

# La pandemia desde un equipo de salud local: aproximaciones a una autoetnografía

MARÍA DANIELA CORMICK

CENTRO DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA N° 35,  
MINISTERIO DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA  
Correo electrónico: danielacormick@gmail.com

LUCÍA PELATELLI

CENTRO DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA N° 35,  
MINISTERIO DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA  
Correo electrónico: lucia.pelатели@gmail.com

Fecha de finalización: 11-01-2022 / Fecha de envío: 11-01-2022

Fecha de aceptación: 14-06-2022.

## RESUMEN

A partir de los intercambios de la red social WhatsApp de un equipo de salud del primer nivel de atención, realizamos a modo de «autoetnografía» un recorrido por nuestra experiencia en el abordaje territorial de la pandemia de COVID-19 en un barrio popular de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde nuestra mirada situada como trabajadoras del sistema público de salud. La emergencia sanitaria, las medidas de aislamiento y la profundización de la crisis evidenciaron las desigualdades estructurales preexistentes y nos plantearon como equipo la necesidad de tensionar desde el barrio la homogeneidad de las políticas y medidas sanitarias hegemónicas. Esto implicó repensar nuestras tareas y roles en contextos cambiantes de profunda incertidumbre, afrontar tensiones, contradicciones y conflictos, generar articulaciones, y posicionarnos en relación al Estado junto a la población con la que trabajamos.

**PALABRAS CLAVE:** coronavirus, atención primaria de la salud, política de salud, enfoque de derechos

*al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.*

EDUARDO GALEANO

## 1. INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

Este es un relato inicial de nuestra experiencia como integrantes de equipos interdisciplinarios de salud en el abordaje de la pandemia de COVID-19 en el año 2020, en la Villa 21-24 y Núcleo Habitacional Transitorio (NHT) Zavaleta, un barrio «popular»<sup>2</sup> del sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

La pandemia y el consecuente recrudecimiento de la crisis —socioeconómica, sanitaria y alimentaria— dieron lugar a la profundización y mayor visibilización de las desigualdades. Las condiciones estructurales de vida en grupos y barrios con derechos vulnerados imposibilitaron cumplir con las medidas de aislamiento y prevención planteadas para la población general. Las estrategias y acciones de nivel central, desde Nación y Ciudad, se orientaron a la contención sociosanitaria en el marco de la pandemia, sin llegar a dar respuesta a las cuestiones estructurales demandadas históricamente. Esto implicó el desarrollo desde los equipos y organizaciones locales de acciones diferenciadas, adaptadas localmente, tensionando las políticas de gobierno y el acceso a recursos a partir de la denuncia y organización colectivas, dentro de relaciones de fuerza desiguales.

Desde los equipos de salud vimos la necesidad de repensar nuestro rol frente a cambios constantes en las tareas y una profunda y continua incertidumbre. A su vez, afrontamos las tensiones gene-

---

1 Estamos usando el sistema de las Normas APA (American Psychological Association) 7a. edición para la referenciación bibliográfica.

2 De las diversas categorías existentes, optamos con contradicciones por «barrios populares», en tanto fue la que se instaló en forma mediática y es usada por las organizaciones sociales: «barrios vulnerables (...) donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos, o más, de los servicios básicos» (agua corriente, red eléctrica con medidor, red cloacal). <https://www.argentina.gob.ar/noticias/barrios-populares>.

radas por el rol y las presencias del Estado, en función de acciones territoriales y vínculos locales.

## 2. METODOLOGÍA

Partimos de nuestra experiencia y del análisis del chat del grupo de la red social WhatsApp de un equipo interdisciplinario del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) del que las autoras fuimos parte como trabajadoras de la salud,<sup>3</sup> en uno de los espacios y equipos de trabajo comunitario que integramos.

El grupo de WhatsApp surgió como vía de comunicación del llamado «equipo territorial» que semanalmente realizaba reuniones y acciones territoriales/comunitarias. Desde el inicio de la pandemia, ese grupo fue ampliándose e incorporando a otros compañeros, y orientándose al abordaje del COVID-19.<sup>4</sup>

Los «equipos territoriales»<sup>5</sup> refieren a un proyecto que pretende una fuerte inserción en territorio desde acciones comunitarias, como postas de vacunación y de salud, reuniones y charlas, relevamientos, «estudios de foco», etc. Quienes conformamos esos equipos tenemos como mayor preocupación la vulneración de derechos de la población, y las acciones van en concordancia con esta lógica desde un enfoque de derechos, dentro de nuestro pequeño espacio de poder y márgenes de decisión. Desde esa construcción y pertenencia, planteamos las discusiones hacia el interior de este

---

3 En el CeSAC trabajamos profesionales de diversas disciplinas y especialidades (médicxs, socióloga, nutricionistas, psicólogas, fonoaudióloga, psicopedagoga, trabajadoras sociales, enfermeras), promotoras de salud, equipos de administración, limpieza, mantenimiento, etc. Decidimos omitir datos específicos del Centro de Salud, las personas y el barrio para resguardar la confidencialidad.

4 Si bien el chat era de uno de los centros, las tareas y debates fueron compartidas con compañeros de otros CeSAC.

5 En el plano Ministerial (Plan de Salud 2016, GCBA), se proponía la conformación de equipos de medicina y enfermería con población nominalizada a cargo, del área de referencia de cada centro de salud, y «referentes matriciales» de trabajo social. En su implementación, cada centro y equipo fue armándose y actuando de acuerdo con la impronta y propuestas locales.

equipo, lo que no es generalizable a todo el centro de salud, dada la heterogeneidad en discursos y posturas.

El contexto de aislamiento y distancia social debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 implicó una división del conjunto de trabajadorxs del CeSAC en dos «cohortes» (de trabajo alternado, presencial y virtual), por lo que el grupo de WhatsApp pasó a ser la principal vía de comunicación. Fue en esa virtualidad donde compartimos la incertidumbre, la angustia, se repensaron los equipos y tareas y se buscó construir de manera colectiva nuevas estrategias y debates.

A partir de la relectura y revisión reflexivas del chat, buscamos la reconstrucción de la experiencia y el proceso local, de etapas, discusiones, situaciones y hechos significativos. Nos propusimos recuperar posicionamientos, categorías y representaciones que se fueron plasmando, reflejando algo del recorrido subjetivo y colectivo. Nos centramos en el período marzo-julio de 2020, etapa de mayor tensión, incertidumbre y reorganización, que nos marcaron y plantearon los mayores desafíos.

Este trabajo no parte de una investigación en formatos tradicionales. Nuestras reflexiones se nutren de nuestra propia participación y observación en estos procesos, pero esta no fue sistemática sino parte de la vorágine diaria de estas etapas.<sup>6</sup>

Nuestros vínculos y roles en el campo implican considerar el posicionamiento político asumido —personalmente y desde el equipo de salud— en los espacios comunitarios, desde un compromiso que se va construyendo y redefiniendo. El conocimiento e involucramiento con el barrio, las familias y grupos, su historia, sus problemáticas y necesidades, los conflictos locales, la participación en demandas y preocupaciones cotidianas nos interpelan y nos imponen el reconocimiento de una «mirada implicada».

La reflexividad antropológica y colectiva nos llevó sin saberlo a aproximarnos a la autoetnografía, buscando documentar y sistema-

---

6 Consideramos muy relevante enriquecer nuestra mirada con entrevistas en profundidad a quienes fueron junto a nosotras sujetos del proceso, para futuras ampliaciones de este trabajo.

tizar aspectos de la emergencia sanitaria no registrados o valorados desde instancias de poder o en la agenda pública, que, sin embargo, entendimos que valía registrar para nuestra propia reflexión como equipos y con la comunidad, y para construir otra memoria y otra realidad de las vivencias en pandemia:

La autoetnografía es un enfoque de investigación y escritura que busca describir y analizar sistemáticamente la experiencia personal con el fin de comprender la experiencia cultural. Esta aproximación desafía las formas canónicas de hacer investigación y de representar a los otros, a la vez que considera a la investigación como un acto político, socialmente justo y socialmente consciente. (Ellis et al., 2015, p.249)

Los intereses del equipo y las discusiones, apuntando a estrategias y acciones locales, predominaron en lo que se convirtió *a posteriori* en nuestro trabajo de campo, en el que fuimos partícipes activas como trabajadoras del sistema público de salud. Resulta ineludible referirnos al carácter situado de nuestra mirada, al fuerte atravesamiento subjetivo de este relato, la intencionalidad en la construcción de conocimiento y nuestra implicación desde múltiples dimensiones, que buscamos tornar en *reflexividad*, en tanto condición inherente del conocimiento que implica considerar a quien investiga dentro del campo de análisis y sus condicionamientos sociales, políticos, culturales y académicos (Guber, 2011). Desde esta noción pensamos cómo nuestra inserción laboral, trayectorias políticas, formación profesional y experiencias tiñen nuestras percepciones, intereses y preguntas. «La implicación por parte de los investigadores es el marco infranqueable de la producción de saberes» (Althabe y Hernández, 2005, p.72).

Con una mirada construida en conjunto, fuimos combinando distintos abordajes disciplinares desde el campo de la salud, atravesados por nuestra experiencia laboral compartida y nos encontramos inmersas en lo que se constituyó en nuestro «campo», en la interacción constante con otros que orientaron nuestras acciones y decisiones.<sup>7</sup>

7 Las autoetnografías conllevan una particular atención a la «ética relacional» con respecto a las personas involucradas (Ellis et al., 2015, p.260). En este sentido, solicitamos autorización a todas las participantes del grupo de WhatsApp y les

Los intercambios del chat antes mencionado aportan a reconstruir narrativas,<sup>8</sup> algo que consideramos importante no solamente para recuperar parte de la historia del equipo o la pandemia, sino como forma de procesarlo. La experiencia subjetiva individual es parte de un sentir y de una experiencia colectiva, construir narrativas que trasciendan el nivel singular de estos padecimientos es una tarea ineludible para pensar la atención a la salud pública en la pospandemia (Sy et al., 2020). Narrar nos permite ordenar los eventos y movimientos, las transformaciones de lo cotidiano y lo «normal», dar sentido a lo vivido y lo hecho, preguntarnos y pensar lo porvenir.

Nos propusimos, desde un compromiso ético y político, documentar «lo conocido, pero no dicho por los que están en el poder» (Rockwell, 2001, como se citó en Gerbaudo et al., 2020), buscando canalizar sensaciones de indignación, frustración e impotencia a través de la construcción de otros relatos sobre los procesos colectivos, la solidaridad, la responsabilidad, el compromiso, los vínculos, la organización social en pos de los cuidados y de la vida.

Esta escritura no busca solamente el registro, descripción y análisis del proceso para producir conocimiento y repensar nuestras acciones, sino que también «escribimos para otorgar sentido a nosotros mismos y nuestras experiencias», encontrarnos con otros desde experiencias comunes, y también, desde esta diversidad, «cuestionar historias canónicas» (Ellis et al., 2015) o «la historia única» (Adichie, 2009).

Entendemos que esta presentación es un recorte de una realidad compleja, en un momento sumamente difícil y caótico, por

---

compartimos nuestras propuestas y producciones, atendiendo a su condición de protagonistas, con derecho a conocer, opinar y compartir sus sensaciones ante la lectura de las mismas.

- 8 Las citas del chat son textuales, manteniendo las formas de escritura propias de ese entorno (abreviaturas, errores de tipeo y de ortografía, etc.). Los nombres y referencias de las personas se omiten para preservar la confidencialidad y por no resultar central la identificación de las expresiones para este primer análisis, ya que los mensajes permiten ilustrar y fundamentar debates, posturas, sentidos y sensaciones que nos atravesaron en el proceso.

lo que esperamos enriquecer y profundizar este análisis a futuro, ampliando la metodología e incorporando otras fuentes de información, como entrevistas en profundidad y relevamientos documentales, así como desde la comparación con otras experiencias.

### 3. DESARROLLO

#### *El territorio que construimos y nos construye*

Las comunas del sur de la CABA concentran la mayor cantidad de villas o barrios populares, y los peores indicadores socioeconómicos, demográficos y de salud. Las tasas de desocupación y subocupación superan la media de la CABA y los niveles de hacinamiento la duplican. Además, los niveles de pobreza y de necesidades básicas insatisfechas son mayores, al igual que el porcentaje de población con cobertura de salud exclusiva en sistema público (asociado a desocupación e informalidad laboral), y la mortalidad general e infantil (GCABA, 2017).

Con una población estimada en más de 75 000 personas,<sup>9</sup> la Villa 21-24 es la más grande, con mayor densidad poblacional, y una de las más antiguas de la CABA. Entre sus problemáticas estructurales e históricas podemos mencionar la falta de ordenamiento espacial y equipamiento urbano y la contaminación, condiciones de pobreza e indigencia, saneamiento básico insatisfecho (falta de red cloacal y de agua potable, de tratamiento adecuado y recolección de residuos), y déficit habitacional.

La pandemia y el recrudecimiento de la crisis —socioeconómica, sanitaria, alimentaria— profundizaron y aumentaron la visibilización de las desigualdades. Las medidas recomendadas en campañas comunicacionales y políticas para la prevención del COVID-19, como el lavado de manos, la ventilación, la distancia física, no pudieron cumplirse en su totalidad en los «barrios popu-

---

9 Sobre la base de estimaciones locales y de la población de referencia de los cuatro centros de salud del barrio. El Censo 2010 (INDEC) relevó alrededor de 36 000 personas.

lares». Para que esto sucediera, se requiere de condiciones que no están garantizadas, en un contexto de derechos sistemáticamente vulnerados.

El acceso al agua, viviendas dignas, urbanización, son reclamos históricos de personas y organizaciones de estos barrios, y de quienes trabajamos allí. La pandemia hizo que esos reclamos estructurales no saldados se volvieran emergentes y dramáticamente urgentes frente a un discurso preventivo sanitario homogeneizante que subsume diferencias y desigualdades entre poblaciones, grupos, contextos y realidades.

Una encuesta realizada en un estudio local de seroprevalencia<sup>10</sup> en noviembre de 2020, arrojó que el 50.4% de las personas dijo tener alguna enfermedad crónica no transmisible (diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, tabaquismo, entre otras), y el 78% tiene sobrepeso u obesidad. Estas cifras superan ampliamente los promedios de la CABA y dan cuenta de otros aspectos de la desigualdad. Aunque el 96.80% de la población de la muestra tenía agua de red, un 23.47% había sufrido cortes en el último mes, y el 25.60% debió acumularla en recipientes. De forma similar, el 99.20% refería tener servicio eléctrico, pero el 27.73% había tenido cortes de energía. El análisis indicó asociación entre estas variables (cortes de energía y agua), haber tenido contacto con alguien con COVID-19 y tener un resultado positivo en el testeo serológico (Calveti et al., 2021).

La encuesta de seroprevalencia y los datos del cuestionario fueron parte de una intención y compromiso de equipos locales por documentar y sistematizar lo que no está registrado oficialmente para el barrio, lo que diluye las desigualdades de la comuna y de la ciudad. Esto surge como parte de la necesidad de construir la propia realidad de la pandemia, visibilizando y demandando la

---

10 El estudio, a cargo del Ministerio de Salud de la CABA, buscaba analizar la seroprevalencia de COVID-19 y su relación con problemáticas de salud y condiciones de vida en el barrio. Fue un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, cuya unidad de análisis fueron personas mayores de 18 años que no tuvieron un resultado de COVID-19 positivo en el último año, con muestra de 400 personas.

atención y cuidados que las personas merecen, como modo de defensa y reafirmación de la vida (Menezes et al., 2021). Construir el problema e instalarlo en agenda es parte de una disputa sobre la «verdad» donde se produce colectivamente, de manera activa y crítica, otra realidad, diferente a la de los discursos oficiales (Menezes et al., 2021).

Mientras el promedio de seroprevalencia en la CABA fue del 7.4%, en los «barrios populares» dio un brutal 42%, o sea, diez veces más que en la zona norte (4.1%) (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020).<sup>11</sup> En los barrios donde los derechos básicos se encuentran vulnerados, la gente se enfermó más, y más abruptamente.

Encontramos que «lo urgente» del COVID-19, dejó en evidencia «lo emergente» (previo, estructural, subyacente): violencias, hambre, padecimientos psíquicos, dolor, enfermedades crónicas; temor por la incertidumbre frente a algo de lo que aún no se conocen sus dimensiones. El Coronavirus puso de manifiesto contradicciones y tensiones preexistentes «la precariedad del sistema público de salud, las profundas desigualdades que caracterizan a nuestro país, por las que cualquier virus va a enfermar y matar más a quienes viven en situación de mayor vulnerabilidad» (Sy et al., 2020).

Más allá de aspectos comunes con otros barrios populares, de procesos y problemáticas similares, es fundamental reconocerlos como espacios heterogéneos entre sí e internamente. Aunque el espacio barrial tenga, en principio, una imagen unificada o marca identitaria por la condición habitacional, una mirada más cercana y atenta sobre las relaciones sociales da cuenta de diferencias, desigualdades, conflictos y relaciones de poder (Cravino, 2009).

---

11 La diferencia entre los resultados del estudio local (seroprevalencia ponderada de 29.45%) y el de la CABA podría relacionarse con la distancia entre el «pico» de casos y el estudio —mayor a 3 meses en el primero—, con un porcentaje de «negativización», y con las medidas de protección implementadas desde las redes locales y el Comité de Emergencia: asistencia a adultos mayores y personas con factores de riesgo, acompañamiento a «contactos estrechos» y asistencia a familias en aislamiento.

Desde marzo de 2020 se desarrollaron procesos y experiencias locales de organización y reorganización por luchas y reclamos — nuevos e históricos— que incluyeron la conformación de nuevos actores políticos colectivos, tales como el Comité de Emergencia, surgido a partir de una medida judicial.<sup>12</sup> Tal comité se formó con participación de la junta vecinal, referentes e integrantes de organizaciones sociales, comedores y merenderos del barrio, trabajadoras y trabajadores de salud, y representantes de organismos gubernamentales con distinta continuidad y presencia, así como con otros actores locales que fueron variando en cada momento de la pandemia.

*«Que como equipo salgamos de esta lo más enterxs posible»*

A partir de la declaración de emergencia sanitaria y aislamiento social a escala nacional en marzo de 2020, podemos plantear ciertas etapas diferenciales, vinculadas a nuestro trabajo, de la situación epidemiológica general y específica en el barrio. Consideramos especialmente relevantes un primer momento en marzo y abril, signado por la reorganización de los equipos y tareas en salud pero sin presencia significativa de personas con COVID-19. Luego, la etapa de mayo y junio con el desarrollo e implementación de las estrategias de acompañamiento y el aumento sostenido de diagnósticos hasta llegar al «pico» local.

---

12 Frente a un amparo presentado por los presidentes de Comunas 4 y 8, la justicia ordenó al GCBA el 21/05/2020 la elaboración y difusión de protocolos de análisis, acción y prevención de COVID-19 para aplicar y difundir en villas, asentamientos y barrios vulnerables de esas comunas. El fallo dispuso la creación de una mesa de trabajo con participación de presidentes comunales y representantes de los ministerios de Salud, Desarrollo Social, Espacio Público y Medioambiente de la CABA, y se responsabilizó al gobierno de la provisión de elementos sanitarios, de higiene, limpieza y agua potable, de brindar información sobre lugares de aislamiento y de abordajes para violencia de género.  
<https://www.conclusion.com.ar/politica/la-justicia-ordeno-a-larreta-informar-los-protocolos-para-atender-el-covid-19-en-las-villas/05/2020>.

El Centro de Salud funciona de lunes a viernes, de 8 a 16 horas, y cuenta con atención por medio de turnos programados y demanda en el día, así como con actividades grupales con la población dentro y fuera del mismo y acciones territoriales en articulación con organizaciones sociales y algunas instituciones locales u organismos. Cuenta con más de 70 trabajadores y trabajadoras que concurren en diversos días y horarios según modalidades de contratación y organización de las tareas. Aun así, quienes somos parte del equipo nos encontramos e intercambiamos habitualmente sobre distintos aspectos de las tareas (situaciones complejas, cuestiones gremiales, actividades en desarrollo, planificaciones) en pasillos, lugares comunes, interconsultas, entradas, salidas y reuniones. Esto genera una comunicación cotidiana y fundamental para el trabajo. De esta manera, nuestros procesos de trabajo habituales implican un fuerte componente de interdisciplina y trabajo en equipos, que se vieron profundamente afectados por las medidas en el marco de la pandemia: división de equipos reducidos en la presencialidad, sumado a las dispensas especiales para personas con condiciones de riesgo incrementado frente al virus y los cambios en las modalidades de atención que hicieron que la tarea se volviera por momentos sobreexigida.

La imposición de la reorganización cotidiana del CeSAC con la suspensión de la atención (salvo excepciones o emergencias) llevó a grandes cuestionamientos respecto a nuestras tareas, tanto territoriales como asistenciales y en consultorio. A excepción de las primeras semanas de cuarentena, donde mantuvimos recorridas de difusión y prevención, y las reuniones posteriores del Comité de Emergencia, fue difícil sostener actividades comunitarias, por ejemplo, «salir al barrio», salvo para entregar medicamentos o hacer alguna visita excepcional, principalmente a cargo de las promotoras. Nos quedamos adentro, y la gente no podía entrar.

Los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires se organizan dentro de Áreas Programáticas correspondientes a los Hospitales Generales de Agudos, y dependen del departamento del mismo nombre del hospital de referencia. La cantidad de centros de salud por Área Programática varía, y son más en la zona sur de la ciudad (nuestra Área tiene ocho CeSAC, mientras hay otras

con uno o ninguno). Por otro lado, las líneas de política sanitaria vinculadas al primer nivel de atención se canalizan y «bajan» desde la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud.<sup>13</sup> La Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria (SSAPAC) incluye a la Dirección General de Atención Primaria y la de Atención Comunitaria, desde donde se realizan también acciones en los barrios, con diversos grados de articulación con los equipos locales, a cargo de la gestión de recursos para los equipos territoriales.

En mayo, la directriz del Ministerio de Salud fue la de realizar una división en «cohortes» en los equipos del primer nivel de atención. Cada grupo alternaba una semana presencial con otra de trabajo remoto, desde una pretendida lógica de cuidado para reducir riesgos de transmisión y evitar el cierre de los CeSAC. Esto impactó en la posibilidad de sostener tareas previas y asumir nuevas (triaje, comunicación por redes, acompañamientos, etc.), generando tensiones internas, mayor fragmentación, y dificultades para el encuentro e intercambio. Se dificultaba resolver la demanda de atención y la presencia territorial, así como el intercambio sobre estrategias comunitarias y la reorganización de los equipos, debiendo darse debates por WhatsApp.

necesitamos reunión de equipo que es solo un equipo aunque nos dividan en cohortes que es para definir nuestro lugar. (16/05/2020)

La asamblea de trabajadorxs del hospital y el Área Programática expresaban entonces la preocupación por la desatención de la salud integral de las personas y sus consecuencias. La sensación de «abandono» hacia la población fue creciendo a medida que el aislamiento y nuestro trabajo en cohortes se prolongaba. Al mismo tiempo, se buscaba frenar la recarga de tareas que nos impedía de-

---

13 Parte de los profesionales de salud que ingresamos al sistema a partir de 2016, y las recientemente incorporadas promotoras de salud, lo hicimos directamente a través de la SSAPAC y no como personal del hospital o centro de salud donde nos desempeñamos, dando cuenta de conflictos por dependencias y manejo de recursos, además de modalidades de fragmentación al interior del sector.

finir localmente las prioridades, y nos obligaba a responder frente a la falta de personal y las contrataciones acordes.

En los hospitales de la CABA se instalaron Unidades Febriles de Urgencia (UFU), centros de testeo de COVID-19, a donde debíamos derivar a quienes se acercaran con síntomas a los centros de salud, y que fueron, junto con las salas de internación, el foco de los hospitales en este período (limitando o anulando otros tipos de atención).

En abril 2020 las organizaciones, la Iglesia católica, equipos de salud de nivel central y locales, del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat (MDHH), y del Instituto de la Vivienda (IVC), comenzamos a pensar estrategias de cuidado para las personas adultas mayores, anticipándonos y así poder garantizar el aislamiento. Las organizaciones sociales realizaron un relevamiento casa por casa durante los días de Semana Santa,<sup>14</sup> y se organizó la vacunación antigripal en postas de salud<sup>15</sup> y a domicilio, para facilitar el acceso.

Se llevaron a cabo reuniones, armado de guías de acción y cuadros de referentes, distribución por zonas, preparación de espacios de aislamiento en instalaciones de la Iglesia con protocolos y equipos de cuidadores, etc. La Iglesia tomó un rol de coordinación y centralización.

La gestión de recursos está a cargo de las organizaciones y de alguna manera “coordinados” x la iglesia. Tenemos que pensar como hacer de nexo, cuidando la identidad de las familias ver qué se hace con el resto de los casos. Porque esto recién empieza. Si el Estado no está y las orgas están muy cargadas ver q otra estrategia se puede implementar. (28/04/2020)

Se concretó el armado de una red de cuidados de personas adultas mayores para la distribución de alimentos y medicamentos, con el objetivo de que pudieran sostener el aislamiento quienes eran consideradas dentro del grupo de mayor riesgo.

---

14 Un total de 1.200 personas mayores de 60 años.

15 Las postas de salud son espacios delimitados y visibles, no necesariamente fijos, donde se llevan a cabo actividades asistenciales, de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud. RIEPS, 2022.

Tenemos que activar ya el próximo paso, que es organizarnos para llevarle a todas las personas mayores su bolsa de alimentos y sus medicamentos para que no salgan de sus casas. (23/04/2020, mensaje reenviado del chat de red de cuidado de adultxs mayores)

Las organizaciones barriales se posicionaron activamente, saldando en acto la discusión que se daba hacia el interior de los equipos en cuanto a la exposición, tomando tareas territoriales y de asistencia alimentaria, asociadas al mayor riesgo de enfermar (con la sistemática ausencia de elementos de protección para ellas de parte del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires/GCBA: barbijos, máscaras, guantes). Desde los equipos de salud nos preocupó y preocupa la precarización, sobrecarga y el riesgo para promotoras y trabajadoras y trabajadores de las organizaciones:

Pasa que yo no paro de preguntarme hasta cuándo van a poder sostener esto las organizaciones. Trabajaron todo el día. De semana bajo el agua para asistir a los AM [adultes mayores] Va a llegar un momento en que no van a poder sostener y se van a empezar a enfermar Si quieren podemos pensar algo pero hablemos con el ministerio. (28/04/2020)

*«Y nosotrxs cómo queremos y podemos participar?»*

A fines de abril, con el primer caso de COVID-19 en el barrio y sin estrategia armada para que las familias mantengan el aislamiento, profundizamos la discusión sobre qué hacer. Esto implicó la demanda al nivel central de recursos y dispositivos específicos (orientadas a los ministerios de Salud y de Desarrollo). Armábamos y desarmábamos en función de lo que podíamos reformular localmente frente a la «bajada» por parte de las autoridades de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, buscando el lugar que queríamos ocupar. Fuimos construyendo ese rol ya que lo que se nos proponía nos alejaba de nuestra lógica territorial de Atención Primaria.

Debatimos las modalidades de acompañamiento y abordaje, los roles y el manejo de información, atendiendo a la posible estigmatización de las personas con COVID-19 en el marco del miedo creciente:

Hay que arrancar con la divulgación de información oficial Si desde salud no se dice nada aparecen todos estos mensajes que lo único que hacen es crear pánico y además las personas con síntomas no van a querer atenderse por miedo a discriminación posterior. (12/05/2020)

Pensábamos estrategias de acompañamiento a la población, por llamados a las personas con COVID-19 y sus «contactos estrechos»,<sup>16</sup> en la tensión entre buscar cómo garantizar derechos en la emergencia y la capacidad para dar respuesta sin ser parte en la toma de decisiones políticas. Inicialmente, los llamados se propusieron centralizados desde el Ministerio de Salud, a cargo del equipo de «seguimiento en barrios vulnerables», claramente insuficiente. La preocupación compartida era qué respuesta iba a dar el Estado a las familias del barrio.

La presencia de otros actores volvió más clara la urgencia de pensar nuestra participación:

Yo creo que no se sabe bien que hacer. Parece que el IVC juega algún rol importante y salud comunitaria se está empezando a meter también. Sin duda tenemos que construir nuestro rol como equipo territorial. (29/04/2020)

Planteamos la necesidad de estrategias locales en comunicación e información, manejo de rumores, dispositivos de resguardo para personas en aislamiento, etc. Nuestra demanda era tener un «ida y vuelta» con el Ministerio, desde donde se estaban definiendo las acciones desde una lógica tecnocrática, normativa y vertical. Frente a la pandemia y la crisis, buscábamos no reproducir las lógicas históricas de políticas formuladas centralmente, que en territorio se aplican fragmentadas y ajenas a la complejidad de la realidad. Necesitábamos dar nuestra opinión, nuestra mirada territorial, para que la estrategia de abordaje fuera lo que considerábamos más adecuada para el barrio:

Entre lunes y martes se abre la UFU del cemar (...). La idea es que se hagan los hisopados las personas con contacto estrecho de persona con CO-

---

16 De acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación, todas las personas que hayan permanecido a una distancia menor a 2 metros con un caso confirmado mientras este presentaba síntomas, o durante las 48 horas previas al inicio de síntomas, durante al menos 15 minutos.

VID-19 y algunas mas que queden en ese gris del contacto estrecho. Hay mucho lio con todo esto que prefiero contarselos personalmente pero esta articulado entre nacion y ciudad y la gente de desarrollo. Hay que pensar muuuuuuchas cosas xq la idea es que la gente del ivc con las promotoras vayan a buscar a la gente, estamos tratando de que no sea compulsivo y de ver que rol pueden tener las organizaciones del barrio, probablemente se hable de esto tambien el viernes. (13/05/2020)

A principios de mayo, se concretó la estrategia de abordaje local para familias en aislamiento, sobre la base de lo elaborado desde nuestro equipo. A eso sumamos lineamientos propios desde una «guía de llamados» y flujograma para acompañamiento:<sup>17</sup>

Desarrollo llamaría a los contactos estrechos y de salud los llamados los centralizaria Salud Comunitaria. Con respecto a nuestro rol, en principio solo tres personas lxs contactarían por necesidades de atención, medicación, pautas de cuidados, información etc. La idea es que tengan una referencia para contactarse con el CeSAC. (08/05/2020)

El rol de acompañamiento fue una tarea que terminamos desarrollando prácticamente todes les integrantes del CeSAC, con frustraciones por la falta de participación en las decisiones, y de lineamientos claros de parte de quienes tenían a su cargo las definiciones:

Primer caso hace 2 meses Más tiempo no se les podía dar Encima quieren centralizar todo y no se les cae una idea De entrada tenían que haber pedido ideas que surgieran desde quienes tenemos más contacto con población. (06/05/2020)

La estrategia de los llamados generó tensión: el acompañamiento telefónico no era una idea con la que, inicialmente, todes acordábamos. Surgió la duda respecto a ubicarnos en una vigilancia epidemiológica de la cual nos queríamos correr, que remitía en el grupo al rol de «policía sanitaria»:

---

17 Desde el inicio buscamos diferenciar el «seguimiento» propio del control sanitario y epidemiológico (centrado en síntomas) del «acompañamiento» desde una lógica de cuidado (conocer la situación del hogar, las necesidades, ofrecer una escucha diferencial...).

X lo q entendí quieren q seamos onda sutilmente la yuta del COVID-19.... Pero seguro habra q darle muchas vueltas y el equipo podra resignificar como siempre. (30/04/2020)

A mí lo del llamado para averiguar contactos no me cierra no solo y fundamentalmente por lo ético, sino tambien oor lo estratégico. Qué persigue? Detener la transmisión viral como si fueran estudios de foco? Me parece que eso ya no sirve además. (25/05/2020)

Además, aparecía el temor a ser desbordades por la tarea y no poder dar respuesta a las situaciones complejas, que esperábamos encontrar por conocer las condiciones de vida de las familias:

Creo que sería central que no seamos nosotres quienes tengamos que registrar y llamar a lxs contactos, que de eso se en encargue el ministerio y desarrollo.

Me da duda en este punto porque probablemente no lo hagan, pero tampoco podemos asumir una responsabilidad que no podemos sostener. (22/05/2020, ante el aumento de casos)

Entendíamos que teníamos que tener un rol encuadrado en la responsabilidad para con la población con la cual trabajamos y nos vinculamos hace años. En estas idas y vueltas, de *estar sin encontrar cómo*, surgían propuestas que iban desde no poder hacernos cargo del seguimiento telefónico hasta estar nosotres a cargo de gestionar o entregar alimentos:

Si hablamos con quienes proveen alimentos como desarrollo social para tratar de conseguir lo básico como alimentos e higiene y se lo llevamos desde el cesac? (28/04/2020)

Poder chequear como están y que necesitan, si tienen contacto con alguna orga u otros fiares, etc Si retiraban comida de algun comedor y podempm hacer el nexo. (28/04/2020)

Cuando lográbamos ordenarnos y hacer un mapa de responsabilidades, podíamos pensar ubicándonos en un rol de interlocución e intermediación, canalizando demandas y necesidades:

Yo empezaría a demandar al ministerio, empezando por salud comunitaria. Si aún no pensaron en algún dispositivo para las familias aisladas lo tendrán que pensar y planificar. (28/04/2020)

Y hablar con desarrollo social ellos deberían proveerles la comida y elementos de higiene. (28/04/2020)

Días después de comenzar a pensar las estrategias de seguimiento, compartíamos en el grupo:

Somos referentes en el barrio y si a nivel central se le pasan cosas nosotros somos quienes vamos a tener que dar la cara y sacar las papas del fuego. (03/05/2020).

Eran momentos de mucha incertidumbre, e intentábamos darle sentido al rol frente a la «tragedia» que se avecinaba y que no sabíamos cómo y dónde terminaría. Este miedo, sin dudas, nos atravesaba.

Hay que ponerle el cuerpo a esta situación. Estamos un poco mejor que hace una semana aunque no parezca. Sigamos juntxs que esta lucha va a ser larga y yo no tengo dudas de que podemos contribuir a mejorar un poco todo lo que esta pasando y lo que viene. (08/05/2020)

Cuando la frustración predominaba, alguien lograba «echar luz» y virar la discusión hacia perspectivas más optimistas y constructivas, lo cual fue central como sostén para cada uno y para el equipo:

Yo creo que estamos haciendo bastante! Por lo pronto pensar entre todos cuál es nuestro rol, compartir la información y proponer intervenciones. Que algunas están siendo tomadas, y eso siempre va a resultar en algo mejor que si se decide todos en el escritorio o en las jefaturas. (11/05/2020)

En mayo se comenzó el listado de adultxs para la entrega a domicilio de medicación (tomando como base los listados de abril). Mientras, avanzaba sin nuestra participación la implementación de postas de salud del programa «El Barrio Cuida al Barrio»,<sup>18</sup> un

---

18 Programa de emergencia sanitaria de la Secretaría de Economía Social del Ministerio de Desarrollo de la Nación. Se lanzó en abril de 2020 y proponía lo siguiente: «promotores y promotoras comunitarias recorrerán su barrio para poder realizar un acompañamiento específico a grupos de riesgo, difundir medidas preventivas y distribuir elementos de seguridad e higiene, identificar y hacer un acompañamiento específico a la población

operativo conjunto de ciudad y nación junto a las organizaciones locales:

Siento que nos dejan afuera de todo y cuando todo explote vamos a estar en el medio. (11/05/2020)

La indefinición, demoras en las decisiones, cambios en las áreas de responsabilidad de equipos y referentes para articulación local y a nivel central, idas y vueltas (y no solamente por los aprendizajes epidemiológicos y sanitarios que inevitablemente fueron «sobre la marcha»), profundizaron la incertidumbre y dificultaron la reorganización de los equipos. Como ejemplo, ante el reclamo de aumentar el personal de salud e incorporar promotoras comunitarias bajo dependencia del GCBA, nos planteaban que no era posible, pero poco tiempo después contábamos con la incorporación de dos promotoras por centro de salud. Situaciones similares sucedieron respecto a las posibilidades de testeo y vacunación en el barrio, que terminaron implementándose como recursos valiosos para el mismo.

Los diagnósticos de COVID-19 fueron aumentando hasta el «pico» a fines de junio, bastante antes que en el resto de la CABA. Frente al panorama en otros barrios populares de la ciudad, comenzamos a anticipar y temer un posible desborde de casos y de los equipos por la situación epidemiológica:

[tenemos que] repensar la estrategia xq se vienen duplicando las personas con COVID-19 muy rápido y creo que no vamos a poder sostener en el mediano plazo el seguimiento. (17/05/2020)

El debate por recursos y equipos para llevar adelante las tareas no paró de crecer. Desde el inicio, las organizaciones fueron actores clave para articular y resolver aspectos centrales como «el circuito

---

de riesgo, trabajar coordinadamente con comedores, merenderos y centros comunitarios para garantizar el abastecimiento de alimentos y activar el protocolo de asistencia en caso de encontrar personas con síntomas compatibles con COVID-19». Este último punto fue uno de los más polémicos <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-lanza-el-barrio-cuida-al-barrio-frente-la-pandemia-del-covid-19>

de información»: *Nadie sabía de los casos, ni el ministerio de salud ni desarrollo social así que activamos todo nosotrxs* (08/05/2020). Asimismo, fueron fundamentales para plantear demandas de necesidades para el aislamiento:

No hay acuerdos entre las organizaciones y desarrollo social. Las org. Re-fieren que desde hace 50 días que tienen reuniones con desarrollo dónde siempre se plantea lo mismo y no se puede avanzar. Responsabilidad del estado en satisfacer las necesidades de las familias aisladas. Desarrollo dice no tener nada pensado más allá de los acuerdos (bolsón de secos, higiene). (16/05/2020)

Manteníamos la preocupación por no poder sostener el acompañamiento telefónico, pero una vez iniciada esta tarea, la valoramos y le encontramos sentido desde el acompañamiento y la contención. El aumento sostenido de personas con COVID-19 nos ponía nuevamente en un escenario de tensión, con el temor de no poder dar respuesta:

Yo creo que hay que seguir, pero reclamando por las cosas que se están haciendo mal y es necesario mejorar, denlo contrario sería como bajar los brazos, rendirnos, y como vengo diciendo me parece importante el rol... no sé si todos lo visualizan de esta manera...el tema es que llegada tenemos para poder cambiar algo. (22/05/2020)

Pienso que es doloroso, pero opino que tenemos que ser realistas y recalcular para ofrecer algo que nos dé alguna certidumbre de poder sostener sin soltarle la mano a la gente. (22/05/2020)

No comparto con dejar a nivel central los llamados porque no lo van a hacer o lo hacen tarde. (22/05/2020)

A mí me cuesta pensar un rol diferente al que venimos haciendo con los contactos estrechos, por nuestra cercanía y nuestro conocimiento de las lógicas de las familias y del barrio me parece super importante ese contacto. Creo que ese es nuestro rol. El problema es como abordarlos sin explotar en el intento. (18/5/2020)

Nuevamente, aparecían las tensiones con el nivel central, y dónde posicionarnos:

También creo que hay que despegarse de Ministerio. (...) yo seguiría con un llamado de acompañamiento y muy pegada a la gente del barrio. (22/05/2020)

A fines de mayo, se definieron en el CeSAC duplas interdisciplinarias para los llamados. Esto implicó discusiones respecto al momento de su realización (si en teletrabajo o desde el centro de salud), la superposición con otras tareas (atención presencial o virtual, triaje, etc.), el uso de los propios teléfonos y la recepción de demandas o consultas a toda hora. Así, también debatimos el ajuste en los circuitos de derivación de necesidades, las respuestas, la asignación de turnos de testeo, la actualización constante de protocolos (semanal o casi diaria), la equidad en la distribución de casos, la complejidad de situaciones que requerían mayor atención e interconsultas, la apertura (o no) de «contactos» en cada llamado, etc.

Creo que todxs acordamos en la importancia del llamado porque a la gente la "alivia". Habría que hacer balance del resto de las respuestas que podemos dar: articulación con Desarrollo: le llevan todas las necesidades? Si no sucede, alguien nos da respuesta? (23/05/2020)

Sin embargo, acercándonos al momento de «pico» de diagnósticos, sentimos que teníamos más claro nuestro lugar:

Sabemos que nosotrxs tenemos un rol y que está en construcción. Ese rol tiene que ver con relevar las necesidades de salud intentar dar respuesta a las que podemos y a las que no reclamar para que se cumplan como vinimos haciendo.

Creo que la contención, la llegada de los alimentos y cosas de higiene, y las necesidades de atención de la salud son nuestra obligación mientras podamos sostenerlo. (25/05/2020)

*«esto va a romper todo lo que construimos»*

La implementación del “Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino”, conocido como Plan DetectAr<sup>19</sup>, fue una de las políticas más contundentes de abordaje de la pandemia promovidas por el Estado Nacional junto a las jurisdicciones, con fuerte presencia en el área metropolitana. En

---

19 <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar>

ocasiones, las estrategias bajadas de niveles centrales tienen lógicas y objetivos diferentes a los que como equipos apostamos desde lo local. El DetectAr se presentaba en un primer momento en barrios populares con una lógica distinta a la de otros sectores. Una de las acciones era buscar de manera compulsiva personas con síntomas para el testeo.

A mediados de mayo comenzó a funcionar el centro de testeo dentro del barrio, con nuevos debates sobre las tareas:

Con buscar compulsivamente a la gente por el hecho de que viva en un determinado barrio, xq esto mismo no lo harían en otro lugar. No estoy de acuerdo con la vigilancia epidemiológica y la lógica de la policía médica. Eso es lo que le dije a D. Que esta concepción iba a romper con lo que estábamos construyendo colectivamente. (14/05/2020)

Para mí el detectar apunta a buscar sintomáticos. No sé si desde niveles superiores plantean estrategias para cortar con el contagio fuertemente. Las postas de control de síntomas y la profundización de la militarización del barrio pueden ser algunas, pero no me parece que lo vayan a lograr. (25/05/2020)

Cuestionamos las lógicas y dinámicas, sobre todo la búsqueda de personas para derivar a hisopado, compulsiva y contraria al sostenimiento de los vínculos:

Y me pregunto porque se cree que la gente no se va a querer hisopar? Y por ende la vamos a “tener que obligar”? (16/05/2020)

yo entendí que se sale a buscar sintomáticos, y si no entendí mal eso surge de los datos que aportan las organizaciones. Caza de brujas. (16/05/2020)

En un primer momento, la intención de las autoridades era que quienes estábamos en la «cohorte remota» realizáramos la búsqueda de personas con síntomas, lo que generó un intenso intercambio considerando aspectos como la responsabilidad, la exposición, las condiciones, etc. (14/05/2020):

Yo no sé que pensar de esa propuesta por un lado podría ser una responsabilidad del equipo local, pero habría que tener un protocolo estricto de cuidado.

También entiendo que si nos encargamos de esto tendríamos que tener un mejor equipo de protección similar al que usan en SAME y tendríamos que hacer base en cemar para no pisar cesac. Igual obviamente se suma el miedo al contagio y si vale la pena que nosotros nos arriesguemos a contagiarnos.

Ahhhh no entendía que la búsqueda era compulsiva. Pensé que era para los que declaraban síntomas y quería hacerse hisopado! Compulsivamente yo tampoco acompañé nada.

Además del corona bus<sup>20</sup> a pata vamos a transformarnos en policías?

El tema es pensar entre nosotros que rol cumplir ahí? Y como repensar la bajada “compulsiva”.

Las negativas del equipo profesional a estas tareas generaron que las promotoras, recientemente contratadas desde el Ministerio de Salud, quedaran encargadas de la búsqueda activa de personas para testear:

O sea las trabajadoras más precarizadas de nuestro equipo? (16/05/2020)

Hoy una compame dijo q el operativo en la 31 fue horrible. Sin ningún acompañamiento. Las compas llorando q no querían testearse.... Miedo x estigmatización.... Poca info. (08/05/2020)

En contraposición, desde los equipos se propuso para el barrio una lógica local, con mayor participación:

Estamos tratando de armar algo muy distinto (...). Básicamente un lugar de testeo en el barrio coordinado por los cesac, el cemar y las organizaciones del barrio (...) La idea es que sea permanente, en el cemar u otro lugar, y para que la gente se pueda quedar ahí hasta tener el resultado, si es negativo a las tarde ya se podría volver a la casa y si es positivo la derivación para internación pero esto es una idea que depende de muchas personas y recursos. Y que sin duda puede fallar. (11/05/2020)

Es el detectar pero con una modalidad coordinada desde el territorio. (11/05/2020)

---

20 «Coronabus» o «coronabondi» fue la forma en que en los equipos y el barrio se denominaba al transporte que llevaba a las personas con síntomas desde los CeSAC a la UFU del Hospital para testear, antes de la instalación del centro de testeo local.

Teníamos en simultáneo la expectativa de que el DetectAr pudiera facilitar el acceso al test y la comunicación entre y con los equipos locales en el acompañamiento de aislamientos y la entrega de turnos para testeo, dado que la vinculación con las unidades hospitalarias había presentado múltiples dificultades.

Este proceso de instalación y organización del centro de testeo requirió tiempo y generó conflictos y frustración en los primeros días, para los equipos y trabajadorxs, con las referentes locales de las organizaciones y las familias atendidas. Entre ellos, estuvieron las demoras en la entrega de resultados, aislamientos compulsivos hasta tener resultado, recorridas en micros buscando hospitales para derivación, información contradictoria sobre resultados y criterios de testeo y aislamiento, etc.

No dejo de pensar que es nuestro rol como trabajadores/as de atención primaria estar cerca de las familias y algo fundamental que no está sucediendo poder pensar estrategias para cada situación en conjunto con desarrollo y el cemar y los testeos. (25/05/2020)

Surgían a diario situaciones complejas: familias donde algunas personas tenían resultado positivo, otras, negativo y había que pensar el aislamiento, o sobre dónde la persona adulta responsable debía ir a un hospital por su situación de salud y había que buscar red para el aislamiento de los niños, además de enfrentar dificultades tales como la de la resistencia a dejar los hogares por miedo a robos y ocupaciones. Estas situaciones actualizaban tensiones vinculadas a la falta de información y poca injerencia en las decisiones.

Este desmanejo me está asustando Además nosotros referentes que hablamos con los contactos estrechos tenemos que saber el modo de trabajo No puede ser que haya mensaje contradictorio Me parece clave que nosotros conozcamos exactamente cómo se va a trabajar. (19/05/2020)

Tendríamos que trabajar la comunicación entre nosotros y las personas que están en cemar tomando decisiones sobre el destino de las personas que se hisoparon y sin contactos estrechos y es con quienes mantuvimos vínculo todos estos días... digo como para pensar porque ellos canalizan sus dudas con nosotres...y nosotres no contamos con información. Sino terminamos dando "contención" sin información y sin poder tomar decisiones...y me parece una cagada. (19/05/2020)

Los malestares fueron bajando en intensidad a medida que los circuitos de información, testeo y derivación fueron mejorando. La adecuación local de la estrategia permitió evitar la compulsividad, y el DetectAr como dispositivo de testeo se convirtió en un recurso valioso, fundamentalmente por su accesibilidad.

*«sea la que sea la estrategia, siempre pegadita al barrio»*

Las organizaciones locales fueron protagonistas de las acciones con la población y para dar voz a reclamos y necesidades. Esto implicó una constante tensión y disputa por recursos, políticas adecuadas, participación, etc., con autoridades y referentes de organismos y ministerios. Particularmente con el Ministerio de Desarrollo Humano, responsable de la asistencia alimentaria y de recursos para el aislamiento, las demandas fueron continuas e intensificadas ante cada falta de respuesta.

Se hablo del rol del estado, de si está inoperancia de desarrollo o no había gaita [dinero] puesta en estos sectores. (16/05/2020)

Los equipos de salud buscamos sistemáticamente tener una presencia y participación diferenciada, y sostener el vínculo construido desde espacios de trabajo colectivos (como la Mesa de Salud<sup>21</sup>). Esto implicó comunicarnos y reunirnos con referentes de las organizaciones, dentro de las limitantes del contexto, para escucharles y aportar a pensar juntas.

*Quiero armar una reunión para este viernes con las organizaciones para aclarar estas cuestiones, me parece que hay que intervenir con ellas, al menos, para que el miedo no nos juegue una mala pasada. Que les parece? (12/05/2020)*

Creo que nuestra posición debería ser acompañar los movimientos y denuncias que hagan lxs organizaciones, contribuyendo en lo que podamos para dar apoyo o información para que las necesidades de la gente se resuelvan. (22/05/2020)

---

21 La Mesa de Salud está conformada por organizaciones sociales e instituciones que, desde 2016, en el marco de la epidemia de dengue en la CABA, comenzamos a reunirnos y generar acciones sanitarias y ambientales en relación a problemáticas locales vinculadas con las condiciones de vida.

El 21/05/2020 se convocó desde la junta vecinal a una reunión de lo que iba a ser el Comité de Emergencia. Siguieron presentes las tensiones con el Estado por los recursos, mecanismos de toma de decisiones, estrategias. En ese nuevo marco comunitario de reunión y debate surgieron otras discusiones sobre nuestra presencia, participación, roles y posibilidades, que nos planteaban repensarnos desde lo que el barrio veía o esperaba de nosotros.

Creo que lo mejor es plantear reuniones periódicas con las organizaciones para reflexionar sobre las intervenciones como vamos haciendo con la mesa por el derecho a la salud y hábitat. Este espacio es al que yo le veo mayor potencial. (23/05/2020)

El 29/05, en reunión con las organizaciones locales y a partir de una «carta abierta» de trabajadores y trabajadoras de salud (difundida por medio de redes sociales y whatsapp), se acordó hacer un petitorio conjunto y sumar los reclamos concretos de las organizaciones. Consensuamos en hacer un protocolo específico, tarea que tomamos activamente y logramos que fuera presentada por las autoridades locales al ministerio un mes después. Ese encuentro llevó a la creación de un nuevo grupo de WhatsApp local, integrado por referentes de las organizaciones, los equipos de salud locales, y organismos de salud y desarrollo.<sup>22</sup>

Junio comenzó con el primer fallecimiento en el barrio. Fue un mes de cambios constantes en protocolos y criterios de aislamiento. El aumento de casos implicó la saturación de los hoteles para personas con COVID-19. Discutimos en distintos espacios la posibilidad de aislamientos domiciliarios en el barrio que habían sido demandados por algunas personas y familias y que fueron implementados a partir de julio.

Encontramos que fue un momento en el que la estrategia ya se encontraba puesta en marcha, donde las duplas organizadas y los circuitos y la comunicación en marcha ayudaron al desarrollo de las tareas.

---

22 Esta es otra línea que consideramos relevante para analizar en futuros trabajos.

En julio, pasado con el «pico» y la sistematicidad de reuniones, surgió de parte de las organizaciones y personas del barrio el pedido de información sobre fallecimientos. Dada la inexistencia de datos en el plano local,<sup>23</sup> tomamos la tarea desde los equipos, iniciando un relevamiento artesanal y un registro para sistematizar y compartir esa información. Esa demanda da cuenta del vínculo sostenido, del rol que construimos, y del desafío (aún en marcha) de dar respuesta y construir juntas, todo lo cual nos permite consolidar esas relaciones de confianza y apoyo mutuo y refuerza nuestro lugar y compromiso.

#### 4. PREGUNTAS Y DISCUSIÓN

##### *«Estamos llenos de dudas»*

Las estrategias y acciones propuestas desde los gobiernos frente a la pandemia, especialmente en la CABA —nuestro ámbito—, se orientaron a la contención sociosanitaria, sin dar respuesta —ni pretender hacerlo— a cuestiones estructurales demandadas históricamente, ni agudizar la escucha frente a ellas. Los «esfuerzos» y recursos estuvieron destinados a evitar la propagación del virus. En otras palabras, «la implementación de “la política”, tal como el propio acontecimiento la demanda, implica una lógica (un modo de elaborar el razonamiento) donde —en situación— lo urgente desplaza a lo importante» (Federico, 2021, p.7). En términos de Foucault, podríamos pensarlo como estrategias y acciones consecuentes con la idea disciplinaria del biopoder cuya potencia ha promovido el fortalecimiento del capitalismo (Albano, 2004). Este sistema desigual es el que legitima el hecho de que haya poblaciones que transcurran su vida con derechos vulnerados. Menéndez (2020, p.2) refiere que «la biomedicina sigue expandiéndose debido, sobre

---

23 Vale mencionar en términos de centralización y verticalidad que los datos locales (que no incluyen mortalidad) no son de acceso inmediato para los propios equipos que los construyen, sino que es necesario solicitarlos vía jefatura a los equipos de la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.

todo, a su eficacia comparativa, a su pragmatismo, al incremento de la demanda, a su papel cada vez mayor en la reproducción del capital, y a su rol como legitimador de las fuerzas sociales dominantes». Rol legitimador que esta pandemia fortaleció, y esto permeó en los intercambios en el chat. La complejidad del efecto de un virus, su carácter agudo, altamente contagioso, en las poblaciones con derechos vulnerados nos obligaron a repensar las estrategias que de manera homogeneizada y fragmentada se pensaban desde niveles centrales.

Resulta imprescindible complejizar la mirada al pensar los problemas de salud y posibles soluciones y no verlos como únicamente vinculados a la medicina, desde una lógica reduccionista. No se trata solo de enfermedades sino de problemas sociales que en poblaciones con derechos vulnerados se enraízan en las desigualdades (Spinelli, 2010). Así, podemos pensar en términos de «sindemia» como «problemas de salud sinérgicos que afectan la salud de una población en el contexto de inequidades sociales y económicas persistentes» (Manoukian y Elder, 2021).

Ferrandini (2011) tomando aportes de Floreal Ferrara define a la salud como

... la capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas. Una tarea que requiere de sujetos. Aún el problema epidemiológico existe si hay un actor que lo produce al identificarlo en la distancia entre lo que vive y lo que desea. No hay modo entonces de construir un problema sin el deseo, el interés transformador de un actor sobre su propia realidad. La categoría poder, implícitamente unidireccional en los modelos hasta aquí descriptos, asume un rol central en la explicación del problema de salud.

Es desde esta perspectiva que, como trabajadoras de la salud de atención primaria, pensamos y entendemos a la salud y desde donde miramos críticamente parte de las estrategias implementadas en pandemia. Asimismo, es dentro de nuestros márgenes de libertad, pequeños pero valiosos, donde pudimos transformar estas perspectivas en acciones cuidadas, que pongan en el centro de la escena a lxs sujetos y no al virus y que problematicen las desigualdades históricas y estructurales que la pandemia volvió emergentes. Este pasaje de lo «crónico» a lo «agudo» no fue por

la gravedad en términos de vulneración de derechos sino por el «riesgo» que estas desigualdades implicaban en la propagación del virus. Esto se vio materializado en el hecho de no contar con las condiciones necesarias para las medidas de cuidados establecidas, negando las diferencias en condiciones de vida entre los distintos barrios de la ciudad.

Nos encontramos con la necesidad constante de repensar nuestro rol. Al no contar con el encuentro diario en el CeSAC, tuvimos que incorporar lo virtual como la principal modalidad de intercambio cotidiano. Debimos asumir que la problematización y la construcción, en este momento, estaban mediadas por la virtualidad, y el chat de WhatsApp canalizó gran parte de los debates. Afrontamos tensiones en el nivel interno, en cada equipo de trabajo, entre compañeros, por la dinámica cotidiana, junto a otras generadas por el rol y las presencias del Estado en la relación con el barrio, en función de acciones territoriales y vínculos locales. Sostuvimos tareas que nos excedían, con buenos resultados muchas veces, pero abusivas por la sobreexigencia que implicaron y la falta de condiciones y tiempos para realizarlas adecuadamente en nuestro marco laboral. La reorganización del trabajo conllevó debates en relación a lo que se pretendía desde el ministerio y a nuestras perspectivas diferenciales, y también desde criterios de cada una de nosotras, desde nuestras disciplinas, roles y tareas. La gestión presenta muchas veces lógicas ligadas a la formación de quienes la ejercen, con características verticales y miradas reduccionistas en relación a la complejidad de los problemas (Federico, 2021).

El concepto de «acontecimiento disruptivo» (Reguillo, como se citó en Sy et al., 2021), nos permite pensar la pandemia «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» (Sy et al., 2021, p.62). Esto implica cambios en relación a un momento de caos, crisis, y otro de «reorganización, de institucionalización, de nuevos sentidos» (Sy et al., 2021, p.62). Así se posibilita la configuración de nuevos espacios, a partir de nuevas prácticas, que delinean nuevos procesos de atención y

cuidado (Sy et al., 2021, p.66). Este acontecimiento genera «... la aceleración y el acrecentamiento del conflicto al alterar las reglas del juego» (Reguillo, como se citó en Sy et al., 2021, p.70), lo que se percibe en relación a cómo vemos transformado el vínculo con nuestro trabajo, en la organización de espacios, tiempos y modos de atención.

Las condiciones de trabajo aportaron malestar y conflictos: espacios reducidos, sin elementos de protección personal en cantidad y calidad adecuadas ni capacitación para su uso. La falta de cuidado de las políticas no era solo hacia la población del barrio sino también hacia los equipos y trabajadorxs del sistema.

Reclamamos insistentemente información clara y estrategias de intervención construidas con los equipos locales; dispositivos y conectividad; comunicación y referencia con las UFU; cobertura de cargos de las personas dispensadas por tener condiciones de riesgo; reconocimiento salarial y condiciones de trabajo adecuadas; insumos de protección y cuidado para todas las personas que estaban trabajando en el barrio; participación en los comités de crisis hospitalarios. Denunciamos y nos opusimos a cambios arbitrarios de horario o tareas en forma desigual, sobreexplotación de profesionales en formación y estudiantes, etc.

Los llamados de acompañamiento se tomaron buscando evitar la lógica de control, pero su implementación fue compleja, por la falta de recursos frente a las necesidades, de dispositivos y conectividad, de encuadre y horarios. Entendimos que desde los equipos locales conocíamos las condiciones particulares para acompañar de otras formas los procesos de aislamiento. La comunicación y los vínculos que se generaron entre el equipo de salud a cargo de los llamados y las personas del barrio se extendieron mucho más allá de las recomendaciones de cuidado, asignación de turnos de testeo, envío de certificados o medicación: pudimos acercarnos a ideas circulantes, miedos, trayectorias, necesidades, redes, limitaciones, saberes y experiencias de la población local.

La resistencia inicial al plan DetectAr, por la población y desde los equipos, fue dando paso progresivamente a la valoración del centro de testeo que, con lógicas y dinámicas propias, permitió un

abordaje más cercano y efectivo, en contacto directo con organizaciones, referentes locales, equipos de salud y familias.

El trabajo en equipo fue fundamental para sostenernos, resistir, reclamar, resignificar acciones y demandas, pensar alternativas, hacer balances, adaptar las estrategias y respuestas para acompañar mejor a la población y organizar nuestra labor diaria. Con alternadas y variables resistencias y temores —expresados en chats, reuniones, charlas informales, o implícitas en actitudes diarias— y sin idealizar el proceso, la construcción colectiva nos ayudó a repensar la situación y repensarnos aún en el marco de tensiones y conflictos, ineludibles y permanentes.

Pensamos nuestra tarea desde la idea de que «la salud se produce “en acto”», en tanto «el producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso» (Merhy et al., 2006, p.151). El vínculo entre las personas, en la consulta individual y en espacios grupales, es fundamental para una salud desde la integralidad.

Existen tecnologías «duras» que refieren a equipamientos (respiradores, medicamentos, vacunas), y «blanda-duras», como conocimientos estructurados (infectología, epidemiología) (Federico, 2021), pero las «blandas» nos interesan particularmente en tanto refieren a aspectos relacionales, que permiten «escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario», y dan «vida» al trabajo en salud (Merhy et al., 2006, p.151). Ese espacio de «trabajo vivo» implica poder reinventar la autonomía de trabajadorxs y equipos en la producción de actos de salud, y en el marco de la relación intersubjetiva entre trabajadorxs y pacientes/ usuaries «se construye y reconstruye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido» (Merhy et al., 2006, p.151). La pandemia priorizó a las tecnologías duras, quedando las blandas relegadas, teniendo que, como trabajadoras, hacer un esfuerzo para sostenerlas, para sostenernos nosotras también:

... con poca reflexión y acción (no hay espacio ni tiempo para la discusión y comprensión) sobre los padecimientos. Reflexión y acción, mediadas fundamentalmente por «tecnologías blandas» (relacionales, intersubjetivas, vinculares), no solo con los enfermos y sus familiares, sino también

entre los trabajadores y con la propia comunidad: lo [micro] político.  
(Federico, 2021, p.6)

Algo de esta construcción de vínculos y sentidos compartidos encontramos parcialmente en ejemplos como la demanda de información sobre las muertes por COVID-19 y la posibilidad de construir una respuesta en conjunto. También en la relación establecida a partir de los llamados con las personas en aislamiento y entre compañeros, acompañando dudas o situaciones complejas, sosteniendo angustias propias y ajenas y construyendo estrategias.

El trabajo en salud, basado en relaciones interpersonales y sujeto a decisiones de los trabajadorxs en su espacio autónomo de práctica implica márgenes de libertad, que nos permitieron trabajar en las respuestas y modos de aplicar y llevar adelante las acciones. Buscamos reformular las propuestas con lógicas y criterios construidos desde otras perspectivas, procurando un anclaje territorial, comunitario e integral.

Las estrategias y acciones impuestas sin participación ni construcción territorial parten de «una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos para esas políticas que fueron estructuradas en base a una racionalidad extraña a esas singularidades» (Spinelli, 2010, p.279).

Esas clausuras simbólicas obturan el proceso necesario para poder pensar la política y entonces pareciera que solo le resta al trabajador gestionar lo que otros piensan y deciden como políticas. Así entendida, la política es para lo macro, como la gestión es para lo micro, así se plantea el juego. No pareciera haber espacio para la micropolítica. (Spinelli, 2010, p.280)

Lo cotidiano en salud presenta aspectos normativos y roles institucionales junto a prácticas privadas de trabajadorxs y equipos en escenarios donde actores con distintas intencionalidades, grados de poder y capacidad de decisión, intervienen y disputan los sentidos (Merhy et al., 2006). El constante debate al interior del equipo, la resistencia a lineamientos de las autoridades, la flexibilidad en la implementación o la adaptación propia de tareas, señalan ese margen de autonomía que nos permitió darle sentido a nuestro rol pese a no ser escuchados desde «arriba» pero con la satisfacción de pensarnos junto a y en el barrio.

Trabajamos y construimos desde la micropolítica, como formas de resistencia a las bajadas de políticas normatizadas y homogeneizadas, y como estrategia que nos permitió resistirnos al rol de control que tanto nos preocupaba.

La emergencia en salud es claramente preexistente a la declaración de la emergencia sanitaria por COVID-19. La escasez de personal, infraestructura, recursos y articulación entre niveles de atención, son aspectos que reflejan el deterioro sistemático de la salud pública y de las condiciones de salud y trabajo, resultado del lugar secundario de las políticas sociales (salud, educación, vivienda, etc.) frente a otros intereses políticos (Sy et al., 2020).

A partir de las condiciones locales de vida, de las características de la población y los grupos con los que trabajamos, de nuestras condiciones y lógicas de trabajo, en articulación con otros sectores y respondiendo (flexiblemente) a las políticas de nivel central, se fueron construyendo acciones adaptadas. Esto implicó tensionar las políticas de gobierno y el acceso a recursos a partir de la denuncia y organización colectivas, siempre en un marco de relaciones de fuerza desiguales (por momentos con mayor reflexión crítica, en otros de manera más improvisada).

La pandemia nos llevó a instancias de «vértigo» impensadas, respondiendo y resolviendo situaciones o articulando estrategias en cualquier momento y lugar, sin horarios, con cambios constantes de protocolos y rutinas que respondían a las normativas de gobierno pero también a las demandas locales, tanto preexistentes como emergentes, del miedo al COVID-19 y del COVID-19 en sí (Sy et al., 2020).

Al inicio de la cuarentena, la percepción del «control» que veíamos creciente, la intención de «cerrar» el barrio y mantener la vigilancia con el aumento de las fuerzas represivas fue un eje de preocupación, ilustrado por nuestras reflexiones y oposiciones a tareas que leíamos propias de una «policía del COVID-19». Esta idea actualiza viejas concepciones de la manera de pensar a la salud, desde el control y los aspectos biológicos de la enfermedad, como refiere Foucault:

la importancia repentina que asume la medicina en el siglo XVIII encuentra su raíz allí donde se entrecruzan una nueva economía analítica de la asistencia y el surgimiento de una policía en general de la salud de las poblaciones. La nueva nosopolítica inscribe la cuestión específica de la enfermedad de los pobres dentro del problema general de la salud de las poblaciones: se desplaza del contexto específico de la asistencia caritativa hacia la forma más general de una policía médica. (Foucault, 1999, p.332)

La función de policía consiste en «la articulación, aplicación y administración de las técnicas del biopoder con el propósito de incrementar el control del Estado sobre sus habitantes» (Albano, 2004, p.78). La tensión sobre nuestro rol tuvo varias aristas, como el rechazo a la vigilancia persecutoria y compulsiva —que no parecía tener como principal preocupación el cuidado de la población del barrio sino la contención del virus y de reclamos— o el encontrarnos implementando lógicas expulsivas desde el centro de salud para evitar que las personas ingresaran o solicitaran atención y tener que responder a modalidades de atención más «hospitalarias» como la de atender solamente lo impostergable, en forma individual y en consultorio. Se relegaron tareas vinculadas a la promoción de la salud, los cuidados y la prevención, el abordaje territorial, grupal y comunitario.

Ciertas acciones frente al COVID-19 nos hicieron «retroceder» en relación a nuestra perspectiva de salud integral y como derecho. Las estrategias tomaron centralmente aspectos del modelo médico hegemónico, que Menéndez (2020, p.2) caracteriza por su «biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas» sino también de normatización, control y legitimación, relacionadas con el rol de «policía» que mencionamos.

Desde la incomodidad y de manera retrospectiva, nos preguntamos: ¿por qué esta enfermedad no parecía dejarnos margen para pensar la salud en otros términos? ¿Fue por nuestros propios riesgos de enfermar que tomamos otra distancia? Pensamos en la discusión en relación al DetectAr, en algunas acciones/ reacciones desde los equipos frente al no cumplimiento de las medidas preventivas por la población, manifestadas como enojos, culpabilización, incompreensión, desaliento, resignación. También, en la percepción

del acompañamiento a las personas como una medida de control social, que buscamos transformar por medio de la reflexión e intervención situada.

La centralidad ineludible de la pandemia, del virus y el carácter agudo y urgente de la enfermedad nos llevaron a enfocar nuestras intervenciones y acciones desde perspectivas o abordajes propios de una salud biomédica, de una modalidad de prevención específica, de la epidemiología tradicional, que nos corre de nuestras intenciones integrales, de miradas más complejas y multidimensionales. Seguimos trabajando en interdisciplina, pero con una marcada preeminencia del saber médico y especializado desde el discurso público y social y desde las políticas, replicadas al interior de los equipos y en el barrio.

## NOSOTRES Y EL ESTADO

Otro eje de tensión fueron nuestras contradicciones en relación a las múltiples «presencias estatales», diversas ideas e instituciones del Estado que se encarnan en prácticas, relaciones y conceptos de los grupos, donde «qué es el Estado dependerá del interjuego entre enunciaciones y audiencias, entre proyectos divergentes de unidad, entre lugares disponibles y formas de circularlos» (Manzano y Ramos, 2015, p.11).

El Estado «suele tener un lugar central como contexto en el que se construyen y dirimen los sentidos hegemónicos, las formaciones de alteridad y los lugares disponibles para la movilización, la demanda y el reclamo» pero tiende a esfumarse y multiplicarse en sus diversas presencias (Manzano y Ramos, 2015, p.9). Asimismo, está presente en prácticas cotidianas, en luchas políticas puntuales, en articulaciones discursivas y en posicionamientos y reposicionamientos de actores llevando a cabo proyectos particulares, en disputas y negociaciones que se institucionalizan (o no), en derechos, obligaciones, reclamos y demandas.

La diferencial estrategia de «cuidado» o «prevención» cerrando el barrio remite a cómo «las intervenciones estatales en las villas interpelan las concepciones de ciudad como un todo, aun cuando

su focalización las remita a espacios acotados» (Cravino, 2009, p.75). La implementación de acciones o programas refuerza y reproduce las estigmatizaciones de las que son objeto estos territorios, diferenciándolos y distanciándolos de la ciudad «formal», mientras los procesos sociales que les involucran solo pueden entenderse dinámica y relacionalmente.

A partir de compromisos y acuerdos, se establecen distintos nosotros contextualmente definidos, que nos incluyen o no como equipo de salud en función de apreciaciones estratégicas, necesidad de relaciones y apoyos, acumulación de fuerzas, tensiones y conflictos. Desde el Comité de Emergencia se canalizaron reclamos y denuncias comunes hacia el GCBA, conjuntamente entre actores de líneas político-partidarias diferenciadas. Esto fue una muestra de las instancias de organización que se generaron capitalizando —no sin conflicto— los puntos de acuerdo en un marco de relaciones de poder particular, relegando a otros ámbitos aquellos aspectos sin consenso.

El Comité de Emergencia y las reuniones quincenales fueron clave para la organización y discusión. La incorporación de actores, como la Escuela Media, aportó a sumar problemáticas, como la articulación de la asistencia alimentaria (entregas de mercadería a estudiantes) o cuestiones educativas (necesidad de dispositivos y conectividad, modalidades de aprobación, inscripción, continuidad educativa), y la posibilidad de construir o apoyar reclamos.

Las organizaciones sociales fueron un actor fundamental y nuestras acciones estuvieron absolutamente vinculadas a la articulación con ellas. Sin profundizar en este aspecto, es inevitable destacar su rol y las relaciones conflictivas y variables con el Estado (en sus múltiples expresiones), en el marco de estrategias de gobierno y políticas que tendieron a responder con recursos a cuentagotas y a contener potenciales y temidos «estallidos».

El ideal de las organizaciones como facilitadoras del diálogo, para dar lugar a la toma de decisiones compartidas, debe analizarse en su concreción cotidiana, en relación a este lugar de «mediadoras» entre el Estado y la población, como «actores que resuelven, generan o acentúan buena parte de los conflictos derivados de las

intervenciones estatales» (Cravino, 2009, p.66). Esto nos lleva a preguntarnos por nuestro rol en ese diálogo y conflicto, con el Estado, con las organizaciones, con la población.

## A MODO DE CIERRE

La pandemia por COVID-19 volvió emergentes los problemas estructurales con los que viven grupos de población con derechos fuertemente vulnerados. Los equipos de salud del primer nivel de atención tuvimos que repensarnos en este nuevo escenario, redefinir nuestro rol y posicionamiento tanto en relación con la población como con el Estado del que somos parte.

La incertidumbre nos atravesó y tuvimos que aprender como nunca antes a lidiar con los cambios, a trabajar con lo desconocido y con el miedo. Este fue uno de los mayores aprendizajes: «la supuesta certidumbre sobre el futuro es la mayor debilidad de la planificación, ya que desconoce que la certidumbre pertenece a lo imaginario, y, por el contrario, es la incertidumbre lo constitutivo de lo real» (Spinelli, 2010, p.280).

Fueron momentos de una fuerte construcción colectiva, de reflexiones profundas, pero aun con tensiones y contradicciones, supimos qué lugar queríamos ocupar: «pegaditxs al barrio». Nuestro lugar, el que venimos construyendo hace años y que a pesar de las lógicas médico hegemónicas que en ocasiones la pandemia nos impuso, logramos sostener. Estas construcciones se intentaron horizontales, participativas, dentro del equipo y con el barrio. De esta experiencia no salimos iguales, y, ahora, es tiempo de volver a empezar: «Una nueva normalidad establecerá también unos trabajadores y trabajadoras que también serán otros, porque nadie sobrevive a experiencias límite o extremas, como la que hoy enfrentamos, sin una elaboración que le dé un lugar y le otorgue sentido» (Sy et al., 2020).

Este texto es producto de un primer intento de sistematización de la experiencia, sabiendo que nos queda mucho por profundizar, abordar, analizar y categorizar. Confiamos en que construir este y otros relatos, recuperando otras miradas, voces y experiencias, nos permitirá seguir avanzando hacia ese objetivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albano, S. (2004). *Michel Foucault. Glosario de aplicaciones*. 1ª ed. Quadrata.
- Althabe, G. y Hernández, V. (2005). Implicación y reflexividad en Antropología. En V. Hernández, C. Hidalgo y A. Stagnaro (Comps.), *Etnografías globalizadas*. Sociedad Argentina de Antropología.
- Calvetti, J.M., Muñoz, E., Morales, Y., Paggoto, V., Vacchino, D., Luna, L. y Salto, J. (2021, octubre). *Análisis de la seroprevalencia de COVID-19 en la villa 21/24 y Zavaleta. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Noviembre 2020*. Ponencia en las XIV Jornadas de Sociología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Cravino, M.C. (2009). Territorialidades en las villas en la Ciudad de Buenos Aires. Estado, mercado y relaciones sociales en la espacialidad barrial. En A. Catenazzi, A. Quintar, M.C. Cravino, N. Da Representacao y A. Novik, *El retorno de lo político a la cuestión urbana. Territorialidad y Acción Pública en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Prometeo-UNGS.
- Dirección General de Estadísticas y Censos, M. de H. y F., CABA. (2020). *Encuesta de Seroprevalencia de COVID-19. Ciudad de Buenos Aires. Informe de Resultados 1501*. [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/11/ir\\_2020\\_1501.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/11/ir_2020_1501.pdf)
- Ellis, C., Adams, T.E. y Bochner, A.P. (2015). Autoetnografía: Un panorama. *Astrolabio*, (14), 249-273.
- Federico, L. (2021). Política y trabajo en salud: ¿La pandemia de COVID-19 como acontecimiento? *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4), e00240120. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00240120>
- Ferrandini, D. (2011). *Algunos problemas complejos de salud*.
- Foucault, M. (1999). La política de la salud en el siglo XVIII. En *Estrategias de poder* (pp.327 - 342). Paidós.
- Gerbaudo, D., Golé, C., Pérez, C. (2020). Diario etnográfico de tres becarias en cuarentena: entre el aislamiento y la intimidad colectiva. *Periferia, revista de recerca i formació en antropologia*, 25(2), 167-178, <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.756>
- Gerencia Operativa de Epidemiología, Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, CABA. (2017). *Análisis de situación de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Año 2016*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis\\_caba\\_2016\\_dic17\\_vf\\_1.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis_caba_2016_dic17_vf_1.pdf)

- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI.
- Manoukian, D., y Malco, E. (2021). Mortalidad por COVID-19 y sinergia con enfermedades crónicas coexistentes en la provincia del Neuquén, Argentina, 2020. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, 1-8. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/656>
- Manzano, V., y Ramos, A. (2015). Introducción. Procesos de movilización y de demandas colectivas: estudios y modos de abordar «lo político» en la vida social. *Identidades. Revista del Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia*, 5(8), 1-25.
- Menéndez, E.L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615. doi: 10.18294/sc.2020.2615.
- Menezes, P., Magalhães, A. y Silva, C. (2021). Painéis comunitários: a disputa pela verdade da pandemia nas favelas cariocas. *Horizontes antropológicos*, 7(59), 109-128.
- Merhy, E.E., Camargo Macruz Feuerwerker, L., y Burg Ceccim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147-160.
- Ministerio Nacional de Desarrollo Territorial y Hábitat. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/barrios-populares>
- Ministerio Nacional de Desarrollo Social. El Barrio cuida al Barrio frente a la pandemia del COVID-19. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-lanza-el-barrio-cuida-al-barrio-frente-la-pandemia-del-covid-19>
- Ministerio Nacional de Salud de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar>
- Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS). (2022). *Dispositivos de Intervención en Prevención, Promoción, Educación y Comunicación para la Salud*. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica e Investigación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires/CABA.
- Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Paidós.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Sy, A., Derossi, P., Moglia, B., y Aragunde, G. (2020, junio, 5). Lo urgente y lo emergente en la salud pública. *Revista Viento Sur*. <http://vientosur.unla.edu.ar/index.php/lo-urgente-y-lo-emergente-en-la-salud-publica/>

- Sy, A., Moglia, B. y Derossi, P.D. (2021, diciembre). Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la salud pública. *Rev. Salud Pública*. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/33077>
- TED. (2009, julio). *Chimamanda Ngozi Adichie: El peligro de la historia única*. [Video] [https://www.ted.com/talks/chimamanda\\_ngozi\\_adichie\\_the\\_danger\\_of\\_a\\_single\\_story?language=es#t-1110239](https://www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=es#t-1110239)



LUCÍA PELATELLI es licenciada en Nutrición, egresada de la Universidad de Buenos Aires, y magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús. Trabajó en programas alimentarios dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y desde 2012 en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la CABA. Desde 2012, es docente-investigadora adjunta regular en la Universidad Nacional de Lanús.

MARÍA DANIELA CORMICK es antropóloga, egresada de la Universidad de Buenos Aires. Egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud, del Ministerio de Salud del GCBA. Docente de nivel universitario y terciario. Desde 2018, trabajadora de planta permanente de Centros de Salud y Acción Comunitaria de la CABA (Área Programática Hospital Penna).