

Título:

La salud como intertexto. Las respuestas a la pandemia de COVID-19 en los barrios 21-24 y Zavaleta (Barracas, CABA) como experimentaciones colectivas que “abren” los sentidos de lo público.

Resumen:

En el trabajo que introducimos, buscamos dar cuenta de las experimentaciones colectivas desarrolladas por las organizaciones sociales que pueblan los barrios 21-24 y Zavaleta (Barracas, CABA) en el contexto de la pandemia de COVID-19. Dicha experiencia tuvo lugar ante una situación inusitada que, según refieren lxs actorxs en nuestro corpus de entrevistas, pareció “frenar” al Estado, que, así, “se cerró”. Una pista que perseguimos es que las redes de conversaciones que traman lxs actorxs sobreviene en prácticas, formas de vida colectivas que apoyan en determinadas organizaciones sociales, pero también en los distintos grupos y sus modos de comprender la salud, enfermedad, atención, cuidado. Luego, retomando las experimentaciones colectivas que se emplazan como formas de autodefensa, es posible anticipar que, ante el “cierre” del Estado, algo “se abrió” –o, también, se hizo visible como soporte colectivo de la vida–. Lo que nos preguntamos luego es: ¿qué prácticas ligadas a la producción de salud desarrollaron en este contexto inédito? ¿Qué articulaciones con el Estado en sus diferentes personificaciones han sostenido? ¿Cómo acentúan y/o construyen significaciones sociales como “la salud”, etc.? ¿En torno a qué sentidos de lo público “se cerró” el Estado?

Por último, nos detendremos en lo que la mesa refiere como “dificultades metodológicas para realizar estudios sobre estas problemáticas en el escenario de la pandemia y el ASPO”, siendo que entendemos que tomar en cuenta la perspectiva de lxs usuarixs y sus soportes colectivos de autodefensa –y no solamente de los equipos de Salud–, es vital a la producción de Salud Colectiva.

Expositor:

Sena, Gastón Carlos

Pertenencia institucional:

Lic. y Prof. en Cs. de la Comunicación, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires (FSOC, UBA) / Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa) / Becario de investigación Ministerio de Salud GCBA

Palabras clave: Salud Colectiva / COVID-19 / Consumos problemáticos de sustancias psicoactivas

XIV Jornadas de Sociología de la UBA (1-5 de noviembre de 2021).

Mesa 136: "El cuidado de la salud durante la pandemia COVID-19, perspectivas y vivencias de lxs profesionales y lxs pacientes".

Coordinadores: Betina Freidin, Matías S. Ballesteros y Mercedes Krause

Comentarista: Agustín Wilner

Eje 3: "Estructura social, demografía, población".

1. Introducción

A través del presente trabajo se introducen resultados parciales de una investigación en curso desde octubre de 2019. Dicha investigación se desarrolló en un contexto inusitado, que todavía continuamos atravesando, la pandemia de COVID-19. El mismo fue abordado por el gobierno nacional mediante la declaración de medidas sociosanitarias comprendidas como “Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio” (ASPO) e instrumentadas a través del DNU 297/2020. Las medidas contaron, en un principio, con la adhesión de las diferentes jurisdicciones estatales, y sus mandos políticos, aunque no tardarían en plantearse diferencias que agrietaron dicho abordaje sociosanitario. Dicho “agrietamiento” tendría que ser considerado dando cuenta de cómo el hecho llamado “objetivo” se huella, atendiendo a la construcción de conocimiento[s] que, va de suyo, no es sin sujetx.

Así, nuestro proceso de investigación se vió tempranamente afectado por las restricciones que supuso el ASPO, a la vez que por la desarticulación social que trajo aparejado semejante escenario. Promediando marzo de 2020, las organizaciones sociales del área de referencia se movilizaban ante lo que entendieron como “un cierre del Estado”, según un motivo recurrente en las entrevistas. Es decir, que las organizaciones percibieron la gravedad de la coyuntura que enfrentaban y se organizaron partiendo de los soportes organizativos precedentes, entre éstos la Junta Vecinal de 21-24 y la Mesa de Salud y Hábitat. Con la participación de un actor fundamental en el barrio, los llamados “curas villeros”, esta inquietud impactó incluso en el gobierno nacional. Ante la precariedad de recursos con la que cuentan barrios vulnerables, no sólo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se planifican medidas acordes a la situación sociosanitaria que comprenden articulaciones intersectoriales y la participación comunitaria. Los barrios 21-24 y Zavaleta, al contar con una importante organización territorial, dan lugar a lo que se llamará “Comité de Crisis”. Dicho espacio organiza territorialmente la respuesta a las necesidades de la población residente (necesidades que tienen que ver con la provisión de insumos para la sanitización, agua, electricidad, vivienda, alimento, el cuidado de adultos mayores, personas que necesitan continuar con sus tratamientos prescritos o con padecimientos preexistentes que agravan su situación de exposición al COVID-19, empleos informales que se pierden, contagios e imposibilidad de aislarse por vivir en condiciones de hacinamiento, situaciones de violencia de género y/o consumos problemáticos, etc.). Asimismo, a nivel ministerial, se crea el Programa “El barrio cuida al barrio”. Dicho programa articula la trama comunitaria con la que cuentan los barrios, fortaleciéndolos con recursos a los fines de enfrentar la pandemia, poniendo “en el centro” la organización territorial.

Lo que sucedía en el barrio, nos convocaba a repensar la investigación a la luz de la experiencia comunitaria en desarrollo. Con mi Directora de investigación, la Lic. Claudia Lomagno, nos propusimos entonces entrevistar a lxs referentxs de las organizaciones sociales que sostenían las respuestas del barrio en articulación con los Ministerios de Salud y Desarrollo. De este modo, las experimentaciones colectivas que tenían lugar (Merhy, 2020), antes que como una interferencia

para la investigación, las pensamos como expresión de las posibilidades sociosanitarias de dar respuestas en contextos adversos. Si sucedía una desarticulación social, era interesante registrar el reposicionamiento del Sistema de Salud ante lo inusitado, sus modos de enfrentar las turbulencias que atravesábamos y que condicionaban la situación de salud de la población. Más todavía, lo novedoso de la participación comunitaria en curso. Entendíamos así que se estaban desarrollando acciones de promoción de la Salud que podían ser contempladas dentro de la propuesta de nuestra investigación. Si bien, el Sistema de Salud se centralizaba en los testeos y/o la detección de casos, la estrategia de atención primaria se expresaba, asimismo, en las articulaciones originales que presenciábamos. La participación de lxs trabajadorxs de Salud en dichas articulaciones, muchas de ellas anteriores a la pandemia, es un aspecto propio de un enfoque de salud ampliada (Rovere, 1993; Sousa Campos, 2001) que muchas veces perdemos de vista en su carácter de respuestas comunitarias, intersectoriales, a los determinantes sociales de la Salud (OMS, 2008). En este escenario, además, nos preguntábamos qué lugar tenían los adolescentes y jóvenes, si participaban de dicha experiencia. De este modo, buscamos replantearnos la investigación ajustándonos a las experiencias comunitarias en desarrollo, tras los pasos de lxs actorxs.

A los fines, se realizó la sistematización de 14 entrevistas a referentxs de diferentes organizaciones sociales del área de referencia. Entre otras, se entrevistaron promotoras de salud de organizaciones sociales, referentxs de dichas organizaciones, comedores y/o centros comunitarios y referentxs de áreas ministeriales intervinientes. Las entrevistas realizadas, no obstante, continúan desarrollándose, buscando ampliar la muestra, y dar cuenta así de la heterogeneidad de experiencias que habitan el territorio de referencia. En esta respuesta local, nos interesa recuperar la articulación que se desarrolló entre dichas organizaciones sociales y los ministerios de Salud y Desarrollo, principalmente, en sus diferentes jurisdicciones. Se articuló mediante el análisis y la interpretación las categorías empíricas construidas con lxs referentxs de dichas organizaciones sociales, buscando comprender la experiencia desarrollada por las organizaciones cuyxs referentxs entrevistamos en el contexto de la pandemia de COVID-19. También, buscando conocer más acerca de la experiencia referida y ampliar las observaciones realizadas (que permiten alcanzar una mayor comprensión de los relatos vertidos por lxs referentxs entrevistadxs, como también de los universos de referencia de los que participan las acciones colectivas en que se inscriben), se participó de reuniones de la Mesa de Salud y Hábitat y del Comité de Crisis, mesas intersectoriales que funcionan como articuladoras de las respuestas “del barrio”. De este modo, buscamos contextualizar las referencias que hemos obtenido mediante entrevistas, buscando comprender más acerca de la realidad circundante y el punto de vista de las organizaciones.

Va de suyo que, al realizarse los contactos con las organizaciones sociales en un contexto de pandemia, se sostuvieron todas las medidas de cuidado necesarias a los fines. Dentro de las diferentes experiencias de entrevistas, cabe destacar algunas: una, la de una organización social

que decidió en asamblea si se realizaban las entrevistas requeridas, y otra, la de una entrevista que, una vez concertada, resultó ser colectiva, realizándose al pleno de las promotoras de salud de la organización. Por éstas y todas las oportunidades de conocer el trabajo de las organizaciones, el becario no puede más que agradecer infinitamente el tiempo y la atención brindada.

En la presente investigación, por último, las compañeras del Centro de Día que funciona en instalaciones del CEMAR n.º 2, de barrio 21-24 (CABA), merecen un párrafo aparte. Con ellas presencié la incesante búsqueda de construir estrategias que permitan alojar la heterogénea población a la que responden (y sus necesidades en salud). Para ellas, por alojarme y/u orientarme, no tengo más que agradecimientos. No obstante, lo vertido en esta investigación corre por mi cuenta.

El presente trabajo fue realizado en el curso de una beca otorgada por el Ministerio de Salud de la CABA, mediante Resolución N° 2019-2619-GCABA-MSGC.

2. Metodología

En el presente trabajo nos proponemos dar cuenta del punto de vista de lxs diferentes actorxs sociales con los cuales hemos tenido la posibilidad de entrevistarnos a los fines en lo referente a las respuestas a la pandemia del COVID-19 desarrolladas en los barrios 21-24 y Zavaleta (CABA). Referiremos así a las categorías empíricas que hemos construido en el intercambio con lxs entrevistadxs.

Souza Minayo (2013) define a las categorías empíricas como: “las expresiones clasificatorias que los actores de determinada realidad construyen y les permiten dar sentido a sus vidas, sus relaciones y aspiraciones” (Ibíd.; 148). Se trata, cabe agregar, de una construcción de conceptos que sucede entre lxs entrevistadxs y el investigador. En este sentido, como sostiene Geertz (1992), “son ficciones, algo hecho”, y esto porque nos orientamos a partir de las estructuras que portamos, nuestras significaciones sociales que también incluyen valoraciones, perspectivas, prácticas, etc.

La muestra no busca ser representativa (en una investigación cualitativa buscamos abarcar la diversidad que caracteriza a un grupo social, sus formas singulares [Souza Minayo, 2013; 163]) pero sí dar cuenta de la experiencia organizativa desarrollada en el contexto de la pandemia. Esto supone que el entendimiento de lxs sujetxs sobreviene en prácticas, formas de vida colectivas que apoyan en determinadas organizaciones sociales, pero también en los distintos grupos y sus modos de comprender la salud, enfermedad, atención, cuidado. Lo que nos preguntamos luego es: ¿cómo van equipados dichxs sujetxs? ¿Qué prácticas ligadas a la producción de salud desarrollaron en este contexto? ¿Qué articulaciones con el Estado en sus diferentes personificaciones han sostenido? ¿Cómo acentúan y/o construyen significaciones sociales como “la salud”?

La muestra se realizó por conveniencia y llegamos a las organizaciones sociales presentándonos personalmente y contando los objetivos de la investigación, algunas veces mediado por la búsqueda de contactos telefónicos mediante informantes clave a través de los cuales concertamos entrevistas.

Además de las entrevistas, se participó de actividades comunitarias (manifestaciones, ollas populares, postas de salud, reuniones de redes territoriales, intersectoriales, etc.), se recorrió el barrio para referenciar los lugares de inserción de las organizaciones, se dialogó con múltiples personas que nos fueron orientando hacia la concreción de las entrevistas, se observó en plataformas electrónicas las publicaciones de las organizaciones sociales, entre otras actividades que permitieron tener un conocimiento más concreto del contexto en que las organizaciones desarrollan sus actividades.

Buscaremos entender mediante el análisis y la interpretación el corpus de entrevistas, destacando así lo referente a las prácticas en salud y sus significados para los actores sociales, en el contexto de la pandemia de COVID-19. En dichas respuestas encontramos además insistencias que se materializan en prácticas colectivas que exceden a la coyuntura atravesada, que tienen que ver con los soportes colectivos mediante los cuales “el barrio”, haciendo uso de estrategias territoriales, intersectoriales, enfrenta los determinantes sociales de la salud, en un proceso que moviliza a la comunidad.

A los fines utilizamos la metodología de análisis de contenido (Gomes, 2003), por lo cual se articuló las nociones recurrentes en las entrevistas para orientarnos en la comprensión del material. Hemos referido, también, que el texto que presentamos, supone un intertexto, dado que sucede del intercambio entre los entrevistados y el investigador, a lo que cabe agregar el entorno, que incluye prácticas que sólo de forma contextualizada pueden ser comprendidas (Geertz, 1992; 27). También Souza Minayo (2013) hace referencia al lugar del contexto en la producción del corpus, que, entiende, no se reduce a la letra, toda vez que supone interacciones entre sujetos, donde el investigador, incluso, supone un rol, no siendo transparente su lugar. Para la autora, estas marcas “extradiscursivas” se pueden recuperar teniendo en cuenta la observación de prácticas y lo concerniente al entorno, como también lo histórico, que se expresa muchas veces en forma de organizaciones en que los actores apoyan. De este modo, buscamos ligar lo dicho con lo hecho, interpretando los contenidos en términos de los marcos de referencia que subyacen, teniendo en cuenta así “la acción y la acción objetivada en las instituciones” (Souza Minayo, 2013; 288).

3. Desarrollo

A los fines de organizar los resultados de la investigación, optamos por presentar algunas de las categorías empíricas construidas en el intercambio con los entrevistados. Las mismas irán acompañadas de comentarios a partir de los cuales vertiremos consideraciones propias de la fase de análisis e interpretación, que, en posteriores trabajos que amplíen la sistematización, serán las

referencias desde las cuales buscaremos orientarnos en la comprensión del punto de vista de lxs actorxs. Las categorías en torno a las cuales trabajaremos son: i) Concepto de salud-enfermedad; ii) Redes de conversaciones; iii) Junta Vecinal / Comité de Crisis y, iv) Ser del barrio / identidad.

En lo referente al ítem i), “Concepto de salud-enfermedad”, daremos cuenta de conceptualizaciones que las organizaciones referencian en torno a los procesos de salud-enfermedad. También es posible leer en dichas consideraciones, las estrategias que ligan a la construcción de salud, las formas en que conceptualizan los modos de vida y su relación en términos de salud-enfermedad, o las prácticas en salud que desarrollan cotidianamente, incluidos los llamados “procesos de autoatención”.

El ítem ii), “Redes de conversaciones”, da cuenta de las conversaciones mediante las cuales las organizaciones sociales desarrollan vínculos con el Sistema de Salud, con otrxs actorxs institucionales o con la sociedad o el barrio, en general. La comunicación que sostienen las organizaciones, atraviesa las estrategias de fortalecimiento territorial que desarrollan. Contextualizar las redes de conversaciones permite leer la calidad de las conversaciones que tienen lugar en las redes ampliadas de salud.

El ítem iii), “Junta Vecinal / Comité de Crisis”, hace referencia a la experiencia organizativa que tuvo lugar en el contexto de la pandemia, que encuentra precedentes en el trabajo político de las organizaciones sociales, en diferentes experiencias en salud, dentro de las cuales destaca la Mesa de Salud y Hábitat, que da cuenta de una sostenida articulación intersectorial. También se reconoce como precedente de dicha organización, el trabajo territorial de las organizaciones sociales, destacándose las promotoras de salud. Más en general, se inscribe la respuesta local a la pandemia en la histórica organización que, refieren, diferencia al barrio de otros de similares condiciones socio-sanitarias.

Por último, el ítem iv), “Ser del barrio / identidad”, recupera referencias a un conocimiento del lugar, una experiencia del barrio, que conforma una identidad, un modo de ser. Éste, al ponerse en relación con Salud, es valorizado en lo que tiene de facilitador del acceso de la población residente. Asimismo, delimita al interior diversos agrupamientos que entran en relaciones, a veces, marcadas por el conflicto y que son tenidas en cuenta por las construcciones políticas territorializadas.

3.1 Conceptos de salud-enfermedad

En lo que sigue, daremos cuenta de la heterogeneidad que caracteriza los modos en que lxs referentxs de las organizaciones sociales mencionan la salud en las entrevistas realizadas. Es importante tener presente que diversas conceptualizaciones pueden coincidir en una misma organización. Asimismo, que dicho entendimiento organiza prácticas, estrategias que lxs actorxs sostienen en el territorio.

En algunos casos, se menciona la salud centrándose casi exclusivamente en lo que se entiende como enfermedades.

–Nosotros ponemos todo de nuestra parte para que lo que uno hace sea saludable. ¡Salvo hoy que el desayuno lo hice con torta frita! (ríe) ¡Pero bueno! Algo que estamos queriendo presentar desde los comedores y que lo venimos discutiendo con las autoridades, es que haya comedores que tengan dietas para celíacos, diabéticos... porque vamos a lo que es. Mucha gente se acerca y me dice que no puede comer tal cosa. ¡Pero yo cocino para 600 personas! (referente de comedor comunitario, barrio Zavaleta).

La alimentación es pensada, la más de las veces, desde la preocupación por contar con las raciones suficientes, primando la necesidad. Esta aparece como la consideración predominante al respecto, dando lugar a un gradiente entre lo que sería deseable ofrecer como saludable, especie de alimentación en abstracto, y lo que efectivamente se ofrece. Es así que salud pasa a entenderse como un problema de salud, al que se alude mediante diagnósticos.

Es interesante, sin embargo, que en el intercambio referido la preocupación por la alimentación llega desde afuera. En las menciones a lo propuesto por quienes la entrevistada llama “funcionarias del GCBA”, se responde con un gesto: “¿cómo le niego a un pibe un alfajor?”. Se trata de un entendimiento tácito de la alimentación, una interioridad que no se agota en las raciones.

Otras referencias a la alimentación en su relación con lo que se entiende por “salud”, las encontramos en comentarios vertidos por un referente de 21-24, cuando considera la experiencia desarrollada buscando “no ser un comedor”. Fue entonces que pensaron “el tema de la alimentación” y decidieron relacionarse con la Unión de los Trabajadores de la Tierra (UTT). Mediante un intercambio con la organización, empezaron a recibir alimentos agroecológicos:

–Conseguíamos las bolsas de verdura fresca. Y nos parecía mucho más sano que lo que estaba dando el Comité de Crisis, entonces dijimos “esto es lo que nos está dando el Estado”. Busquemos otra forma... aparte de que era mucho más barato. Cierra por todos lados. Lo que pasa es que es una logística porque si no la verdura se te pierde. Tuvimos como que “aceitarnos” nosotros (referente de barrio 21-24).

–Venían los pibes y “che, hay que ir a la UTT”, entonces iban hasta allá, bajaban los bolsones, después venían y otro grupo acomodaba las bolsas. Cebolla, batata, choclo, ¡no!, era hermosa la bolsa, ¿viste? (referente de barrio 21-24).

Es interesante la referencia a que se precisaba toda “una logística” para sostener la propuesta alternativa. En el relato, el entendimiento de “comer sano”, va ligado a una práctica político-organizativa.

–Comemos para llenarnos. Lo que salga. Estaría bueno saber cómo se trabaja con eso, cómo se consigue poder entender eso. ¿Por qué no le enseñamos a la gente a hacer huerta? Estamos yendo un poco por ahí, que es totalmente a contramano de las otras organizaciones, ¿viste? Está bien, igual, hace falta entregar comida. Todo el año pasado se entregó comida. Pero también hace falta abrirle la cabeza a la gente. Para que sepa cultivar (referente de barrio 21-24).

Nuevamente, con la alimentación va ligado todo un modo de organización de la comunidad. La organización refiere que “somos medio robots” porque no sabemos cómo imaginarnos de otro modo la vida, la alimentación. Y esto lo piensan mediante el concepto de logística, organización. En otra entrevista, una referente de un centro comunitario ubicado en el barrio 21-24, sostiene que se definen como “Centro Comunitario porque hacemos mucho más que las actividades de un comedor” y refiere como preocupación que tendría que garantizarse la buena calidad de la alimentación:

–La alimentación te condiciona en un montón de cosas. Si sos una persona con enfermedades crónicas, como la diabetes, necesitás una buena alimentación y si no tenés un comedor que te la pueda brindar, vas a comer cualquier cosa y te va a ir mal (referente de centro comunitario de barrio 21-24).

Para la referente, el comedor no siempre recibe lo que necesita. En ese sentido, la lucha por el reconocimiento que sostiene el centro da cuenta del entendimiento de que la salud es mucho más que comer lo que se pueda, que contempla otras dimensiones de la vida, de ahí que “haga mucho más”:

–Yo creo que la salud tiene que ver con la contención. Si yo voy al médico, el médico me está conteniendo. Me está abrazando, en cierto sentido. Nosotros pensamos la forma más efectiva de acompañar, porque la salud es integral. Es todo integrado. Todo lo que nos pasa es salud. Todo lo que nos atraviesa como personas. Si hay algo de tus derechos vulnerados, no tenés salud. Porque te afecta en algo, sea en lo emocional, físico, psicológico, ¡en todo! Y lo económico va de la mano. ¡La comida! Es como un abrazo, la salud es como un abrazo. Eso es lo que nos falta, ¿no? (referente de centro comunitario de barrio 21-24).

También ligado a conceptualizaciones que entienden la salud casi exclusivamente al modo de la enfermedad, tenemos la temática de los consumos problemáticos que aparece fuertemente. Incluso si se trata de una organización que contempla entre sus intervenciones espacios que exceden lo específico de un comedor, y hasta desarrollan actividades religiosas, buscando incidir de otro modo en “el tema de las drogas”, fortaleciendo desde los preceptos morales la prevención:

–Acá viene un pibe a pedirte la comida y te dice: “¡me quiero internar!”. Llamás por teléfono, “¡no!, la psicóloga hoy no está, es mañana... traelo a las 9 de la mañana...”, ¿a dónde lo voy a ir a buscar?, ¿qué hago, lo meto en mi casa? Le digo: “bueno, vení mañana”. ¡El pibe no viene! (referenta de comedor de barrio Zavaleta).

En el anterior fragmento, la demanda de internación se demora al toparse con la institución, que, en el entendimiento de la referenta, no responde. Para la entrevistada, esto impugna toda intervención posible, puesto que no contemplaría la urgencia. Se hace visible así un concepto de salud entendido como la privación del tóxico, además dejando de lado el contexto y/o las inserciones sociales de la persona referida como teniendo que ser privada de la sustancia. No obstante, en el comedor de que se trata, se realizan actividades que amplían el abordaje preventivo, proponiendo desarrollar otros aspectos también vitales, como las prácticas expresivas. En un sentido similar al anterior, en una entrevista a un referente de una organización que trabaja con población usuaria de sustancias psicoactivas que reside en calle y padece de otras enfermedades, se menciona:

–Todo muchacho que consume en la calle, y que está con abstinencia, no tiene la posibilidad mental de pensar y de contenerse en cuanto a las reacciones. Entonces vienen y hay que tener muy claro cómo tratarlos (centro comunitario de barrio Zavaleta).

Este comentario refiere a una concepción de la salud que focaliza en la sustancia. No obstante, otras dimensiones son consideradas en el vínculo cotidiano con la población usuaria, cuestiones que han sido destacadas por otra referente de la misma organización, dando cuenta de la heterogeneidad que la caracteriza.

–Ellos llegan acá y lo toman como su casa. Entonces, el trato es muy de familia. Necesitan esa... tienen esa necesidad de sentirse en familia, de sentirse en su casa (centro comunitario de barrio Zavaleta).

Distinto a concepciones más centradas en la enfermedad, otras perspectivas contextualizan los procesos de salud-enfermedad. Es decir, que contemplan las condiciones de vida o trabajo como

relacionadas con los temas de salud. Esto los lleva a pensar estrategias de tipo territorial o intersectorial que se ajusten a la complejidad que, entienden, atraviesa los procesos de salud-enfermedad.

–Si hablamos de salud, hablamos de todo. Hablando de salud, uno tiene que tener bienestar, un trabajo digno, un montón de otras cuestiones que acá hacen falta. Una cosa conlleva la otra. Entonces, lo que nosotros queremos es hacer es que todos seamos iguales. Que un chico tenga el mismo derecho que otro que vive en otro lado. Entonces, yo creo que la desigualdad social es lo que tenemos como título (promotoras de salud de organización social de 21-24).

En este fragmento, el objeto salud que las promotoras de salud se proponen, se amplía de tal manera que alcanza a la desigualdad social. Así, “caminar el barrio” sería una estrategia que buscaría lograr dicha meta, tanto como articular con el Sistema de Salud, o reclamar para tener derechos. Y esto porque se propone involucrar al barrio entendido como sujeto.

–La definición de salud que manejamos tiene que ver no solamente con entender la salud como la OMS lo hace, sino que salud es poder tener en tu barrio un espacio verde para jugar tranquilos. Sin la posibilidad de que haya una bala perdida, eso también es salud (referente de organización social de barrio 21-24).

En lo anterior, el concepto de salud se piensa desde el contexto, señalando que la falta de espacios verdes y/o la eventualidad de ser interceptado por un proyectil al circular por el barrio, son factores a ser tenidos en cuenta. La organización a la que pertenece la entrevistada, encuentra sus orígenes en el rechazo a la estigmatización por residir en una villa y/o la violencia institucional sufrida por dicha población. Estas referencias primeras se conjugan con otras, como el feminismo o las demandas de reconocimiento del trabajo de los cuidados.

–Se enfocan más en el consumidor que en quien provee. El gobierno no te ayuda con tener un lugar de contención, con doctores, con psicólogos. ¿Consume?, bueno, es una infracción a la ley, va con los presos. No se mira la familia, no se mira el contexto, hace cuánto, si hace dos meses que consume, no se mira nada. Los pibes ven todo lo que está pasando en su casa, dejan de estudiar... ¡se les muere un familiar por COVID! (referente de organización social de barrio 21-24).

En el fragmento anterior, conviven la mirada centrada en los dispositivos especializados, de todos modos necesaria a los fines de una atención a la medida del caso, con una mirada en

torno a cómo los episodios vitales intervienen en la producción de un consumo problemático. El contexto que conduce a abandonar los estudios o una situación familiar, así, se piensan teniendo un lugar en los procesos de salud-enfermedad.

–La propuesta siempre de las actividades que hagamos es que sea una mirada de salud lo más integral y amplia posible lo que trabajemos. En articulación con los centros de salud siempre. Pero también reivindicamos todos los conocimientos en cuestiones de salud que hay en los vecinos y las vecinas. Sobre todo las mujeres que se ocupan de la salud de sus familias y comunidades. Y entender que nuestra función es la de articular y garantizar que los vecinos y vecinas puedan acceder al sistema de salud (referencia de organización social de barrio 21-24).

Dentro de las estrategias desarrolladas, y ligado a las conceptualizaciones de la salud, aparecen las articulaciones con el Sistema de Salud y otras áreas, ajustándose a cuestiones estructurales que el barrio considera tienen incidencia en la producción de salud. Referimos centralmente a la Mesa de Salud y Hábitat, pero también a experiencias más propias de la coyuntura, como el Comité de Crisis.

La Mesa de Salud es una red que articula, centralmente, a los CeSAC del barrio con las promotoras de las organizaciones sociales. En dicha red se desarrollan líneas de acción que incluyen la salud ambiental, postas de salud, o talleres de formación en torno a temáticas como “agua segura”. Algo a destacar, ligado a esta experiencia, es que las prácticas de salud que, luego, desarrollan las promotoras de las organizaciones, suele tener como condición la capacitación que éstas reciben de este espacio, que las promotoras referencian como “aprendemos por acompañar a los profesionales”. Estos recursos son utilizados en el barrio ante situaciones que se presentan. Por ejemplo, ante un parto o un dolor intenso, ante la necesidad de llamar a una ambulancia, muchas veces la primer respuesta es la atención de las promotoras.

Un aspecto interesante está dado por cierto modo de entender la salud que sería propio del contexto y las organizaciones que articulan las demandas de éste, y aparecen referidas como “salud popular” o “salud villera”. En este sentido, además de la articulación con el Sistema de Salud, se introduce como elemento la cercanía con lxs vecinxs o el hecho de contar con el conocimiento del barrio, sus problemáticas, etc. Dicha mirada, incluso, plantea que las organizaciones tendrían que poder participar en la construcción de prioridades en las líneas de salud a desarrollar.

–De repente, alguien te dice: “no me puedo mover de la cama”, ahí va una promotora de salud a ver cómo puede acercarla a la salita del barrio. Y no solamente un dolor de estómago te llama. Porque le entra una humedad, porque el chico tiene broncoespasmos o porque su marido no puede caminar. Todo eso está relacionado.

Porque hubiese habido una solución si tuviéramos nosotros un poquito más de ayuda del Estado (promotoras de salud de organización social de barrio 21-24).

–La cuestión es estructural. La responsabilidad, igual, no es del sistema de salud. Sí ponerlo sobre la mesa, y organizarse junto a las organizaciones para que esas situaciones puedan cambiar, porque cuantas más personas son, más fuerzas tienen los reclamos. Es fundamental desde la formación que pueda haber un cambio también. Porque si no queda en la responsabilidad individual de cada persona que accede a la profesión de involucrarse o no en las cuestiones. Tenerlo en cuenta en sus prácticas porque toda tu formación no te prepara para estar en un CeSAC y articular con las organizaciones sociales que están compuestas por vecinos y por vecinas. Entonces, lo que proponemos es que en los espacios en los que se toman decisiones en los centros de salud participen también las referencias vecinales. Porque estamos en el territorio y somos los compañeros y compañeras los que vamos a poder decir “che, esto es prioridad” (referenta de organización social de barrio 21-24).

En los fragmentos de más arriba, la salud contextualizada refiere al conocimiento del territorio, del que se es partícipe en su construcción, puesto que se sostienen estrategias para mejorar la salud de la población, a la vez que se busca incidir en las prácticas del Sector Salud. Esto es, no que se lo impugne, toda vez que se está en continua relación con éste. Más, ¿cómo determinar las necesidades de salud sin la participación de las organizaciones? Las condiciones de vida, el peso de los determinantes sociales en la producción de la salud colectiva, son pensados así como proceso en el que intervienen diferentes actorxs, perspectivas, etc.

3.2 Redes de conversaciones

En lo que concierne a las “conversaciones”, mediante esta categoría buscamos dar cuenta de diferentes procesos de intercambio que, a partir de vincularse mediante diversas formas de comunicación, permiten articular una red. Las organizaciones, en este sentido, dependen de las relaciones que establecen con actorxs institucionales, principalmente el Sistema de Salud, los Centros de Salud del barrio y el CEMAR. En el contexto de pandemia esto se ha profundizado a partir de experiencias organizativas como el Comité de Crisis o el Programa “El barrio cuida al barrio”. Sin embargo, es posible preguntarse cuánto de esta experiencia sería posible sin los precedentes “conversacionales” que tienen lugar en el barrio (entre otros, la Mesa de Salud y Hábitat, la Junta Vecinal de 21-24, distintas redes de salud que articulan a las organizaciones sociales con programas, instituciones y Centros de Salud). Nos referimos así a las habituales conversaciones que se desarrollan entre las organizaciones sociales, más concretamente a partir de las promotoras de salud, y el Sistema de Salud. Como se suele decir, “¿qué sucedería si no

hablaran?”. Y entonces, ¿sería tan efectiva la respuesta experimentada sin las conversaciones previas?

En estos intercambios, el rol de las promotoras de salud aparece fuertemente marcado. Son éstas una especie de extensión del 1 nivel de atención, facilitando el acceso de la población que reside en el barrio, muchas veces en lugares donde se refiere cierta complejidad, sobre todo, para el ingreso de ambulancias, etc. De este modo, las promotoras sostienen prácticas de salud que se basan en la cercanía, puesto que conocen el barrio, son conocidas y tienen mayor llegada a los vecinos y vecinas. Esta diferencia se destaca en muchos casos ligado a cómo llegar mejor a lxs vecinxs, entenderse con éstxs, puesto que se participa de un lenguaje común, una experiencia particular mediada por vivir en el barrio, conocer a la población pero también los determinantes sociales que atraviesan los procesos de salud-enfermedad, etc. Luego, cabe considerar el concepto de “acompañar”, que caracterizaría la participación comunitaria en las redes de conversaciones. Ligado con esto, es importante tener en cuenta que no pocas veces las promotoras o referentes comunitarias manifiestan no entender lo que se lleva a cabo, pero sí “acompañar”. Esto es, que sería importante revisar el lugar del saber en las relaciones que se traman.

–Se hizo una reunión a la que vinieron todas las autoridades. Ahí nos dieron el teléfono de las doctoras de la salita y nos dijeron que cualquier problema, cualquier cosa... sí, nos dieron los teléfonos para que estemos comunicados por casos puntuales (referenta de comedor de barrio Zavaleta).

–Hablo mucho con la jefa del CeSAC n.º 1. También hablamos mucho con el Dr.... Con Diego... Vacchino, es un tipazo. Y el padre Toto. Hablo con él a veces cuando necesito. Me dice: “¡vos me llamás cuando me necesitás!”. Hablo mucho con Toto. Pero a veces estoy tan hasta acá y él me dice: “no es que tenés tanta cantidad de hijos, como los que yo tengo, ¡tenés un montón de hijos!”. Tengo un montón de compañeras que, día a día voy arreglando problemas, las ayudo. Que hablamos... (referenta de comedor de barrio Zavaleta).

En los fragmentos anteriores, la referenta, además de manifestar estar en contacto mediante diversos medios con las autoridades y referentes de Centros de Salud de diversa complejidad del barrio, da cuenta de un vínculo afectuoso con éstos. Se posiciona, incluso, desde un lugar que podríamos definir como familiar, que se torna visible en el diálogo con el padre Toto. Por observación, asimismo, es posible dar cuenta del grado de involucramiento de referentas como la referida. Destacamos esto porque la calidez de este vínculo es muy reconocido en el contexto.

–Siempre nos estamos cuidando. La que cocina tiene cofia, guantes... la verdad que yo pienso que no hay persona que sea experta en esto. Porque hay versiones diferentes de todo esto. Te dicen usa guante, no uses guantes, lavate las manos con lavandina, jabón líquido... y eso en todos los lugares no se puede hacer. La verdad, acá son muy pocas las compañeras que no se han afectado. Creo que casi todas pasamos por eso (referenta de comedor de barrio Zavaleta).

–Primero hablaba con Diego pero como ya estaba saturado de cosas..., todos los días veía ese lugar lleno, la gente de la 21, de Zavaleta, ¡era algo impresionante lo que había! Entonces hablábamos con Vero. Le decía lo que pasaba acá, o de algún vecino o algo, yo hablaba con ella para que se lo transmitiera a Vacchino. Porque entre colegas hay otras formas de transmitir más rápido que por ahí, bueno, quizás no tengo las palabras exactas para decir lo que tengo que decir (referenta de comedor de barrio Zavaleta).

–Nosotros sabemos lo que sabemos porque lo escuchamos por la tele. Porque entre nosotras nos comentamos, nos hablamos y pasamos información. Y porque hemos vivido en carne propia todas estas cosas (referenta de comedor de barrio Zavaleta).

–Sabemos cosas, como todos lo saben. Hay un montón de cosas que dicen. Uno no sabe y se cuida como puede. También hemos entregado acá barbijos, porque atendemos gente de la calle o los chicos que se drogan, “chicas, vayan y delen un barbijo”. Después viene X una vez por semana, que es de (menciona una organización social), que está con la gente y le enseña que se tienen que lavar las manos. Trabaja con los abuelitos, todo, se fija si tienen alcohol en gel. Por lo menos para ponerse en casa una vez al día, estar protegidos (referenta de comedor de barrio Zavaleta).

En los párrafos anteriores, se presenta algo de la complejidad que ciñe la trama conversacional. Por una parte, se refiere a que es difícil saber, con tanta información circulando, incluso contradictoria. Se sabe por la tele, se sabe por la información que circula, se sabe por haber vivido en carne propia, se sabe por experiencia colectiva. Nadie puede ser experto en esto, se nos dice. Y cuidarse, con todos los elementos que se precisan, resulta imposible en un contexto como el de los barrios de referencia, donde no se cuenta con agua de red. ¿Cómo abastecerse de forma continua de agua, alcohol en gel, barbijos? A tal punto se tienen responsabilidades cuando se sostienen espacios comunitarios, que incluso al contagiarse de COVID-19, las trabajadoras del comedor fueron reemplazadas por una organización que mantuvo abierto el lugar del que se trata. Volviendo sobre el saber, la referenta nos señala que participó de capacitaciones en las que se les indicó los modos de cuidarse, más no siempre contaban con los medios para ello. No siempre se

podían sostener las medidas de protección. En todas partes no se puede hacer, protestan. Por otro lado, ponerse en contacto con los que saben, amerita saber conversar del tema. Tener las palabras, dirá.

–Más que nada, acá en el barrio es un ida y vuelta con el vecino. Cuesta hacerle entender a la gente que viene de afuera. Hace años que vivo acá, desde que vine de Paraguay hace 53 años. A mí me conocen todos y, en mi opinión, lo mejor es ir a hablar amablemente con el vecino. No ir, dejarte un folleto y me voy. Con lo que está pasando, muchos no te abren la puerta (promotora de salud de barrio 21-24).

–Las promotoras, además de los bolsones, siempre hacemos una visita, a ver si necesitan algo. El que está solo, quiere hablar (promotora de salud de barrio 21-24).

Esta promotora de salud nos comparte su experiencia, la que, sostiene, les cuesta entender a quienes no participan de la trama. No el folleto; la conversación amable, cercana, el ida y vuelta que aúna. La calidez del vínculo, el detenerse en el otro, preguntar si necesitan algo, echarse a hablar.

–Cuando nosotras empezamos a asistir a la mesa de Salud y Hábitat, escuchábamos, escuchábamos y acompañábamos. Porque no entendíamos nada. A los médicos y todos los profesionales que venían. Acompañábamos. Y cuando había “descacharreo” pedíamos a las organizaciones que ese día no salgan a hacer recolección y se sumen (promotora de salud de barrio 21-24).

–A veces viene algún médico y nos pregunta donde vive fulanita. Y nosotros vamos a tal manzana y la buscamos. Le transmitimos si se puede acercarse al CeSAC. O a Casa Cuna, o al Garrahan. Se habla mucho. Por ejemplo, en el barrio hay pacientes oncológicos. Con el tema de la pandemia, hablamos con los médicos de los hospitales donde se atienden para que le hagan llegar la medicación. O te pueden venir a llamar a las once, doce de la noche porque se descompuso una vecina. Y si tiene la presión muy alta, vos tenés que llamar a la ambulancia, por más que no quieras. La gente piensa que yo puedo medicar. Y yo le digo “no, no, no. No soy médica”. ¿Y qué hice? Llamé a la doctora para que se hiciera cargo. A las doce de la noche me llama y me dice: “¿puedo tomar este antibiótico?”. ¡Y yo no puedo medicar! Es una lucha constante con el vecino. Y en esos casos, conocemos a algunos profesionales en los centros de Salud con los que nos comunicamos. Llamo hasta los sábados y los domingos (promotora de salud de barrio 21-24).

En los fragmentos anteriores, las promotoras refieren que al comenzar a participar de experiencias de articulación, como la Mesa de Salud y Hábitat, no entendían, acompañaban. El proceso desarrollado fue dejando aprendizajes que incorporaron y mediante los cuales pueden, actualmente, ser la extensión del primer nivel en el barrio. A todas horas, además. La red funciona. Lxs profesionales pueden ingresar mediante las promotoras a cualquier parte, acceder al territorio. El rol de las promotoras, así, amplía la puerta de entrada al Sistema de Salud.

–Hacemos en todos los lugares del barrio, postas de salud. También discutimos con los vecinos que se acercan cómo organizarnos. Quienes necesitan se acercan a esas postas. Nos preguntan. Hacemos redes con los centros de salud, de esa forma nos organizamos todos los compañeros y de esa forma se enteran todo lo que nos preguntan ellos (promotoras de salud de organización social de barrio 21-24).

–Se articulaba con las entidades gubernamentales que están en la Mesa de Salud el tema de salud, cloacas, etc.. Y las promotoras de salud se encargaban de ver la necesidad de cada vecino como para hacerle llegar (promotoras de salud de organización social de barrio 21-24).

En estos comentarios vertidos por promotoras de salud reunidas en pleno para la entrevista, nos refieren que las postas recorren todo el barrio, que mediante esta intermediación el barrio se organiza y expresa. Amplifica para que se escuche. Las promotoras, nos dicen, se encargan de que, se trate del Sistema de Salud o las entidades gubernamentales, sepan las necesidades que se tienen. Las postas son el lugar de la conversación, donde cualquiera puede interiorizarse.

–Nuestra organización tiene 15 años. Nació en Zavaleta. Ese sería el primer lugar en el que estamos. Y empezó con fútbol popular y mixto. Y a través de otras actividades que iban convocando a pibes y pibas se iba dando lugar a hacer una pausa en el medio, una merienda y empezar a hablar de las cosas que estaban sucediendo en el barrio. Y ahí empezó a surgir toda la dinámica de las asambleas (referenta de organización social de barrio 21-24).

–Lo que hacemos es poner en primer lugar la voz de los vecinos y las vecinas. Porque entendemos que siempre nos negaron los lugares de decisión y siempre hubo otras personas hablando por los pobres, las pobres, las villeras. Todo ese proceso es algo bastante difícil de atravesar (referenta de organización social de barrio 21-24).

–En el espacio de salud hacemos postas dos veces por semana. Los vecinos se acercan y nos preguntan cosas. Y ahí es estar mucho, es escuchar, es validar también

la postura que traen los vecinos y vecinas y generar un intercambio. Reflexionar, por ejemplo, que la 21-24 no sería la 21-24 si no hubiéramos tomado los terrenos del ex ferrocarril (referencia de organización social de 21-24).

La referencia relata en los párrafos anteriores el lugar que tuvo ese “empezar a hablar” para una organización que se propone recuperar una voz propia, acallada, aquella que ha sido despojada, señalada como pobre, carente. En las posturas, al igual que las promotoras anteriores, sucede algo del intercambio, más no sin discordancia. Se escucha, sí, pero se puede diferir. “No seríamos la 21-24 si no hubiéramos tomado los terrenos”. Es concreto, se busca politizar. Ampliar la perspectiva, subvertir los lugares de enunciación que se querían evidentes.

–Esa diferencia respecto a lograr adherencia a los tratamientos, ¿a qué se puede atribuir?

–A los acompañantes pares. Porque ellos tienen mucha confianza en un par. En el que vieron que estaba con ellos consumiendo en su momento, con tuberculosis, con hiv, igual que ellos, y vieron que pudieron salir. Entonces, son ellos mismos testigos de que aquella persona, aquel pibe, aquel compañero, aquel amigo que estuvo en la misma que ellos, salió. Entonces, se puede (Centro comunitario de barrio Zavaleta).

–Nosotros no competimos con nadie. Nos complementamos. Y en ese tiempo de entendimiento mutuo, ellos descubrieron que no pretendíamos ni estar por encima, ni estar por debajo. Simplemente, al lado (Centro comunitario de barrio Zavaleta).

Los fragmentos anteriores dan cuenta de una propuesta que parte de valorizar la experiencia que aúna, la de lxs acompañantes pares, personas que, se nos dice, transitaban situaciones por las que otrxs están pasando, y que, al poder sostener con todo el cuerpo que ya estuvieron ahí, pueden ser tenidxs en cuenta por lxs recién llegadxs. Esta es la premisa, al menos. Y la diferencia que se ofrece al Sistema de Salud, que, por su impersonalidad, no puede proponérselo.

–Hicimos también un fanzine, porque nosotros no queríamos solamente dar la comida. Para que el vecino nos empiece a contar a nosotros, cómo la estaba pasando, con algunos juegos para los pibes, porque estaba muy jodida la mano. Y así hicimos como cinco o seis fanzines que los entregamos y se dió un ida y vuelta con los vecinos (referente de barrio 21-24).

–Cada 15 días hacíamos unas terrazas arriba. Pedíamos terrazas prestadas, unas terrazas de ahí, unas terrazas de allá... invitamos a las organizaciones de a poco, y vinieron y se sentaron alrededor. Sesenta personas había, en el medio del quilombo,

¿eh? Nosotros pensamos: “¿está bien lo que estamos haciendo?”. Pero eran cocineras que cocinan todo el día juntas, están todo el día juntas; tienen que venir y si se quieren tomar una birra o un mate..., venían y cada quince días, el recital era como un agradecimiento. Me acuerdo que Mercado Libre puso, no sé, a Shakira, cantándole a un médico, en un teatro. Dijimos “Bueno, hagamos nosotros la nuestra” (referente de barrio 21-24).

–Fue todo emocionante, ¿viste? Estuvo re zarpado. Más que nada porque a nosotros nos pinta esa. Esa parte que, no sé, los griegos, el arte, la medicina, el deporte. Estaba todo ahí, no era “el arte”..., no, el arte estaba ahí. Para nosotros es así. Más acá en el barrio. Como que es re importante contar las luchas de la gente. Nosotros nos vamos a encargar que todas estas luchas que están pasando ahora no se olviden. Todo eso va a quedar. Desde acá se van a producir un montón de cosas (referente de barrio 21-24).

Los comentarios de más arriba pertenecen a una organización que desde la expresión busca conectar con los pibes del barrio 21-24. Entienden que contar lo que está pasando, las luchas cotidianas, es también producir arte, salud, etc. Lo que producen, mediante lo cual buscan darle voz a esas luchas, por diferentes medios, todo eso va a quedar, dicen. Y poblaron así las terrazas del barrio, organizaron a éste para que pudiera expresar su agradecimiento, a las organizaciones, a las cocineras de los comedores, pero también a los pibes. El gesto que subvierte.

–Desde Salud sé que alguna vez se juntaron los médicos para hablar del tema de las ratas. Bueno, lo del dengue también, viste. Pero ¿cómo hacés para bajar toda esa data a la gente? No sé cómo. Sí, del CeSAC hay algunos médicos que trabajan eso. Bueno, de las organizaciones, me acuerdo que gente de una organización social de 21-24 se vestían de mosquito y iban vestidos de mosquito gigante hablando del dengue. Había unas movidas así. Hay iniciativas. Después, el reciclado, estamos haciendo reciclado acá. Pasan los chicos de la organización gritando “¡reciclado!” y entonces veo que toda esta cuadra ya está acostumbrándose a reciclar. El plástico, muchos vecinos, viste (referente de barrio 21-24).

¿Cómo bajás toda esa información?, se pregunta el referente. Y la organización territorial responde con tecnologías de educación para la salud. Porque las respuestas son locales, movilizan las experiencias y conocimientos del barrio. La articulación potencia lo que el barrio piensa.

–Muchos pibes acá son raperos y eso. Ellos son muy sensibles y lo que ven lo van diciendo, ¿viste? Entonces, básicamente era la voz de ellos diciendo las cosas. El rap es un vehículo de expresión de los pibes. Son los pibes hablando. Y me parece que cuando se escucha rap, se los escucha, se los lee (referente de barrio 21-24).

–Les damos el espacio y dejamos todo para que ellos puedan ser ellos. Entonces empiezan a charlar. No sé muy bien por qué se da. Pero vienen muchos pibes adolescentes. Y la pasan bien y generan cosas y está re bueno. Así es lo que hacemos nosotros, ¿viste? Siempre contando desde el barrio para la gente de afuera. Lo tenemos que contar nosotros. Ni los canales de televisión, nada. Entonces, son como miniperiodistas ellos, que van contando. Van diciendo. Ahora te muestro el video y vas a ver lo que te estoy contando. Son ellos mismos contando lo que pasó en la pandemia. Con sus palabras... (referente de barrio 21-24).

Estos comentarios son pistas para montar un dispositivo que haga lugar a la expresión colectiva. Las formas las tienen que encontrar quienes se lo propongan, no están dadas de antemano.

3.3 Junta vecinal / Comité de Crisis

En el discurso de las organizaciones referente a la organización que construyeron para atravesar la pandemia en el barrio, ocupan un lugar muy significativo, por un lado, el Comité de Crisis y el Programa “El barrio cuida al barrio”, por otro lado, la Mesa de Salud y Hábitat, en tanto precedente organizativo. Si a la declaración de la emergencia sanitaria siguió “el cierre del Estado”, en una imagen que evocan las propias organizaciones, lo siguiente fue una reunión entre el presidente Alberto Fernández y los llamados “curas villeros”, Esta escena atraviesa varios relatos relativos a los primeros días de la pandemia y el ASPO en el barrio. De dicha reunión, surgiría el órgano de articulación “entre el barrio y el Estado”. Sin embargo, la memoria de luchas del barrio repone la fuerte tradición de organización de éste que lo destacaría respecto a otros de similares características.

–Tratamos de evitar las discusiones que dividan. O esto de que somos barrios distintos o sectores. Nosotros le ganamos a la división por eso ganamos la Junta y la pusimos a trabajar para el vecino. El “territorismo”, eso de que vos pisás acá y yo allá, no sirve (referente de organización social de barrio 21-24).

–Desde el principio de la cuarentena hubo una articulación muy fuerte entre 21-24 y Zavaleta. Entre las organizaciones sociales y los centros de salud, las escuelas, la iglesia también (ríe). Se formó un Comité de Crisis muy piola, la verdad. Donde había muchísimos intercambios y siempre la voluntad de traer todo lo que fuera necesario

para que la situación no fuera mucho más grave. Era algo de esperar porque la 21-24 es un ejemplo de organización y articulación territorial de las villas de capital. Tiene una historicidad de lucha enorme (referente de organización social de barrio 21-24).

En los fragmentos precedentes, se referencia una metodología de construcción. Por una parte, no ceder a las discusiones que “estallen” lo colectivo. Por otro lado, continuar la tradición de lucha del barrio.

–Nosotros estamos en el Comité de Crisis porque creíamos importante juntarnos con todas las organizaciones, a ver cómo hacíamos para salir de esta porque solos no íbamos a hacer nada (referente de barrio 21-24).

–Si pasó todo lo que pasó, y acá hubieron muy pocos abuelos que murieron, fue porque estuvo el Comité de Crisis. Todos metidos en esa ensalada de organizaciones. Y pasaban pibes y pibas, chiquitos y adolescentes entregando uno por uno de cada organización a los vecinos. Era re emocionante ver a los pibes de todo el barrio, yendo a entregar a los abuelos (referente de barrio 21-24).

Lo colectivo referido numerosas veces en las entrevistas realizadas, tiene que ver con esto de que solos no se puede nada, de saberse ligado por un contexto que no un fatalismo. En esa “ensalada de organizaciones”, según se refiere, se podía más, en una experiencia signada por la alegría.

–El Programa “El barrio cuida al barrio” y el Comité de Crisis son lo mismo. Son las organizaciones. “El barrio cuida al barrio” lo ves en los gazebos (postas de salud), por ejemplo. Después empezaron a contagiarse y medio que lo dejaron, aunque siguen otras organizaciones. Últimamente no están mandando insumos, nada. Está floja ya la cosa. Bajaron eso (señala alcohol en gel, lavandina, un termómetro electrónico, materiales educativos, etc.). Eso nos dió Nación. Después, nosotras, como promotoras... mucha ayuda... las organizaciones te abastecían (promotora de salud de barrio 21-24).

En las menciones a las diferentes articulaciones, no pocas veces se confunden los espacios. Nos referimos a instancias como el Comité de Crisis o el Programa “El barrio cuida al barrio”, que se termina reconociendo como “los gazebos”, aunque también la Mesa de Salud y Hábitat realiza postas de salud, y transversal a todos estos nucleamientos se encuentran tanto la Junta vecinal como las organizaciones sociales que la conforman. Una experiencia común desarrollada por las organizaciones y los Centros de Salud del barrio podría ser señalada como el sujeto que sostiene los espacios referidos.

–Primero, se cerró todo. Parecía que el estado se frenó y cerró todo durante 15 días. Nos tuvimos que quedar todos en casa, menos el sistema de salud, todos. Quince días donde se cerraron todos los organismos estatales. Se cerró todo. En los primeros días se juntó Alberto con los curas villeros. Ahí el Estado empezó a bajar, Nación... yo te digo lo que es en la 21... empezó a bajar en Caacupé lo que es ANSES, lo que es renaper y pami. Empezó a bajar esos organismos al territorio porque estaba todo cerrado. Después el gobierno de la Ciudad convoca a la iglesia, convoca a las organizaciones, para empezar a laburar en el Comité de Crisis. Empiezan armar comités de crisis en las villas. Esto fue pasando la primer quincena, lo más crítico de la pandemia. Cuando ya vimos que esto iba para rato, empezamos a laburar desde la junta vecinal, que tuvo el mismo rol que las organizaciones sociales. Ser parte del comité de crisis, conformado por el gobierno de la Ciudad, Salud, el IVC, las organizaciones sociales y la junta vecinal y algunas instituciones como fundaciones y esas cuestiones (referente de organización social de barrio 21-24).

–El comité de crisis surge de la emergencia. Acá en el barrio, el gobierno de la Ciudad se dio cuenta de que solo no iba a poder. Se dieron cuenta. Sin las organizaciones sociales en el territorio esta pandemia hubiese estallado. Saqueos, 2001. Qué querés que te diga. La 21-24 es una de las villas más organizadas de la Capital Federal. Tenés alrededor de 100 organizaciones, chicas, grandes, sindicatos, lo que sea. Con la iglesia, fundaciones. Corremos con ese beneficio (referente de organización social de barrio 21-24).

–¿Por qué te digo que el gobierno de la ciudad solo no podía? Porque el gobierno de la Ciudad no te conoce todos los pasillos. Las manzanas y las casas. No tiene la capacidad y logística para llegar (referente de organización social de barrio 21-24).

Los párrafos anteriores dan cuenta de una experiencia novedosa. Ante “ese cierre” inusitado del Estado, que, se nos dice, “se frenó” por quince días, sobrevino lo colectivo. Lxs actorxs, movilizadxs por la necesidad de dar respuesta, se comenzaron a reunir, rápidamente. El resultado fue, entienden lxs entrevistadxs, la contención de lo que podría haber estallado. Se nos dice también que el barrio “corría con la ventaja” de una tradición de organización comunitaria.

3.4 Ser del barrio / Identidad

En este apartado, se recuperan menciones al barrio como lugar de pertenencia y a una específica sociabilidad, es decir, teniendo en cuenta que para lxs entrevistadxs “el barrio” supone

coordinadas que organizan aspectos de la experiencia, modos de relacionarse y/o estar con otrxs.

De este modo, se recorta una específica “interioridad” del barrio, siempre en relación con ese “afuera”. Las menciones aquí reunidas, sin embargo, no agotan la categoría, toda vez que deben pensarse de modo transversal a las categorías precedentes. Muchas de ellas se entrelazan de forma tal que se da por sentado que quien habla tiene una experiencia del barrio, es decir que si esgrime un concepto de salud, de forma tácita se encuentra marcado por el “ser del barrio”.

–Al principio la gente es como que se sentía invadida. Ahora ya no. Saben que somos del barrio (referente de comedor de barrio Zavaleta).

Los comentarios anteriores dan cuenta de la “positivización” de reconocerse parte del barrio. Sólo puede sentirse “invadidx” alguien ante un/x otrx que llega de otra parte “al barrio”. Sin embargo, también “el barrio” se desagrega en “los barrios” que son parte del mismo, sectores, dirán:

–Para nosotros, la localía es un problema. Esto de ser de un barrio o sector o de otro barrio o sector del barrio. Buscamos borrar eso, somos todos de un mismo lugar (referente de organización social de barrio 21-24).

–Tratamos de evitar las discusiones que dividan. O esto de que somos barrios distintos o sectores. Nosotros le ganamos a la división por eso ganamos la Junta y la pusimos a trabajar para el vecino. El “territorismo”, eso de que vos pisás acá y yo allá, no sirve (referente de organización social de barrio 21-24).

En términos de construcción de una unidad política, los diferentes “sectores” que conforman los barrios 21-24 y Zavaleta, ya de por sí contruidos históricamente como rivales, supone un obstáculo:

–Siempre estuvo la disputa entre los barrios. Una pelea histórica, cultural, que hasta los chicos te dicen “no, está todo mal con los de Zavaleta”. ¿Quién construye eso, no? Nosotros tratamos siempre de unificarnos. El virus no va a distinguir (referente de organización social de barrio 21-24).

“El virus no va a distinguir” es la forma en que se impone, en el relato del referente, llegar a acuerdos entre los sectores. Más, lo heterogéneo del barrio que resiste a la unidad también tiene que ver con la conformación del territorio, los pasillos, las manzanas, las casas, “los pibes”, el conocimiento de cómo moverse en el barrio. Por los pasillos que trazan caprichosas geografías, alguien que no es del barrio “llama la atención”, nos diría un referente advirtiendo el desacople.

–¿Por qué te digo que el gobierno de la ciudad solo no podía? Porque el gobierno de la Ciudad no te conoce todos los pasillos. Las manzanas y las casas. No tiene la capacidad y logística para llegar (referente de organización social de barrio 21-24).

Este conocimiento tácito “del barrio”, se transforma en una diferencia que, por ejemplo, las promotoras de salud pueden valorizar en su articulación con el Sistema de Salud, respondiendo a las necesidades del primer nivel. De esto hemos dado cuenta al referirnos a las prácticas de salud basadas en la cercanía y el conocimiento del entorno, la sociabilidad, además de la comprensión de los códigos “del barrio”, etc. Nos referimos así a algo del orden del lenguaje pero también de la sensibilidad.

–A veces viene algún médico y nos pregunta donde vive fulanita. Y nosotros vamos a tal manzana y la buscamos (referenta de promotoras de salud de barrio 21-24).

En el fragmento de más arriba, el “ser del barrio” se valoriza como un facilitador del acceso a la salud de la población residente; en el fragmento que dejamos a continuación, la “identidad villera” es pensada en su circulación social, que asigna atributos que estigmatizan a lxs así referidxs.

–Hay toda una lógica en hacerte saber que sos villera, que no podés hacer tal cosa, o que no vas a lograr nunca nada. O que lo que estás diciendo no tiene sentido. Que vivir en la villa está mal (referenta de organización social de barrio 21-24).

A la lógica estigmatizante, que apuntala la desigualdad, dirá la referenta entrevistada, la organización le responde recuperando la voz de los vecinos y vecinas, sus experiencias y sentidos comunes, dentro de los cuales la tradición de luchas del barrio insiste en sus demandas:

–La 21-24 es un poco el ejemplo de organización y articulación territorial de las villas de capital. Tiene una historicidad de lucha enorme. Y eso se vió reflejado en este contexto también (referenta de organización social de barrio 21-24).

Esta historia que se actualiza, habla de los atributos de una población que, colectivamente, se organiza para mejorar sus condiciones de vida. En esa construcción tan comunitaria, como intersectorial, que refiere a los determinantes sociales de la salud, subvierten la lógica que busca apuntalar la desigualdad. Los procesos de salud-enfermedad, así, no son sin sujetxs colectivxs.

4. Conclusión

A lo largo de este trabajo dimos cuenta de los resultados parciales de una investigación. La misma, además, replanteó sus términos originales ante la respuesta comunitaria desplegada por las organizaciones sociales que pueblan los barrios 21-24 y Zavaleta en torno a la pandemia de COVID-19 y el ASPO. Parafraseando a Deslandes y Gomes (2007), podríamos decir que la pandemia ha servido como un escenario de investigaciones, “un locus privilegiado de análisis para comprender lo que significan la enfermedad y el tratamiento” (Ibíd, 82). A partir de las experimentaciones colectivas desarrolladas por las organizaciones ante la desarticulación social a que dió lugar la pandemia, es posible leer interacciones entre organizaciones sociales, servicios de salud y profesionales de dichos servicios, pero también otros sectores. El presente trabajo se propone recuperar dicha experiencia de articulación en la cual las intersecciones entre los mundos técnicos y de la vida se hacen visibles. ¿La perspectiva de qué actorxs estaríamos poniendo en el centro para perder de vista semejante experimentación colectiva en la que, como da cuenta nuestra investigación, ocupan un más que significativo lugar lxs trabajadorxs del primer nivel de atención?

5. Bibliografía

- Ferreira Deslandes, Suely; Gomes, Romeu (2007). La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas. En Magalhães Bosi, María Lúcia; Mercado, Francisco Javier (2007). Investigación cualitativa en Servicios de Salud. Lugar Editorial, Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Geertz, Clifford (1992). La interpretación de las culturas. Barcelona, España, Gedisa Editorial.
- Gomes, Romeu (2017). Análisis e interpretación de datos cualitativos. En Sousa Minayo, María Cecilia (2003). Investigación social. Teoría, método y creatividad. Lugar Editorial, Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Merhy, Emerson Elías (2020). “¿Qué hacer hoy para salir del momento actual en un mundo otro, defensor de las vidas bajo cualquier forma? Una mirada sobre la salud mental”. Ciclo de Teleconferencias del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”, 10 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=W97JgwyNTNw>
- Rovere, Mario (1993). Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington, DC. OPS, 1993. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96. Disponible en (2da. Edición): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51595>
- Sousa Campos, Gastão Wagner (2001). Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires, Lugar Editorial. Disponible (Edición “Cuadernos del ISCo”, Universidad Nacional de Lanús): <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/15>
- Sousa Minayo, María Cecilia (2013). La artesanía de la investigación cualitativa. Lugar Editorial, Lanús, Buenos Aires, Argentina.

–Organización Mundial de la Salud (2008). Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>