

Una perspectiva etnográfica sobre el confinamiento por COVID-19 en barrios populares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

ANDREA MASTRANGELO
CONICET, UNSAM, CeNDIE-ANLIS
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Correo electrónico: andreaveronicamastrangelo@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2844-6883>

JOSEFINA BENEDIT
CEA, UNSAM

SAN MARTÍN, ARGENTINA

Correo electrónico: josebenedit@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4956-2939>

ANA MARÍA RICO
ISC, UFBA

BAHÍA, BRASIL

Correo electrónico: ricoanam@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7470-1975>

Fecha de envío: 27-12-2021 / Fecha de aceptación: 24-05-2022.

RESUMEN

Este artículo analiza en la perspectiva de los residentes de cuatro barrios con altos porcentajes de hacinamiento y déficit de agua tratada-saneamiento de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina el confinamiento para la prevención de COVID-19 dispuesto como política de Estado entre marzo y noviembre de 2020. Se describe el marco normativo del dispositivo sanitario y se detallan las dimensiones más disruptivas de la cotidianeidad: el aislamiento, la segregación residencial y la obligatoriedad de respetar medidas arbitrarias. Se concluye con que la extrapolación de las técnicas de aislamiento previstas para hospitales y laboratorios a la totalidad social omitió la complejidad de la estructura social; careció de perspectivas de género y de clase, intensificó la segregación residencial y vulneró derechos humanos.

PALABRAS CLAVE: Infecciones por coronavirus; Antropología; Aislamiento social; Inequidad social

AN ETHNOGRAPHIC PERSPECTIVE ABOUT LOCKDOWN OF COVID-19
EMERGENCY IN NEIGHBORHOODS WITH UNMET NEEDS
OF THE AUTONOMOUS CITY OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

ABSTRACT

This article analyzes from the perspective of residents in four neighborhoods with high percentages of overcrowding and deficits of treated water-sanitation in Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, the confinement for the prevention of COVID-19 established as state policy between March and November 2020. The regulatory framework of the sanitary device is described and the most disruptive dimensions of daily life are detailed: isolation, residential segregation and the obligation to respect arbitrary measures. It is concluded that the extrapolation of the isolation techniques provided for hospitals and laboratories to the social totality omitted the complexity of the social structure; it lacked gender and class perspectives, intensified residential segregation, and violated human rights.

KEY WORDS: Coronavirus Infections; Anthropology; Social Isolation; Social Inequity

INTRODUCCIÓN¹

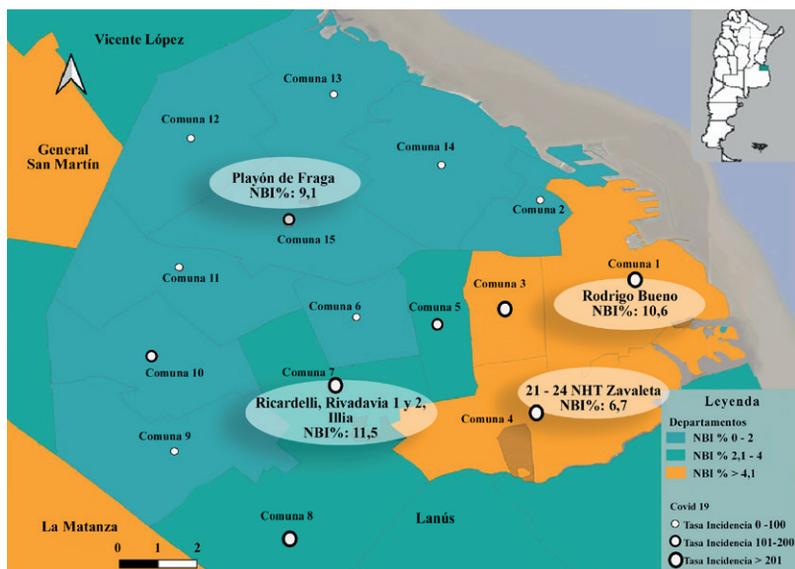
¿Cómo se cumplieron las medidas de higiene respiratoria, de manos y distancia física para la prevención de contagios de COVID-19 en barrios donde 12 personas compartían un baño?²

Este artículo analiza, en una muestra de barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), seleccionados intencionalmente por sus altos porcentajes de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI³– vivienda y saneamiento inadecuado (mapa 1), la eficacia y consecuencias socioeconómicas de las políticas de prevención del contagio de COVID-19 englobadas en el acrónimo ASPO: Aislamiento Social Preventivo Obligatorio.

1 En este artículo estamos usando el sistema de referencias APA, 7ma. edición.

2 Este artículo es resultado parcial del proyecto financiado como IP440 Convocatoria Extraordinaria COVID-19. Agencia Nacional de Investigación, Desarrollo e Innovación. Ministerio de Ciencia y Tecnología, Argentina, 2020.

Para ello se realizó trabajo de campo etnográfico entre marzo y noviembre de 2020, en los barrios Ricciardelli, Rivadavia 1-2, Illia, Villa 21-24, Núcleo Habitacional Transitorio Zavaleta, Rodrigo Bueno y Playón de Fraga.



MAPA I. NBI 1,2,3 promedio \geq 4% Comunas 1, 4, 7 y 15 CABA³ y barrios que componen la muestra intencional. Tasa de incidencia cada 100 000 habitantes COVID-19, SE19 a SE27 (marzo-julio 2020).

FUENTE: Elaboración propia en base a CNPHyV 2010 y estadísticas COVID-19 Ministerio de Salud Nación.

Las restricciones a la circulación vigentes condicionaron el trabajo de campo, generando el desafío metodológico de recuperar vínculos previos que las investigadoras teníamos con vecinos de esos barrios. Las entrevistas se realizaron a través de conversaciones telefónicas, mensajes de texto, audios, compartiendo memes, fotografías y videos. Accedimos a nuevos entrevistados

3 Para conformar la muestra de selección intencional de los barrios en los que realizamos trabajo de campo, el universo estuvo determinado por los radios censales en los que las variables censales: vivienda (NBI 1), condiciones sanitarias (NBI 2), hacinamiento (NBI 3) relevadas por el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 para componer el indicador de % condición NBI, igual o superior a 4%. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-47-156>.

por referencias de terceras personas, haciendo contacto por Facebook y páginas web.

Este artículo presenta resultados en cinco secciones: en la primera, se describe el marco normativo del dispositivo (Foucault, 1984) ASPO y las particularidades que asumió en los barrios populares. En las tres partes siguientes se describen y analizan las dimensiones más disruptivas de la cotidianidad en la experiencia de nuestros entrevistados: el aislamiento (parte 1), la segregación residencial (parte 2) y los centros de aislamiento colectivos (parte 3). En la reflexión final, realizamos una síntesis interpretativa de los datos presentados con aportes teóricos de la epidemiología crítica.

¿QUÉ FUE EL ASPO?

Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio fue el nombre del conjunto de políticas (Teixeira y Silveira, 2016) excepcionales orientadas a prevenir contagios y dotar de capacidad de respuesta al sistema sanitario ante la pandemia de COVID-19 en Argentina. El mismo implicó la obligación de la población de permanecer en sus residencias, la prohibición de desplazarse excepto por motivos indispensables (alimentación, riesgo de vida), la definición de actividades y servicios esenciales habilitados para circular (tabla 2) y el cierre de fronteras. Tuvo vigencia entre marzo y noviembre de 2020 (semanas epidemiológicas 12 a 48).

La tabla 1 organiza las medidas implementadas en tres dimensiones (Cave et al., 2020). Dado que se trata de un país federal, el gobierno nacional estableció los lineamientos generales y las jurisdicciones (en este caso, la CABA) resolvieron cómo implementarlas.

TABLA 1. ASPO y políticas de contención relacionadas por bimestre.

TABLA 1. SÍNTESIS DE LAS NORMATIVAS PARA PREVENCIÓN DE LA COVID-19 Y MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS DEL CONFINAMIENTO (ARGENTINA, 2020)*		Medidas de apoyo económico					
Bimestre	Intervenciones de diagnóstico y cuidado	Intervenciones no farmacéuticas	Medidas de apoyo económico				
20/03/2020 al 20/05/2020	Decreto PEN 260 y Res. MINSAL 568. LEY GCABA 6301. Dec. 432 Chaco y Dec. 132 PBA. Emergencia Sanitaria. Obligación de reportar los síntomas por app. CUIDAR, Certificado Único. Habilitante para Circulación (marzo).	Decreto PEN 260 Emergencia sanitaria. Cierre de las fronteras internacionales (marzo).	Decreto 310 Ingreso Familiar de Emergencia IFE (dinero en efectivo a trabajadores sin ingreso registrado, incluyendo beneficiarios de Asignación Universal por Hijo y Embarazo). Tres pagos entre abril y septiembre.	Decreto 332 Asistencia al Trabajo y la Producción. ATP. Pago del 50% de los salarios de empresas que los requieran entre marzo y diciembre. Prohibición de despedidos y suspensiones sin causa.	Aumento en la Tarjeta Alimentar (existe desde enero), para beneficiarios planes sociales para compra comestibles.	Suspensión temporaria del corte de servicios de energía eléctrica y gas por falta de pago. Reparo de gas envasado a valor subsidiado (Programa Hogar). Decreto 320 Congelamiento temporario de alquileres y suspensión de desalojos hasta 31 enero 2021. Dec. 469 Chaco.	Res. 53 ministra. Creación del Programa "El Barrio cuida al Barrio" financiado por promotores comunitarios que realizan un acompañamiento específico a grupos de riesgo y distribuyen elementos de seguridad e higiene (abril).
	Res. MINSAL 627 indicaciones de aislamiento y distanciamiento social (marzo).	Decreto PEN 297 crea el ASPO. Decreto GCABA 1. "Deberán abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo y no podrán desplazarse por rutas, vías y espacios públicos. [...] solo podrán realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos". De terminan servicios esenciales que puede circular comprendido, normas de ingreso y circulación dentro de la ciudad (marzo).	Decreto PEN 297 crea el ASPO. Decreto GCABA 1. "Deberán abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo y no podrán desplazarse por rutas, vías y espacios públicos. [...] solo podrán realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos". De terminan servicios esenciales que puede circular comprendido, normas de ingreso y circulación dentro de la ciudad (marzo).	Res. 53 ministra. Creación del Programa "El Barrio cuida al Barrio" financiado por promotores comunitarios que realizan un acompañamiento específico a grupos de riesgo y distribuyen elementos de seguridad e higiene (abril).	Suspensión temporaria del corte de servicios de energía eléctrica y gas por falta de pago. Reparo de gas envasado a valor subsidiado (Programa Hogar). Decreto 320 Congelamiento temporario de alquileres y suspensión de desalojos hasta 31 enero 2021. Dec. 469 Chaco.	Aumento en la Tarjeta Alimentar (existe desde enero), para beneficiarios planes sociales para compra comestibles.	Res. 53 ministra. Creación del Programa "El Barrio cuida al Barrio" financiado por promotores comunitarios que realizan un acompañamiento específico a grupos de riesgo y distribuyen elementos de seguridad e higiene (abril).

(Continúa en página siguiente)

20/03/2020 al 20/05/2020		<p>Decreto CABA 9, 10, Res.13, 14 retención de licencias de conducir a los infractores de las restricciones. Hasta mayo las fuerzas federales se tuvieron 4.264 vehículos sin autorización de circular.1 Dec. CABA 163 y Res. 115 transporte público solo esenciales y pasajes sentados.</p>	<p>Decreto 310 Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) (dinero en efectivo a trabajadores sin ingreso registrado, incluyendo beneficiarios de Asignación Universal por Hijo y Embarazo). Tres pagos entre abril y septiembre.</p>	<p>Decreto 332 Asistencia al Trabajo y la Producción. AIP. Pago del 50% de los salarios de empresas que los requieran entre marzo y diciembre. Prohibición de despidos y suspensiones sin causa.</p>	<p>Aumento en la Tarjeta Alimentar (existe desahorro), para beneficiarios planes sociales para compra comestibles.</p>	<p>Suspensión temporaria del corte de servicios de energía eléctrica y gas por falta de pago. Reparto de gas envasado a valor subsidiado (Programa Hogar). Decreto 320 Congelamiento temporario de alquileres y suspensión de desalojos hasta 31 enero 2021. Dec.469 Chaco.</p>	<p>Res. 53 Ministat Creación del Programa Argentina Construye Solidaria: inversión en déficit de vivienda, infraestructura sanitaria y equipamiento sectoriales populares (julio).</p>	<p>Creación del Programa "El Barrio cuida al Barrio" financiado por promotores comunitarios que realizan un acompañamiento específico a grupos de riesgo y distribuyen elementos de seguridad e higiene (abril).</p>
<p>Res. GCABA.831 lavado de manos, higiene respiratoria y barbijo para personal de salud y personas con síntomas (marzo).</p>	<p>Res. GCABA 1078 uso obligatorio del tapabocas casero en toda la población (mayo).</p>	<p>Creación Unidades Febriles Urgencia (UFU) en 18 hospitales GCABA, separadas de la guardia médica. Postas de traslado a UFU: 7 en Riccardelli y 224 y 1 en Fraga y Rodrigo Bueno (abril).</p>	<p>Decreto PEN 351,355, 408, 459, 493, 520, 576, 605, 617, 641, 677, 714, 747, 754 y 792 prorrogan ASPO entre 19 marzo y 28 noviembre. 6/6 Dec Chaco 677 Cuarentena Administrada. 23/7 Dec Chaco 843 Plan Desescalada hacia la nueva normalidad.</p>	<p>Dis. GCABA 98 Formularios electrónicos para autorizar crematorias ante emergencia sanitaria (abril).</p>	<p>Inicio DETECTAR MINSAL. Dispositivo Estratégico de Testeo para Corona virus en Territorio de Argentina. En barrios con circulación comunitaria, aislamiento posifijos y sospechosos. En Riccardelli, Playón y 21-24 (5 mayo).</p>	(Continúa en página siguiente)		

EL ASPO EN LOS «BARRIOS POPULARES»⁴

Luego de algunas intervenciones dispares (aislamiento de grupos a riesgo sanos y creación de unidades de triaje especializadas en hospitales generales —Unidades Febriles de Urgencia—), a principios de mayo, el Ministerio de Salud de la Nación creó el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino —DetectAr—⁵. Por este procedimiento, en las jurisdicciones cuyos habitantes tenían limitaciones de acceso al diagnóstico y aislamiento domiciliario se montaron laboratorios con personal en terreno para identificar casos probables. En sus operaciones diarias, tras confirmarse un diagnóstico positivo se realizaba la búsqueda de contactos estrechos y personas con síntomas compatibles con COVID-19, acompañándolos al lugar de testeo para tomar muestras. La prueba que se realizaba era PCR, accionando un circuito que permitía obtener el resultado lo antes posible, pero cuya celeridad disminuyó a medida en que aumentaron los contagios. Las personas diagnosticadas como casos positivos recibían atención y seguimiento diario durante 14 días. Se evaluaban sus condiciones de aislamiento domiciliario y, ante la imposibilidad, se las derivaba para aislamiento extrahospitalario, según la gravedad. Entre los barrios de la muestra de este estudio, se establecieron «Operativos DetectAR» en la Villa 21-24, Barrio Ricciardelli y Fraga.⁶

Desde el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires —GCBA— se montó un operativo simultáneo, aunque sin laboratorio.⁷ La búsqueda activa de casos se realizaba a partir de postas sanitarias fijas y móviles de control de síntomas. Los casos sintomáticos eran derivados para toma de muestras a un DetectAr o a una Unidad

4 «Barrios populares» es una categoría de relevamiento del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/incorporar-o-actualizar-un-barrio-dentro-del-registro-nacional-de-barrios-populares>. Acceso: 11 marzo 2021.

5 <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar>. Acceso: 11 marzo 2021.

6 <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/dispositivo-detectar>. Acceso: 26 febrero 2021.

7 <https://www.buenosaires.gob.ar/develophumanoyhabitat/noticias/coronavirus-postas-de-prevencion-en-barrios-vulnerables>. Acceso: 11 marzo 2021.

Febрил de Urgencia (UFU) hospitalaria. En Ricciardelli y la Villa 21-24 se implementaron siete postas respectivamente, en Fraga se establecieron dos y en Rodrigo Bueno, solo una.

Durante la implementación del ASPO, estos y otros barrios similares fueron denominados «barrios populares». Las intervenciones del gobierno local se explicitaron en el «Protocolo de actuación frente a la Propagación del COVID-19 en Barrios Populares CABA» (versiones 6/6 y 29/9/20).⁸

Con el objetivo de evitar el colapso de la atención por exceso de demanda, se establecieron centros extrahospitalarios de aislamiento para personas con diagnóstico pendiente o positivo con cuadros leves y moderados. La Resolución CABA 1189⁹ define caso sospechoso, caso confirmado, condiciones y plazos de aislamiento. Para determinar si los pacientes podrían realizar aislamiento domiciliario o en una institución extrahospitalaria, la Resolución CABA 1227¹⁰ explicita los criterios de triaje. Estas normas y los protocolos de actuación en barrios populares determinaron que las personas con diagnóstico positivo que residieran en esos lugares fueran aisladas obligatoriamente fuera de allí por 10 días. En los casos clínicos leves o moderados, el confinamiento sería extrahospitalario y en los severos, hospitalario.¹¹

El denominado «Protocolo para barrios populares» propuso «el abordaje integral del territorio», generando una burocracia *ad hoc* con participación de agentes públicos y representación directa de órganos barriales previamente legitimados por el gobierno (los vecinos en las «Mesas de Gestión participativa (...), mesas barriales o comité de crisis»). Entre los barrios de la muestra, tenían conformadas mesas de gestión participativa Rodrigo Bueno (Ley

8 <http://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/protocolos-coronavirus-covid-19>. Acceso: 26 febrero 2020.

9 Resolución es un tipo de normativa municipal de alguna instancia del poder ejecutivo, no pasa por el poder legislativo. En adelante será abreviada como Res. En el texto.

10 <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/518752>. Acceso: 26 febrero 2021.

11 <http://buenosaires.gov.ar/coronavirs/equipos-salud/protocolos-coronavirus-covid-19>. Acceso: 26 febrero 2021.

5798) y Fraga (Ley 5799). Para Ricciardelli, Villa 21-24 y conjuntos habitacionales conexos, el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat convocó actores gubernamentales, de protección de derechos —Defensoría del Pueblo y Ministerio Público Tutelar de la Defensa—, delegados, juntas vecinales e iglesias de los barrios a constituir mesas temáticas en alimentación, salud y cuidado de adultos mayores.

Este modelo de gestión subordinó las líneas telefónicas de atención preexistentes (147) a la emergencia sanitaria, de adultos mayores y violencia doméstica (144) y dispositivos de contención social (programas Ciudadanía Porteña y *Ticket Social*, comedores comunitarios y centros de primera infancia y entrega de canastas de alimentos en comedores escolares). En el área de salud se definió que el nivel de atención primaria-prevención, los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) sean consultorios de febriles y centros de vacunación, brindando continuidad farmacológica a pacientes crónicos, anticoncepción, entrega de leche a menores de 3 años y atención de urgencias odontológicas a personas sin síntomas respiratorios.

Los protocolos de emergencia, las definiciones de caso y las secuencias de intervención fueron variando durante el período de estudio. En la versión de junio de 2020, por influencia de la Defensoría del Pueblo y el Ministerio Público Tutelar, el protocolo para barrios populares dispuso la ejecución participativa de los centros comunitarios de aislamiento. También se enunció que el proceso de intervención debía contemplar la comunicación comunitaria, en función de situaciones de discriminación y estigmatización que cobraron estado público (Mastrangelo y Demonte 2021).

Según esa versión del documento, el gobierno local también debía garantizar las «condiciones para el aislamiento» comunitario. Ese ítem establecía que el gobierno de la ciudad contemplase con especial énfasis las carencias estructurales que afectan las condiciones sanitarias de los barrios. Se solicitó asegurar el abastecimiento de agua tratada las 24 horas durante los siete días de la semana, con aumento de provisión por camiones cisterna, distribución de agua potable envasada y suministro a comedores comunitarios,

evaluando la calidad del agua provista por red. También se requirió la «Desobstrucción de sistemas cloacales y (resolución de) emergencias eléctricas», refuerzo de la recolección de residuos domiciliarios, limpieza y desinfección de espacios comunes y entrega de elementos de protección personal de bioseguridad a comedores y cooperativas que realizaran trabajos esenciales. Asimismo, se solicitó asistencia legal para evitar desalojos por falta de pago de alquileres informales y la ampliación de la conectividad gratuita a internet.¹² A lo largo de todo el confinamiento (2020-2021), estos ítems del protocolo fueron incumplidos por el gobierno local. Esta falta, derivó en causas judiciales en las que organizaciones ciudadanas reclamaron su consumación.

PARTE 1: DEL LABORATORIO AL BARRIO, EL AISLAMIENTO COMO CONCEPTO

La microbiología extendió la práctica de aislar a pacientes infectados, práctica cuyo origen se remonta a la teoría miasmática de la enfermedad, a los laboratorios de investigación y diagnóstico. A finales del s. XIX, preparados pasados por los filtros de poros para retener a las bacterias continuaban infectando y aún no podía determinarse qué agente de la baba del perro transmitía la rabia (Latour, 1995). La presencia de agentes patógenos invisibles, a simple vista primero y al microscopio óptico, después, fijó prácticas asociadas al procedimiento de «aislar» para describir su estructura y su capacidad infectante (período de incubación, tiempo de transmisibilidad...). Estos procedimientos continúan siendo objeto de las prácticas de investigación científica de las infecciones hasta el presente.

Hospitales y laboratorios poseen, en general, una arquitectura y un gobierno profesional centralizados que evalúan periódicamente los procedimientos que impiden la circulación comunitaria, buscando acotar la presencia de patógenos a la «mesada de los laboratorios», donde llegan muestras de pacientes o son cultivados para experimentación.

12 <http://buenosaires.gov.ar/coronavirs/equipos-salud/protocolos-coronavirus-covid-19>, Acceso: 26 febrero 2021.

En las intervenciones sanitarias sobre contextos sociales, el concepto de aislamiento tiene su contraparte en la hipótesis de la asepsia. Si bien no existirá un ambiente sin microagentes, es posible hipotetizar un espacio que, esterilización mediante, sea transitoriamente aséptico. En el ámbito hospitalario, por definición, no deben ocurrir contagios, por lo que permanentemente se instrumentan acciones para prevenir infecciones nosocomiales.

Desde 1996, el Centro de Control de Enfermedades de EEUU emite guías de aislamiento para los prestadores de atención sanitaria. A consecuencia de las infecciones respiratorias SARS (2003) y H1N1 (2009), estas guías incorporaron la «etiqueta higiene respiratoria/tos», introduciendo el uso de mascarilla en procedimientos médicos que podrían generar contagios por la flora respiratoria de los profesionales de la salud intervinientes (Hernández Orozco et al., 2009).

Durante el brote epidémico del virus del ébola (2014), en el cual el contagio de persona a persona incluía, además de microgotas Flügge (1890 en Galton et al., 2011), el contacto con sangre y heces, también requirió el aislamiento y la antisepsia como estrategias de intervención, además de la regulación del contacto con fauna salvaje —reservorio—. Así, la gestión institucional de nuevas infecciones tensiona y replantea la forma en la que estas cuatro viejas estrategias: aislamiento, desinfección (reducción en número, medios químicos), esterilización (destrucción por medios físico químicos) y asepsia (procedimientos mecánicos y químicos de control de la proliferación) mantienen su eficacia.

Durante la emergencia COVID-19 en Argentina, las acciones implementadas a escala nacional y en la ciudad de Buenos Aires incluyeron variantes de esas viejas estrategias del s. XIX. Sin embargo, ni los hospitales generales de la CABA ni los barrios donde realizamos trabajo de campo en las comunas 1, 4, 7 y 15 administran recursos, procedimientos, arquitectura ni gobiernan el aislamiento y la antisepsia para afrontar la circulación comunitaria del virus. Por esto, durante la vigencia del ASPO en la ciudad, las tensiones encontradas no cuestionaron la validez de ese método conocido, sino su escala masiva y su escasa flexibilidad, que tendía

a hacer caso omiso de que los barrios constituyen la antítesis de un quirófano: sectores sumergidos en líquido cloacal, interrupciones en el suministro de agua potable que impedían el correcto lavado de manos y personas hacinadas en viviendas precarias donde era imposible mantener distanciamiento físico.

Los criterios explicitados en la Resolución CABA 1227 para el aislamiento en instituciones extrahospitalarias son la apoteosis de la extrapolación del procedimiento de asepsia laboratorial a una sociedad urbana. La misma propone el aislamiento extrahospitalario para limitar la circulación de la infección por contacto o gota, considerando que «el objetivo (de la derivación de un paciente) es facilitar el aislamiento máximo» (Res CABA 1227 V10:6). Limitándose a personas domiciliadas en la CABA sin otra cobertura de salud que la pública, define el manejo de casos no confirmados de entre 2 y 60 años, sin síntomas o con síntomas leves a moderados. Establece tres criterios de aislamiento extrahospitalarios de personas con síntomas, proviniendo de viaje o esperando el resultado de un test diagnóstico por más de ocho horas.

El segundo criterio de dicha resolución reconoce un riesgo de infección aumentado entre los habitantes de barrios populares, explicitando la necesidad de aislar aquellos con síntomas, en proceso de diagnóstico o sospechosos por contacto estrecho. Allí se enuncia:

Todo personal de salud, residentes y personal que trabaja en instituciones cerradas o de internación prolongada*, personal esencial**, y habitantes de barrios populares y pueblos originarios*** que presente dos o más de los siguientes síntomas: fiebre (37.5 °C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia, disgeusia.

*Penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños

** Se considera personal esencial: fuerzas de seguridad y fuerzas armadas, Personas que brinden asistencia a personas mayores

*** Se considera barrio popular a aquellos donde la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos. Fuente: Registro Nacional de Barrios Populares". (Res. CABA 1227)

El aislamiento extrahospitalario de pacientes con cuadros leves permitiría «optimizar [la] utilización de camas hospitalarias, manteniendo el cumplimiento máximo del aislamiento de contacto

y gota» (Res. 1227 CABA, V10: 7). Ante la insuficiencia de camas de internación, casos clínicos moderados aguardando confirmación diagnóstica seguían el mismo circuito. Hecho que, en la práctica, durante los picos de transmisión comunitaria, redundó en que personas sanas, con otro tipo de infección respiratoria, o con COVID-19 asintomáticas, con síntomas leves y moderados compartieran medios de traslado y espacios de aislamiento. En contraposición al ideal de aislamiento microbiológico, donde lo que se aísla es el virus, la extrapolación del criterio de «aislamiento máximo» (Res 1227 CABA, V10: 6) de una institución sanitaria a los barrios populares generó una nueva instancia de la circulación comunitaria del virus, la extrahospitalaria. En un contexto de incertidumbre (sin circulación de transporte público y con limitaciones para trabajar), fueron los pacientes pobres quienes estuvieron mayoritariamente obligados a aislarse en instituciones colectivas que generó el Estado, separados de su cotidianeidad y relaciones de apego.

AISLAMIENTO EN BARRIOS POPULARES: LÍMITES Y EXCESOS

Otra de las dimensiones conflictivas de la extrapolación de los procedimientos de asepsia al ámbito poblacional fue la implementación del aislamiento familiar. Según la Res. CABA 1227, los grupos familiares y/o adultos responsables de menores de edad (siempre y cuando sean mayores de 2 años), en los cuales todos sus integrantes tengan resultado positivo para COVID-19 y presenten indicación de aislamiento extrahospitalario, podrán ser trasladados para aislamiento en unidad extrahospitalaria (Res 1227 CABA, V10: 5). Otra sección de dicha resolución, al referirse al aislamiento extrahospitalario de casos positivos leves como estrategia para «suprimir la enfermedad», excluye explícitamente a los menores de 2 años en todos los casos y a los menores de 16 años, cuando son el único caso positivo de su familia (Res. 1227 CABA, V 10: 8).

Es claro que los niños quedan excluidos del aislamiento extrahospitalario, pero, ¿qué pasó cuando fueron ellos los infectados? Eva vive en la Villa 21-24. Ella y su hija se realizaron el hisopado

en la Escuela N° 6; la madre dio negativo y su hija, positivo asintomático. Tras decirles que las trasladarían a un hotel, las llevaron en un taxi al hospital Durand. Una vez allí, quedaron en la guardia, con presencia policial y sin agua ni acceso al baño durante casi 24 horas. Una vecina, en comunicación con Eva, intentaba resolver la situación. Finalmente, la niña fue trasladada a un hotel, con un familiar que estaba aislado. Este último debió extender su aislamiento, para completar el de la nena bajo su cuidado. Mientras, Eva tuvo que regresar a su casa.

Otra dimensión de la vulneración de derechos de niños ocurrió con mujeres puérperas positivas para COVID-19, a quienes se les impidió tener contacto con sus bebés. La solución de este problema requirió de un protocolo específico (entrevista al jefe de Área Programática, Hospital Piñero.).

Otro de los derechos afectados durante el aislamiento fue la privacidad. La normativa (Res. 1227 CABA, V10:7) estableció que

Durante la estadía:

- El caso sospechoso no deberá salir de la habitación.
- Se minimizará todo lo posible la entrada a la habitación.
- Se cumplirán procedimientos de aislamiento de contacto y gota, y procedimientos de manejo de residuos, ropería, limpieza y alimentación de igual estándar que una habitación de un establecimiento sanitario en caso de pacientes aislados.
- No se permitirán visitas, solamente un familiar o persona de referencia podrá acercarse a la recepción pudiendo sólo establecer contacto telefónico con el caso sospechoso.

Sin embargo, las condiciones de aislamiento, tanto hospitalario como extrahospitalario, distaban de dicho ideal. En el hospital Piñero, el jefe de Área Programática relató que algunos pacientes «... se fugaban porque estaban internados sin celular o con el celular sin crédito y el hospital no tuvo un refuerzo presupuestario ni para comprar más papel higiénico. Los internados salían a comprar o a pedirle a la familia papel para el baño y agua para tomar».

Al volver al barrio, los aislados extrahospitalarios relataban sus experiencias. Se supo que algunas personas dormían vestidas porque no tenían dónde dejar sus pertenencias, y se difundió en la red social Whatsapp un video de robo de celulares y dormitorios colectivos (según la Res. CABA 1227 —V10: 8—, los casos confirmados podían compartir habitación). Además, en julio, una vecina de la Villa 21-24 nos contó que «Hubo una familia cerca de la calle Luna que tuvieron que aislarla completa, y les tomaron la casa (...) porque Salud no lo contempla, solamente te saca de tu casa y te aísla».

Otro testimonio del mismo barrio destaca las consecuencias contraproducentes de esas situaciones en la gestión de la prevención: «... está bastante complicada la situación, hay un aumento exponencial de casos y de contagios (...) y la mayoría de vecinos, por miedo a lo mal que se la pasa en los hoteles (...) están optando por no hacerse el hisopado».

Los niveles de hacinamiento y las condiciones sanitarias (mapa 1) fueron criterios de selección de los barrios que componen la muestra de barrios en los que realizamos trabajo de campo. Estos factores preexistentes también limitaron el cumplimiento de la distancia física durante el aislamiento. Considerando la densidad de población en los territorios, donde algunos pasillos tienen apenas 60 cm, y el hacinamiento en las viviendas, mantener 2 metros de distancia resulta imposible. Aun en los barrios donde el Estado construyó viviendas, como algunos del Bajo Flores (Illia, Rivadavia 1 y 2), a lo largo de 30 años de democracia la urbanización solo ha sido paliativa y el problema persiste. En los edificios se construyen habitaciones en espacios comunes y se cierran balcones para crear cuartos.

En Rodrigo Bueno y el Playón, de urbanización estatal reciente, las mudanzas estaban aconteciendo durante el confinamiento. Allí, las diferentes condiciones entre barrio histórico y viviendas nuevas incidieron en las formas de lidiar con las medidas sanitarias. En el primero, las viviendas —frecuentemente, cuartos de inquilinato con baño y cocina compartidos, con hacinamiento y sin ventilación— carecen de provisión regular de agua segura,

electricidad e internet. En los departamentos nuevos, las condiciones de habitación propician la higiene y la distancia física. Por ello, en esos barrios la demanda principal de las organizaciones vecinales fue la continuidad de las mudanzas y el cumplimiento del orden de prioridades establecido legalmente para la asignación de las viviendas.

Otra dimensión de la falta de intimidad que genera la variable «hacinamiento crítico», en conflicto con el aislamiento como política de prevención de los contagios, se hizo visible cuando miembros de una vivienda multifamiliar eran diagnosticados con algunos días de diferencia entre sí, llevando a que personas dadas de alta acabaran compartiendo baño y cocina con otras recién diagnosticadas.

Por último, la privacidad también se vio vulnerada por el manejo de datos personales de contactos estrechos y visitas domiciliarias en los barrios. En caso de diagnóstico positivo, ser interrogado por profesionales de salud sobre síntomas o contactos estrechos, implicó para algunas personas que alquilaban una pieza de inquilinato el riesgo de perder su hogar y sus pertenencias o que las demás personas que allí habitan también sean trasladadas. Para quien se dedica a actividades ilícitas, el riesgo de delación de su red de contactos y la pérdida de su fuente de ingresos también fue alto. En Fraga, un barrio especialmente pequeño, que un vecino recurriera al equipo en terreno del hospital Tornú durante sus recorridas podía generar sospechas. El temor a la estigmatización llevó a que algunas personas con síntomas concurrieran solas de noche a la UFU del hospital, en lugar de ser derivadas por los profesionales que trabajaban en el barrio durante el día.

El derecho a la autonomía también se vio afectado durante la vigencia del ASPO. Durante dicho período, la Res. CABA 1227 pasó por diez reformulaciones. La normativa no estuvo clara durante los primeros 45 días, y posteriormente se produjeron marchas y contramarchas. En la Villa 21-24 nos contaron: «... la gente de Salud te decía “Tenemos que hacer esto” y al otro día venían con otro protocolo. Y así todos los días con algo nuevo».

Algunos agentes de los dispositivos de intervención sanitaria en territorio sintieron miedo al contagio y expresaron prejuicios hacia

los vecinos. Un referente de Bajo Flores relató que «Iban a poner los gazebos para el hisopado y tenían miedo a la gente del barrio, no querían dejar las mochilas, no querían salir con nosotros por los pasillos. Nomás que por la avenida y que la gente se acerque».

Durante la espera del diagnóstico se debía mantener la profilaxis y las incapacidades de la burocracia para ordenar el proceso se suplieron con autoritarismo. La familia de Mara, del barrio Ricciardelli, pasó dos días sin saber dónde estaba tras haberse hisopado. Mientras los vecinos diagnosticados el día anterior pudieron regresar a sus casas, a ella la subieron a un micro y la llevaron al centro de aislamiento de Costa Salguero. Finalizada la estadía, como los negativos para COVID-19 debían retirarse «embarbijados (y) por sus propios medios» (Res. CABA 1227. V). Por su parte, esta joven de 23 años con una malformación congénita fue liberada sin saber cómo regresar.

AISLAR A LOS ENFERMOS Y CONFINAR A LOS SANOS, UNA CONCLUSIÓN PARCIAL

El aislamiento es una práctica sanitaria tan antigua que se cuenta entre los principios hipocráticos, fue retomada por los higienistas en el siglo XVIII y, con el desarrollo de la microbiología, su foco pasó de los pacientes a los microorganismos patógenos. Fuera de los laboratorios y hasta antes de la pandemia de COVID-19, estaba validado como una técnica de gestión del riesgo de infecciones nosocomiales, al punto de que la palabra clave «aislamiento social» entre los descriptores de ciencias de la salud refiere a una patología psicológica. Su implementación a escala de país y de ciudad, tomando la sociedad como un conjunto homogéneo y tergiversando, en consecuencia, la complejidad de la estructura social, condujo a la gestión de la emergencia sanitaria a recrear condiciones de violencia estructural (Singer y Rylko Bauer, 2021). Paradójicamente, negar la inequidad obligó a atenderla pero, como muestran ejemplos del campo, vulnerando derechos humanos.

Este tipo de gestión del aislamiento es lo que Basile (2020) denominó gobierno de la microbiología, refiriéndose a la exacerba-

ción del perfil de control biopolítico de las intervenciones sanitarias en detrimento del cuidado y los derechos.

PARTE 2: SEGREGACIÓN GEOGRÁFICA Y DISTANCIA SOCIAL

La segregación residencial socioeconómica (Rodríguez Merkel, 2014) refleja, en el acceso diferencial al suelo urbano, relaciones asimétricas de poder entre grupos socioeconómicos. En la CABA, la metrópolis con el mayor ingreso per cápita del país, los barrios populares están sujetos a desigualdades intraurbanas. Sin embargo, residir allí representa, para sus habitantes, posibilidades de mejoras económicas y educativas. En el ámbito laboral, ya sea que realicen trabajos clásicos en el área de la producción, o no clásicos (De la Garza Toledo, 2009) —servicios de cuidado, transporte, venta ambulante—, gran parte de la «construcción social de la ocupación» (op. cit.) depende de la circulación por la ciudad, principalmente hacia sectores de mayor nivel adquisitivo. Para acceder a derechos como educación o salud, también puede resultar necesario transitar hacia zonas dotadas de mayor equipamiento institucional y sin el estigma de ser la escuela o centro de salud de la villa. La movilidad geográfica se torna, así, vital para el ejercicio de los derechos de ciudadanía y ocasionalmente, de la movilidad social ascendente.

Durante el confinamiento, en ausencia de intercambios, cada barrio, limitado a sus recursos internos, llegaría al extremo de diferenciación/desigualdad en relación a otros y al resto de la ciudad. Por ello, la restricción de la circulación y el «aislamiento social» generaron efectos especialmente perjudiciales en los sectores populares.

Por otra parte, durante la vigencia del ASPO circularon nociones diversas en torno del signifiante «distancia/distanciamiento social». Además de aludir a una estrategia flexibilizadora, implementada en jurisdicciones con parámetros sanitarios más favorables (Res. MinSal 627), dicha expresión se difundió como sinónimo de distancia física entre personas. Así es posible registrarla en comunicaciones gubernamentales y normativas, como el

Protocolo de Prevención del COVID-19 durante los Operativos de Relocalización de Familias del GCBA, que alude al «distanciamiento social» como distancia física mínima de 1.5 metros entre personas.

Una interpretación sociológica de este término puede suscitar, por otra parte, nuevas cuestiones en torno al ASPO en los barrios populares. Al retrotraernos al problema fundacional del orden, cabe considerar la conceptualización durkheimiana (Durkheim, 1987) de «distancia social», según la cual el contacto suficiente y prolongado entre los diversos grupos que conforman una sociedad propiciaría cohesión social, mientras que su ausencia conduciría a la anomia. A mediados del siglo xx, el concepto se consolidará como variable de medición de la integración entre grupos sociales, tornándose central en estudios sobre segregación y conflicto social (Bogardus, 1959). A la luz de las interacciones entre la configuración urbana, las políticas sanitarias y las acciones de sujetos y grupos en contextos locales, algunos efectos del ASPO en los barrios populares podrían pensarse, en esta dirección, como manifestaciones espaciales de la distancia social durkheimiana.

NORMAS UNIVERSALES, PRÁCTICAS LOCALES

Con la prohibición de salir, el acceso al alimento pasó a ser uno de los principales problemas en los barrios. Lorena, del Bajo Flores, comentó: «Triste paradoja, los ricos que nos trajeron el virus en sus viajes de placer hoy culpan a los pobres por salir a buscar comida». Quienes tenían trabajos por hora, jornal o tarea cumplida, para comer todos los días, recurrían a merenderos o comedores, cuya demanda se triplicó entre marzo y septiembre. El comedor de la Iglesia católica en Bajo Flores recibía donaciones de alimentos y los vecinos se organizaban por WhatsApp para cortar pan, picar cebolla o desinfectar recipientes. Ante el contagio y muerte por COVID-19 de personas referentes de la organización, algunos comedores cesaron de funcionar. En Fraga, promotoras de salud realizaron capacitaciones sobre medidas de bioseguridad, evitando su cierre.

También se crearon ollas populares, como paliativo de la demanda y como medida de protesta. Una “olla popular” se inicia con la recolección de alimentos donados por comerciantes, las iglesias, personalidades o programas de política pública asistencial. Luego un grupo, en general de mujeres, se organiza para la elaboración de una comida colectiva que se entrega gratuitamente. La cantidad y frecuencia varía según el acceso a los recursos. Durante el confinamiento en los barrios populares, estas ollas eran frecuentes en las calles, usando fogatas como combustible. En el Bajo Flores, el Comité de Crisis, compuesto por 32 organizaciones, implementó 25 ollas. En una de ellas, el 5 de junio, se exigió al gobierno de la ciudad remodelar el protocolo sociosanitario con participación de las organizaciones y reconocimiento económico para trabajadoras de comedores y promotoras de salud y de género. Actividades y demandas similares se sostuvieron en los otros barrios.

Así, los momentos de cocinar y de comer fueron resignificados y visibilizados como trabajo, acto solidario y de lucha. También interpelaron los roles de género, ya que los volúmenes a cocinar y la cocción en la calle con fuego directo propiciaron la participación masculina, a la vez que consolidaron las redes de mujeres. Una referente de Rodrigo Bueno relató que en las ollas aprovechaban para «... hablar sobre qué está pasando, si sabés de alguna vecina que está en problemas o cómo estamos nosotras mismas».

Además, la necesidad de comida e insumos durante el aislamiento domiciliario intensificó la reciprocidad. Una habitante de la villa 21-24, a quien sus vecinos le cocinaban cuando estaba aislada sola en su casa, pasó a llevar comida o garrafas de gas a quienes las necesitara.

Frente a la emergencia alimentaria, en la CABA, las escuelas entregaron, de abril a diciembre, la Canasta Escolar Nutritiva. En las de turno completo, incluía alimentos para una comida diaria del alumno por 15 días y en las de jornada simple «2 litros de leche, 5 saquitos de té, 5 barras de cereal y 5 manzanas» (comunero del Bajo Flores). Las canastas y los bolsones del Instituto de la Vivienda de la Ciudad, provistos a vecinos aislados en barrios con procesos de urbanización, resultaron insuficientes, en cantidad y calidad

nutricional. En Fraga hubo, además, reclamos sobre irregularidades en la distribución. Para conseguirlos, se accionó el boca a boca: las vecinas les avisaban a otras, aconsejando quedarse hasta el final o «perder la vergüenza» y decir que eran del barrio para conseguir doble ración en las escuelas.

La sociabilidad atraviesa la vida cotidiana en los barrios populares. Las reuniones de grupos de migrantes, de hombres jóvenes que se juntan a tomar bebidas alcohólicas en el campo de fútbol y las redes de ayuda solidaria a diferentes causas, implican intercambios permanentes en el territorio del barrio, entrando en tensión con las medidas definidas por el ASPO, centradas en el aislamiento y la distancia. Si los «cumpleaños y las fiestas eran bombas» en términos de contagios, los festejos por las mudanzas a las nuevas viviendas construidas por el gobierno de la ciudad, desencadenaron los dos únicos fallecimientos por COVID-19 en Fraga.

La proximidad, conjugada con la necesidad de contacto social y asistencia, propició interpretaciones singulares sobre las medidas de prevención, distantes de las indicaciones de uso permanente de tapabocas, distancia física y contacto limitado al grupo conviviente. En ese sentido, una promotora de salud del Playón contó que una vecina visitaba frecuentemente a una amiga aislada, entendiéndole que la prohibición de salir apenas valía para aquella. También se relativizó la obligatoriedad del uso del tapabocas, desdibujándose los límites espaciales para su uso. Una profesional del Área Programática del hospital Tornú recuerda que «... la gente estaba como que dentro del barrio podía estar sin barbijo. Cuando atravesaba la puerta de entrada se lo sacaba, como si todo Fraga fuera su casa». Ante estos hiatos entre normas universales y prácticas locales, organizaciones sociales y promotoras de salud intentaban ajustar las medidas de prevención a la realidad de los barrios conversando con vecinos en postas sanitarias y encuentros cotidianos, e involucrando comerciantes en la entrega de tapabocas, para incentivar su uso sin perder clientes.

Otro de los problemas centrales, por la paralización de actividades económicas y la limitación del transporte público durante el ASPO, fue la falta de ingresos entre los trabajadores de los barrios, cuyo ciclo del dinero suele ser corto (ingresos por hora o por tarea completa). Violeta,

del Bajo Flores, afirma: «El peor impacto de la pandemia es no poder salir a trabajar». Algunos vecinos salieron a pesar de la prohibición, a pie o bicicleta, exponiéndose a otros riesgos, además del COVID-19. Otros buscaban generar ocupaciones dentro del barrio: se anotaban en listas que divulgaban, en comedores y por Facebook, sus servicios de albañilería, limpieza y cuidado de personas.

Salir tampoco resultó fácil para quienes realizaban «actividades esenciales», permitidas por el Decreto PEN 297 (personal de salud, cuidadoras, reparto a domicilio, recolección de residuos, etc.). A la ausencia de transporte público en épocas «normales» se sumaron otros obstáculos: la obligatoriedad de portar una autorización para circular, impresa o en una aplicación de celular, la imposibilidad de obtenerla para trabajadores informales y que sus empleadores se deslindaran de proveer alternativas de transporte.

Además, los tiempos de la normativa priorizaron otros sectores sociales, reflejando sesgos de clase. La tabla 2 resume el proceso de incorporación de actividades esenciales al ASPO en el período marzo-noviembre. Allí vemos que en agosto se autorizó en CABA la atención de profesiones liberales, garajes y actividades deportivas individuales; en septiembre, el automovilismo, la gastronomía, la atención médica ambulatoria y la construcción de gran porte. Recién en octubre llegó el turno del trabajo en centros comerciales, construcción privada y casas particulares, indicando una considerable demora en contemplar la vuelta a la actividad laboral de los sectores populares. Este proceso de incorporación de actividades también permite encontrar sesgos de género en la naturalidad con que se asumió que las mujeres se ocuparían, sin reconocimiento económico, de tareas de reproducción ampliada (abastecimiento, cocina, limpieza) y de cuidado (familiares, vecinos, ancianos). Este problema de la economía feminista fue tomado como reivindicación por las organizaciones sociales, que recién en diciembre 2020 lograron un reconocimiento excepcional para las responsables de los comedores comunitarios y ollas populares.¹³

13 <https://www.pagina12.com.ar/312545-alberto-fernandez-reconoce-a-los-trabajadores-de-comedores-c>. Acceso: 9 marzo 2021.

Normas Federales	Decreto PEN 267	Decreto PEN 714	Decreto PEN 875
Actividades	<p>Autóreas servicios de seguridad, alimentación, personal sanitario y personal administrativo, conserjería, farmacias, ferreterías, veterinarias, industrias de alimentos, salud, actividades de higiene y limpieza en espacios públicos y de emergencia, reparación de vehículos, construcción, talleres de construcción, talleres de reparación de vehículos, actividades de mantenimiento de fideicomisos sociales hasta 10 personas.</p>	<p>Agrega operación de centros de atención de afectados a la emergencia, asistiendo con entrega de alimentos, con entrega de dinero de inscripción y de emergencia, circulación de personas, circulación de mercancías, circulación de sus transportes, bancos con sus servicios de volantes de agencias, turnos de atención entre las casas de propensión, actividades de construcción, talleres de construcción, talleres de reparación de vehículos, actividades de mantenimiento de fideicomisos sociales hasta 10 personas.</p>	<p>Inicio DISPO</p>
Mgs	<p>Actividad salida para el día de 20 a 8 h.</p>	<p>Suma trabajadores de público, atendido en depósito de alimentos, en turnos, actividades deportivas profesionales y homolog por actividades de cine</p>	<p>Agrega trabajo en centros de atención de afectados, en forma y personas de casos particulares</p>
Normas CABA	Decreto CBA 243	Decreto CABA 281, 290, 297, 299, 320	Decreto CABA 361, 363, 316, 317, 321, 336, 332
	ABRIL	MAYO	JUNIO
	MARZO	JULIO	AGOSTO
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE

Tabla 2. CABA ASPO 2020 Regulación de actividades esenciales por fecha
 FUENTE: Normativas GCBA <http://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/protocolos-coronavirus-covid-19>. Nacionales www.infoleg.gov.ar. Diseño @ruth.ono

Entre las medidas de apoyo económico para compensar la inactividad requerida para el cumplimiento del ASPO, se destacó el Ingreso Federal de Emergencia (IFE). Además de ser insuficiente, evidenció otro problema: en algunos barrios no había oficinas de seguridad social y en otros la atención presencial fue suspendida. Los trámites eran *online* pero la conectividad era precaria y costosa. Los grupos a riesgo, muchos de ellos analfabetos funcionales, necesitaban asistencia para realizarlos. Muchos migrantes tampoco pudieron obtenerlo: se estima que 56% de los extranjeros que solicitaron el IFE no lo consiguieron.¹⁴ Ante esas dificultades, miembros de la Iglesia católica ayudaron en la realización de esos trámites en Bajo Flores, mientras que en Fraga lo hizo una asociación civil.

EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL COMO SEGREGACIÓN RESIDENCIAL DE LOS POBRES URBANOS

En una ciudad donde la movilidad geográfica propicia el acceso a recursos y derechos, la respuesta gubernamental a la pandemia, vía sujeción de la población al espacio, profundizó la segregación residencial socioeconómica (Rodríguez Merkel, 2014).

Los habitantes de los barrios populares movilizaron redes locales para lidiar, simultáneamente, con la emergencia sanitaria, las políticas verticales del ASPO y las limitaciones institucionales de los territorios.

Si la proximidad y la sociabilidad entraron en tensión con las políticas sanitarias, fueron precisamente las estrategias montadas sobre esos atributos de los barrios las que ajustaron las medidas sanitarias al territorio e hicieron viable transitar la pandemia y otras urgencias derivadas de la implementación del ASPO.

La noción sociológica de distancia social (Durkheim, 1987) y el deslizamiento de sentido que la tornó sinónimo de distancia física resultan iluminadores frente a los impactos del ASPO en los barrios. La implementación de ese dispositivo aumentó la distancia social,

14 <https://elgritodelsur.com.ar/2021/02/casi-medio-millon-de-migrantes-fueron-rechazados-por-anses-y-se-quedaron-sin-ife.html>. Acceso: 6 marzo 2021.

entendida como la falta de contacto y entendimiento entre grupos sociales necesarios para la integración y cohesión de una sociedad. La separación entre grupos sociales en términos de clase se profundizó en la ciudad, reforzada espacialmente por la prohibición de circular. La intensificación de esta tendencia encierra el riesgo de conducir a la fragmentación urbana, caso extremo de la segregación residencial en el cual «grupos sociales muy distantes entre sí en el espacio social (estarían) muy próximos entre sí en el espacio físico, pero con poca o nula interacción social» (Rodríguez Merkel, 2014: s/n).

En los barrios, donde la distancia física resulta inviable por las condiciones edilicias y las dinámicas de sociabilidad, la distancia social tendió a disminuir. Las acciones de reciprocidad entre vecinos, el reforzamiento de redes de apoyo y la concertación de pautas y acciones entre organizaciones estimularon diálogos, aproximaciones y otras formas de integración a nivel local, como los Comités de Crisis.

Por último, destacamos el sesgo de clase y de géneros que adquirió la gestión del ASPO. De clase, en la medida en que actividades económicas características de los sectores populares figuraron entre las últimas en liberarse. De género, porque se asumió que, con la economía paralizada, las mujeres nos ocuparíamos, sin renta, de las tareas de reproducción ampliada y cuidado.

PARTE 3: «CENTROS COLECTIVOS DE AISLAMIENTO»; DONDE EL CONTROL SE CONFUNDE CON CUIDADO

Como mencionamos al presentar el aislamiento en la parte 1, este dispositivo científico de la microbiología, validado en el s. XXI para la investigación y el diagnóstico, durante la pandemia se traspuso a la gestión de grupos urbanos a riesgo, sospechosos e infectados. Este cambio de contexto tornó ambiguo su sentido. En la CABA, con el objetivo de prevenir infecciones nosocomiales, el triaje de casos sospechosos de COVID-19 se aisló en las Unidades Febriles de Urgencia, localizadas en los predios de los hospitales generales. Por otro carril, en los barrios populares se instrumentaron tres intervenciones colectivas de aislamiento. En una primera

instancia, se implementaron centros en iglesias barriales, donde se aisló a personas sanas del grupo a riesgo de mayores de 65 años. Una vez instalada la circulación comunitaria del virus en los barrios, reconociendo el hacinamiento crítico y el déficit de saneamiento que hacían imposible la higiene de manos y el distanciamiento físico, se generó un sistema de transporte e instituciones colectivas para el aislamiento y vigilancia de casos sospechosos, enfermos leves y moderados (hoteles y Costa Salguero).

Entendiendo el cuidado como la garantía de la dignidad e integridad de las personas (Pita y Faur, 2020), analizaremos aquí cómo estas estrategias destinadas a los sectores populares, marcadas por el control y la vigilancia, distaron de esa perspectiva.

A pesar de tener objetivos y modalidades de funcionamiento específicos, los diversos dispositivos de aislamiento extrahospitalario implementados en la CABA constituyeron espacios aislados y divididos, diseñados para tratar al cuerpo enfermo individualizándolo bajo estrategias de control y vigilancia (Foucault, 1975).

Proponemos analizar esas intervenciones guiándonos por la perspectiva de Goffman (2001) sobre las instituciones totales. Según ese autor, una institución total es «... un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente» (Goffman, 2001:13).

A continuación, describiremos brevemente cada una de ellas, abordando algunas especificidades.

La propuesta del aislamiento voluntario y preventivo derivó de una iniciativa basada en la medicina antroposófica. Según relató una trabajadora de salud del gobierno de la ciudad, «... el sentido y la lógica del aislamiento era pensar el paso por “las casas” (de aislamiento) como una experiencia transformadora de vida» para adultos mayores de 65 años sanos que se valiesen por sí mismos. En una acción conjunta del gobierno de la ciudad y la Arquidiócesis porteña, durante abril, capillas e iglesias de algunos barrios populares fueron acondicionadas para albergar a ese grupo a riesgo, para prevenir contagios y garantizar su cuidado. Las mismas fueron

provistas de camas, distribuidas en un espacio común, un baño compartido —frecuentemente, sin una ducha en condiciones de funcionar— e instrumentos médicos básicos (termómetro, botiquín de primeros auxilios, barbijos...).

El ingreso a las casas de aislamiento era voluntario, por lo cual trabajadores estatales, en base a un relevamiento de adultos mayores, los contactaban telefónicamente para ofrecerles esa posibilidad. El protocolo de ingreso estaba mediado por actividades de registro, control médico y vacunación contra la gripe, que eran realizadas por profesionales del centro de atención primaria más cercano. Ante la escasa repercusión de esta estrategia, por motivos que analizaremos más adelante, posteriormente estos lugares se destinaron a albergar personas en situación de calle.

Las Unidades Febriles de Urgencia (UFU) se diseñaron para crear un circuito cerrado de atención (testeo y diagnóstico) de pacientes febriles sospechosos de COVID-19, evitando el contacto con personas con otros cuadros clínicos en guardias y otras dependencias hospitalarias. Unidades de ese tipo fueron instaladas en la mayoría de los hospitales generales de agudos y pediátricos de la CABA.¹⁵ Allí, se atendía demanda espontánea y casos derivados por el dispositivo Prevenir, que operaba en los accesos a los barrios populares.

Diversos hoteles de turismo ubicados en la ciudad fueron utilizados para aislar personas de barrios populares diagnosticadas con COVID-19 que no necesitasen atención médica hospitalaria (con síntomas leves a moderados). El aislamiento podía realizarse en habitaciones individuales o compartidas por un mismo grupo familiar.

Finalmente, el mayor centro de aislamiento de la CABA fue el de Costa Salguero. Inaugurado a fines de mayo, llegó a contar con 798 camas. Fue destinado a personas con síntomas leves de COVID-19, asintomáticas, personas en situación de calle, usuarios de paradores nocturnos y habitantes de los barrios populares, deri-

15 <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/unidades-febriles-de-urgencia-ufu>. Acceso 12 marzo 2021.

vados por testeos masivos. Contaba con cinco sectores distribuidos en 16 000 m² y algunas áreas comunes con mesas, sillas y algunos juegos. Hombres y mujeres se alojaban en áreas separadas. El espacio personal constaba de una cama y un armario. La organización burocrática y asistencial del predio involucraba a 285 personas, incluyendo cinco equipos de operaciones, orientadores, enfermeros, médicos, promotores de salud (los únicos que estaban en contacto estrecho con los pacientes) y personal de recursos humanos.

Como vemos, en los centros implementados por el gobierno de la ciudad es posible registrar diferentes modalidades de aislamiento de personas de sectores populares. Mientras en las iglesias el objetivo era aislar a grupos a riesgo sanos de la circulación comunitaria del virus, las UFU, dedicadas al triaje y derivación diagnóstica, recibían personas cuya condición en relación al virus aún no estaba definida. A su vez, los hoteles y Costa Salguero se destinaban al aislamiento y vigilancia de casos sospechosos, enfermos leves o moderados. El paso por esos espacios generó experiencias diversas, algunas de las cuales presentaremos a continuación.

EXPERIENCIAS EN LOS CENTROS DE AISLAMIENTO

El aislamiento de personas mayores de 65 años sanas en las iglesias de los barrios no funcionó como se esperaba. Para un adulto mayor, sano y sin necesidad de asistencia, la propuesta de «aislarse» allí no resultaba atractiva. La incertidumbre frente a la falta de información sobre el tiempo de permanencia y la dinámica de funcionamiento de esos espacios generó desconfianza y resistencias. Los adultos mayores no quisieron dejar sus casas, núcleo familiar o redes vecinales de apoyo, en el caso de vivir solos. Despojarse de sus cosas y de su hogar, nos contaba una vecina del barrio Rodrigo Bueno, les resultaba atemorizante. Ello cobra sentido desde la perspectiva de Goffman (2001: 32), considerando que el «... conjunto de pertenencias de un individuo tiene especial relación con su “yo” (...) por lo que al ingresar a una institución total se le despoja (...) de su apariencia». En suma, debido a esa modalidad de implementación y comunicación un tanto improvisada, esa

estrategia, concebida para preservar a esas personas del riesgo de contagio, acabó aumentando su incertidumbre, exponiéndolas a otro tipo de vulnerabilidad.

Para quienes recurrieron a esos espacios, las condiciones materiales y recursos disponibles resultaron insuficientes para garantizar habitabilidad digna. La falta de privacidad, la inseguridad, los robos y conflictos por los efectos personales evidenciaron una estrategia que, a pesar de fundarse en una propuesta basada en el cuidado, no contempló la experiencia singular de las personas, las vulnerabilidades que las atravesaban ni las consideró como sujetos de derecho.

Un tiempo después, algunos de esos centros, gestionados por sacerdotes católicos de los barrios, albergaron personas en situación de calle de Rodrigo Bueno e inmediaciones. La modalidad del aislamiento en las iglesias, a diferencia de otros dispositivos, presentó una solución de proximidad al barrio, elemento destacable como aspecto positivo. Sin embargo, también incluyó algunas características de las instituciones totales que resultaron problemáticas, considerando los grupos a los que estaba destinada. Goffman (2001) señala que las instituciones totales contienen «tendencias absorbentes», ya que capturan el interés y el tiempo de las personas, regulan sus movimientos y crean obstáculos a la interacción social. Esto se tornó especialmente disruptivo en el caso de las personas en situación de calle, poco habituadas a la regulación de ingresos, salidas, horarios de comida o sueño.

En la UFU del Tornú, hospital de referencia del barrio Playón de Fraga, se realizó toma de muestras y diagnóstico, y a partir de allí los casos positivos fueron derivados. Funcionaba como un lugar de «tránsito», se caracterizaba por una atmósfera de liminalidad que generaba incertidumbre. Quienes pasaron por allí relataron que los tiempos de espera eran prolongados y las condiciones físicas, tan precarias que su uso llegó a ser suspendido temporalmente. Además, la convivencia de personas en distintas situaciones de salud (contactos estrechos, contagiadas asintomáticas o con síntomas y sanas) durante largas horas aumentaba el riesgo de contagio. Evidenciando esa cuestión, cabe señalar que en la UFU de Rodrigo

Bueno el personal de salud se contagió de COVID-19, debiendo aislarse y ser reemplazado por otro equipo.

Las personas de los barrios que estuvieron aisladas en los hoteles de turismo relataron experiencias heterogéneas. Comparados con los demás dispositivos de aislamiento, estos últimos ofrecían las mayores comodidades, aspecto que fue destacado por algunas de ellas. Sin embargo, en tanto instituciones totales también implican pérdida de la autodeterminación. Además, los relatos indican que estos fueron los establecimientos que generaron más desprotección en términos de atención médica. Quienes estuvieron allí aislados describieron diversas situaciones de indiferencia frente a sus necesidades. Esas deficiencias fueron compensadas por redes de cuidado y reciprocidad entre familiares y vecinos, que llevaban al hotel medicamentos o comida a quien lo necesitase.

Por otra parte, algunas personas vieron alteradas dinámicas y tiempos de aislamiento. Tal es el caso de un habitante de la Villa 21-24 que debió extender su aislamiento para acompañar a su sobrina de 11 años, que había quedado sola luego de que su madre fuera diagnosticada de COVID-19.

El centro de aislamiento en Costa Salguero presenta otras características de una institución total. Ubicado en la zona norte de la ciudad, se destaca por la distancia geográfica respecto de los barrios de origen de las personas aisladas. El caso de Mara, analizado en la sección «Aislamiento...», ilustra algunas dificultades derivadas del extrañamiento y la distancia. Como expone Goffman (2001: 81), la experiencia del interno al salir provoca que al «volver al mundo exterior encuentra una fría acogida» y «pueda verse trabada su libertad con ciertas limitaciones». El rol de las organizaciones sociales fue central, haciendo posible su regreso.

Otro elemento clave de las instituciones totales es el manejo de diversas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados indivisibles (Goffman, 2001). Esto guarda estrecha relación con las características edilicias del predio de Costa Salguero: un gran pabellón, cubierto por un tinglado, con espacios personales delimitados con cintas en el piso, donde las intervenciones se tornaban necesariamente masivas y despersonalizantes.

Un ejemplo de ello es la forma en que la institución total vulnera la identidad subjetiva anonimizando la vestimenta. Se hicieron públicas imágenes de un gran cesto común donde las personas aisladas debían arrojar su ropa interior para ser lavada, remitiendo a prácticas propias de las prisiones (Goffman, 2001) y de otras instituciones de encierro tristemente célebres.

La desjerarquización del personal de salud es otro aspecto singular de este dispositivo. En reiteradas oportunidades, el rol de los enfermeros se superpuso con prácticas de vigilancia. Aunque a nivel ejecutivo, la Res. CABA 1227 establecía normas escritas de convivencia, en la vida cotidiana en el centro esas regulaciones no se explicitaban. Por el contrario, controles de comportamiento y pautas de seguridad se fueron improvisando a partir de robos y episodios de violencia física entre personas aisladas. Como señala Goffman (2001: 60), los castigos y privilegios son en sí mismos modos de organización inherentes a las instituciones totales. Se atribuye a estas situaciones cambios psicológicos en la sociabilidad entre las personas, que durante el aislamiento evitarían relacionarse entre sí para minimizar conflictos (Goffman, 2001).

La falta de profesionales de salud —de hecho, la necesidad de higienización del lugar demandaba más personal de limpieza—, junto a las condiciones de convivencia y habitabilidad en un contexto de gran escala, configuró un espacio intervenido por las fuerzas de seguridad, diseñando un complejo entramado de acumulación de vulnerabilidades que marcó la experiencia de quienes pasaron por allí.

LOS CENTROS DE AISLAMIENTO COLECTIVO COMO INSTITUCIONES TOTALES

El aislamiento en estos centros produjo efectos distantes del cuidado, entendido en términos de preservación de la integridad y la dignidad de las personas. A pesar de la diversidad de objetivos, de estar dirigidos a grupos específicos de la población de sectores populares, y de sus diferentes formas de organización, estos dispositivos fueron implementados de forma vertical y uniforme, sin

considerar las singularidades de los sujetos que debían proteger o tratar, ni las problemáticas locales de los barrios.

Reforzando atributos y lógicas de funcionamiento característicos de las instituciones totales, contribuyeron a la despersonalización del padecimiento, acrecentando mayores grados de malestar e inseguridad a una situación de por sí atravesada por el sufrimiento y la incertidumbre.

La primacía de prácticas represivas, punitivas y de vigilancia configuró un estado de excepción que vulneró derechos humanos y contrajo la faceta cuidadora del Estado, orientada a la protección de la salud y la vida.

REFLEXIÓN FINAL

Durante el desarrollo de este artículo se presentó información etnográfica sobre las políticas de prevención de la circulación comunitaria de SARS-CoV-2 (el ASPO), implementadas entre marzo y noviembre de 2020, en barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con hacinamiento y déficits de saneamiento.

La extrapolación del aislamiento como medida de contención de los contagios de COVID-19 de los hospitales y laboratorios a la totalidad del área metropolitana de Buenos Aires tuvo impactos negativos sobre la población de los barrios populares que podrían haberse morigerado, de haberse considerado la complejidad de la estructura social urbana en su implementación.

Nadie sabía exactamente qué sucedería una vez instalada la circulación comunitaria del SARS-CoV 2. Ante la complejidad del problema de la emergencia pandémica de una nueva virosis, el modelo biomédico de enfermedad se irguió como fundamento excluyente de la intervención sanitaria. Frente a dicha urgencia, cundió la extorsión de la no alternativa: es esto o el caos del contagio, con la consecuente pérdida de vidas y saturación del sistema de atención médica.

Las escenas de campo compartidas muestran la necesidad de comprender la dimensión social de las políticas sanitarias que, aunque se consideren protegiendo un «bien superior» como la salud

de las personas, exponen la inequidad y las vulnerabilidades en un espiral de violencia estructural (Singer y Rylko-Bauer, 2021).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el aislamiento se propuso como universal para una sociedad homogénea, apenas diferenciada en grupos de edad (mayores de 60) y entre 2 y 59 años, «personas en situación de calle», «pobres estructurales» o quienes «solo tienen cobertura pública». Esta ficción se fue descascarando con el paso de los días, obligando a responder con especificidad a las singularidades. La implementación del ASPO en barrios populares no consideró el sufrimiento social ni los padecimientos individuales. Las diferencias sociales quedaron acotadas a variables epidemiológicas (grupo de edad, comorbilidades). La despersonalización y el atropello del sufrimiento individual fueron, en consecuencia, parte de la experiencia de la intervención en los barrios.

El ASPO, ideado como una forma de contener los contagios para una comunidad modélica sin diferencia de clases, acabó transformándose en un dispositivo de gestión de la inequidad. En las primeras semanas, organismos públicos tutelares de derechos, organizaciones políticas de base e iglesias demandaron que se contemplaran las condiciones que hacían imposible cumplir con las medidas de prevención, incidiendo en la redacción de «protocolos para barrios populares» —en sus varias versiones.

Por otra parte, la planificación de las intervenciones reflejó una ambición de control a través del gobierno de la ciencia. Esto puede percibirse en las resoluciones de la CABA, que sostienen que los centros extrahospitalarios se crean para lograr el «aislamiento máximo» y la «supresión de la enfermedad». Estas categorías pueden ser entendidas en términos latourianos (Latour, 1995) como una fantasía de gobierno del mundo por la autoridad técnica del laboratorio. Paradójicamente, esa tentativa de controlar los contagios creó nuevos espacios colectivos de contaminación: las instituciones colectivas de aislamiento no hospitalario.

En condiciones de «normalidad», la población en la ciudad está junta y se relaciona por múltiples redes superpuestas de trabajo, consumo y acceso a derechos. Al paralizar la circulación, el aislamiento consolidó la desigualdad y potenció algunas carencias.

Ante esa situación, los pobladores de los barrios populares salieron a buscar lo que necesitaban en redes más próximas, pero igualmente carecientes.

La distancia física, la prohibición de circular y la restricción de las actividades económicas hicieron de los barrios populares territorios de exclusión. El aislamiento fijó en el espacio de la ciudad la distancia social, intensificando los contrastes entre barrios y clases sociales.

La imposibilidad de trabajar y de acceder al alimento fueron las principales preocupaciones durante la vigencia del ASPO. Los momentos de cocinar y de comer fueron resignificados y visibilizados como trabajo, acto solidario y de lucha. Un conjunto de alimentos no perecederos (arroz, fideos, tomate en conserva y leche en polvo) se tornó un recurso fundamental, circulando por redes de instituciones estatales y organizaciones políticas.

La comida tuvo un rol central en las dinámicas cotidianas, tanto para quienes accedían a ella en ollas y comedores comunitarios, como para quienes la compartían con alguna familia amiga.

Ajeno a los escenarios concretos de la implementación, el enfoque biomédico que dominó la planificación de la política preventiva centrada en el aislamiento hizo caso omiso de las diferencias de clase y las desigualdades entre géneros. Se instó a la población a permanecer en sus casas, asumiendo que las mujeres se responsabilizarían por las tareas de reproducción ampliada, sin costo. Esto fue especialmente intenso en los barrios populares, donde las mujeres lideraron la organización de la alimentación y el cuidado, espontáneamente o como parte de organizaciones políticas de base. Este sesgo de género no fue contemplado por la gestión de la prevención, siendo apenas reconocido parcialmente con el pago de una cifra fija no remunerativa al final del período de vigencia del ASPO.

La política de aislamiento careció también de perspectiva de género-clase hacia las maestras y profesionales mujeres que debieron afrontar la doble jornada de un día para el otro y sin trabajadoras domésticas asistiéndolas. Esta es otra evidencia de que la instrumentación del ASPO no consideró la complejidad de la estructura

social. De hecho, la secuencia de la liberación de las actividades económicas respondió a la capacidad de presión de grupos corporativos y de estatus, más que a las urgencias de alguna clase social. Considerando los salarios y la capacidad de ahorro relativas, no fue lo mismo la inactividad para quien continuó cobrando su ingreso como empleado público que para un pintor o una trabajadora doméstica.

Por otra parte, relatos sobre las experiencias en dispositivos de aislamiento extrahospitalarios indican que estos funcionaron como instituciones totales: los separaron de sus lugares de pertenencia, dispusieron de sus vidas en tiempo completo, modificaron su cotidianidad, los despojaron de sus atributos de intimidad y los expusieron al riesgo de que les ocuparan sus casas en su ausencia.

Hacer de Costa Salguero o de un hotel de turismo instituciones sanitarias desjerarquizó al personal de salud: enfermeros y administrativos se vieron obligados a ocuparse del cumplimiento de nuevas normas de gestión de las personas y los contagios, dedicándose a tareas de vigilancia y seguridad. La operación de estos espacios superpuso el control social al cuidado, situación que fue definida como securitización de la salud pública (Basile 2020). Como señalamos previamente, este tipo de gestión del aislamiento exagera el control biopolítico de las intervenciones sanitarias en detrimento del cuidado y los derechos.

No caben dudas de que la respuesta política a una situación de emergencia de salud pública, en especial tratándose de una nueva enfermedad infecto-contagiosa de dispersión pandémica, requiere una implementación rápida. Sin embargo, tratar a la sociedad como un conjunto homogéneo, tergiversando la complejidad de la estructura social, condujo a la gestión de la emergencia sanitaria en la CABA a recrear condiciones de violencia estructural (Singer y Rylko Bauer, 2021). Según el pensamiento crítico en salud, un abordaje adecuado debería considerar y tratar de incidir sobre los determinantes sociales (López Arellano et al. 2008) que coadyuvan a las sindemias¹⁶ y potencian la violencia estructural. Nuestra

16 Merrill Singer y Barbara Rylko-Bauer (2021) caracterizan como sindemia al efecto

propuesta sostiene que la intervención orientada a fortalecer el sistema de atención local, así como la inversión en la reducción de la brecha de la determinación social de las enfermedades, deberían haber sido la primera opción.

REFERENCIAS

- Basile, G. (2020). El gobierno de la microbiología en la respuesta al SARS-COV-2. *Salud Problema*, 14 (27) <https://www.clacso.org/el-gobierno-de-la-microbiologia-en-la-respuesta-al-sars-cov-2/>
- Bogardus, E. (1959). *The new social research*. Davis McKay Company, Inc.
- Cave, B., Jinhee, K., Viliani, F. y Harris, P. (2020). Applying an equity lens to urban policy measures for COVID-19 in four cities. *Cities&Health*. <http://doi.org/10.1080/23748834.2020.1792070>
- De la Garza Toledo, E. (2009). Hacia un concepto ampliado de trabajo. En J. Neffa, E. de la Garza Toledo y L. Muñoz Terra (Comp.), *Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales* (111-140). CLACSO.
- Durkheim, E. (1987). *La división del trabajo social*, Akal.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- _____. (1984). El juego de Michel Foucault. En: *Saber y Verdad*. La Piqueta pp.12162. <http://www.con-versiones.com.ar/nota0564.htmFoucault>
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Gralton, Jan; Tovey, Euan; McLaws, Mary-Louise; Rawlinson, William D. (2011-01). The role of particle size in aerosolised pathogen transmission: a review. *The Journal of Infection*, 62 (1): 1-13.
- Hernández, O., González, S., Castañeda, N. y col. (2009). Precauciones estándar de aislamiento específicas en los principales padecimientos transmisibles en el INP. *Acta PediatrMex*, 30 (5), 264-70. http://repositorio.pediatría.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1709/1/actped2009_45.pdf

sinérgico de violencia estructural, institucional y oportunidades de enfermar, considerando que la nueva enfermedad viral suma sus efectos a enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, a patologías sociales, a la violencia institucional y de género.

- Latour, B. (1995) *Pasteur: una ciencia, un estilo, un siglo*. Siglo XXI.
- López Arellano, O., Escudero, J.C. y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de los Determinantes Sociales de la Salud, *ALAMES. Medicina Social* 4 (3), pp. 323-335.
- Mastrangelo, A. y Demonte, F. (2021) *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*. CICCUS.
- Pita M. y Faur E. (2020) Revista Anfibia. Lógica policial o ética de cuidado. <http://revistaanfibia.com/ensayo/logica-policial-etica-del-cuidado/>
- Rodríguez Merkel, G. (2014). Qué es y que no es segregación residencial. Contribuciones para un debate pendiente. *Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, 19 (1079). <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1079.htm>
- Singer, M; Rylko Bauer, B. (2021). The syndemics and structural violence of the COVID pandemic: anthropological insights on a crisis. *Open Anthropological Research*, 1:7-32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>
- Teixeira, C. y Silveira, P. (2016). (Orgs.), *Glossário de análise política em Saúde*. Edufba.



ANDREA MASTRANGELO es magíster y doctora en Antropología Social de la Universidad Nacional de Misiones, Argentina. Investigadora Independiente CONICET. Ejerció la docencia universitaria en postgrados de la UBA, UNLP, FLACSO, Red de Jóvenes Líderes de la Conservación Marina-Centro Nacional de la Patagonia-CONICET y actualmente en el grado en la Universidad Nacional de San Martín. Coordinadora del Programa Salud, Ambiente y Trabajo (convenio CeNDIE-IDAES. Universidad Nacional de San Martín) http://www.anlis.gov.ar/cendie/?page_id=184. Responsable del estudio IP440 NBI-COVID-19, fondo extraordinario COVID-19 ANPCYT, 2020-2021.

JOSEFINA BENEDIT es licenciada en Antropología social y cultural de la Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires, Argentina. Investigadora del estudio IP440 NBI-COVID-19, fondo extraordinario COVID-19 ANPCYT, 2020-2021.

ANA MARÍA RICO es licenciada en Sociología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Magíster en Salud Comunitaria y doctora en Salud Pública en el Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil. Fue becaria posdoctoral del Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, Universidade Federal da Bahia. Es becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico en el proyecto Educación Superior en Salud e Iniquidades Sociales, MS-SCTIE-Decit/CNPq N° 12/2018, ISC-UFBA.