirma y legitima como saber autorizado sobre la enfermedad (Gallego Gastaldo, 2020)–, pudimos acercarnos a los discursos y las prácticas de profesionales del ámbito de la salud pública que intervienen en la construcción de los diagnósticos de padecimiento mental, y a las relaciones de poder que esta categoría clasificatoria encierra. Entendemos que se trata de una práctica que tiene consecuencias importantes sobre la vida de aquellas personas que son diagnosticadas, ya que conduce a estxs sujetxs a experimentar la vulnerabilidad social de sus cuerpos.

El campo de la salud mental está compuesto por grupos de intereses antagónicos que se encuentran en constante tensión: unos por conservar el poder con el fin de perpetuar el modelo bio-médico ya establecido; y otros que se configuran alrededor de discursos que cuestionan las lógicas hegemónicas en torno a la salud mental al luchar por una transformación del orden social y por subvertir las reglas del campo para hacer que sus capitales sean más valiosos. Por tanto, creemos importante recordar aquí algunas incorporaciones y modificaciones a las lógicas del campo de la salud mental a partir de la Ley Nacional de Salud Mental No26.657, sancionada en el año 2010.

En la década de 1990 el Estado argentino tomó la forma de Estado neoliberal asistencialista, desde donde la política social siguió los principios de descentralización y privatización (Gil, 2021); y aquello también tuvo sus implicancias en las políticas de salud. Hacia la primera década del siglo XXI, la movilización de colectivos de trabajadores de la salud y usuarios del sistema público de salud mental logró instalar otras lógicas, capaces de disputar sentidos en torno a los padecimientos mentales; y aunque este activismo se vio plasmado en pactos, tratados y legislaciones que promueven derechos, como lo es la Ley Nacional 26.657, persiste la convivencia de distintos modelos de pensamiento en torno a la conceptualización y abordaje de las problemáticas de salud. Entramado que impide el despliegue de políticas y dinámicas que posibiliten la vigencia de esta normativa.

La promulgación y sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, en el año 2010, responde a una consolidación de luchas gestadas desde sectores intelectuales y profesionales durante el siglo XX; en

conjunto con la organización de usuarios del sistema público de salud mental en la ciudad de Córdoba, cuyos discursos e identidades colectivas han sido construidos en contra del encierro, la estigmatización y la marginalización que se produce sobre quienes son patologizados en el marco de un modelo de gobierno de la vida y de los cuerpos que medicaliza a aquellos que se desvían del normal[1] comportamiento. Históricamente, esto también se ha traducido en una incapacitación jurídica de los sujetos diagnosticados. De tal modo, a partir de un activismo en torno a la salud mental y las prácticas manicomializantes, aquel "asunto de unos pocos" que se planteaba como una necesidad de algunos profesionales subalternos dentro del campo y de usuarios del sistema, se transformó en cosa de todos. Es decir, aquella situación problemática que afectaba a un sector, pasó a formar parte de la agenda pública.

De tal manera, el tratamiento y la sanción de esta ley, cuyo principal propósito es finalizar con el funcionamiento de las instituciones asilares, contribuyó en el establecimiento de un orden de las narrativas del campo de la salud mental al definir a la salud mental como "un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (Ley No 26.657, 2010, capítulo II, artículo 3). A su vez, hay una incorporación de la noción de "padecimiento" (definido a través de la experiencia del paciente), re-nombramiento que suplanta el término "trastorno/enfermedad" (definida a partir de la concepción del médico) como expresión de la lucha de sentidos en torno a la salud mental y una visibilización de la jerarquía establecida en la relación médico-paciente. Del mismo modo, esta legislación habilita la participación de otros profesionales del campo de la salud (formados no necesariamente al rededor del saber bio-médico) en la construcción de diagnósticos.

A través de la sanción de esta normativa el Estado nacional entiende a la salud mental como consecuencia de una serie de procesos diversos y una complejidad de factores que llevan a pensar a la enfermedad mental no sólo como un problema biológico o psicológico; visibilizando a poblaciones históricamente vulneradas. Se sugiere entonces, que para su promoción se requiere de un fortalecimiento del primer nivel de atención de la salud que cuente con una serie de

1 Destacamos aquí la construcción de una frontera entre lo "normal" y lo "anormal" a partir de los aspectos políticos y culturales que juegan un papel importante a la hora de determinar y definir un estado de salud que presenta síntomas de desorden.

dispositivos de contención de los sujetos anclados en la comunidad, distintos de los de los hospitales monovalentes. Como también se precisa de recursos humanos, técnicos y de infraestructura, y el diseño e implementación de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para el abordaje de los padecimientos.

Sin embargo, su cumplimiento aun no es efectivo, dando cuenta de espacios, subjetividades e identidades que se encuentran en constante disputa. Por tanto, este trabajo, mediante el análisis de los modos locales de producción de salud-enfermedad-cuidado, nos ha permitido comprender los patrones de funcionamiento del circuito institucional monovalente. Lo que nos permite incurrir en lo heterogéneo y contradictorio de los procesos de formulación e implementación de políticas públicas.

En este sentido, entendemos que la implementación de medidas sanitarias de distanciamiento y aislamiento obligatorio (DISPO y ASPO, respectivamente) impartidas a nivel nacional durante el año 2020 y 2021, soslayan los discursos normativos consolidados en una legislación nacional que sancionan estas prácticas como "medidas terapéuticas" para el tratamiento de los padecimientos subjetivos.
En esta ocasión, para el análisis del impacto de estas medidas nos basamos en una recopilación de la producción bibliográfica durante el primer y segundo año desde la declaración de pandemia por la propagación del virus SARS-CoV-2. Lo que nos permitirá reflexionar sobre el carácter sindémico (Singer y Rylko-Bauer, 2021) de esta pandemia y los posibles aportes de la disciplina antropológica en la comprensión de cómo afecta este fenómeno al campo de la salud mental.

DISPO, ASPO Y SALUD MENTAL

Durante el primer mes del distanciamiento y aislamiento obligatorios en la provincia de Córdoba, el acatamiento de esta medida condujo a "un aumento de la violencia de género y doméstica ante la situación de encierro de familias numerosas en viviendas pequeñas y la degradación de la salud mental de las poblaciones referenciadas (ansiedad, tristeza, reacciones paranoicas, alcoholemia, especialmente en jóvenes)" (MINCYT-CONICET , 2020:54). En esta línea de investigación otros estudios (Instituto de Investigaciones Psicológicas, 2021) también han indagado en los efectos de las medidas sanitarias que se han impuesto desde el comienzo de la pandemia, declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020, afirmando que éstas han agudizado las tendencias hospitalo-céntricas y biomédicas que ya se encontraban presentes en la definición de la salud antes de la aparición del COVID-19. En este sentido, siguiendo a Brooks et al. (2020) entendemos que las decisiones sobre cómo aplicar la cuarentena deben basarse en la

mejor evidencia disponible, ya que la mayoría de los estudios revisados informan efectos psicológicos negativos en la población en general (Brooks et al., 2020) (Etchevers et al., 2020) (Huarcaya-Victoria, 2020) (Martínez-Taboas, 2020) (Zhou et al., 2020), de modo que la intervención en "crisis psicológicas" debería ser parte de la respuesta de la salud pública al brote de COVID-19 (Dong y Bouey, 2020). Estos antecedentes del campo de la salud pública, epidemiología y psicología sostienen que las mencionadas medidas sanitarias imponen el riesgo de que se incrementen padecimientos que conllevan a "comportamientos patológicos" como la autolesión, el suicidio y la violencia doméstica. Del mismo modo, estas medidas, también tendrían efectos sobre la población "psiquiátrica" (Alomo, 2020) (Belz et al., 2021) (Chevance et al., 2020) (Zhou et al., 2020), tanto en relación a recaídas o a las posibilidades de empeoramiento de una condición de salud mental ya existente debido a una alta susceptibilidad al estrés en comparación con la población general.

A su vez, se señalan las distintas condiciones que hacen a su vulnerabilidad, ya que se ha descubierto que los pacientes internados por padecimiento subjetivo son más susceptibles a contraer Covid-19 al tener una menor esperanza de vida, peores condiciones de salud física en general a causa de falta de actividades saludables, así como también se destaca la vulnerabilidad psicosocial que sufren los usuarios del servicio de salud mental durante esta pandemia a causa de la estigmatización y/o dificultades socioeconómicas. Al mismo tiempo, se afirma que éstxs a menudo se encuentran confinados a condiciones de vida hacinadas en hospitales donde comparten espacios comunes. Por otro, también se señalan los efectos secundarios de los medicamentos psicotrópicos y el estado de salud subóptimo de los pacientes hospitalizados con padecimientos agudos como factores que pueden hacerlos más vulnerables a la neumonía que puede ser ocasionada por el COVID-19 y sus complicaciones (Xiang et al., 2020) (Yao et al., 2020) (Zhu et al., 2020). Además, se sugiere que el sistema de salud mental, al ser más vulnerable que otros sistemas de salud (Chevance et al., 2020) supone un acceso reducido a los servicios, manifestándose una preocupación ante un acceso reducido a los servicios psicoterapéuticos durante y después de la pandemia, junto con las condiciones de salud mental actuales que desafían los tratamientos.

Al hacer foco sobre las dinámicas de los servicios de salud mental ante la emergencia del COVID-19 (Ardila-Gómez et al.; Cui et al.; Liu et al.; Pedernera, 2020) (Kim et al., 2021) y los desafíos que esta situación sanitaria supone tanto para las instituciones de salud en el acceso a la atención, como para quienes ya se encuentran internados. A su vez, se sostiene que el problema fundamental tiene que ver con

que el centro de salud esté dejando de ser un referente para la comunidad dado que la accesibilidad se encuentra limitada. Ya que, junto con la suspensión de toda actividad grupal y territorial, se priorizan la atención de personas con síntomas relacionados con COVID-19 (Pedernera, 2020). Provocando así una tendencia a reforzar la internación en los hospitales neuropsiquiátricos y su disminución en los hospitales generales (Ardila-Gómez et al., 2020).

A nivel local, en Córdoba, también se han seguido líneas de investigación desde el campo de la psicología (Bruno; Grinberg; Márquez Rodríguez, 2020) (Instituto de Investigaciones Psicológicas, 2021) y de los derechos humanos (Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la provincia de Córdoba, 2021). A partir de ellos, podemos señalar que aquí también se vio limitada la atención de la salud mental en hospitales generales, al tiempo que se cerraron algunos de los dispositivos de atención comunitaria sosteniéndose la atención solo por medio de las guardias. Ante la falta de conformación y sostenimiento de una red de asistencia sólida que sustituya la utilización de internaciones, éstas continuaron sucediéndose en hospitales monovalentes sin la posibilidad de promover procesos de externación. Como parte de las dinámicas que denotan la falta de recursos humanos por despidos, y ante la precariedad de las condiciones de trabajo, también se restringieron las visitas domiciliarias; así como la falta de inversión en el sector provocó el cierre de dispositivos comunitarios y de rehabilitación (Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la provincia de Córdoba, 2021). Del mismo modo, el Programa de Inserción Profesional fue suspendido; se dieron de baja convenios con organizaciones sociales que abordaban los consumos problemáticos de sustancias en los territorios; y se anuló la prórroga de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la provincia de Córdoba, 2021).

Por tanto, ante una mayor demanda de atención y menos recursos, la medicalización de los padecimientos continuó posicionándose como una práctica central en el campo de la salud mental. Permitiéndonos afirmar que aquellas bases biomédicas preexistentes se reforzaron aún mas al demostrar que la salud pública destina casi todos sus recursos al nivel secundario de atención, al terciario y a las emergencias (Pedernera; Proyecto Suma, 2020) (Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la provincia de Córdoba, 2021). Por tanto, entendemos que el acceso de la población a la atención de salud mental no solo es crucial para atenuar el impacto subjetivo de la cuarentena obligatoria y prevenir sus secuelas (Etchevers et al., 2020), sino también en el proceso de desmanicomialización propuesto en la normativa vigente.

Por último, siguiendo a Johnson (2020), Etchevers et al. (2020) y Marçon et al. (2021) comprendemos que la clase social también tiene una influencia en las percepciones respecto a la propagación del virus y las medidas de distanciamiento y aislamiento. Las diferencias sociales en la población respecto al confort percibido durante el aislamiento social, el género, el nivel educativo, y las posibilidades de acceso a los distintos elementos que hacen a salud mental –tanto el efectivo acceso a los servicios, como las posibilidades de realizar actividades 'saludables'–, constituyen indicadores que dan cuenta la desigualdad de recursos en el marco de este contexto sanitario y, especialmente, en el impacto diferencial en la salud mental que provoca una pandemia.

En este sentido, entendemos que los sectores de menores ingresos experimentan mayor riesgo de padecimiento psicológico en tanto se encuentran más expuestos a la incertidumbre laboral, habitacional y económica ya que los empleos informales sufren más rápidamente el impacto de cuarentena y las pérdidas económicas que acarrea, así como los problemas de vivienda (Instituto de Investigaciones Psicológicas, 2021). Según Johnson et al. (2020) estas experiencias situadas tienen su influencia sobre la revalorización del medio ambiente, y la posibilidad de revisar y replantear el sistema social y económico aparecen como escenarios privilegiados. Por el contrario, se señala que las personas que están en desventaja por un sistema social suelen, paradójicamente, ser quienes menos lo cuestionan o rechazan; expresando una menor tendencia a cuestionarse en esta pandemia sobre aspectos más macro como el medio ambiente o el sistema socio-económico, arguyendo que son probablemente percibidos como externos y alejados de su control.

Como sostienen Bonet y Lins Ribeiro (2021), el paso de este virus ha acabado con las certezas contemporáneas, y como observamos, las respuestas gubernamentales no han logrado asumir un posicionamiento frente a lxs sujetxs desde una perspectiva que atienda a los procesos subjetivos que la población está transitando. Por tanto, respecto al conjunto de trabajos ya existentes, proponemos indagar en esta radicalización de las perspectivas biologicistas. Evidenciada en el fortalecimiento de las acciones epidemiológicas y en la ausencia de políticas públicas que atiendan a la salud mental. Demostrando la aún presente dicotomía entre cuerpo y mente, que ha conducido sus esfuerzos a la atención de la "cuestión viral". Asimismo, en el uso de la categoría de *crisis* (utilizada para representar la emergencia del COVID-19 y la necesidad de medidas para contenerlo), también comprendemos la presencia de los saberes biomédicos en la caracterización de las poblaciones en términos de estados "patológicos" contrapuestos a "normales", que develan la operatividad del lenguaje médico

sobre los sentidos que otorgamos a la vida social (Visacovsky, 2011).

Entendemos que el virus SARS-CoV-2 es una entidad biológica, cuya acción tiene un impacto sobre el cuerpo humano. Pero el COVID-19, en tanto enfermedad y su categorización como pandemia, pueden ser entendido como eventos socio-culturales, o en términos de Singer y Rylko-Bauer (2021) *biosociales*. Esta diferenciaciación nos permite formular interrogantes que nos ayuden a comprender el comportamiento humano en crisis frente a una ruptura en la cotidianidad (Visacovsky, 2011), sino también reflexionar críticamfente en torno a los recursos y estrategias de los que se disponen frente a la necesidad global de crear nuevos modelos interpretativos de los procesos de salud-enfermedad en tanto "lo crítico" puede ser un objeto de indagación para la antropología de la salud.

En este sentido, lxs antropólogxs contamos con las herramientas teóricas y metodológicas para documentar estas alteraciones y abordar los mecanismos por los cuales ciertas enfermedades afectan de determinadas maneras a ciertos sectores de la población, como por ejemplo, poder dar cuenta de la violencia estructural que encierra la patologización de ciertxs sujetxs y la configuración histórica de los diagnósticos de padecimientos mentales. Esta práctica nos permite demostrar cómo las condiciones preexistentes, no solo médicas, sino también sociales, económicas e históricas, dan forma tanto a patrones diferenciales de morbilidad y mortalidad, como al diseño de biopolíticas tendientes a mitigar el virus.

REFLEXIONES

Como sugieren los antecedentes, el contexto de pandemia debió haber acelerado la urgencia de una transformación en materia de salud mental, ya que las instituciones asilares como los neuropsiquiátricos presentan mayores riesgos de contagio de coronavirus; sin embargo, las medidas políticas han recrudecido las lógicas manicomiales (Colectivo por el derecho a la salud Mental, 2020). Esta explicitación de antecedente posibilita, entonces, una instancia de reflexión en torno a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y resalta una vez más la importancia de una red de contención comunitaria independiente a las instituciones monovalentes que posibilite pensar en nociones de salud y cuidado por fuera del sistema hospitalario.

A su vez, el carácter productivo de la salud acompaña las formulación de políticas públicas que medicalizan y habilitan el señalamiento de la autogestión de la salud. En este sentido, el carácter autogestivo de la salud, basado en individuos privados que deben ocuparse individualmente de su salud como expresión del capital y de la fluidez de los vínculos (Bonet, 2021) también nos permite cuestionar el crecimiento

y la ampliación del mercado terapéutico, de la industria de los medicamentos y los avances farmacológicos que tal desarrollo propicia. De allí la importancia de ser capaces de explicitar las esferas transnacionales en las que el mercado afecta las decisiones políticas locales.

Finalmente, en un contexto de pandemia en el que el conocimiento 'experto' ha resultado cuestionado frente a la emergencia del covid-19, nos preguntamos cómo se dió una radicalización del modelo biologicista en la comprensión y atención de los procesos de salud-enfermedad durante esta emergencia. Sin embargo, deseamos, desde aquí, reflexionar en torno a las posibilidades de implementación de la Ley Nacional 26.657 en la medida en que las nociones de padecimiento sean resignificadas desde una experiencia ciudadana común de aislamiento y el surgimiento de nuevas categorías de participación ciudadana. De manera que, ante un reordenamiento de cuerpos dispuesto por las medidas de aislamiento y distanciamiento, se pueda ver intensificado el interés de la comunidad política sobre el sufrimiento, y promover así su reconocimiento por fuera de los marcos jurídico-normativos. Por tanto, considerando el carácter social de la producción de salud y los padecimientos, y ante un contexto en el que el desconocimiento se torna esencial para el despliegue del conocimiento legítimo (Petryna, 2016), consideramos que el involucramiento de la población, en tanto miembros de una comunidad política, sería capaz de influir sobre el curso de la enfermedad y sobre las nociones de salud-enfermedad-cuidado en las que se asientan las demandas y los cuestionamientos al poder institucionalizado.

BIBLIOGRAFÍA

Alomo, M., Gagliardi, G., Peloche, S., Somers, E., Alzina, P., & Prokopez, C. R. (2020). Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba*, *77*(3), (pp. 176–181).

Ardila-Gómez S. et al. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. En *Revista Argentina de Salud Pública*, *13*(26), (s/p).

Belz, M., Hessmann, P., Vogelgsang, J. et al. (2021). Evolution of psychosocial burden and psychiatric symptoms in patients with psychiatric disorders during the Covid-19 pandemic. En *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *3*(s/n), (pp. 1-12).

Bonet, O. (2021). La sociedad del espanto. Mallas de vidas en cuarentena. *Horizontes antropológicos*, *27*(59), (pp. 147-163).

Brooks, S. K. Et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. En *The*

Lancet, *395*(s/n), (pp. 912–920).
Bruno, D.; Márquez Rodríguez, F. N.; Grinberg, M. (2020). Caracterización del impacto en salud mental de la pandemia covid-19. En *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. *5*(2), (pp. 301-324). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P. M., Thomas, P., Bocher, R., Moro, M. R., Laprévote, V., Benyamina, A., Fossati, P., Masson, M., Leaune, E., Leboyer, M., & Gaillard, R. (2020). Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. En *L'Encephale*, *46*(3), (pp. 3–13).
Colectivo por el derecho a la Salud Mental (2020). Documento audiovisual de la 7o Marcha por el Derecho a la Salud Mental. Recuperado de http://marchasaludmental.com.ar/.
Cui, L.-B., Wang, X.-H. and Wang, H.-N. (2020), Challenges of facing coronavirus disease 2019: Psychiatric services for patients with mental disorders. En *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *74*(s/n), (pp. 371-372).
Dong, L., & Bouey, J. (2020). Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*, *26*(7), 1616-1618. https://doi.org/10.3201/eid2607.200407.
Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). *Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11, 50-55 y 115- 124 días de cuarentena en población argentina.* Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes.
Huarcaya-Victoria J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *37*(2), (pp. 327-334).
Instituto de Investigaciones Psicológicas (2021). Salud Mental, Pandemia y Políticas Públicas. En *Godoy*, J. C. Y *Paz García*, A. P. (Coord). Córdoba: IIPSI - Instituto de Investigaciones Psicológicas.
Gallego Gastaldo, A. (2020). *Etiquetas que encierran historias. Aproximaciones a lo sentidos que configuran los diagnósticos de padecimientos mentales en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba (Argentina)*. Trabajo final de grado de la Licenciatura en Antropología. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Gil, M. (2021). Los abordajes de la SEDRONAR en la República Argentina (1989-2019). Hacia una historización de políticas públicas sobre consumo problemático de sustancias desde una perspectiva antropológica relacional. *En* L. Raggio, & C. Ciordia (Comp.), *Por una antropología de las políticas públicas: perspectivas de análisis y cambios de signo en la región,* (pp. 91-115). Teseopress.

Johnson, M. C. Et Al. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. En *Ciência & Saúde Coletiva 25*(1), (pp. 2447-2456).

Kim H. K. et al. (2021). The Impact of COVID-19 on Psychiatric Emergency and Inpatient Services in the First Month of the Pandemic in a Large Urban Mental Health Hospital in Ontario, Canada. En *Frontriers in Psychiatry, 12*(s/n), (s/p).

Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental (2 de Diciembre de 2010). Boletín Oficial No 32.041. Buenos Aires, Argentina. En línea en: http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf.

Lins Ribeiro, G. (2021). "Descotidianizar" el mundo. La pandemia como evento crítico, sus revelaciones y (re)interpretaciones. En *Desacatos*, *65*(s/n), (pp. 106-123).

Liu, X. et al. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. En *Comprehensive Psychiatry*, *53*(s/n), (pp. 15–23).

Marçon L., Silva P.C., Justino J., Oliveira C.F., Carvalho S.R., Dias T.M. (2021). Formas de gobernar la vida en la calle durante la pandemia: discursos, tecnologías y prácticas. En *Salud Colectiva*, *17*(s/n), (pp. 1-13).

Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología, 4*(2), (pp. 143-152).

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación, Argentina (MINCYT-CONICET- AGENCIA) (2020). Relevamiento del impacto social de las medidas del aislamiento dispuestas por el PEN. Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19. Recuperado de https://www.conicet.gov.ar/wp-content/ uploads/ Informe_Final_Covid-Cs.Sociales-1.pdf

Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la provincia de Córdoba (2021). Una pausa para pensar el campo de la salud mental. Reflexiones desde el Observatorio de salud mental y DDHH. *E+E: estudios de extensión y humanidades*, *8*(11), (pp. 18-35).

Pedernera, S. (2020). Pandemia y rol del equipo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud

Una experiencia del trabajo del psicólogo en la pandemia COVID-19. En *Diagnosis*, *2*(17), (s/p).
Petryna A. (2016). Ciudadanía biológica: Ciencia y políticas sobre poblaciones expuestas a Chernobyl. *Redes*, 22 (42), (pp. 83-107).
Proyecto Suma (2020). *Cambios en el proceso de atención clínica, cuidado y auto-cuidado en el campo de la salud mental en la Argentina a partir de la declaración del COVID-19 como pandemia*. Buenos Aires: Publicaciones Proyecto Suma.
Singer, M. Y Rylko-Bauer, B. The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis. *Open Anthropological Research*, *1*(1), (pp. 7-32).
Visacovsky, S. E. (2011). Estados Críticos: la experiencia social de la calamidad. La Plata : Ediciones Al Margen.
Xiang, Y. T. (2020). The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. En *International Journal of Biological Sciences*, *16*(10), (pp. 1741-1744).
Yao, H. et al. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. En *The Lancet Psychiatry*, *7*(4), (s/p).
Zhou, J. et al. (2020). Mental Health Response to the COVID-19 Outbreak in China. En *American Journal of Psychiatry*, *177*(7), (pp.574-575).

Evaluación de respuestas de la estrategia de Atención Primaria de Salud durante la pandemia del COVID-19 en centros urbanos del país (2020)

Sandra S. Gerlero*, Agustina Alarcón, Cecilia Argañaraz, Ana Cecilia Augsburger, María Paula Duarte, Sebastián Genero, Cecilia Pinto, Ernesto Taboada

INTRODUCCIÓN

La presentación del trabajo en estas jornadas pretende no sólo comentar los resultados de la investigación concluida, sino compartir inquietudes sobre el proceso investigativo en contexto de pandemia, dónde el referente empírico construido implicaba al sector salud específicamente, y a la población de referencia de los centros de APS.

El contexto observado en la ciudad de Rosario hacia mayo del 2020 (dónde llevaba un registro de 23 días sin casos), hizo que circularan artículos periodísticos[1] y de discusión sobre 'el milagro rosarino', y reinstalaron ponderaciones sobre la salud pública en la ciudad y la validez del desarrollo de la atención primaria de la salud.

En ese marco y asumiendo la complejidad que presentó la pandemia, mostrando claramente que el problema no es exclusivo del sector salud, surge la inquietud de indagar acerca de la capacidad de respuesta de la estrategia de Atención Primaria de la Salud analizando la interrelación entre la población, la gestión y la provisión integral de cuidados en centros urbanos disímiles (Rosario, Paraná

* Directora de la investigación (Instituto de la salud Juan Lazarte).

1 "Cómo hizo Rosario para frenar el virus (por ahora)", de Mariano D'Arrigo. En Le Monde Diplomatique, 20/05/20.

y Resistencia). Considerando que, en particular en el sector sanitario la Organización Panamericana de la Salud (OPS 03/2020) recomendó la puesta en marcha de planes operativos de la Red de Servicios de Salud, para reorganizar la atención de salud y obtener eficiencia en la gestión de la oferta de camas considerando la complejidad creciente de los pacientes. Si bien se alertó inmediatamente sobre la necesidad de una acción política sanitaria integral y extendida, que incluyó la reorganización del sistema de salud, ello no fue obstáculo para generar visiones más restrictas con privilegio de los recursos tecnológicos y priorización de la atención médica, especialmente para cuidados críticos (Halpern, Truog, Miller 2020).

En Argentina el Ministerio de Salud de la Nación y sus referentes provinciales y municipales, asumieron directrices para planificar la reorganización del sistema de salud buscando garantizar la eficacia social en la gestión de la respuesta a la pandemia, el funcionamiento de los mecanismos de coordinación, el manejo sistémico de la información, las capacidades logísticas, y los recursos necesarios para su ejecución, así como para una intervención integral a la población, que además garantizara la protección socio-sanitaria de los trabajadores de la salud (Ministerio de Salud de la Nación 2020).

En dicho contexto, la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) por su integralidad y democratización en la construcción colectiva del cuidado de la salud debía ser destacada. La redefinición y el fortalecimiento de los servicios del primer nivel de atención que sostienen un enfoque comunitario y una distribución territorial han mostrado el papel positivo y determinante en la contribución para garantizar el acceso a los cuidados de salud (Harzheim et.al 2020, Giovanella et.al, 2021). Frente a la crisis sanitaria que se desatadó por la pandemia la inserción poblacional de los Centros de Salud (CS) desempeñó un lugar fundamental en el abordaje comunitario para su enfrentamiento y en la vigilancia sanitaria en el territorio al tiempo que, en el vínculo con la población de referencia, sus acciones constituyen un aspecto fundamental para la adhesión de la población a las intervenciones epidemiológicas no farmacológicas, destinadas a reducir la trasmisión viral a nivel de la comunidad.

Este trabajo analizó la potencialidad de la contribución de la estrategia de APS en el control de la pandemia, en especial el papel desempeñado por los servicios de salud del primer nivel de atención, y su vínculo con la población en el apuntalamiento de medidas de promoción, prevención, atención, cuidado y apoyo social en contextos territoriales disímiles, y donde la pandemia adquirió características desiguales.

PERSPECTIVA

Las propuestas de acción de los servicios de APS, la calidad y cantidad de sus instalaciones, su capacidad de permear y asumir un papel destacado en la accesibilidad a los servicios de salud, la mantención de cuidados para los problemas de salud crónicos, de niños/as y mujeres gestantes, de población añosa, la disponibilidad de instrumentos de triagem y detección adecuados y seguros, la oferta variada de recursos humanos, con información y protección adecuada, constituyen aspectos reveladores para el análisis de la situación de salud vigente (Feo 2015, ABRASCO 2020, Bousquat et. al. 2020).

En ese marco, resultó oportuno y necesario interrogar las modalidades particulares que adquirió la reorganización y la gestión del sistema de salud en tres centros urbanos del área Centro y Noreste del país, destacando el lugar y la función otorgada a la APS, la priorización de acciones preventivas, la complementariedad de servicios asistenciales, el vínculo entre la población y los servicios de salud como elemento nuclear para garantizar accesibilidad, continuidad e integralidad en los procesos de cuidado frente a la pandemia del COVID-19.

En el desarrollo de la APS, luego de su revalidación como estrategia rectora del sistema de salud (OPS 2007), se pueden identificar aspectos preexistentes que resultan de particular interés en el escenario de la situación provocada por el COVID-19. En este sentido, Mario Rovere (2018) señala que componentes positivos como la amplia y expandida red de organizaciones de atención básica, el número considerable de trabajadores con formación universitaria de grado y posgrado en el primer nivel de atención y la mayor accesibilidad a los medicamentos coexisten con otros aspectos deficitarios como la baja planificación de acciones con base en las principales problemáticas de la población de referencia y la frágil articulación y coordinación con el resto del sistema de salud.

Identifica asimismo que el desempeño en el primer nivel de atención no siempre compromete responsabilidad territorial, repitiendo en muchos casos el modelo hospitalario de oferta de atención desde un paradigma biomédico, sin articulación interdisciplinaria ni intersectorial.

Es preciso reconocer que los esfuerzos de reorganización se establecen sobre redes de atención cuyas fortalezas y debilidades la crisis sanitaria tensiona. Las diferencias tanto en el nivel de la cobertura, de infraestructura y de equipamiento, como en la calidad de las prestaciones que recibía la población son condiciones previas a la emergencia de la pandemia.

Por ello fue necesario problematizar el lugar de la APS en el enfrentamiento de la pandemia, sobre todo si se tiene en cuenta que la mayoría de los casos (más del 80%) fueron leves o moderados, y que

la organización de la red básica de atención es la que brinda mayor cercanía identificándose para el primer contacto.

Como ya se mencionó, los atributos que constituye el núcleo central de desempeño de la APS adquierieron especial relevancia en el marco de la pandemia, sobre todo en la ciudad de Rosario. El conocimiento del territorio, el acceso facilitado, el vínculo cercano entre los equipos de salud y los usuarios, la integralidad en la asistencia, la identificación de grupos y familias con mayor vulnerabilidad, el asesoramiento frente a casos sospechosos, el acompañamiento de casos leves que puedan permanecer en sus domicilios, las pautas de aislamiento para contactos estrechos, y sobre todo la coordinación con el conjunto de la red sanitaria, fortaleciendo un sistema "sin muros" (Hartz, Da Silva 2006), constituyen intervenciones que demandan la actuación del primer nivel de atención y que resultan fundamentales para las posibilidades de contención y mitigación de la pandemia (Dias Sarti, Almeida, Lazarini, & Fontenelle 2020).

Considerando las características propias del desarrollo de la estrategia de APS en el país, y que su configuración admite diversos modelos de prestación, mostrando una heterogeneidad de programas, prácticas, y modalidades de atención en las distintas regiones (Bertolotto, Fukz, & Rovere 2012), resultó valioso una mirada detenida, una observación sistemática que pondere los procesos y las respuestas que se adoptaron frente a las necesidades de la población y en la evolución de la pandemia.

En esa dirección, una perspectiva evaluativa sobre los cambios que implicó la capacidad de respuesta de la estrategia de APS frente a la gestión de la pandemia, resultó operativa, en la medida que ha implicado decisiones de reorganización sobre la gestión de los servicios del primer nivel y sobre los procesos de cuidado que desarrollan los equipos locales de salud. La evaluación en esta instancia es clave como instrumento de reflexión que potencia posibilidades de rectoría sobre los modos de organización de las prácticas e intervenciones de cuidado específicos.

La investigación evaluativa en la actualidad da cuenta de un campo rico y heterogéneo en sus desarrollos conceptuales y metodológicos y, se presenta como un componente ineludible de las prácticas, los servicios y los programas sanitarios (Gerlero et.al. 2011).

En sintonía con este enfoque se recuperaron categorías sustantivas que integran la estrategia de APS como la dimensión de accesibilidad territorializada y los componentes de continuidad, integralidad e intersectorialidad de las respuestas de salud.

La accesibilidad y la continuidad de los cuidados son requerimientos esenciales de la atención y expresan marcas significativas en

las intervenciones sobre la salud de los grupos sociales. La facilitación del contacto inicial, la acogida y la receptividad que se brinda a las personas, así como la circulación interinstitucional según los diversos requerimientos, comprometen la organización de los servicios y la calidad de la asistencia que se brinda (Gerlero et.al. 2011).

En su trabajo sobre el acceso universal en las políticas de APS, Bárbara Starfield (2002) reconoce las dos acepciones de accesibilidad y acceso, pero dotándolas de sentidos diferentes. La accesibilidad refiere a las características de la oferta, mientras que el acceso es la forma como las personas perciben la accesibilidad. Recupera la perspectiva y la opinión de los usuarios como determinantes del modo como se vinculan con el sistema de salud, destacando que la forma como las personas perciben la disponibilidad de servicios y las experiencias sostenidas con ellos, condiciona la decisión de requerirlos. Merhy (1994) señala que la persistencia del contacto entre los servicios y las personas, denominada como acogida, es la cualificación del vínculo que entre ellos se establece, y denota la humanización de las relaciones entre los trabajadores y los usuarios de los CAPS.

Trabajos previos identifican que la cercanía geográfica que facilita la llegada, la accesibilidad y el acogimiento están relacionados. Que pueden existir servicios de salud próximos en el territorio, pero su elección está influenciada por la forma en que es recibido en la unidad de salud, por la confianza brindada a la experiencia de los trabajadores, por el tipo de atención ofertado, por la capacidad y la competencia de los miembros de los equipos de salud, y por la resolutividad de los servicios.

La identificación de la capacidad de respuesta de la estrategia de APS frente a la gestión de la pandemia del COVID-19 requiere de un enfoque evaluativo que destaque las características propias de los servicios de atención básica y las funciones a ellos asignados, así como la visión que construye la propia población de referencia en el escenario de la crisis sanitaria actual. Por ello, se propuso un estudio de carácter evaluativo sobre el diseño organizacional de las intervenciones sanitarias para enfrentar la pandemia, así como el análisis de la accesibilidad, la continuidad y la integralidad de las acciones que los equipos de salud brindaron frente a los requerimientos diversos de atención y cuidado de los grupos sociales. Buscando valorizar la relación entre la población y los servicios de salud en un momento histórico donde la respuesta del sistema de salud ha sido puesta a prueba por la situación epidemiológica generada por el COVID-19.[2]

---

2 El objetivo general de la investigación consistió en: Evaluar la capacidad de respuesta de la estrategia de atención primaria de la salud analizando la interrelación

CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

El diseño metodológico se organizó como un estudio de casos múltiples con niveles de análisis interrelacionados, combinando el conjunto de componentes que integran la capacidad de respuesta del primer nivel de atención, las visiones de múltiples actores sociales y la heterogeneidad de fuentes de información. Se trata de un diseño pertinente para responder preguntas de investigación relacionadas con el "cómo" y el "por qué" de un hecho social, así como también frente a nuevas situaciones o fenómenos contemporáneos dentro del contexto de la vida real de las personas y/o grupos sociales (Yin 2003). Adoptar procedimientos de carácter cuanti-cualitativos representó una definición metodológica potente para indagar y comprender el funcionamiento y la dinámica de las organizaciones sanitarias en la estrategia de APS, como así también un desafío sobre todo por la heterogeneidad en el acceso a datos y la construcción de instrumentos que resultasen comparables.

El proceso evaluativo organizó una matriz teórico-metodológico compuesta por dimensiones empírico-analíticas inherentes a la APS vinculadas con: a) la coordinación y gestión de los servicios de APS, b) la accesibilidad y continuidad de las diversas modalidades de cuidado, c) la integralidad de las acciones socio-sanitarias para la protección de la pandemia, y d) las características epidemiológicas que asume la pandemia en cada uno de los centros urbanos seleccionados.

El ámbito del estudio multicéntrico abarcó tres (3) centros urbanos de provincias del país: Rosario (Santa Fe), Paraná (Entre Ríos) y Resistencia (Chaco), que presentan límites compartidos y continuidad geográfica entre sí. Situados en la Región Centro y Noreste del país, reúnen poco más de dos millones de personas de la población de Argentina (2.082.669 hab.).

Cada una de estas ciudades, dispone de una amplia y extendida red de centros de atención básica que incluyen trabajadores de

---

entre la población, la gestión y la provisión integral de cuidados durante la pandemia del COVID-19 en centros urbanos seleccionados (2020).
Y los específicos:1) Elaborar el padrón epidemiológico de morbi-mortalidad de COVID-19 en las ciudades de Rosario, Paraná y Resistencia durante el año 2020. 2) Identificar y describir la organización de los servicios de salud, la disponibilidad de recursos y los procesos de decisión desde la perspectiva de actores institucionales del primer nivel de atención desde el inicio de la pandemia de COVID-19. 3) Analizar los procesos de acceso a las intervenciones y la continuidad del cuidado para la población de referencia de los Centros de Atención Primaria (CAPS) frente a la emergencia del COVID-19 desde la visión del equipo sanitario. 4) Valorar la integralidad de las respuestas sanitarias implementadas durante el contexto de la pandemia de COVID-19 desde la población de referencia territorial de los centros de salud.

distintas disciplinas en sus equipos de intervención sanitaria. El monitoreo epidemiológico de la pandemia quedó centralizado en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) a través de las respectivas Direcciones de Epidemiología para las notificaciones y seguimiento de información sobre la población afectada. De manera que, los centros seleccionados, constituyeron áreas urbanas con diversas modalidades de respuestas de cuidado, prevención, protección y acompañamiento variado frente a las problemáticas emergentes con el COVID-19 en el marco de la estrategia de la APS.

Las unidades de análisis delimitadas fueron los tres (3) conglomerados urbanos: Rosario, Chaco y Paraná. Para los criterios de inclusión se consideró que: a. Implementen la estrategia de la APS en el marco de las políticas sanitarias; b. Dispongan una red de CAPS distribuidos territorialmente, y c. Presenten casos de enfermedad y muerte por COVID-19.

Las unidades de observación abarcaron los CS del primer nivel de atención seleccionados (41) de acuerdo a condiciones de heterogeneidad en cada una de las ciudades.

En Rosario se escogieron (31) CAPS municipales dependientes de la Secretaría de Salud Pública de Rosario distribuidos según los distritos administrativos y sociosanitarios de la ciudad. Mientras que los CAPS seleccionados en Paraná (5) y en Resistencia (5) son de jurisdicción provincial y tipificados según características básicas de las ofertas de atención (Nivel B1 y Nivel A1).

La población del estudio para el relevamiento de la información quedó delimitada en dos grupos: a. Principales actores involucrados en el primer nivel de atención: gestores/as y coordinadores/as de áreas centrales; directores/as de CAPS y trabajadores del primer nivel de atención (81). b) usuarios adultos de los CAPS que consultaron en período de pandemia (68). Se implementó un recorte poblacional de "carácter intencional" asumiendo criterios de conveniencia y disponibilidad en cada una de las unidades de análisis y de acuerdo a la estrategia del muestreo basado en un enfoque de saturación teórica. Por tanto, el estudio no se propuso alcanzar representatividad estadística ni generalizar los hallazgos a otros contextos, sino comprender la respuesta socio-sanitaria y el encuentro entre la población y los servicios de salud con enfoque de APS en los ámbitos estudiados e interpretar las visiones que construyeron los sujetos.

Con la finalidad de respetar el carácter de variabilidad multicéntrica del estudio y la perspectiva comparativa de análisis entre las tres unidades de análisis, se implementaron iguales procedimientos y técnicas de recolección, elaboración y análisis de información derivadas de fuentes heterogéneas y complementarias.

Como herramientas de recolección de información primaria se aplicaron distintos procedimientos.

Para gestores y coordinadores de áreas centrales se realizaron entrevistas semiestructuradas organizadas bajo los siguientes ejes de indagación:

- lineamientos político-sanitarios que rige la estrategia de APS
- coordinación y organización de la red de atención frente al COVID-19
- normativas y mecanismos sistémicos implementados para la reorganización de la provisión de cuidados en el primer nivel de atención ante la pandemia
- perfil de la estructura institucional y funcional del primer nivel de atención
- implementación del sistema de vigilancia epidemiológica de casos y muertes por COVID-19.

Se llevaron a cabo (14) entrevistas en el conjunto del estudio contemplando la heterogeneidad de funciones y cargos de coordinación de los/as informantes referentes de la estrategia de APS en cada localidad. Asumieron una modalidad virtual debido a la situación sanitaria y fueron grabadas y transcriptas textualmente para su procesamiento y posterior análisis.

Para directores/as CAPS, trabajadores, y usuarios del primer nivel de atención se realizaron encuestas online a través de cuestionarios confeccionados en Formularios de Google. La implementación se estableció con distintas modalidades: invitación a través de WhatsApp y/o mail con link compartido a los distintos grupos y a través de contactos institucionales, para el acceso a la población se procedió a llamados telefónicos y/o encuentros a la salida de los CAPS.

Como relevamiento de información secundaria se procedió al análisis documental de Decretos, Resoluciones y Normativas Ministeriales y de Secretarías de Salud elaboradas en el contexto de la pandemia a los fines de examinar lineamientos político-sanitarios para la provisión de cuidados en el primer nivel de atención.

Para la elaboración del padrón epidemiológico de morbi-mortalidad se realizó un estudio descriptivo observacional y se utilizaron datos de Estadísticas Vitales, del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) y Boletines de Vigilancia Epidemiológicas y partes diarios oficiales de casos de COVID-19.

El plan de análisis de las distintas fuentes de información y dimensiones de análisis implicó la reflexividad entre la indagación conceptual y la construcción de datos empíricos. Para el análisis

epidemiológico se utilizó estadística descriptiva, para las encuestas se armó una base de datos de cada jurisdicción, mientras que la información cualitativa de las entrevistas así como del análisis de documentos político-sanitarios fue organizada con un proceso de segmentación de los textos y relatos según las unidades temáticas emergentes identificando recurrencias, semejanzas y puntos de discrepancia en la construcción de los significados valorativos. El trabajo analítico avanzó en un proceso de síntesis del conjunto de los componentes indagados, buscando construir un producto de conocimiento integral y estructural de la situación de la pandemia y las respuestas brindadas en la estrategia de la APS.

REFLEXIÓN

El desarrollo de la investigación recuperó la complejidad del proceso de reorientación de la política en salud, con foco en la Atención Primaria, en el contexto hostil e inusitado de una crisis social, y sanitaria sin precedentes. Los hallazgos mostraron de manera simultánea la importancia de la capacidad de respuesta y acción de los servicios y equipos de primer nivel de atención al mismo tiempo que las significativas dificultades para hacer frente al cuidado de la salud de la población en un escenario adverso y complicado.

La dinámica epidemiológica permitió observar que el proceso epidémico por COVID-19 es un fenómeno de neta concentración urbana. Su apariencia al inicio y su desarrollo posterior adquirieron características disruptivas en todas las áreas de las actividades humanas y la respuesta a este fenómeno socio-sanitario de todos los niveles institucionales y sociales adquirieron rasgos excepcionales.

El ejercicio de describir la organización de los servicios de salud durante los primeros momentos de la emergencia sanitaria, permitió registrar un constante proceso de ajuste de las prácticas y de las rutinas instaladas. La identificación y clasificación de documentación aportó en la construcción de un escenario institucional y político detallado de cada localidad; y la recuperación de las narrativas y de las valoraciones de los actores 'en contexto', describió las distintas facetas y miradas de la respuesta sanitaria en el primer nivel de atención.

Se observó que el abordaje estatal frente al COVID-19 planteó pautas operacionalizadas en decretos y resoluciones que debieron adecuarse en cada espacio territorial a partir de nuevas prácticas que plantearon dilemas y desafíos para los equipos de salud.

La pandemia permitió observar 'continuidades y rupturas en las intervenciones sanitarias', como señala Teodori (2021). Continuidades en la perspectiva biomédica de abordaje de los padecimientos, y en el enfoque centralizado bajo el que se estructuró la respuesta sanitaria,

en particular el caso de Resistencia. Y rupturas en los procesos de decisión de los actores institucionales que readecuaron pautas de asistencia, reconfiguraron mecanismos de vinculación y seguimiento con usuarios de los Centros de Salud, discutieron perspectivas previas sobre la vinculación hospital/territorio, observada en la delimitación de 'corredores sanitarios', como se dio en el caso de Rosario. O recuperar procesos de readecuación del enfoque conforme iba avanzando la pandemia, de una mirada centralizada hacia una mirada comunitaria; como en el caso de Paraná.

En este sentido pensar el escenario pandémico como 'campo COVID-19', permitió ubicar un conjunto de actores/agentes en constante movimiento y tensión. La hegemonía del enfoque biomédico, con su carácter individual y el privilegio de los atributos biológicos por sobre características y procesos históricos, poblacionales y vinculares, no resulta bajo ningún aspecto novedoso. La disputa centralización/descentralización del sistema sanitario preexiste a la pandemia y ha construido discursos institucionalizados que se ponen en juego y regulan un conjunto de prácticas aún en un episodio crítico como el momento analizado.

La reorganización de los CAPS para diferenciar los problemas de salud COVID y no COVID y resguardar a la población, involucró la implementación de dispositivos de triagem distinguiendo a usuarios con sospecha de COVID-19 de los otros problemas de salud. Ello se acompañó con el establecimiento de circuitos y espacios para la espera y la atención oportuna. Se implantaron o potenciaron las formas de comunicación remotas. Esto incluye las nuevas formas de cuidado cotidiano a distancia, poniendo atención en que las dificultades de disponibilidad de tecnología puedan generar nuevas barreras en el acceso a los servicios de atención y acrecentar desigualdades sociales entre los grupos de usuarios.

El conjunto de acciones destinadas a preservar la continuidad de la atención en las acciones de rutina brindadas por los CAPS y la adaptación a los recursos disponibles (visitas domiciliarias, proximidad de medicación, comunicaciones a distancia con nuevas tecnologías) indica la preocupación sostenida de trabajadores y gestores por brindar respuestas oportunas y adecuadas tanto a usuarios de referencia territorial, así como a grupos de mayor priorización o vulnerabilidad social. Sin embargo, los hallazgos muestran que el incentivo de disminuir la circulación, y permanecer en los domicilios condujo también a desestimular la demanda espontánea. Y ello no parece haber estado acompañado de una directriz precisa que identificara necesidades de salud y focalizara en el seguimiento de las personas con patologías crónicas u otras necesidades específicas.

Algunas de las contradicciones o respuestas no consistentes entre la visión de los trabajadores y la de los usuarios podría estar dado, no tanto por el tamaño muestral de la población indagada, sino por la alta heterogeneidad con que se implementaron las respuestas en cada uno de los territorios, obedeciendo no sólo a la percepción de condiciones diferenciales en la población, sino sobre todo a las modalidades previas del vínculo población-equipo de salud, y a los recursos y capacidades de cada equipo en particular.

El énfasis puesto en los dispositivos de detección, en el número de profesionales médicos, en la cantidad de camas de hospitalización, en la cobertura de vacunas, etc. deja traslucir la fuerte eficacia pragmática en que se basa el modelo actual y que mostró su preeminencia en facetas y dimensiones de la Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

ABRASCO (2020). O papel da Atençao Primária no Enfrentamento da COVID-19 Cad. Saúde Pública; 36(6).

Bertolotto, A., Fukz, A., Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. Saúde em Debate, 36 (94), 362-374.

Bousquat A., Giovanella L., Medina MG, Mendonça MHM, Facchini LA, Tasca R. Nedel F, Lima JG,

Dias Sarti, T., Almeida, A. S., Lazarini, W. S., & Fontenelle, L. F. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? Epidemiol. Serv.Saude, 29(2),1-5.

Feo O (2015). Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con participación de todas y todos. En atención primaria de salud en Sudamérica. Giovanello L (Org) Río de Janeiro: isags: Unasur.

Gerlero SS, Augsburger AC, Duarte MP, Gomez R, Yanco DI. (2011). Salud Mental en Atención Primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad de los cuidados en Centros de Salud. Revista Argentina de Salud Pública, 2(9):24-29.

Giovanella L et.al. (2021) ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de COVID-19en Latinoamérica? Trabalho, Educação e Saúde, v. 19.

Halpern, S. D., Truog, R., & Miller, F. (2020). Sesgo cognitivo y política de salud pública durante la pandemia de COVID-19. JAMA.

Hartz Z., Da Silva L. (Org) (2006) Avaliaçáo em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Práctica na de Programas e Sistemas de Saúde. Editora Fiocruz.

Harzheim E, Martins C, Wollmann L, Pedebos LA, de Almeida Faller L, das Chagas Marques M, Sawakuchi Minei TS, Hackmann da Cunha CR, Telles LF, Nunes de Moura LJ, Leal MH, Szczecinski Rodrigues A, Rodrigues Agostinho Rech M, Pereira D'Avila O. (2020) Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19-: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. Ciência & Saúde Coletiva, Volumen: 25 Suplemento 1.

Merhy EE, Campos G.W.S., Cecilio L.C.O. (Orgs.) (1994) Inventando a Mudança em Saúde, Sao Paulo, Editora Hucitec.

Organización Panamericana de la Salud. Hacia un cuidado de la Salud para todos y por Todos. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Buenos Aires 30/15, OPS, 2007.

Rovere M (2018) La Atención Primaria de la Salud en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentada en una nueva ofensiva privatizadora. Saúde debate vol. 42, número especial 1.

Starfield B (2004) Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. 2da edición. Madrid: Masson.

Teodori C (2021) "Continuidades y rupturas a la luz de la pandemia. Enfoque desde un centro de salud". En Diario Antropologico de la pandemia por COVID-19. Margulis S. y García M. G. Filo.Uba.

Yin, R. K. (2003). Case study research: design and methods. Thousand Oaks: Sage Publications.

Acción directa por el acceso al aborto en pandemia: el caso del Socorro Rosa Las Orillas

Agustina Rúa*

INTRODUCCIÓN

El trabajo final de grado que enmarca esta ponencia incursiona, desde una perspectiva etnográfica, en el trabajo del grupo de activistas acompañantes de abortos Socorro Rosa Las Orillas, de la ciudad de Río Chico. Explora las construcciones de sentido atribuidas por ellas a su accionar como *socorristas*, denominación con la que se identifican organizaciones de acompañantes de aborto en todo el país. En este escrito expondré estrategias implementadas por Las Orillas durante 2020 y 2021 para llevar adelante su activismo en el contexto epidemiológico y sanitario impuesto por la pandemia de COVID-19.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se partió de un plan de construcción de conocimiento con *otras*, con las activistas participantes como *co-constructoras*. Para esto se realizó un momento interaccional, de extensas entrevistas colectivas e individuales, con un guion flexible, apertura a participar voluntariamente y a realizar preguntas. Por otra parte, se realizó un momento singular, con la elaboración de un *cuaderno de campo* (que incluye registros de reuniones de la organización, de debates informales en espacios de

* Lic. en Sociología (UNVM). Becaria Doctoral CONICET (CIT Rafaela) agustina.rua.dm@gmail.com

esparcimiento y de publicaciones en redes sociales) y la realización de *registros posteriores de observación participante* en acompañamientos presenciales. De este modo, se configuró un *dispositivo teórico-metodológico* (Cruz, Reyes, Cornejo, 2012) que permitió dar cuenta de los afectos y emociones implicados en los acompañamientos de Las Orillas.

1. ACTIVISMO SOCORRISTA

El activismo socorrista argentino se enmarca en la tradición de organizaciones feministas que en los últimos dos siglos han optado por la acción directa en la lucha por el aborto libre. Sobre este activismo Santarelli y Anzorena exponen:

> *"Los socorrismos se perfilan como formas de activismo organizado, corporizado e insubordinado que se inscriben, en clave genealógica, en aquellas tradiciones feministas resistentes a las lógicas heteronormativas, patriarcales, racistas, clasistas y capitalistas que avasallan los cuerpos y las vidas de las mujeres y conciben su sexualidad como meramente reproductiva y al servicio de otros"* (Santarelli, Anzorena, 2017:8).

Se trata de un dispositivo de intervención política (Grosso et al, 2013), de acompañamiento de personas en sus procesos de aborto, llevado adelante por activistas voluntarias que brindan contención e información confiable y actualizada para una interrupción del embarazo segura y cuidada. Operativamente los acompañamientos incluyen un encuentro (llamado *taller*) entre dos o más *socorristas* y las personas que requieren información sobre cómo realizar un aborto con medicamentos (*socorridas*). En el taller la *dupla* de socorristas repasa el procedimiento de interrupción medicamentosa del embarazo. En su mayoría, los acompañamientos continúan de manera telefónica, pero en algunos casos se realizan presenciales. Estos procesos son denominados *in situ*[1], caracterizados por la presencia activa y organizada previamente de socorristas en el proceso de toma de misoprostol y expulsión, en un aborto voluntario realizado fuera de una organización de salud.

1.1. CONTEXTO Y POLÍTICAS SANITARIAS EN PANDEMIA

El periodo 2020-2021 en Río Chico estuvo signado por las consecuencias y efectos políticos y económicos de una pandemia, que se hicieron parte de la cotidianeidad de Las Orillas, imponiendo

1 El acompañamiento *in situ* es ofrecido (por Las Orillas) especialmente a quienes abortan en el segundo trimestre del embarazo, sin embargo, también es realizado cuando quien va a abortar manifiesta no contar con un espacio adecuado para hacerlo.

ritmos y posibilidades de encuentro en función de las decisiones de política sanitaria implementadas por los gobiernos local, provincial y nacional. El 19/03/2020 se anunció desde el Ejecutivo nacional al vigencia del Decreto 297/2020, mediante el cual se establecía para toda la población del país un "aislamiento social preventivo y obligatorio" (ASPO), una medida de cuarentena obligatoria ante la declaración de pandemia emitida por la OMS y los brotes de COVID-19 en Argentina (que principalmente se evidenciaban, en ese momento, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense y que posteriormente se presentarían en el resto del país). Se cerraron las fronteras aéreas y terrestres, se prohibió la circulación salvo para la compra de provisiones, se suspendió el transporte público, se multiplicó la presencia policial en las calles, se prohibieron las reuniones y eventos de cualquier tipo, se suspendió la apertura de comercios y actividades productivas (con excepción de las llamadas "esenciales", cuyos trabajadores gozaban de permisos de circulación) y se realizó una intensa campaña de prevención y detección de casos.

Esta disposición que, en principio, tenía vigencia del 20 al 31 de marzo de 2020, se prorrogó y modificó a través de numerosos decretos, para avanzar en los últimos meses de 2020 hacia una medida de "distanciamiento social preventivo y obligatorio" (DISPO) en los territorios menos afectados en términos de capacidad del sistema de salud por las internaciones y atenciones de enfermos/as de COVID-19. El DISPO implicaba una flexibilización de las restricciones a la circulación y a la organización de eventos, con aforos y protocolos sanitarios y la necesidad de tramitar permisos para circular entre localidades y provincias.

1.2. SOCORRO ROSA LAS ORILLAS Y CONTEXTO LOCAL

Socorro Rosa Las Orillas se emplaza en la ciudad de Río Chico, una localidad intermedia (Herzer, 1994) de una provincia del centro del país. La ciudad cuenta con importantes sectores comercial, industrial y de salud, recibe diariamente la afluencia de ciudadanos de otras localidades de la región. Durante los meses en que rigió el ASPO en 2020, los servicios de transporte público dejaron de llegar y salir de Río Chico, disminuyendo notablemente el movimiento de personas. Este dato será de importancia para el trabajo de Las Orillas, que afirman que el 50% de las personas que acompañan a abortar no residen en Río Chico y siempre que es posible, viajan a la ciudad para asistir al taller informativo. En función de la distribución de colectivas de acompañantes en la provincia, Las Orillas acompañan a personas de alrededor de 40 localidades próximas a Río Chico.

Las Orillas emergen al calor de la militancia feminista local y del tendido de redes con otras *colectivas* socorristas en la provincia. Es la primera organización o institución, pública o privada, en difundir abiertamente en la ciudad de Río Chico su disponibilidad, presencia y compromiso con el acceso a la interrupción de un embarazo. Se enmarcan en un estado local, provincial y nacional que no garantiza este derecho al momento de su nacimiento en su territorio, en 2017. En medio de esa ausencia, el socorrismo emerge como una *presencia*, las socorristas encarnan en su activismo el acompañamiento y la provisión de información confiable para el acceso a un aborto seguro en primer y segundo trimestre de gestación.

1.3. DINÁMICAS DE ORGANIZACIÓN DE LAS ORILLAS

Socorro Rosa Las Orillas forma parte de una articuladora regional de acompañantes de abortos (Coordinadora de Colectivas Socorristas) y replica diferentes prácticas contenidas en el dispositivo socorrista, una estructura organizada de acciones colectivas que habilitan en Argentina la disponibilidad de otro tipo de abortos: ni completamente intervenidos por el sistema de salud, ni signados por la clandestinidad y la desinformación. Las socorristas de Río Chico crean dinámicas organizativas que les faciliten la toma de decisiones y la efectividad en su activismo; en éstas el teléfono celular es la herramienta central. Todas las activistas lo requieren para las tareas de acompañamiento y para participar del grupo de WhatsApp colectivo. El contacto con las *socorridas* y entre *socorristas* es principalmente telefónico: primero se comunican a la *línea pública*[2], la telefonista asigna cada persona que llama a una de las socorristas que dará el taller de esa semana, a quien le transmite por mensaje en el grupo de la colectiva el número de celular y otros datos sobre quien quiere abortar.

Las Orillas realizan además reuniones semanales, donde repasan un temario con los acontecimientos de la semana y discuten sobre el funcionamiento de las *áreas* de la organización y los modos que cada *orilla* despliega en su activismo. La reunión se constituye en un momento de contención mutua, para *descargarse*, compartir incomodidades o problemáticas personales, que se procuran resolver colectivamente. Las Orillas consideran de gran importancia la construcción de vínculos de confianza y amistad entre ellas, entendiendo que su activismo de gran demanda emocional, temporal y energética, no puede sostenerse de manera individual.

---

2 Con este nombre se hace referencia al aparato telefónico utilizado para recibir llamadas y mensajes de personas que buscan información sobre aborto seguro.

1.4. INTERVENCIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO DURANTE LA PANDEMIA

Comenzando el 2020 en Río Chico organizaciones feministas realizaron manifestaciones públicas (como el Paro Internacional de Mujeres y Diversidades) de las que Las Orillas participaron con intervenciones propias, como una quema de perchas o la exposición, ya realizada en años anteriores, de relatos de personas que abortaron. También compartieron intervenciones con otras activistas feministas locales, como la distribución de perejil en la vereda de instituciones de salud e iglesias[3].

Entre abril y octubre se redujo la presencia en las calles, trasladándose la manifestación colectiva a la virtualidad. Las socorristas en este periodo lanzaron campañas en sus redes sociales para obtener aportes económicos y, en conjunto con la red regional en la que participan, para visibilizar la posibilidad de abortar aún en contexto de pandemia. Hicieron además una campaña de difusión para celebrar el 2do aniversario de su línea pública, *graffiteando* el número telefónico y contratando un avión propalador, que transmitió en altavoces de un extremo al otro de la localidad: "Se cumplen dos años de acompañamientos socorristas en Río Chico y la región. Si decidís abortar, no estás sola. Escribí o llamá al 2846526702. Info sobre aborto seguro. 2846526702. Las Orillas" (registro de video - 03-06-2020).

En los dos últimos meses del año se reactivó la actividad callejera de las organizaciones sociales locales, incluidas Las Orillas. Se organizaron nuevos *pañuelazos* y una campaña de difusión con cartelería de elaboración propia. Tras anunciarse la presentación del proyecto de ley de IVE por parte del Ejecutivo nacional para su votación en la Cámara de Diputados y posteriormente la de Senadores, en Río Chico se organizaron sendas vigilias para acompañar el proceso, culminando en la madrugada del 30 de diciembre con la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

2. DISPOSITIVO DE ACOMPAÑAMIENTO Y PANDEMIA

El dispositivo socorrista según descrito por las activistas contempla varios momentos, cada acompañamiento de una persona en su aborto implica una serie de pasos que organizan la provisión de información, el registro de datos y la comunicación con la *socorrida* durante el proceso. Ofrecemos aquí un resumen del mismo:

---

3 La intervención del espacio público a través de performances artísticas forma parte de una suerte de tradición socorrista, que Las Orillas replican con diferentes niveles de entusiasmo a lo largo de su trayectoria. La elección del perejil y la quema de perchas para las intervenciones del 2020 representaba la contracara de la desidia estatal en referencia a las mujeres que abortan, siendo ambos elementos para ellas símbolos del aborto inseguro.

> El momento inicial es el primer contacto con Las Orillas a través de su línea pública, que funciona en horarios y días fijos. Dos telefonistas que se turnan semanalmente en la atención reciben llamadas y mensajes. Cada llamada procurando información para abortar es registrada en un cuaderno que contiene un breve formulario, donde completan la información necesaria para el acompañamiento. Ellas consideran, en conjunto con muchas organizaciones socorristas del país, que este contacto es fundamental, ya que es la primera oportunidad para ofrecer a quien quiere abortar la *escucha atenta*, la certeza de que podrá hacerlo, el acompañamiento para *resolverlo* juntxs, la posibilidad de no tener que hacerlo solx si no lo desea.

En el caso de que quien llame no recuerde la fecha de su última menstruación o de que el cálculo de semanas dé 13 semanas en adelante, se le informa que es necesario que se realice una ecografía para conocer exactamente la edad gestacional y *si todo está bien*[4] para hacer el tratamiento. Finalizada la llamada, la telefonista transmite al grupo de WhatsApp los datos para el acompañamiento.

El segundo momento es el *taller*, instancia de encuentro que, por acuerdo político de la CCS, se realiza en espacios públicos, como plazas, bares, centros culturales o espacios propios de la colectiva. Desde fines de 2020 Las Orillas cuentan con una sala propia donde guardan folletería, cartelería, formularios de recolección de datos y donde hacen sus talleres. En el taller se completan colectivamente los formularios y se repasa el procedimiento de interrupción del embarazo con medicamentos utilizando los folletos que la CCS ha elaborado y distribuido entre las colectivas que la conforman. Las socorristas los explican añadiendo consejos o recomendaciones, complementando con la experiencia de personas a las que acompañaron y dando ejemplos y alternativas para adaptar el procedimiento a los recursos disponibles para quienes abortan. Priorizan la realización de encuentros presenciales, consideran que la instancia grupal y cara a cara tiene un mayor potencial, permitiendo, por ejemplo, que personas que ya abortaron cuenten su experiencia, que entre *socorridas* compartan y conozcan sus situaciones, sus pensamientos y emociones. Se habilita así una dimensión colectiva, demostrando que los abortos suceden con frecuencia y son parte de la trayectoria reproductiva de mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

---

4 Esta expresión, recogida en las entrevistas realizadas, hace referencia a la correcta ubicación del contenido del útero, esto es, la placenta y el feto, para su eventual expulsión.

Durante la primera parte del ASPO, la colectiva se organizó haciendo todos sus talleres por videollamada. En ese periodo los locales gastronómicos y espacios culturales no tenían permitido el ingreso de público, estaban prohibidas las reuniones sociales y la circulación por las calles de la ciudad estaba restringida a lxs trabajadorxs esenciales. Durante los meses de julio y agosto, sin embargo, las socorristas decidieron retornar a la presencialidad, lograron alquilar informalmente una sala en un centro cultural por 4 horas semanales. Allí guardaban el material informativo y hacían sus talleres en los horarios diurnos, en que la circulación no estaba tan controlada.

El tercer momento del dispositivo consiste en la comunicación durante el proceso de aborto. El acompañamiento telefónico implica estar disponible durante el tratamiento, responder preguntas, reforzar alguna información, resolver juntas algún problema que pueda surgir, dar consejos para hacer el proceso más llevadero, transmitir calma y, llegada la instancia de expulsión, ayudar a identificar que se realizó exitosamente. El acompañamiento *in situ* implica la presencia física de las acompañantes durante la toma de medicación para inducir el aborto, es una instancia doméstica que habitualmente dura entre 6 y 24 horas, en que *socorrida* y acompañantes permanecen juntxs hasta que se decide terminar el acompañamiento. La medicación es autoadministrada por quien aborta, el rol de las acompañantes se relaciona con la contención emocional, la guía para la dosificación del medicamento, la realización de ejercicios, caminatas y el manejo del dolor. Tras el aborto, la comunicación telefónica se extiende usualmente 10 días, tiempo durante el cual el intercambio es menos frecuente, pero es importante para identificar, en caso de que aparezcan, *síntomas de alerta*[5] post aborto.

3. VÍNCULOS CON EL SISTEMA DE SALUD LOCAL

A mediados de año 2019, Las Orillas realizan averiguaciones específicas sobre las posibilidades de certificar causales de salud mental en los acompañamientos de personas en sus ILE, comprendiendo como el Protocolo ILE actualizado en 2019 establece que la salud es un proceso integral que incluye la salud psíquica y psicosocial. Esta alternativa permitiría un mayor acceso al aborto en el marco de los servicios de salud y, para las activistas, la posibilidad de acompañar a personas que deseen interrumpir su embarazo en los mismos[6].

---

5 Esta denominación es utilizada para referir a los síntomas (como fiebre o desmayos) que alertan sobre la posible aparición de complicaciones posteriores al proceso de aborto.

6 Esta interpretación amplia de la causal salud (Bergallo, Ramón Michel, 2009)

A comienzos del 2020 consiguen concertar una reunión con dos médicos del Equipo ILE del hospital público de tercer nivel de la localidad. El encuentro se realizó en secreto por pedido de los profesionales. Así supieron sobre el pequeño, pero relativamente aceitado modo de atención de abortos legales. El equipo funcionaba en el Hospital a partir de la publicación del Protocolo ILE actualizado a fines de 2019. Los médicos no objetores prescribían el tratamiento medicamentoso ambulatorio hasta la semana 9 y el mismo tratamiento, pero con internación, desde esa semana a la 14. Con estos datos y el provisto por una de las activistas que conocía a una administrativa que daba turnos, al cabo de una semana la demanda del equipo ILE se multiplicó. La organización se esforzó en sugerir la tramitación de ILE casi exclusivamente a personas que transitaran embarazos de menos de 9 semanas, procurando evitarles una internación y las posibles violencias que encuentran asociadas a las organizaciones médicas y al contacto en ese marco con trabajadorxs de la salud que están en contra de su derecho a abortar.

A lo largo de ese año, ante las condiciones creadas por la pandemia de COVID-19, Las Orillas comenzaron además a exigir, mediante reuniones presenciales y virtuales con funcionarias municipales, que se implementara la ley de ILE en los servicios de atención primaria de la salud distribuidos por los barrios de la ciudad. Argumentando no sólo la obligación que ante dicha ley tienen estas instituciones, sino además las dificultades en la movilidad para llegar al hospital regional desde los barrios más alejados (dadas, entre otras cosas, por la detención total del transporte público de pasajeros en la ciudad). Por toda respuesta, las representantes municipales expusieron en una reunión virtual un diagrama de derivación al mismo hospital de todas las solicitudes de ILE que se presentaran en sus instituciones.

Tras la reglamentación de la Ley 27610 a principios de 2021, se inaugura el Equipo IVE del área municipal de salud de Río Chico en el principal centro asistencial, en el centro de la ciudad. De modo similar a como aconteció con el Equipo ILE del hospital regional, la demanda se disparó al comenzar Las Orillas a informar en sus talleres acerca de la disponibilidad de este servicio. Los profesionales que integran los equipos fueron quienes comunicaron a las activistas sobre el aumento de las solicitudes de interrupción del embarazo tras los intercambios mantenidos, reconociendo indirectamente el rol que la colectiva cumple en el acceso al aborto en la ciudad.

---

es posible a partir de la jurisprudencia existente y a las definiciones de "derecho a la salud" de organismos internacionales.

3.1. ACOMPAÑAMIENTOS *IN SITU* EN CUARENTENA (AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO)

Durante la vigencia de los decretos de ASPO, Las Orillas optaron por proseguir con los acompañamientos presenciales, si bien las normativas presentaban nuevos obstáculos a sortear por parte de las activistas. En primer lugar, la suspensión de los servicios de transporte público interurbanos generó la imposibilidad de viajar a Río Chico por parte de muchas de las personas que procuraban abortar acompañadas por las socorristas locales. Algunas lograron gestionar un permiso de circulación y un transporte privado, pero no fueron la mayoría. Esto no generó una baja en la demanda de acompañamientos *in situ*, sino que redujo las posibilidades de alojar esa demanda.

En segundo lugar, la implementación de restricciones de circulación dentro de la ciudad generaba dificultades para organizar los *in situ*, procesos en los que no se conoce de antemano el horario de finalización. Las activistas recurrieron a circular de cualquier modo en los horarios que les fuesen propicios, prestando especial atención a la presencia de las fuerzas de seguridad en las calles y evitándolas.

En tercer lugar, la prohibición de reunirse con personas con las que no convivieran constituía un nuevo obstáculo: no sólo se estaba produciendo una interrupción intencional del embarazo fuera del marco de la ley, sino que, con el mero hecho de reunirse, se estaba incumpliendo con un DNU en medio de una emergencia epidemiológica. Las Orillas analizaron las opciones disponibles, los riesgos asociados y decidieron que los acompañamientos presenciales continuarían organizándose a demanda, tomando las precauciones sanitarias previstas para evitar contagios. Ninguna de las *orillas* ni de las personas acompañadas durante el 2020 y el 2021 contrajeron COVID-19 en el marco de un acompañamiento presencial o taller.

En las entrevistas realizadas para esta investigación, Las Orillas reconstruyen dos de los acompañamientos presenciales realizados durante el ASPO. Uno de ellos fue el de Leticia, a dos semanas de anunciada dicha medida sanitaria. Ella no podía abortar cómodamente en su casa, convivía con sus cinco hijos y su pareja. Sin embargo, producto de la restricción de servicios no esenciales, el local de reparación de celulares que Leticia tenía estaba disponible, tenía baño y cocina. P, la socorrista asignada, planificó con la mujer y sus compañeras la jornada: comenzarían por la mañana con la presencia de dos socorristas. Las demás estarían atentas y disponibles en caso de que surgiera algún imprevisto. A media mañana la socorrista R. pasó por el local a llevar una colchoneta de campamento que sería útil para hacer ejercicios. Pasado el mediodía, la socorrista E. llegó al *in situ* con sandwiches y se enteró de que Leticia ya había expulsado. P. recuerda: "(...)

expulsó en el primer paso de misoprostol y tenía que hacer el segundo por protocolo. Después que terminó dijimos: Ya está, ya nos podemos ir. Y ella dijo: "¿No nos podemos quedar un rato más? Yo hace mucho que no estaba así tranquila." Bueno nos quedemos un rato más." (entrevista PyC - 02-09-2021). Compartieron algunas horas más, Leticia les contó que las semanas encerrada con su familia habían sido de mucho trabajo para ella, que se hacía cargo de todxs sus hijxs, la mayoría de ellxs menores de 10 años. Su aborto en estas circunstancias representó una oportunidad de retirarse unas horas de sus obligaciones.

El segundo acompañamiento rememorado fue uno menos feliz, realizado en julio de 2020. La mujer acompañada era Jésica, quien sufrió mucho los síntomas del misoprostol, tras las primeras dosis el dolor no le permitía estar de pie y su ánimo decayó rápidamente. Las *orillas* presentes no lograron convencerla de hacer demasiados ejercicios, ni de caminar por la casa. El *in situ* había comenzado temprano por la mañana y llegando la medianoche el aumento progresivo del dolor se tornaba excesivo para la joven, que estaba acostada llorando y pidiendo por su mamá hacía ya un buen rato, E. estaba con ella consolándola. Las demás conversaban en la cocina sobre las opciones disponibles: el dolor creciente y la posición cada vez más baja de la bolsa amniótica indicaban que el aborto se produciría. Sin embargo, Jésica no lograba hacer la fuerza necesaria para expulsar, sus intentos sentada en el bidet del baño se veían constantemente truncados por su imposibilidad de atravesar el dolor, interrumpía la fuerza a la mitad de cada contracción, aunque le rogaran que siguiera. E. volvió a la cocina con las demás a las 2 am y anunció: "Se quiere ir al hospital, no aguanta más el dolor y está cansada".

Todas entendieron que no había alternativa mejor, habían fracasado en sus intentos de conectar con Jésica y generar en ella las sensaciones de confianza y seguridad que requería un proceso así; ellas también estaban cansadas y frustradas. La ayudaron a cambiarse, organizaron el traslado y lo que dirían en el hospital: las socorristas S. y C. irían con ella en taxi, dirían que eran sus vecinas y que las había llamado porque sentía mucho dolor y necesitaba atención médica. Jésica iba a decir que no sabía qué pasaba, que estaba embarazada, que ese día había limpiado a fondo su casa, que se despertó con fuertes dolores y llamó a sus vecinas porque estaba sola. Si le hacían preguntas inquisitorias respecto al aborto, lloraría y fingiría que era un embarazo deseado que lamentaba haber perdido.

Llamaron al taxi y cuando llegó les dijo que por protocolo COVID-19 solo podían subir dos personas. C. se quedó. Pocos minutos después S. avisaba a las demás: "El taxista nos está retando, Jesi grita y él dice que teníamos que llamar a los bomberos, nos está llevando

igual". Cuando llegaron había gente acumulada y nadie controlando el ingreso. Se dirigieron a la guardia de ginecología y esperaron. Pasados 20 minutos nadie salía a atenderlas, Jésica continuaba gritando y retorciéndose de dolor. S. comenzó entonces a tocar repetidamente la puerta de la guarida gritando que necesitaban atención. Salió una enfermera y tras pedirle que se calmara, hizo pasar a Jesica a la guardia. S. se quedó con la oreja pegada a la puerta, escuchó las preguntas que le hicieron y que iban a realizarle una ecografía. A los minutos salió un médico, le informó que el embarazo se había interrumpido, que Jésica debía quedarse internada y que ella tenía que irse.

Esta experiencia resultó impactante emocionalmente para todas las activistas. Por un lado, se sentían atravesadas por el cansancio tras más de quince horas de intensa contención, y frustradas por el *in situ* infructuoso. Por otro lado, las movilizaba la imposibilidad de acompañar a S. en la experiencia de solicitar atención a las 3 am en un hospital público desbordado de pacientes, en medio de una pandemia.

A MODO DE CIERRE

Las Orillas de Río Chico llevan adelante un activismo de acción directa con gran compromiso, el socorrismo como dispositivo de acción comunitaria en salud (Panozzo, Camejo, 2015), que las impele a sostener y ampliar el acompañamiento de personas en sus abortos ante las cambiantes circunstancias de los últimos años. Tanto el contexto pandémico como las modificaciones legislativas en torno al derecho al aborto modificaron el terreno en que su activismo se desarrolla, sin embargo, las socorristas riochiquenses se esfuerzan por construir estrategias para alojar de manera amorosa e informada la demanda de acompañamientos que reciben. El impacto que las organizaciones socorristas tienen en el acceso al aborto seguro y a la salud reproductiva en las comunidades donde trabajan no puede ser soslayado e invita a profundizar en su estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Bergallo, P., Ramón Michel, A. (2009). *El aborto no punible en el derecho argentino*. N9. Abril 2009. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. CEDES.

Cruz, M. A, Reyes, M. J, Cornejo, M. (2012). *Conocimiento Situado y el Problema de la Subjetividad del Investigador/a*. En: Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales, (45)

Grosso, B., Trpin, M., Zurbriggen, R. (2013). *Políticas de y con los cuerpos: cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar).* En La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades

sexuales, Ana María Fernández y Wiliam Sigueira Peres, Buenos Aires: Biblos

Herzer, H. (1994). *Modelo teórico-conceptual para la gestión urbana en ciudades medianas de América Latina*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Panozzo, V., Camejo, M. (2015). *Socorro Rosa: un dispositivo de acción comunitaria en salud. Encuentros entre prácticas y saberes*. IV ENCUENTRO NACIONAL DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA "Salud Colectiva, Interculturalidad y Redes" III Jornada de Salud Pública y Comunitaria. Septiembre de 2015. Cipolletti – Río Negro – Argentina. Facultad de Ciencias de la Educación – UNCOMA

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2019). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://iah.salud.gob.ar/doc/433.pdf

Santarelli, A. (2017). "*Los socorrismos y las disputas de sentidos sobre el aborto voluntario. Consideraciones teóricas desde una perspectiva del feminismo crítico*" Descentrada. Revista interdisciplinaria de feminismos y género. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género

Relatorio del conversatorio N° 2

Debates, experiencias y agendas de salud en tiempos de pandemia

COORDINACIÓN:

Romina Del Monaco, FSOC, UBA. CONICET
Eugenia Brage, ICA, FFyL-UBA, CONICET

EXPOSITORXS:

ANA PÉREZ DECLERQ
Lic. en Sociología por la Universidad de Buenos Aires, Magíster en Salud Pública por la Universidad Nacional de Salta y Doctora en Sociedad y Cultura por la Universidad de Barcelona. Observatorio de violencia contra las mujeres.

MERCEDES VILA ORTIZ
Licenciada en Ciencia Política y Traductora de Inglés. Realizó la Maestría en Estudios Culturales de la Universidad Nacional de Rosario, donde se desempeña como tutora. Actualmente se encuentra realizando un Doctorado en Ciencias Médicas en el Instituto Karolinska (Estocolmo, Suecia) y trabaja como investigadora en el Centro Rosarino de Estudios Perinatales en temas de salud sexual y reproductiva.

LUCIA VASALLO
Psicóloga (UBA). Trabaja en el Hospital Bonaparte, en el Dispositivo de "Cuidados en urgencia" del servicio de niñeces y adolescencia. Es tutora del curso "Herramientas para el abordaje integral en salud de niñeces y adolescencias travestis, trans y no binaries".

ROMINA MARUCCO
Educadora social. Directora de la dirección de Diversidad Sexual, Secretaria de género y derechos humanos, Municipalidad de Rosario. Militante de HIJOS.

El conversatorio tuvo por objetivo promover al diálogo y el debate en torno a los modos en que los géneros y la sexualidad son abordados dentro del campo de la salud, teniendo en cuenta la producción de saberes expertos (biomédicos y psi) sobre los cuerpos y subjetividades, el acceso a servicios públicos, la salud integral y los cuidados de sí y de otrxs.

Los movimientos de la diversidad sexual, los estudios de género, teorías feministas y queer han problematizado cierto espectro de dualismos relacionados con el sexo/género y su relación con los saberes expertos para dar cuenta de las operaciones normativas que rigen a los cuerpos, al mismo tiempo que invisibilizan las normas, los discursos y las prácticas que les dan forma. En este sentido, se convirtió en un debate necesario en el marco de las jornadas RedASA pensar las modalidades en que ciertas disciplinas legitiman determinados criterios de verdad que adquieren un carácter eficaz en torno a la producción de corporalidades más o menos reconocidas.

Los ejes y preguntas que estructuraron este conversatorio pusieron foco en la articulación entre los campos académicos y científicos con los ámbitos de la gestión pública, la salud integral y los cuidados. La propuesta partió de considerar la producción de saberes expertos (psi y biomédicos) sobre las identidades de género y la sexualidad, las cuales tienden a tener una impronta biologizante y cis-hetero centrada que opera como marco regulador de los cuerpos y subjetividades.

De esta forma, se instaló un debate que, en el marco de las III Jornadas de la Redasa, consideramos fue muy interesante, participativo y permitió reunir a investigadorxs, trabajadorxs de la salud, activistas, entre otrxs, que se interesen por estos asuntos.

A lo largo del conversatorio se presentaron ciertos debates y discusiones en torno a los siguientes ejes temáticos:

Violencia institucional y la creación de espacios para crianzas trans. En este sentido se introdujo la cuestión biomédica y las preguntas que desde disciplinas como la pediatría se realizan en ciertos espacios atravesados por una perspectiva de género.

Por otro lado, la articulación entre género y derechos humanos a partir de las discusiones que se generan en espacios e instituciones públicas estatales en torno al reconocimiento de derechos permitió introducir la cuestión de diferentes paradigmas como el de la salud comunitaria y sus características en dicho contexto. Además, dicha

experiencia en espacios públicos en los que se articula la militancia por derechos humanos con aspectos vinculados al género y diversidad sexual dió lugar a la discusión de categorías, formas de definición de la diversidades y cómo los cuerpos están organizados social y políticamente en torno a ciertas definiciones y formas de intervención sobre los mismos.

Otro de los aspectos abordados refirió a la problematización de cómo las tecnologías de género y poder se ponen en juego en distintas prácticas, por ejemplo, el aborto. Es decir, nuevamente los cruces entre las antropologías de la salud y la biomedicina en torno a las formas en que desde ciertas prácticas médicas se producen violencias en prácticas de rutina como ecografías y estudios de control. Es decir, uno de los ejes centrales de discusión tuvo que ver con problematizar como las tecnologías de género producen efectos en distintos colectivos (mujeres cis, trans, lesbianas, varones trans, personas no binarias, etc.) y cuáles son las herramientas que se ponen en juego.

Por último, las intervenciones anteriores se articularon y permitieron generar un debate y discusión a partir de la problematización en una de las expositoras de cuestiones generales en torno a la distinción entre lo normal y patológico. En primer lugar la distinción entre sexo/género y las formas en que el cisexismo atraviesa distintos espacios de salud dió lugar al análisis y la discusión en torno a las matrices que ponderan ciertas experiencias sobre otras. Esta división entre lo normal y diverso, normal y patológico, entre otras formas de denominar aquello que escapa a la matriz heterosexual permitió generar un espacio para preguntas por la ética y como la misma atraviesa distintas prácticas y formas de intervención. Uno de los ejemplos que guió este análisis tuvo que ver con cómo las personas construyen determinados relatos para acceder a prestaciones y cuáles son las estrategias dentro de los colectivos de la disidencia sexual para aportar en ese sentido. De esta forma, nociones como cisexismo, adultocentrismo, heteronormatividad, entre otras categorías tuvieron un rol central para funcionar como disparadores de las formas en que desde distintos espacios de la salud se ponen en juego criterios incluyentes/excluyentes de percibir a las personas.

Un punto interesante a destacar refiere al cruce generacional que el conversatorio tuvo, tanto con relación a lxs sujetos en cuestión (niñeces, adolescencias, adultxs jóvenes y mayores), así como también, con los modos en que las tecnologías biométricas operan sobre cada una de estas "etapas".

Las intervenciones, a su vez, permitieron problematizar el paradigma dominante centrado en la familia y, de la mano de esto último, los estereotipos de género que operan Ejemplo cabal de esto último,

las tecnologías de género que se ponen en juego con relación al aborto y el rompimiento de aquello que se sentra en un futurismo que siempre impone como horizonte a un niñx. En este sentido, el aborto fue planteado como desidentificación del mandato.

La ley de Identidad de Género también fue un punto a discutir y de la mano a estos avances, la problematización del sexo como marcador administrativo. Diversas intervenciones de trabajadorxs de la salud presentes en el conservatorio coincidieron en este punto al señalar que "es muy frustrante, como completar los casilleros".

Relatorio del conversatorio Nº 3

Debatiendo la enseñanza de antropología y ciencias sociales en carreras universitarias de enfermería

COORDINACIÓN:

Juan Gregoric, Adjunto *Salud colectiva I y II,* Licenciatura en enfermería, ICRM UNSAM
Grisel Adissi, Titular *Introducción a la Sociología de la salud* Licenciatura en enfermería. Departamento de Ciencias de salud y deportes. UNPAZ
Lía Ferrero, Adjunta *Antropología de la salud* y *Filosofía del Cuidado I*. Lic. en enfermería, Departamento de Ciencias de salud y deportes. UNPAZ

El conversatorio: "Debatiendo la enseñanza de antropología y ciencias sociales en carreras universitarias de enfermería" retomó conversaciones de antaño que se reconfiguran en el marco de las llamadas Universidades del Bicentenario, con la inclusión de carreras de salud (fundamentalmente Enfermería) en ellas. Al mismo tiempo, este proceso se vincula a las transformaciones internas al campo de Enfermería en los últimos años que claramente exceden a este espacio.

El primero de aquellos procesos, expresa un mandato presente en establecimientos de educación superior que buscaron descentralizar territorialmente la oferta educativa, como las universidades del conurbano, a saber, la "inclusión con calidad". Así, recupera a su vez un movimiento internacional eslabonado por distintas declaraciones

que enfatizan el acceso, la permanencia y la graduación universitarias, pensadas desde una perspectiva de derechos, en contraposición con otras miradas que acompañan a nivel global las tendencias a la masificación universitaria en las últimas décadas.

En cuanto a lo específico de las carreras de Enfermería, la declaración de "interés público" y su concomitante incorporación -en el año 2013- al artículo 43 de la Ley de Educación Superior nº 24521, ha implicado la ampliación de horas en materias de la denominada "área socio-humanística" tanto para la formación de pregrado como para la de grado. A partir de la coyuntura desencadenada por aquellos procesos históricos, se recuperan y reconfiguran discusiones preexistentes respecto de los objetivos y el rol que materias como antropología en particular y las asignaturas de ciencias sociales en general (sociología e historia, entre otras), vendrían a cumplir en los planes de estudio y en el perfil de lxs egresadxs.

Este conversatorio, coordinado por Juan José Gregoric, Grisel Adissi y Lía Ferrero, reunió a docentes del área socio-humanística en carreras de enfermería de diferentes casas de estudio, para compartir experiencias y reflexiones dialogadas acerca de los sentidos, expectativas y tensiones en torno al papel y los aportes de las ciencias sociales y humanas en la formación profesional en enfermería.

Los ejes compartidos a modo de disparadores fueron los siguientes:

1. Procesos y tensiones desencadenados por la inclusión y/o reforzamiento de materias socio-humanísticas a partir de la necesidad de acreditación por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).
2. Experiencias y desafíos en la articulación con asignaturas de otras áreas.
3. Múltiples perspectivas (nuestras, de estudiantes, de otrxs docentes) respecto de posibles aportes de materias socio-humanísticas al perfil profesional.
4. Desafíos en el diseño de programas, materiales, clases y actividades según expectativas y demandas singulares de nuestro estudiantado.

Karina Ramacciotti, por la Universidad Nacional de Quilmes, enfatizó la importancia de la agenda de investigación que abrió la incorporación de materias sociales a las carreras de Enfermería. Compartió además experiencias innovadoras suscitadas a partir del intercambio generado con lxs estudiantes y detalló distintas publicaciones que resultaron de ese proceso de involucramiento con base en la indagación sobre la historia de la enfermería y "el papel de la enfermería en la

historia".

Karina Faccia por las Universidades Nacionales de La Matanza y Avellaneda, destacó la importancia de la Resolución Ministerial 2721/15 que unificó los contenidos mínimos para las carreras de pre grado y grado en las universidades argentinas, reduciendo la multiplicidad de planes con enfoques y contenidos diversos. El trabajo con colegas de otras disciplinas, enfermerxs entre ellxs, llevaría a cuestionarse acerca del para qué y por qué de nuestra presencia, resignificando incluso el propio rol profesional.

Soledad Llovera y Matías Stival por la Universidad Nacional de Rosario, propusieron "habitar la tensión" que provoca la presencia de contenidos sociales en carreras sanitarias. Allí se plantea un desafío colectivo, que a partir del nuevo plan visibiliza y estructura la profesión enfermera alrededor de nuevos ejes. También en el caso compartido la experiencia nucleó a profesionales provenientes tanto de las ciencias sociales como de la enfermería. Uno de los puntos más destacados de la exposición refirió al problema de cómo aportar desde las disciplinas socio-antropológicas a la formación para la construcción de vínculos de cuidado en el campo de la salud.

Sergio Guerrero por la Universidad Nacional Arturo Jauretche planteó por su parte la necesidad de hacer atractiva la antropología para estudiantes de enfermería, señalando la importancia de revisar las bases disciplinares y generar propuestas en sintonía con los planes de estudio acordes a contextos particulares. En otras palabras, surgió la reflexión de cómo "traducir" problemas del campo de la teoría antropológica en prácticas concretas, relaciones y producción de la labor profesional en salud, en particular para enfermería.

Grisel Adissi y Lía Ferrero por la Universidad Nacional de José Clemente Paz recorrieron las contradicciones que se dieron a lo largo de la discusión por el nuevo plan de estudios de la Lic. en enfermería de esa universidad. A partir de las disputas desencadenadas por ese proceso compartieron la pregunta acerca de los grados de legitimidad de lxs cientistas sociales en el campo de la enfermería, relacionando esto a su vez con los imaginarios que la asocian más con lo social que con lo sanitario o biomédico.

En suma, pudo identificarse como elementos cruciales de la conversación temas diversos como lo formativo, la discusión sobre contenidos, la unificación de planes y programas, así como cuestiones ligadas al problema del poder y la desigualdad en el trabajo en salud, la persistente tendencia a subordinar los saberes no biomédicos en el campo de la salud en general, y los puntos de acuerdo, así como clivajes relativos a qué tipo de aportes genuinos pueden y/o deben hacer nuestras disciplinas a la formación profesional de la enfermería en el

nivel superior.

Con participación de más de 30 personas, entre docentes, estudiantes y profesionales de enfermería y ciencias sociales, el conversatorio concluyó de manera propositiva, planteando la necesidad compartida de una continuidad de los debates planteados, y de generar un espacio de intercambio que nos permita construir y compartir abordajes, conceptualizaciones y estrategias pedagógicas.

Relatorio del conversatorio Nº 4

Revisión teórica sobre las politicas públicas sanitarias, los preconceptos y las posibles estrategias para abordar la inclusión de las minorías en Argentina

COORDINACIÓN:

Ma. de Lourdes Guggia, CEAPROS, FHUMyA, UNR
Ana Bensi, CEAPROS, FHUMyA, UNR
Gabriela Giribaldi, UCEL

Participaron del mismo 2 expositoras, la Psicóloga social Melina Sepúlveda y la referente qom Ruperta Perez . Coordinaron el conversatorio las licenciadas Ma. de Lourdes Guggia, Ana Celeste Bensi y Gabriela Giribaldi.

En términos generales podemos decir que la ventaja del conversatorio se presentó tanto en la soltura de sus expositoras como en la dinámica, ya que se generó una verdadera conversación -donde se hilvanan argumentos y comentarios en un sentido dialógico- después de una ronda de presentaciones y comentarios de los participantes. Como suele suceder, quedaron muchos temas por incorporar. Las coordinadoras comenzamos planteando los ejes centrales.

En las últimas décadas, las reflexiones en torno a la diversidad y la inclusión de las minorías políticas, religiosas, étnicas, etc. han cobrado protagonismo y, muy especialmente, durante los últimos dos años atravesados por la pandemia por COVID-19. Comprendiendo a la diversidad como un hecho social, en su acepción más general,

minoría hace referencia a un conjunto de individuos que, por determinadas circunstancias, se encuentran en inferioridad de condiciones respecto de otro conjunto.

El debate giró en torno a cuáles son los imaginarios, preconceptos y categorizaciones que terminan construyendo una imagen social sobre estos colectivos y, en cómo estos influyen o no, en las políticas públicas sanitarias plasmadas en función de sus reivindicaciones.

Este conversatorio dio lugar a la reflexión acerca de las limitaciones del sistema y la insuficiencia de las políticas públicas para dar lugar y responder ante las demandas de aquellas minorías.

Concluyendo y sistematizando, algunos de los conceptos que se mantuvieron en el transcurso del conversatorio fueron los siguientes: el concepto de salud mental y el impacto de la pandemia, vida cotidiana y cambios en la subjetividad, la ausencia de políticas públicas con personas en situación de calle y consumo problemática, la importancia de tener una perspectiva integral en base a estas problemáticas sociales, el autocuidado, la brecha cultural. Hubo coincidencia en la necesidad de visibilizar las distintas problemáticas de las minorías, comprendidas como los grupos sociales marginados por diferentes aspectos contextuales, sociales, económicos y/o culturales; a la vez que, la importancia de una buena articulación institucional y la hegemonía de ciertas prácticas de salud e ideologías por sobre otras.

Relatoría de posters

Sofía Fernández, Ma. de Lourdes Guggia

"RESIGNIFICAR LAS EXPERIENCIAS DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADOS INTEGRALES DE SALUD EN PERSONAS CON COVID POSITIVO". EN EL CENTRO DE SALUD MAMA ANTULA, SANTIAGO DEL ESTERO

Mónica Alejandra Salvatierra
Celia Isabel Céspedes

La presentación de este trabajo giró en torno a la experiencia de compartir aprendizajes y experiencias vividas en relación a estrategias desarrolladas por el equipo de salud del CSMA, en busca de definir prácticas de cuidados integrales de salud durante la pandemia. Con el mismo, se buscó contribuir a la reflexión intra e interinstitucional y organizacional sobre la importancia del trabajo en red para garantizar las prácticas de cuidados integrales de salud.

La experiencia se llevó a cabo en el Centro de Salud Mama Antula (C.S.MA) de la Provincia de Santiago del Estero, inagurado el 27/07/2020 durante la pandemia. El C.S.MA estaba destinado a la Atención integral de la familia; pero la situación epidemiológica local obligo a replantear los objetivos, destinatarios y la organización interna de la institución.

Se visualizó tres periodos: Primero la organización estructural y funcional, como así también la capacitación de todo el RRHH. El 80% de los médicos fueron especialistas en medicina familiar del primer nivel de atención. Segundo periodo: hubo una transformación de las prácticas de cuidado, (complejizándose), sostenidas a través de un trabajo en red con los distintos hospitales urbanos, rurales e interprovinciales y con el sector de salud privado. Se sostuvo un trabajo intersectorial: con la iglesia, policía, desarrollo social, sectores políticos, gremiales y educativos (universidad). Además, se realizaron prácticas de cuidados interno destinado al personal de salud. Tercer periodo: Crecimiento profesional en relación a los conocimientos, habilidades y actitudes para el cuidado humano de estas personas y sus familias.

DISCAPACIDAD ORGÁNICA: PROCESO DE ESTUDIO Y PARTICIPACIÓN DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA (COCEMFE).MARÍA GEORGINA GRANERO

María Georgina Granero

La presentación de este trabajo giró en torno a conocer la situación actual y las necesidades de las personas con discapacidad orgánica desde un enfoque multidimensional.

Para ello y desde un enfoque exploratorio y diseño cuali-cuantitativo se realizaron entrevistas a personas expertas, grupos de discusión: con personas con discapacidad y con personas del entorno. A su vez, se hizo un cuestionario on-line a personas con discapacidad. En cuanto a los resultados, la expositora comentó que las mujeres con discapacidad orgánica observan que su situación de salud tiende a psicologizarse (asociarse a problemas de ansiedad o depresión). A su vez, a falta de atención integral y de acceso a apoyos necesarios repercute en la inclusión social: "o te cuidas, o trabajas", existiendo trayectorias interrumpidas y abandonos.

Por ultimo, plantea que las tres demandas que concentraron más respuestas son: recibir la atención y los tratamientos que necesitan en el momento adecuado (60%), recibir una atención integral de la salud, a nivel psicológico, social y sanitario (59,5%) y visibilizar la discapacidad orgánica a nivel social (50.9%).

VIVENCIAS DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS EN PANDEMIA. DEL CUIDADO A LOS MOMENTOS CLAVES

Jorge Sebastián Almada

Los objetivos de esta presentación se basaron en: reflexionar las vivencias de los trabajadores sanitarios de la Zona Sanitaria Capital de la Provincia de Misiones a partir de sus relatos, analizar las nociones de cuidado y autocuidado en estos trabajadores sanitarios y problematizar la noción de los tiempos y de las tareas asumidas por estos trabajadores sanitarios durante la Pandemia.

Se utilizó la metodología etnográfica con empleo del análisis de narrativas y análisis discursivos. Como resultado se pudo identificar hitos y hechos claves que condensaron de laguna manera los distintos períodos de la Pandemia.

Los momentos de la Pandemia tuvieron características particulares en la provincia de Misiones con periodos de sobre alerta con escasa circulación de la enfermedad a otro momento de circulación mayor con aumento de internados y fallecidos.

En los relatos de los trabajadores se evidenciaron experiencias de multitareas, es decir ante la situación de emergencia tareas distintas a las de desempeño usual. Estas experiencias trajeron consigo conflictos y replanteos en torno a las nociones de cuidado y autocuidado durante los distintos momentos vivenciados por los trabajadores sanitarios. A su vez, las diferencias de poder en cuanto a posiciones profesionales, incumbencia de estas profesiones y estratificaciones en cuanto al género, edad y/o antigüedad en el cargo.

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

III Jornadas

"Debates, experiencias y agendas en tiempos de pandemia".

7 y 8 de Julio de 2022. Facultad de Humanidades y Artes, Rosario.

TÍTULO: "Resignificar las experiencias de las prácticas de cuidados integrales de salud en personas con covid positivo". En el Centro de Salud Mama Antula. Santiago del Estero.

AUTORES: Mónica Alejandra Salvatierra
Celia Isabel Céspedes

OBJETIVOS

- Compartir aprendizajes y experiencias vividas en relación a estrategias desarrolladas por el equipo de salud del CSMA, en busca de definir prácticas de cuidados integrales de salud durante la pandemia, periodo 2020-2022.
- Contribuir a la reflexión intra e interinstitucional y organizacional sobre la importancia del trabajo en red para garantizar las prácticas de cuidados integrales de salud.

METODOLOGÍA

La experiencia se lleva a cabo en el Centro de Salud Mama Antula (C.S.MA) de la Provincia de Santiago del Estero, inaugurado el 27/07/2020 durante la pandemia. El C.S.MA estaba destinado a la Atención integral de la familia; pero la situación epidemiológica local obligo a replantear los objetivos, destinatarios y la organización interna de la institución.

Se visualizó tres periodos: Primero fue la organización estructural y funcional, como así también la capacitación de todo el RRHH.

El 80% de los médicos fueron especialistas en medicina familiar del primer nivel de atención. Segundo periodo: hubo una transformación de las prácticas de cuidado, (complejizándose), sostenidas a través de un trabajo en red con los distintos hospitales urbanos, rurales e interprovinciales y con el sector de salud privado. De igual manera se sostuvo un trabajo intersectorial: con la iglesia, policía, desarrollo social, sectores políticos, gremiales y educativos (universidad). Además, se realizaron prácticas de cuidados interno destinado al personal de salud. Tercer periodo: Crecimiento profesional en relación a los conocimientos, habilidades y actitudes para el cuidado humano de estas personas y sus familias. Además, hubo un reconocimiento comunitario y social.

Centro de Salud MAMA ANTULA

EQUIPO/ORGANIZACIONES PARTICIPANTES

Centro de Salud Mama Antula

Ministerio de Salud de la Provincia Santiago del Estero



RESULTADOS

La experiencia, represento un desafío para el equipo de conducción del CSMA, replanteando constantemente las prácticas de cuidados desde lo singular a lo complejo esto genero retomar, integrar y resignificar los conocimientos previos descubriendo talentos humanos.

Esta experiencia, problematizo el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado; esto permitió un aprendizaje significativo del abordaje integral de la salud de las personas y del trabajo en red.

Es importante que en la resolución de la complejidad de los problemas en salud se visibilice el universo como una red de interacciones (Dabas, 2010) que subyace y preexiste al ser humano, y permita prácticas de sostén, ayuda, acompañamiento y provisión de diversos recursos.

Al respecto podemos concluir que es necesario construir una red de servicios que responda a los derechos universales de la salud, con equidad, calidad y humanismo que se fundamente en un contrato social







BIBLIOGRAFÍA

- Foucault, M. (1977) Historia de la medicalización. En MEDICINA E HISTORIA El pensamiento de Michel Foucault. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 23. OPS.
- Menéndez, E. (2005) El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva, La Plata, 1(1): 9-32, Enero - Abril, 2005.
- Boletín Oficial (2020) Aislamiento social preventivo obligatorio. Decreto 297/2020 Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320
- Dabas, E. (2010) Viviendo Redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social. Segunda edición. Diciembre 2010.
- Dabas, E. (2011). Haciendo en redes. Perspectivas desde practicas saludables. Primera edición. Septiembre 2011

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

III Jornadas

"Debates, experiencias y agendas en tiempos de pandemia".

7 y 8 de Julio de 2022. Facultad de Humanidades y Artes, Rosario.

TÍTULO: **Discapacidad orgánica: proceso de estudio y participación del Movimiento Asociativo de la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE).**

AUTORES: María Georgina Granero

OBJETIVOS

General:
Conocer la situación actual y las necesidades de las personas con discapacidad orgánica desde un enfoque multidimensional.

Específicos

1. Desarrollar un marco conceptual sobre la discapacidad orgánica.
2. Analizar la situación actual de las personas con discapacidad orgánica desde un enfoque multidimensional.
3. Diagnosticar las necesidades y demandas.

METODOLOGÍA

- **Enfoque exploratorio y diseño cuali-cuantitativo**:
  - Entrevistas a personas expertas (n=6)
  - Grupos de discusión: con personas con discapacidad (n=22) y con personas del entorno (n=6)
  - Cuestionario on-line a personas con discapacidad (n=617).

- **Muestra no probabilística:**
  - 76,2% mujeres
  - 48% estudios universitarios
  - 46,4 años de media
  - 73% ámbito urbano
  - 47% otro tipo de discapacidad y 50% con comorbilidades asociadas.

- **Proceso participativo** con Grupo de trabajo de 11 entidades: Debate y validación de instrumentos

COCEMFE Cantabria	Grupo de trabajo Cronicidad, pacientes y coordinación sociosanitaria
COGAMI - AGADHEMO	
Federación Española de Párkinson	
FAAM	
ConArtritis	
LIRE	
ACCU España	
COCEMFE Navarra	
COCEMFE Asturias	
Coordinadora Balear de Personas con Discapacidad	
Fedeal	

EQUIPO/ORGANIZACIONES PARTICIPANTES

Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)
Contacto: investigacion@cocemfe.es
-Acceso al documento completo en la web oficial de COCEMFE.
-Proyecto con cargo a la asignación tributaria del IRPF 2020 del Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030.

RESULTADOS

Conceptualización de la discapacidad orgánica

- **La propuesta nace** de necesidades comunes no reconocidas identificadas por entidades representativas de personas con discapacidad causada por procesos crónicos de salud en 1986.
- **Se construye una definición consensuada** con el grupo de trabajo a partir de CIF (2001), Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006):
  - La discapacidad orgánica engloba afecciones producidas por la pérdida de la funcionalidad en sistemas corporales localizados en órganos específicos o fallos sistémicos, y evidencia barreras sociales que limitan la autonomía personal de las personas con esta discapacidad.
- **Se analizan necesidades y rasgos comunes:** cronicidad como horizonte de vida, invisibilidad vs. Intensidad, temporalidad y fluctuación vs. Fijeza y estabilidad.
- Es considerada una ***discapacidad invisible*** (en EEUU incluye las discapacidades psicosociales; Syma, 2019).

Impacto de la discapacidad

- **Se percibe incomprensión y falta de respuesta** de una atención fragmentada: retrasos diagnósticos, polimedicación y peregrinajes por servicios: casi un 30% de las personas encuestadas tardaron más de 10 años en obtener su diagnóstico.
- **Las mujeres con discapacidad orgánica** observan que su situación de salud tiende a psicologizarse (asociarse a problemas de ansiedad o depresión).
- **La falta de atención integral y de acceso a apoyos** necesarios repercute en la inclusión social: "o te cuidas, o trabajas", existiendo trayectorias interrumpidas y abandonos (Esteban et al 2021)
- **Las tres demandas** que concentraron más respuestas son: recibir la atención y los tratamientos que necesitan en el momento adecuado (60%), recibir una atención integral de la salud, a nivel psicológico, social y sanitario (59,5%) y visibilizar la discapacidad orgánica a nivel social (50.9%).

BIBLIOGRAFÍA

Cegarra Dueñas, B. (2018). Necesidades y demandas de las personas con discapacidad orgánica. En Jiménez Lara, A. (Coord.) *Informe Olivenza 2018, sobre la situación general de la discapacidad en España*. Observatorio Estatal de la Discapacidad.
Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.
Esteban, L., Botija, M. y Alabau, E. (2021). Inclusión laboral y discapacidad invisible. Hacia una reflexión sobre las barreras y posibilidades del mercado laboral ordinario. El caso de las personas con fibrosis quística en España. *Revista Española de Discapacidad*, 9(2), 23-43.
Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
Syma, C. (2019). Invisible disabilities: Perceptions and barriers to reasonable accommodations in the workplace. *Library Management* 40(1), 113-120.

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

III Jornadas

"Debates, experiencias y agendas en tiempos de pandemia".

7 y 8 de Julio de 2022. Facultad de Humanidades y Artes, Rosario.

TÍTULO Vivencias de los trabajadores sanitarios en Pandemia. Del cuidado a los momentos claves

AUTORES: Lic. Jorge Sebastián Almada. FHyCS-UNaM

OBJETIVOS

- Reflexionar las vivencias de los trabajadores sanitarios de la Zona Sanitaria Capital de la Provincia de Misiones a partir de sus relatos.

- Analizar las nociones de cuidado y autocuidado en estos trabajadores sanitarios.

- Problematizar la noción de los tiempos y de las tareas asumidas por estos trabajadores sanitarios durante la Pandemia.

METODOLOGÍA

Se utilizó la metodología etnográfica con empleo del análisis de narrativas y análisis discursivos (Bruner, 2003). A partir de esta postura metodológica se procedió a realizar categorizaciones y mapas de contenido discursivo a partir del software ATLAS.ti en torno a los tópicos conceptuales tales como "cuidado", "auto cuidado", "momentos de la Pandemia", "tareas". A partir de estas categorizaciones se avanzó con en el análisis discursivo.

EQUIPO/ORGANIZACIONES PARTICIPANTES

Convocatoria PISAC-COVID-19. La sociedad argentina en la Postpandemia. Proyecto: Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as. Directora del proyecto: Anahí Sy.

Lic. Jorge Sebastián Almada. Antropólogo Social. Docente-Investigador. Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Departamento de Antropología Social.

RESULTADOS

Los trabajadores sanitarios con los que dialogamos en este proyecto comentaron sus vivencias en función de los ejes temporales antes, durante y luego de los momentos de cuarentena y restricciones.

En estos momentos se pueden identificar hitos y hechos claves que condensaron de laguna manera los distintos períodos de la Pandemia.

Los momentos de la Pandemia tuvieron características particulares en la provincia de Misiones con periodos de sobre alerta con escasa circulación de la enfermedad a otro momento de circulación mayor con aumento de internados y fallecidos.

En los relatos de los trabajadores reconocimos experiencias de multitareas, es decir ante la situación de emergencia tareas distintas a las de desempeño usual. Estas experiencias trajeron consigo conflictos y replanteos en torno a las nociones de cuidado y autocuidado durante los distintos momentos vivenciados por los trabajadores sanitarios.

Esto lo adscribimos a las relaciones de poder que operaron previamente en el campo de la salud (Bourdieu, 1999). Las diferencias de poder en cuanto a posiciones profesionales, incumbencia de estas profesiones y estratificaciones en cuanto al género, edad y/o antigüedad en el cargo

BIBLIOGRAFÍA

Bruner, Jerome, (2003). La fábrica de historias. Derecho, literatura y vida. Ed. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
Cofey y Atkinson. (2003). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Editorial Universidad de Antioquía-Colombia,
Contursi, María y Ferro, Gabriela (2000). La Narración. Usos y teorías. Grupo Editorial Norma. Buenos Aires.
Sirimarco, Mariana (2019). Lo narrativo antropológico. Aportes sobre el rol de lo empírico en la construcción textual. En Revista Ruma Mayo-Octubre.
Spinelli, Hugo (2010). El campo de la salud en Argentina. En Revista Salud Colectiva. Septiembre- Diciembre.

Presentación del libro: *In situ: el cáncer como injusticia social. Desigualdades sociales de la salud, inequidad, vulnerabilidad estructural* (Buenos Aires: Biblos, 2021)

EDITORES

Natalia Luxardo. Investigadora del Conicet en el Área Salud y Población del Instituto Gino Germani. Profesora en la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. Licenciada en Trabajo Social (UBA), Magister en Ciencias Sociales con mención en Salud (CEDES- FLACSO), Dra. En Ciencias Sociales y Dra. En Cultura y Sociedad (Universidad Nacional del Arte)-. Iberá 1998 (1429). CABA. natalialuxardo@conicet.gov.ar

Fernando Sassetti. Investigador de la Universidad Nacional de Entre Ríos. Bioingeniero. Magister en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (Universidad Nacional de Rosario) y Dr. En Ingeniería (Universidad Nacional del Litoral). Es profesor de la Cátedra Organización de los Sistemas de Salud, en la Carrera de Bioingeniería de la UNER. F_sassetti@hotmail.com

Autores de los capítulos: Leandro Alva, Javier Billordo, Leila Passerino, Teresita Calzia, Ingrid Spessotti, Carlos Scotta, Julio César Bello, Marcel Kolvenbach, Giuliana Sanabria, Nélida Arnaldi, Daiana Retamar, Marcela Belardo, Mariana Bordes, Nicolás Rodríguez, Eugenia Wright, Mariano Treacy, Miriam Correa, Priscila Pesoa, Nadia

Lemos, Griselda Alzugaray, Norma Yacumini, Cristian Albornoz, Juana Albornoz, Nicolás Berberich, Cristian Cabrera, Carina Cabrera, Micaela Garcilano, Oscar Riquelme, Soledad Zapata, Luciana Sanabria, Stella Maris Ibarra, Guillermo Macias, Johana Barrio, Griselda Facello, Liliana Telatin, Paola Weinzettel, Cecilia Palermo, Francisco López, Moira O´Shee Birkinfield, Alejandro Noboa, Mariana Schmidt, Christine Holmberg.

Presentación: Dra. Susana Ortale

RESUMEN

El libro presenta los resultados de una investigación con ciclos colaborativos realizada durante los años 2016-2021 en distintas comunidades de la provincia de Entre Ríos. El punto de partida fue la inquietud sobre los estadios avanzados de cáncer en hospitales públicos, interés común al equipo de la cátedra de Salud Pública de la Facultad de Ingeniería de la UNER y al equipo del Área Salud y Población del Instituto Gino Germani de la UBA, ya que tanto en las etnografías hospitalarias como en las estadísticas epidemiológicas coincidían en ese dato. Articulando con ocho centros de salud del primer nivel de atención de los departamentos de Paraná y Diamante, la propuesta fue la de identificar los desafíos que se presentan para el primer nivel de atención de la salud un abordaje integral y estratégico del continuum del cuidado en cáncer en sus múltiples dimensiones (enfoque conocido como "control de y cuidado en cáncer"). Con tal fin se esboza una estrategia que descansa en cuatro pilares teórico-metodológicos: teorías de las ciencias sociales, especialmente de la antropología médica crítica y política y la sociología de la salud; desarrollos de la medicina social latinoamericana/salud colectiva; la epidemiología social y finalmente, epistemologías de la sociología participativa y del trabajo social con comunidades. Desde un abordaje transdisciplinario e intersectorial con alianzas con sectores externos al campo de la salud y con las propias comunidades y con compromisos sostenidos en el tiempo, la investigación incluyó tres ciclos dialécticos en comunidades, que la salud pública engloba bajo la categoría de "difíciles de alcanzar", conformadas por colectivos postergados e invisibilizados en las agendas: 1) recolectores informales en basurales a cielo abierto y jóvenes implicados en consumos de drogas ilegalizadas de periferias urbanas; 2) comunidades de pescadores artesanales o de pequeña escala, y 3) comunidades rurales y semi-rurales de pequeñas aldeas con una fuerte identidad cultural. Los resultados muestran cómo se configuran escenarios de riesgos y cómo se expresan de manera distinta las

desigualdades sociales de la salud cuando son abordadas *in situ,* mostrando los límites de enfoques en salud pública restringidos y planteando propuestas dialógicas, plurales y equitativas, tal como vienen defendiendo diversos movimientos y colectivos de este campo.

Tráiler de 15 minutos con todo el proceso:
https://vimeo.com/524433855/f5d5dc8be2

Presentación del libro: *Amor y enfermedad. Etnografía de una zoonosis,* Buenos Aires, Argentina (UNSAM Edita, 2021)

AUTORA

Andrea Mastrangelo. Investigadora Independiente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Docente universitaria en postgrados de la UBA, UNLP, FLACSO, Centro Nacional de la Patagonia CONICET y en el grado en la Universidad Nacional de San Martín. Coordinadora Programa Salud, Ambiente y Trabajo (CeNDIE-ANLIS/CEA-UNSAM). https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=29746&datos_academicos= yes Filiación institucional: Centro de Antropología, UNSAM. CONICET. Títulos: Doctora y Magister en Antropología Social, Universidad Nacional de Misiones, Argentina.

COMENTARIOS

María Celeste Medrano. Investigadora adjunta CONICET. Docente investigadora de la Facultad de Filosofía y Letras UBA en el proyecto "Conflictos ideológicos, epistemológicos y ontológicos. Reflexiones desde el diálogo de saberes entre pueblos indígenas, investigadores académicos y gestión pública" Responsable Dra. Mariela Rodríguez. Es autora de los libros ¿Qué es un animal? Junto a Felipe Vander

Belden (2018); Zoología Qom. Conocimientos tobas sobre el mundo animal, junto a M. Maidana y C Gómez (2011).

RESUMEN
Para las mujeres, la biología no es un destino. Pero ¿qué pasa con los perros? ¿Es lo mismo nacer caniche en un criadero que acompañar a pobladores de una aldea mbyá después de haber parido al costado de una ruta? ¿En qué medida es "especie compañera" un perro que merodea sin dueño por la selva misionera? Este libro desata en sus lectores una provocativa sospecha sobre la condición de "animal natural" del perro doméstico. Parte de una investigación sobre los perros en el noreste argentino y sobre una enfermedad que los tiene como reservorio, para reflexionar sobre las relaciones humano-animal en el siglo xxi. La autora desarrolla una original investigación eco-epidemiológica en el contexto de la dispersión de la leishmaniasis visceral, en la frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay. Propone un abordaje sanitario integrado desde la perspectiva social y cultural, que tiene en cuenta la distancia entre formas de vida como constitutiva de las relaciones ecológicas. Plantea una perspectiva biocéntrica y no especista, sin dejar de reconocer los derechos humanos, pero buscando proteger a la humanidad de su propia crueldad.

Presentación del libro: *Quedan 15 días de cuarentena. Cómo se vivió y cómo contaron los medios el confinamiento por COVID-19 en barrios populares de Buenos Aires y Resistencia* (Buenos Aires, Argentina CICCUS, 2022)

AUTORAS

Andrea Mastrangelo. Investigadora Independiente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Docente universitaria en postgrados de la UBA, UNLP, FLACSO, Centro Nacional de la Patagonia CONICET y en el grado en la Universidad Nacional de San Martín. Coordinadora Programa Salud, Ambiente y Trabajo (CeNDIE-ANLIS/CEA-UNSAM). https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=29746&datos_academicos= yes Filiación institucional: Centro de Antropología, UNSAM. CONICET. Doctora y Magister en Antropología Social, Universidad Nacional de Misiones, Argentina.

Flavia Demonte. Investigadora Adjunta del CONICET. Docente universitaria en posgrado de la UNLP y del grado en UNSAM y UNLP. Integrante del equipo técnico de la Asociación Civil Trama. Investigadora/colaboradora en proyectos I+D URV (España). https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?id=28483 &keywords=Demonte&datos_aca demicos=yes Filiación institucional: Escuela IDAES, UNSAM. CONICET. Dra. en Ciencias Sociales, UBA. Magíster en Políticas Sociales, UBA. Lic. en Ciencias de la Comunicación, UBA.

Presentadoras seleccionadas Valeria Alonso Profesional principal INE/ ANLIS, Mar del Plata, Argentina. Docente de la Escuela Superior de Medicina UNMdP. Coordinó la Red Bioética del Sur Bonaerense e

integra la REDASA. Investigadora responsable del nodo INE/ANLIS del Proyecto PISAC COVID-19 cod.077 "Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as", financiado por la Agencia Nacional I+D+i, Argentina. Filiación institucional: Departamento de Investigación Epidemiológica y el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología (INE/ANLIS), Mar del Plata, Argentina. Doctora en Psicología UNMdP. Magíster en Ciencias Sociales y Salud FLACSO. Antropóloga UBA

Pía Leavy Investigadora asistente del CONICET en el Instituto de Ciencias Antropológicas (UBA). Desde 2008 integra el equipo Niñez Plural (ICA-FFyL) e investiga problemáticas que se vinculan con niñez, cuidado y género en comunidades indígenas de la provincia de Salta y en otras localidades del país. Es docente en la Maestría de Problemáticas Sociales Infanto-Juveniles (UBA), directora del PIP1639 "Niñez, alteridad y ciudadanía" y co-directora del Proyecto "Diverse Childhoods and Educational Inequalities in Post-Pandemic Argentina" (British Academy- University of Sheffield CONICET). Filiación institucional: Instituto de Ciencias Antropológicas (UBA). CONICET. Dra. y Prof. en Ciencias Antropológicas UBA.

RESUMEN
Este libro presenta los resultados de una investigación social de monitoreo en tiempo real, realizada entre marzo y noviembre de 2020, de las medidas de prevención de la COVID-19 cuyo nombre en Argentina se sintetizó como Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. El objeto de estudio fueron los barrios en los que, debido a las condiciones de pobreza estructural, había escasez o falta de agua tratada y hacinamiento crítico (tres o más personas por cuarto en la vivienda), hechos que limitaron desde el inicio el cumplimiento de las medidas de prevención recomendadas para evitar los contagios. Elegimos barrios de dos de los aglomerados urbanos con transmisión comunitaria y donde el confinamiento duró más tiempo. Los métodos y técnicas que se aplicaron fueron el análisis de datos cuantitativos de fuentes secundarias, el trabajo de campo etnográfico, entrevistando por teléfono celular y con mensajes de texto a residentes de una muestra de selección intencional de barrios, y el análisis de noticias referidas a la COVID-19 en los barrios publicadas en distintos medios de comunicación y de memes que circularon durante el período de estudio en las redes sociales de las investigadoras.

Presentación del libro: *Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina* (Buenos Aires: MT Editores, 2021)

COMPILADORES

Giglio Salvador Prado: Miembro de ALAMES Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Docente en temas de Salud Pública en la UNPAZ, Universidad Nacional de José C. Paz. Actual miembro del Directorio de IOMA, Instituto de Obra Médico Asistencial (Obra Social de los Trabajadores de la Provincia de Buenos Aires) en representación de su Poder Ejecutivo.

Pablo Torres: Psicólogo. Secretario General de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires. Miembro del Consejo Ejecutivo de ALAMES Argentina.

AUTORES

Verónica Azpiroz Cleñan: Autora del Capitulo Bilingüe. Modelo de Atención Complementaria entre la Medicina Mapuche la Biomedicina.

AUTORES DE LOS CAPÍTULOS

Valeria Borgarucci, Adrián Dubinsky, Pablo Garrido, Giglio Salvador Prado, Leonardo Verna, Roxana Ynoub, Patricia Digilio, Juan Canella, Gerardo Codina, Pablo Torres, Pablo Maciel, Gabriela Lacarta, Leonel Tesler, Martin Castilla, Pedro Wasiejko, Ricardo Gutiérrez, Alberto Genoud, Clara Schor-Landman, Carlos Herbon, Ricardo Paveto, Nora Lomberg, Carlos Tisera, SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo), Carlos Roberti, Inés Rosendi, Mariana Abadié, Lilian Alvarado, Ayelen Butler, Laura Cuevas, Agustina D'Agostino, Sonia Gastelu, Celia Lis, Susan López, Soledad Martinez, Virginia Michelli, Verónica Azpirz Cleñan, Elvira Zacarías Soto, Enrique Kreplak, Mariano Kreplak, Marcos Jaureguízar, Ileana Goñi, María Virginia Palmentiere, Eduardo Quiroga Ceiprian, Mario Rovere.

COMENTARIOS

Dr.Giglio Prado

RESUMEN

En la post pandemia y en la crisis económica, se abre la posibilidad y la necesidad de repensar el campo de la Salud Pública, ya no podemos negar las dificultades. Quienes aspiramos a encarnar el llamado "pensamiento crítico" tenemos una ingente responsabilidad. Estimamos, por ello, que es necesaria una ruptura con el pensamiento eurocéntrico, de raigambre socialdemócrata y con un clásico enfoque panamericanista, y volver a las enseñanzas de nuestro maestro Mario Testa en cuanto a pensar en salud. Es necesario recuperar la discusión sobre el sistema de salud, sin repetir las pérdidas de oportunidades que ocurrieron por diversas causas en la salida de otras crisis. Hubo coyunturas que requirieron intensas intervenciones del Estado nacional, sin que después se tradujeran en reformas sustantivas. Es la necesidad de superar creativamente los actuales límites en nuestra configuración sanitaria, de romper los moldes de pensamiento instituidos por Bismarck y Beverige -pero sin dilapidar la rica historia de luchas por la salud de nuestro pueblo- lo que anima las reflexiones presentes en este libro.

La medicina mapuche y las medicina tradicionales indígenas opacadas, silenciadas o ninguneadas por la biomedicina se abre un espacio dentro de la nueva configuración de un modelo de atención de salud en el cual los derechos colectivos de los mismos sean parte

sustancial del ejercicio de ciudadanía plena y del deber del Estado de garantizar el acceso a la mejor atención de salud según las matrices culturales que poseen lxs "usuarixs" y/o "pacientes".

Militamos por una nueva agenda que supere las prescripciones bancomundialistas, que rompa con la lógica del mercado, que supere las lógicas de la gestión de la pobreza y del aseguramiento privado: todo esto requiere apelar a lo mejor de las tradiciones de lucha y pensamiento de nuestra sociedad.

...el camino en mis pies, el camino del inicio de todos los tiempos, tiene barro, agua, y plantas...tiene belleza caminante...

Presentación del libro: *Del órgano a la Organización. Análisis institucional de una ONG de trasplantados de órganos* (Rosario: Hy A Ediciones, 2019)

AUTORA

Valdata, Marcela Isabel. Licenciada en Antropología y doctoranda de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario. Directora del Centro de Estudios Aplicados a Problemáticas Socioculturales (CEAPROS), UNR. Se desempeña en la formación académica de antropólogos en dirección de tesistas de grado y posgrado. Dirige investigaciones sobre Población Originaria, en temas de salud, parentesco, organización socio-cultural. Desarrolla trabajos de extensión vinculados a temas de salud, discapacidad y alimentación en población originaria. Es Directora de Pueblos Originarios de la Municipalidad de Rosario. Se especializa en trabajos sobre sistemas de intercambio, sistemas de parentesco, donación de órganos, relaciones interétnicas, memoria e identidad. Es evaluadora externa por proyectos de Extensión y de Evaluación de Carreras para CONEAU. Entre sus publicaciones se encuentra la entrada "Memory" en *Dictionary of Latin American Cultural Studies*, (2012) University Press of Florida, EEUU y su versión en Español editada por Siglo XXI. Ha escrito artículos sobre la problemática de pueblos originarios en *Policromías da diferenca* (2015) Editora Juruá, Brasil en revistas de la Universidad de Santa Marta, Colombia y en revistas científicas nacionales y extranjeras.

COMENTARIOS

Lic. Juan Mauricio Renold. Licenciado en Antropología por la Universidad Nacional de Rosario(UNR), Argentina. Profesor Titular concursado en la Escuela de Antropología de la Facultad de Humanidades y Artes, UNR. Investigador en la Carrera de Investigador Científico del Consejo de Investigaciones de la UNR (CIC-CIUNR). Director por 25 años del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Humanidades y Artes, UNR. Docente-Investigador categoría 1 en el Sistema Nacional de Incentivos del Ministerio de Educación de la Nación. Se ha desempeñado durante 40 años en la docencia universitaria nacional. Ha realizado investigaciones en el campo de la sociología y la antropología rural, y en epistemología y teoría antropológica. Ha publicado entre otros, los siguientes libros: *Antropología cultural* (Ceal, 1993); *Estructura y Organización cooperativa en el campo argentino* (Magister, 1995); *Religión-magia-mesianismo* (Ediciones del Arca, 1998); *El cooperativismo agrario ante la globalización (*En co-autoría con Mario Lattuada) (Siglo XXI, 2004); *Miradas Antropológicas sobre la vida religiosa (I, II, III)* (Ciccus, 2008, 2011, 2012); *Antropología Social. Relecturas y Ensayos* (Biblos 2008); *Antropología del Pentecostalismo televisivo* (Biblos, 2011); *Visiones del Papa Francisco desde las Ciencias Sociales* (compilador en colaboración con Alejandro Frigerio) (UNR Editora 2014); *Religión: Estudios antropológicos sobre sus problemáticas* (Biblos, 2015); *Apóstatas y religiosos. Estudios antropológicos*. (Laborde Editor, 2015); *Religión, Ciencias Sociales y Humanidades* (UNR Editora, 2016); *Antropología Social. Definiciones y cuestiones básicas* (Laborde Editor, 2017); *Antropología Social. Perspectivas y Problemáticas. (Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11)* Renold coordinador. Laborde Editor, 2018, 2019, 2021, 2022, 2023)

RESUMEN

El trabajo de la antropóloga Marcela Valdata es un excelente análisis antropológico de una institución específica, una ONG de trasplantados de órganos.

Dentro del análisis antropológico su perspectiva se enmarca en el análisis estructural y forma parte de una modalidad de análisis en organizaciones institucionales realizadas en nuestro contexto urbano y su zona de influencia por un conjunto de antropólogos a lo largo de muchos años: organizaciones escolares, religiosas, hospitalarias, cooperativas, entidades oficiales, redes de mujeres, entre otras actividades abordadas.

Estos trabajos, entre los cuales está el de la antropóloga Marcela Valdata, consisten en la adecuación de la metodología estructural de

Claude Lévi-Strauss al contexto específico de organizaciones institucionales en nuestra propia sociedad. No sólo esta modalidad se incorpora en el estudio de Marcela Valdata sino también las formulaciones del sociólogo Marcel Mauss acerca del "hecho social total" y de las relaciones referidas al intercambio de dones (agonísticos y no agonísticos); las modificaciones realizadas por Maurice Godelier (las re-donaciones); los procedimientos analíticos de S. Nadel respecto del estudio de roles, las formulaciones de March y Simon referidas a la toma de decisiones; las aproximaciones al estudio de la burocratización. Incluso la concepción de Wilhelm Dilthey referida a la unidad psicofísica humana (y su expresión de la "totalidad" de la existencia humana) y su continuidad en nuestro legado cultural moderno.

Todas estas consideraciones están presentes para analizar:

1) Las complejidades del proceso de donación de órganos y de la resistencia o negación a hacerlo.
2) El estudio de la ONG específica como un "sistema de representaciones".
3) El estudio del funcionamiento de dicha ONG con sus contradicciones y paradojas.
4) Las modalidades para "resolver" o tratar de superar estas últimas.
5) La construcción de un modelo "estructural" con un sistema de oposiciones correlativas en diferentes niveles (ideal-real) donde se llevan a cabo representacionalmente las "resoluciones" anteriores.
6) Se utilizan en la confección de dicho modelo, esquemas, figuras geométricas, que traducen los diferentes tipos de relaciones entre los elementos o términos que constituyen la expresión más significativa de la organización institucional abordada analíticamente.

Se hace notar que el trabajo realizado ha implicado un riguroso trabajo de campo en el seno de la organización analizada así como la utilización de fuentes documentales diversas (internas a la organización como externas).

COMENTARIOS: LISANDRO ZENO

Me llamo Lisandro Zeno (Lichu) y soy trasplantado de médula. Fui concejal en la ciudad de Rosario por el Partido Demócrata Progresista, dentro del Frente Progresista Cívico y Social. Deportista, jugador de rugby, hasta que me detectaron leucemia. Recibí mi primer trasplante de parte de Anderson, un brasileño contactado a través del Banco

Internacional de Médula Ósea, y como resultado de una segunda recaída, fue mi hermano quien me compartió esa "bolsita de vida" como me gusta llamarlo, con solo un 50% de compatibilidad. En mi cabeza me daba vueltas esa locura de la donación! Cómo algo tan simple como donar y que no requiere mucho esfuerzo, podemos salvar muchísimas vidas y ayudarnos entre nosotros a prolongar y mejorar la calidad de vida de enfermos con patologías crónicas. El avance en los estudios genéticos y biotecnológicos, la actualización de nosocomios y la especialización profesional para que un trasplante sea eficaz, han posibilitado día a día una mayor cantidad y optimización de las intervenciones. Sin embargo, este desarrollo no encuentra correlato con los estudios referidos al análisis sobre los grupos o instituciones que abordan la temática, son escasos en Argentina, los trabajos de investigación en salud y ciencias sociales sobre donación de órganos, agradezco que se presenten trabajos como este.