

La pandemia en Villa 21 24: la mirada de un equipo de salud del primer nivel de atención.

Autores: Daniela Cormick, Lucía Pelatelli, Juan Calvetti.

1- RESUMEN/ INTRODUCCIÓN

Proponemos un relato de nuestra experiencia en el abordaje de la pandemia de COVID19 durante el 2020 en la Villa 21-24 (CABA), desde la mirada situada como integrantes de equipos interdisciplinarios de salud del barrio.

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. Este contexto implicó el desarrollo 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. Las estrategias y acciones se orientaron a la contención sociosanitaria en el marco de la pandemia, sin llegar a dar respuesta a las cuestiones estructurales demandadas históricamente.

Desde los equipos de salud nos encontramos con 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 generadas por el rol y las presencias del Estado, en función de acciones territoriales y vínculos locales.

2- El contexto del barrio

En las comunas del sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), 4 y 8 principalmente, se concentran la mayor cantidad de villas o barrios populares. Estas poseen los peores indicadores socioeconómicos, demográficos y de salud, por ejemplo: las tasas de desocupación y subocupación superan la media de CABA y los niveles de hacinamiento la duplican; 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 informalidad laboral), y la mortalidad general e infantil; el nivel educativo alcanzado es menor; etc. (GCABA, 2017).

La Villa 21-24 / NHT Zavaleta (Comuna 4) es la villa más grande, con mayor densidad poblacional, y una de las más antiguas de CABA. Su población no es conocida con exactitud, pero la estimación actual es de entre 70.000 y 100.000 personas. Un censo de la Junta Vecinal de 2007 planteaba más de 40.000 (Motta y Ochoteco, 2010). Entre sus

problemáticas estructurales e históricas podemos mencionar la falta de ordenamiento espacial y equipamiento urbano¹, contaminación (con el Riachuelo, basurales, metales pesados en agua y suelo), condiciones de pobreza e indigencia, saneamiento básico insatisfecho (falta de red cloacal y de agua potable, y de tratamiento adecuado y recolección de residuos), plagas y enfermedades zoonóticas, personas en situación de calle y consumo problemático de sustancias, entre otras.

La pandemia y el recrudecimiento de la crisis en todas sus dimensiones -socioeconómica, sanitaria, alimentaria- dieron lugar a la profundización y mayor visibilización de las desigualdades. Las medidas recomendadas en campañas comunicacionales y políticas para la prevención del COVID, como el lavado de manos, la ventilación, la distancia física, no pudieron cumplirse en su totalidad en los “barrios populares”² porque para ello se requiere de condiciones que no están allí garantizadas, en un contexto de derechos sistemática e históricamente vulnerados.

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

Según una encuesta realizada en el marco de un estudio local de seroprevalencia a cargo del Ministerio de Salud del GCBA³, en noviembre de 2020 y en una muestra de 400 personas de 18 a 89 años de edad (promedio 44 años), el 49.60% dijo tener alguna enfermedad crónica no transmisible (diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, EPOC, otra enfermedad grave, cáncer, fumador/a), y el 77.70% tiene sobrepeso u obesidad,

¹ El equipamiento urbano incluye “los elementos que amueblan y conforman la infraestructura de la ciudad para el uso cotidiano”, edificios y espacios de uso público donde se proporcionan servicios de bienestar social y de apoyo a las actividades económicas, sociales, culturales y recreativas para la población, incluyendo el mobiliario urbano (bancos, cestos, paradas de transporte, alumbrado, juegos, entre otros). <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollourbano/manualdedisenourbano/equipamiento>

² Existen diversas categorías para nombrar a estos barrios. Optamos por utilizar “barrios populares”, no sin contradicciones, en tanto fue la que se volvió visible en la agenda mediática y es usada por las organizaciones sociales. La definición de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/barrios-populares> los caracteriza como “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 domiciliario, red cloacal). La denominación de “villa”, contrapuesta a la categoría de “barrio”, es muchas veces estigmatizante y funciona como una demarcación física y social de un espacio diferenciado, en relación contradictoria con la “ciudad formal”, configurando una territorialidad “con representaciones y usos del espacio que categorizan a los barrios en la ciudad y los valorizan diferenciadamente” (Cravino, 2009:48-50).

³ El objetivo del estudio fue analizar la seroprevalencia de COVID19 y sus relación con problemáticas de salud y condiciones de vida en la población de la villa 21-24 y Zavaleta, en noviembre de 2020. Se realizó un estudio descriptivo, corte transversal, cuantitativo, cuya unidad de análisis fueron personas mayores de 18 años que viven allí y que no tuvieron un resultado de COVID positivo en el último año.

valores que superan ampliamente los promedios de la CABA, dando cuenta de otros aspectos en los que se plasma la desigualdad.

En el estudio se detectó que aunque 96.80% de la población de la muestra tiene agua de red, un 23.47% había sufrido cortes de agua en el último mes, y 25.60% debió acumular en recipientes por falta de agua. Asimismo, mientras el 99.20% refiere tener luz de red, el 27.73% había tenido algún corte de energía. El análisis de los datos indicó que hay asociación entre estas variables, haber tenido contacto con alguien con COVID y tener un resultado positivo en el testeo serológico. Otro dato surgido de la encuesta, significativo para el contexto de pandemia y virtualidad, es que un 30% de las familias no cuenta con acceso a internet, un 8% accede de forma compartida, y un 51% de las familias tiene solamente uno (18%), dos (21%) o ningún dispositivo (12%) para conectarse.

La encuesta de seroprevalencia y los datos adicionales incluidos en el cuestionario fueron parte de una intención y compromiso de equipos locales por sistematizar lo que no se encuentra registrado oficialmente o específicamente para el barrio, y diluye así las realidades desiguales de la Comuna y la Ciudad. Esto se vincula con la necesidad de construir la propia realidad de la pandemia en estos territorios, visibilizando y demandando la atención y cuidados que las personas merecen, como modo de defensa y reafirmación de la vida (Valle Menezes, Almeida de Magalhães y Ferreira da Silva, 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 (Valle Menezes, Almeida de Magalhães y Ferreira da Silva, 2021). En esta línea, las estadísticas, los *datos duros*, resultan un recurso central para inscribir una realidad.

La estimación de seroprevalencia ponderada para el barrio fue de 29.45%, pero considerando que la muestra se tomó más de tres meses después del momento de mayor cantidad local de casos. Mientras el promedio de CABA, de acuerdo a otro estudio previo y más amplio fue del 7.4% (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020), en los “barrios populares” dio un brutal 42%, diez veces más que en la zona norte (4.1%). Estas estadísticas explican las desigualdades históricas que, como decíamos, con la pandemia se volvieron emergentes: en los barrios donde los derechos básicos de las personas se encuentran vulnerados, la gente se enfermó más, y más abruptamente. Por otro lado, la diferencia entre los resultados del estudio local y el de CABA podrían estar relacionadas con que la distancia entre el “pico” de casos y el estudio fue mayor (lo que podría implicar un porcentaje de “negativización”), pero también con las medidas de protección que se llevaron adelante desde las redes locales y el Comité de Emergencia de Villa 21-24 y NHT Zavaleta. Entre otras medidas, las organizaciones sociales se dividieron zonas para asistir a adultes mayores y personas con factores de riesgo); los equipos de salud del barrio (CeSAC y

CEMAR⁴) armamos una red de acompañamiento de “contactos estrechos” y de asistencia a familias en aislamiento, articulando con el Instituto de la Vivienda de la Ciudad quienes proveían de bolsones de comida e higiene.

Encontramos que “lo urgente”, el COVID19, se solapa y deja en evidencia crudamente “lo emergente” (previo, estructural, subyacente): las violencias, el hambre, la salud mental, el dolor y agravamiento de padecimientos y enfermedades crónicas; el temor por la incertidumbre de esperar algo de lo que aún no se conocen sus dimensiones. El Coronavirus pone de manifiesto “contradicciones y tensiones pre-existentes en nuestra sociedad: 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, compartidas y complejizadas por la pandemia, 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 heterogeneidades, desigualdades, redes superpuestas o excluyentes (Cravino, 2009). Igualmente, la idea de “comunidad” para referirse a la población del barrio se asocia a supuestos de unidad, homogeneidad, estabilidad, minimizando o invisibilizando el conflicto, las desigualdades y diferencias internas, las relaciones de poder, los intereses en pugna, presentes en cada instancia de la experiencia.

En la Villa 21-24 y NHT Zavaleta, desde marzo de 2020 se desarrollaron (y continúan) procesos y experiencias locales de organización y reorganización por luchas y reclamos - nuevos e históricos-, que incluyeron la conformación de nuevos actores políticos colectivos, como el “Comité de Emergencia” (a partir de una medida judicial que exigía al GCBA desarrollar protocolos para el abordaje del COVID-19 en barrios populares)⁵. El Comité se formó con participación de la Junta Vecinal, referentes e integrantes de organizaciones sociales y de comedores y merenderos del barrio, trabajadorxs de los equipos de salud, y

⁴ Centros de Salud y Acción Comunitaria y Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia.

⁵ En respuesta a un amparo presentado por los presidentes de las Comunas 4 y 8, la justicia ordenó al GCBA el 21/05/2020 la elaboración y difusión de protocolos específicos 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 los presidentes comunales y representantes de los Ministerios de Salud, Desarrollo Social, Espacio Público y Medioambiente de CABA. Además, se responsabilizó al Gobierno de la provisión de elementos sanitarios, de higiene, limpieza y agua potable, de brindar información sobre los lugares de aislamiento, y de abordajes para la 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>

representantes de algunos organismos gubernamentales⁶ con distinta continuidad y presencia, así como otros actores locales que fueron variando a lo largo de los meses. Una vez superado el momento de mayor cantidad de contagios en el barrio (a fines de junio del 2020), fue mermando la presencia de referentes del Gobierno y sumándose al espacio otras organizaciones y personas del barrio.

3. Metodología:

A partir del chat de un grupo de whatsapp de uno de los centros de salud de la villa 21-24 donde trabajamos⁷, desde su relectura y revisión reflexivas, buscamos la reconstrucción de la experiencia y el proceso local, de etapas y discusiones, situaciones que atravesamos, hechos significativos. Conjuntamente, nos acercamos a recuperar posicionamientos, debates, categorías y representaciones que se fueron plasmando, reflejando algo del recorrido subjetivo y colectivo realizado individualmente y por el/los equipo/s. Nos centramos en el período marzo- julio 2020, considerando que fueron las etapas de mayor tensión, incertidumbre, reorganización, vorágine, marchas y contramarchas, que nos marcaron y plantearon los mayores desafíos.

Desde nuestra experiencia como integrantes de equipos de salud en relación al abordaje de la pandemia de COVID19, es ineludible referirnos al carácter situado de nuestra mirada, al fuerte atravesamiento subjetivo de este relato y la intencionalidad en la construcción de conocimiento, y a nuestra implicación desde múltiples dimensiones, que buscamos tornar en reflexividad.

Los intercambios del chat funcionan como insumo para comenzar a reconstruir narrativas, desde diálogos e intercambios de diversos momentos del proceso⁸. Partimos de la importancia de este proceso no solamente para recuperar un momento de la historia del equipo o la pandemia, sino como forma de procesarlo. La experiencia subjetiva individual es parte de un sentir y una experiencia colectiva, construir narrativas que trasciendan el nivel singular de estos padecimientos y sufrimientos es una tarea ineludible para pensar la atención a la salud pública en la pos-pandemia (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.

4- Desarrollo

⁶ Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, Unidad de Gestión de Intervención Social (UGIS), IVC, Salud Comunitaria, Autoridad de Cuenca Matanza-Riachuelo(ACUMAR).

⁷ El grupo del denominado “equipo territorial” que se reunía los días jueves fue ampliándose durante la pandemia a otras compañeres vinculadas al trabajo comunitario, orientándose a lo referente al abordaje del COVID.

⁸ Las citas del chat son textuales, manteniendo las lógicas de escritura propias de ese entorno (abreviaturas, errores de tipeo y de ortografía, etc.)

4.1- “Equipo”, “equipos” y particularidades del CeSAC

En el CeSAC trabajamos profesionales de diversas disciplinas, promotoras de salud, equipos de administración, limpieza, etc. La experiencia de este relato surge de grupos en los que participamos, espacios y equipos interdisciplinarios de trabajo comunitario del centro de salud, con presencia de médicos, socióloga, promotoras de salud, nutricionistas, psicóloga, fonoaudióloga, psicopedagoga, antropóloga, trabajadora social, con distinta antigüedad en el CeSAC y el área.

Hablamos de “equipos” en plural porque no concebimos la existencia de un único “equipo de salud” en términos de unidad, funcionamiento, estabilidad, identidad (ni a nivel jurisdiccional o de área, ni por centro), e identificamos distintos grupos que se forman, organizan y funcionan -en cada centro de salud, entre centros, por disciplina- en función de objetivos e intereses comunes.

El grupo específico de donde partimos (que se fue ampliando y modificando a lo largo del proceso) conforma lo que llamamos “equipos territoriales”⁹, un proyecto que pretende tener una fuerte inserción en el territorio sostenido en acciones comunitarias, como ser postas de vacunación y de salud, reuniones y charlas con organizaciones, relevamientos, etc. Quienes conformamos los equipos territoriales tenemos como mayor preocupación la vulneración de los derechos de la población, y las acciones van en concordancia con esta lógica y posicionamiento ideológico, dentro del lugar al cual pertenecemos y de nuestro pequeño espacio de poder y márgenes de decisión. Es desde esa inserción, construcción y pertenencia, que planteamos las discusiones hacia el interior de este equipo, que no se pueden generalizar a todo el centro de salud, donde la heterogeneidad en los discursos se hace más marcada y más compleja.

4.2- “que como equipo salgamos de esta lo más enterxs posible”

A partir de la declaración de emergencia sanitaria y aislamiento social a nivel nacional a mediados de marzo de 2020 (Decreto N° 297/20), podemos plantear ciertas etapas diferenciales, vinculadas a nuestro trabajo, a la situación epidemiológica general y específica en el barrio. Consideramos como especialmente significativos para este trabajo un primer momento los meses de marzo y abril, signado por el proceso de reorganización de los equipos y tareas en salud pero aún sin presencia significativa de personas con COVID, y luego la etapa de mayo y junio con el desarrollo e implementación de las estrategias de acompañamiento y el aumento sostenido de diagnósticos locales hasta llegar al “pico” local.

⁹ A nivel Ministerial, el proyecto de Equipos Territoriales proponía la conformación de grupos de medicina y enfermería, con población nominalizada a cargo del área de referencia de cada centro de salud, y profesionales de trabajo social como “referentes matriciales” (Plan de Salud 2016). En su implementación concreta, cada centro y equipo fue armándose y desarrollando actividades de acuerdo a la impronta y propuestas locales. Si bien el chat que tomamos incluía solo a personas de uno de los centros, en la pandemia las tareas y debates fueron articuladas y compartidas con compañeres de otros CeSAC del barrio y el área.

La imposición de la reorganización cotidiana del Centro de Salud al indicarse la suspensión de la atención salvo excepciones o emergencias llevó a grandes cuestionamientos respecto a nuestra tarea, tanto para quienes hacíamos tareas territoriales como para quienes centran su actividad en lo asistencial en consultorio. Salvo las primeras semanas de cuarentena, en las que pudimos sostener recorridas barriales de difusión y prevención, y las reuniones posteriores del Comité de Emergencia, fue complejo, polémico y difícil sostener actividades comunitarias o en territorio, salir al barrio (salvo para entregar medicamentos o alguna visita excepcional, principalmente a cargo de las promotoras). Nos quedamos adentro, y la gente del barrio no podía entrar.

En mayo, la directiva del Ministerio de Salud fue realizar una división en “cohortes” o grupos en los equipos del primer nivel de atención, alternando cada grupo una semana presencial con otra de trabajo remoto, en función de 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 (triage, comunicación por redes, acompañamientos, etc.), generando tensiones internas, mayor fragmentación -por la diferenciación de lógicas por grupo-, y dificultades para el encuentro e intercambio. Esto dificultaba tanto resolver la demanda de atención y mantener la presencia territorial, como el intercambio respecto a las estrategias comunitarias y la reorganización de los equipos, debiendo darse muchos debates por whatsapp:

Y lo del equipo dividido para trabajar territorialmente es central para poder pensar a qué podemos comprometernos desde el cesac. Incluso dejando de lado que Equipos Territoriales como tal los días jueves somos 3 o 4 personas (29/4/2020).

faltan cuerpos. O ponen más gente a laburar en el barrio o no se va a poder (11/05/2020)

es muy difícil poder comunicarnos bien por esta vía. No dejemos de discutirlo, sabemos que queremos acompañar este proceso de la mejor manera posible. (11/05/2020)

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

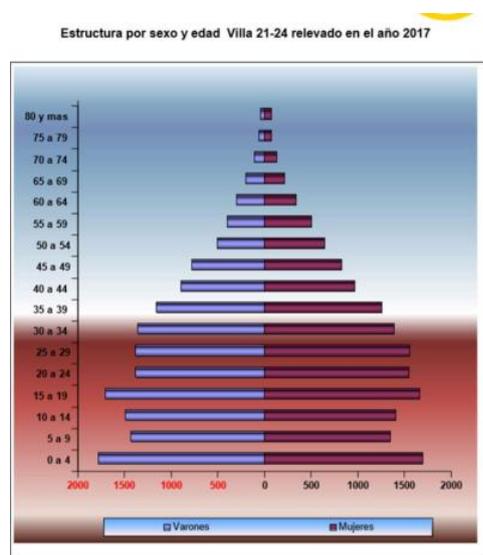
Un comunicado de la Asamblea de trabajadorxs del Penna del 18/05/2020 expresaba la preocupación por desatender la salud integral de las personas y por las esperables consecuencias de deterioro que serían muy difíciles de revertir. La imposibilidad de atender presencialmente, y las obvias y sabidas dificultades de conectividad y manejo de la

virtualidad en el barrio, llevó a una sensación de “abandono” por parte del equipo de salud hacia la población, sabiendo el costo a corto, mediano y largo plazo de ese parate. Esta sensación fue creciendo a medida que el aislamiento y nuestro trabajo en cohortes se fue prolongando

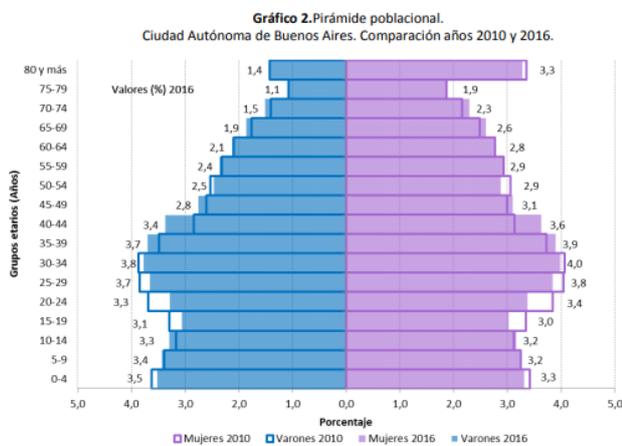
Como equipo local, acompañamos el reclamo de esa declaración en pos de frenar la recarga de tareas que nos impedía definir según criterios locales las prioridades, y nos obligaba a responder frente a la falta de personal y de contrataciones acordadas por parte del Ministerio:

Durante el mes de abril 2020 comenzaron las acciones de las organizaciones, la iglesia católica (parroquia y curas referentes), el sector salud (equipos de nivel central y locales) y organismos del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat (MDHH), para pensar estrategias de cuidado especial para las personas adultas mayores, anticipándose a poder garantizar el aislamiento en domicilio o en espacios preparados para ello. Esto implicó un relevamiento barrial que realizaron casa por casa las organizaciones sociales durante los días de “semana santa”, y conjuntamente la organización de la estrategia de vacunación antigripal por medio de postas y a domicilio, que facilitaran el acceso evitando aglomeraciones.

El relevamiento indicó que había 1200 personas mayores de 60 años viviendo en el barrio. Al comparar las pirámides poblacionales podemos ver que la estructura de Villa 21-24 es muy diferente a la de la Ciudad de Buenos Aires, lo que no deja de ser relevante para pensar en las estrategias implementadas de prevención y abordaje en la pandemia. Comparativamente, la población de Villa 21-24 es más joven, y a partir de los 50 años de edad se va estrechando la punta de la pirámide.



Fuente: IVC. Departamento de Estadísticas y Censos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

Gráfico 1: Pirámide poblacional de Villa 21-24 **Gráfico 2: Pirámide poblacional de CABA**

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. Si bien participaban muchas organizaciones comunitarias, nosotres desde los centros de salud, y el MDHH para la logística, la iglesia tomó un rol de coordinación, centralizando las reuniones en su ámbito.

La gestión de recursos está a cargo de las organizaciones y de alguna manera "coordinados" x la iglesia. Tenemos que pensar como hacer de nexos, 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 está y las orgas están muy cargadas ver q otra estrategia se puede implementar. (28/04/2020)

Estas reuniones permitieron el armado de una red de cuidados de adultas y adultos mayores para la distribución de alimentos y medicamentos con el objetivo de que pudieran sostener el aislamiento quienes eran consideradas el grupo de mayor riesgo.

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 frente a la pandemia, saldando en acto la discusión que se daba hacia el interior de los equipos en cuanto a la exposición, y tomando a cargo de sus integrantes las tareas territoriales y de asistencia alimentaria, asociadas al mayor riesgo de enfermarse (con la sistemática ausencia de elementos de protección para ellas de parte del GCBA: barbijos, máscaras, guantes). Desde los equipos de salud nos preocupó y preocupa -y aún hoy- el grado de precarización de su trabajo, las constantes demandas y el riesgo para promotoras y trabajadoras 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 Va a llegar un momento en que no van a poder sostener y se van a empezar a enfermarse Si quieren podemos pensar algo pero hablemos con el ministerio (28/04/2020)

4.3- “Y nosotrxs cómo queremos y podemos participar?”

A fines de abril, con el primer caso de COVID en la 21-24 y sin estrategia armada para que las familias mantengan el aislamiento, profundizamos como equipo la discusión sobre qué hacer, con la necesidad de demandar al nivel central estrategias, recursos y dispositivos específicos para las familias aisladas. Pensábamos y repensábamos estrategias de acompañamiento a la población, por llamados a las personas con COVID y a los “contactos estrechos”¹⁰, en la tensión entre la necesidad de buscar cómo garantizar derechos en esta situación de emergencia sanitaria, y la capacidad para dar respuesta como equipos locales sin ser parte en la toma de decisiones de la política sanitaria. Armábamos y desarmábamos en función de la “bajada” de la estrategia y lo que podíamos reformular localmente, buscando el lugar que queríamos ocupar, que no teníamos claro en un primer momento y fuimos construyendo.

Debatimos la modalidad de acompañamiento y llamados, los modos de abordaje, los roles y el manejo de información, atendiendo a la posible estigmatización de las personas con COVID 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)

Inicialmente, los llamados se plantearon de manera centralizada desde el Ministerio de Salud, a cargo de un equipo para seguimientos claramente insuficiente para la tarea. La preocupación compartida era qué respuesta se iba a dar desde el Estado a las familias del barrio sin condiciones para sostener el aislamiento. La presencia de organismos como Desarrollo Humano (con equipos del Instituto de la Vivienda - IVC), Salud Comunitaria, la Dirección de Atención Primaria, el equipo de “seguimiento en barrios vulnerables”, volvió más clara la urgencia de pensar en 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)

Se planteó la necesidad de estrategias locales en comunicación e información, manejo de “rumores”, dispositivos de resguardo para personas en aislamiento, etc. Nuestra necesidad y

¹⁰ 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.

demanda era tener un “ida y vuelta” con el Ministerio, desde donde se estaba definiendo la estrategia. Necesitábamos dar nuestra opinión, nuestra mirada territorial, para que la estrategia de abordaje fuera lo que considerábamos más adecuada y posible frente a la realidad del barrio.

los equipos estamos preocupados y pensando estrategias de abordaje de los contactos estrechos, es importante pensar una estrategia desde el ministerio y una reunión con los CeSACs (29/04/2020)

Entre lunes y martes se abre la UFU¹¹ del cemar (...). La idea es que se hagan los hisopados las personas con contacto estrecho de persona con covid 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 muuuuuuuchas 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. (13/5/2020)

El 30/4 se planteó la primera propuesta de abordaje local para familias en aislamiento, y el 04/05 tomó forma la estrategia a partir del proyecto de Atención Primaria de la Salud para barrios vulnerables, en base a lo elaborado por parte de nuestro equipo, a lo que sumamos lineamientos propios desde una “guía de llamados” y el flujograma para acompañamiento de personas con COVID:

Desarrollo llamaría a los contactos estrechos y de salud los llamados los centralizaria Salud Comunitaria. Con respecto a nuestro rol, en principio sólo 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)

Si bien teníamos una estrategia y rol de acompañamiento¹² para el primer nivel de atención, no estaba claro quienes la llevarían adelante ni el criterio de su elección. Primero fueron solo

¹¹ [Unidades Febriles de Urgencia, centros de testeo instalados en los hospitales de la CABA para las personas con síntomas de COVID, inicialmente vinculados a la presencia de fiebre o febrícula.](#)

¹² Desde el inicio de esta estrategia se buscó diferenciar el concepto de “seguimiento” del de “acompañamiento” para que este último se planteara desde una lógica de cuidado (vinculada a conocer la situación del hogar, las necesidades específicas, ofrecer una escucha diferencial),

tres personas, pero luego fue una tarea que desarrollamos prácticamente todos los integrantes del CeSAC. Se generaban frustraciones tanto por la poca participación en la toma de decisiones desde los equipos territoriales como por la falta de lineamientos claros de parte de quienes tenían a su cargo las definiciones, o sea, las autoridades del Ministerio:

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 (6/5/2020)

La estrategia de los llamados generó momentos de tensión: el acompañamiento telefónico no era una idea con la que, inicialmente, todos acordáramos. Por un lado, surgió la duda respecto a ubicarnos en una vigilancia epidemiológica de la cual nos queríamos correr, y que remitió en el grupo a referencias al rol de "policía sanitaria":

Y por otro lado a mí tampoco me terminó de quedar claro el tema del control sintomático de las personas aisladas por haber presentado positivos en la familia. Supuestamente los llaman 2 veces por día, pero no queda claro como se actúa frente a presencia de síntomas. En un momento entendimos que iban a pedirnos algo a los cesac... cómo poder corroborar la información que nos daba quien estaba "denunciando". (30/4/2020)

X lo q entendí quieren q seamos onda sutilmente la yuta del covid... 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 también por lo estratégico. Qué persigue? Detener la transmisión viral como si fueran estudios de foco? Me parece que eso ya no sirve además. (25/5)

Me quedo pensando en el rol policía, creo que depende mucho de como nos posicionemos....creo que el eje de obtener esa información es el cuidado (25/5)

Por otro lado, aparecía el temor a ser desbordados por la tarea y no poder dar respuesta a las situaciones complejas, que sabíamos que íbamos a encontrar, por conocer las

mientras el primero era pensado como parte del control sanitario y epidemiológico (por ejemplo, centrado en el control de síntomas).

condiciones de vida de las familias del barrio:

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 un marco de 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 superadoras, entre polos que iban desde el no poder hacernos cargo del seguimiento telefónico hasta estar nosotres a cargo de gestionar o entregar alimentos a las familias:

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 fliares, etc Si retiraban comida de algun comedor y podemps hacer el nexa (28/04/2020)

Cuando lográbamos ordenarnos y hacer un mapa de responsabilidades, podíamos pensar en estrategias más viables incorporando a los actores involucrados, 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 que se comenzaron 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).

Las reuniones sin nuestra presencia y los planes bajados del Ministerio daban lugar a más frustración e impotencia (conversación del 06/05/2020):

- *Recién piensan algo en concreto ahora y ni siquiera saben si van a poder sostenerlo!!*
- *Eso que la 1 11 14 y la 31 ya tienen muchos más casos*
- *Yo lo que no entiendo es pq arman cosas con la perspectiva de q no lo van a poder sostener...*
- *Tal cual! Nos venimos preparando hace más de 40 días!*

Eran momentos de mucha incertidumbre, solo se atendían urgencias en el CeSAC e intentábamos encontrar nuestro lugar, darle sentido al rol frente a la “tragedia” que entendíamos 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)

Por momentos, cuando la frustración predominaba, alguien lograba “echar luz” y virar la discusión hacia perspectivas más optimistas y constructivas, lo que resultaba 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 (en base a los armados en abril para mercadería), mientras se avanzaba en la implementación de postas sanitarias del Programa “El Barrio cuida al Barrio”¹³, un operativo conjunto de

¹³ Este programa de Emergencia Sanitaria, dependiente de la Secretaría de Economía Social del Ministerio de Desarrollo de la Nación se lanzó en abril de 2020 como estrategia frente a la pandemia de COVID19. Se proponía que “promotores y promotoras comunitarias recorrerán su barrio para poder realizar un

ciudad y Nación junto a las organizaciones locales, sin nuestra participación:

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

Los diagnósticos de COVID fueron aumentando durante mayo, hasta llegar a un “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 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, desde salud y organizaciones, no paró de crecer. Desde el primer momento, las organizaciones fueron la pieza clave en el barrio para articular y resolver aspectos clave como “*el circuito de información. Nadie sabía de los casos, ni el ministerio de salud ni desarrollo social así que activamos todo nosotrxs*” (08/05/2020) y plantear demandas en las reuniones de necesidades para el aislamiento: “*Las organizaciones reclamaron conectividad c/ tarjeta telefónica y garrafas*” (08/05/2020).

No hay acuerdos entre las organizaciones y desarrollo social. Las org. Refieren 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, con la diferencia de que, una vez iniciada esta tarea, la valoramos como estrategia y le encontramos sentido desde el acompañamiento y la contención, y no en el control que se vislumbraba en una primera etapa. El aumento sostenido de personas con COVID nos ponía nuevamente en un escenario de mucha incertidumbre, con el temor de no poder mantener

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 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 sin dudas uno de los más polémicos de la propuesta para los equipos. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-lanza-el-barrio-cuida-al-barrio-frente-la-pandemia-del-covid-19>

los llamados y, en definitiva, no poder dar respuesta. Los intercambios en el grupo se daban en este sentido (22/05/2020):

Yo creo que es difícil de sostener, pero también si dejamos de llamar siento que dejamos de acompañar aunque sea con algunas cosas a las familias y personas aisladas

Yo creo que hay que seguir, pero reclamando por las cosas que se están haciendo mal y es necesario mejorar, de lo 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

Pienso que es doloroso, pero opino que tenemos que ser realistas y recalcar para ofrecer algo que nos dé alguna certidumbre de poder sostener sin soltarle la mano a la gente.

Me da duda en este punto porque probablemente no lo hagan, pero tampoco podemos asumir una responsabilidad que no podemos sostener.

No comparto con dejar a nivel central los llamados porque no lo van a hacer o lo hacen tarde

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)

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)

Cuando hicimos el instructivo era en función de lo que se había pensado relevar, considerado como necesidades, pero ante la falta de respuesta no abriría a ofrecer resolver estas cuestiones, aunque si a trasladarlas a desarrollo. (22/05/2020)

Para fines de mayo, con el incremento de personas con COVID en el barrio, se definieron en el CeSAC duplas interdisciplinarias para la realización de los llamados. Esta organización también fue compleja, planteándose discusiones y cambios respecto al momento de realización de los llamados (si era en teletrabajo o desde el centro de salud), la superposición con otras tareas (atención presencial o virtual, triage, etc.), el ajuste en los circuitos de derivación de necesidades y las respuestas, el uso de los propios teléfonos y la recepción de demandas o consultas a toda hora, la asignación de turnos de testeo, la actualización constante de criterios por el cambio de protocolos (semanal o casi diario), la equidad en la distribución de casos, la complejidad de algunas 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 qué lugar queríamos y podíamos ocupar:

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 podamos 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)

4.4- Propuestas, balances y contradicciones: “esto va a romper todo lo que construimos”

Una de las políticas más contundentes de abordaje de la pandemia promovidas por el Estado Nacional, junto con las jurisdicciones, fue la implementación del Plan DetectAr, con fuerte presencia en el área metropolitana. En ocasiones, las estrategias bajadas de niveles centrales tienen lógicas opuestas -y objetivos diferentes- a las 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, y una de las acciones era buscar personas con síntomas de manera compulsiva para el testeo.

A mediados de mayo comenzó a funcionar el centro de testeo dentro del barrio, con nuevos debates sobre cómo llevar adelante las tareas a nivel local y territorial.

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. (14/5)

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 estas lógicas y dinámicas planteadas, sobre todo la búsqueda de personas con síntomas o con contacto estrecho para derivar a hisopado, que se entendía como compulsiva y contraria al sostenimiento de los vínculos a nivel local:

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 en el barrio, lo que generó un intenso intercambio de opiniones 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

acompañó nada

Además del corona bus¹⁴ a pata vamos a transformarnos en policías?

El tema es pensar entre nosotres que rol cumplir ahí? Y como repensar la bajada "compulsiva"

Las negativas del equipo profesional a estas tareas, considerando además la experiencia hasta el momento en otros barrios populares, generaron que las promotoras, recientemente contratadas desde nivel central, quedaran como encargadas de la búsqueda activa en territorio de personas para testear:

Por lo q me contaron del piñero pretenden q lo hagan las promotoras de salud comunitaria (16/05/2020)

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

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

En contraposición, para el armado del plan de testeo y acompañamiento en el barrio se propuso intentar una lógica local, con mayor participación:

Estamos tratando de armar algo muy distinto a lo que se hizo en la 31 y en la 1 11 14. 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)

¹⁴ "Coronabus" o "Coronabondi" fue la denominación que se le dio al transporte que llevaba a las personas con síntomas para testear desde los CeSAC a la UFU del Hospital antes de la instalación del centro de testeo local y durante el horario de funcionamiento de los centros de salud.

Más allá de la discusión de la compulsividad en la búsqueda de personas sintomáticas, había en simultáneo la expectativa de que el DetectAr pudiera facilitar el acceso al test para las personas del barrio, 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 Febriles de Urgencia hospitalarias había presentado múltiples dificultades para la derivación y traslado desde el barrio.

Este proceso de instalación y organización del CEMAR como centro de testeo requirió tiempo, y generó múltiples conflictos y frustración en los primeros días, para los equipos y trabajadorxs, con las referentes locales de las organizaciones y las familias atendidas (por 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)

Se presentaban a diario situaciones complejas que había que resolver: familias donde algunas personas tenían resultado positivo para COVID y otras negativo y había que pensar el aislamiento, o donde 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; resistencia de las familias a dejar los hogares vacíos por miedo a robos y ocupaciones. Estas situaciones actualizaban tensiones sobre nuestro rol, atravesado en ocasiones por la falta de información o poca injerencia en la toma de decisiones en cuanto a la estrategia implementada para las familias.

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 -sin desaparecer- a medida que los circuitos de información, testeo y derivación fueron mejorando. La adecuación local de la estrategia nacional permitió evitar la compulsividad en la búsqueda de personas, y el DetectAr como dispositivo de testeo fue un recurso valioso para las personas del barrio, fundamentalmente por su accesibilidad.

4.5- Tensiones: “sea la que sea la estrategia, es siempre pegadita al barrio”

Desde el inicio de la pandemia y las medidas de aislamiento, las organizaciones locales fueron fundamentales como protagonistas de las acciones con la población y también 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 Desarrollo Humano, instancia responsable de la asistencia alimentaria y de recursos para personas y familias en 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 guita puesta en estos sectores (16/05/2020)

Los equipos de salud buscamos sistemáticamente tener una presencia y participación diferenciada, sostener el vínculo previo, construido desde espacios de trabajo colectivos (como la Mesa por el Derecho a la Salud y el Hábitat¹⁵), 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)

El 21/05/2020, a partir de un amparo judicial, se convocó desde la Junta Vecinal a una

¹⁵ La Mesa por el Derecho a la Salud y el Hábitat de Villa 21-24 y Zavaleta está conformada por organizaciones sociales e instituciones que desde 2016, en el marco de la epidemia de dengue en CABA, comenzaron a reunirse y generar acciones sanitarias y ambientales en relación a diversas problemáticas locales de salud ambiental vinculadas con las condiciones de vida en el barrio.

reunión, de lo que iba a ser el Comité de Emergencia y en ese nuevo marco comunitario surgieron otras discusiones sobre nuestra presencia, participación, roles y posibilidades como equipo de salud. Siguieron presentes las tensiones con el Estado por los recursos, mecanismos de toma de decisiones, estrategias, y los espacios de reunión y debate nos planteaban repensarnos en función de lo que desde el barrio veían o esperaban 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)

Acuerdo en seguir apostando a la articulación con las organizaciones, creo que no conocen esta tarea de acompañamiento de CE que estamos haciendo.

El 29/05, en reunión con las organizaciones locales y a partir de una “carta abierta” de trabajadorxs de salud de la 21-24, se acordó hacer un petitorio conjunto y sumar “*los reclamos concretos de las organizaciones*”. Consensuamos hacer un protocolo específico para Villa 21 24/ Zavaleta, tarea a la cual nos ofrecimos, que logró ser presentado por las autoridades locales al Ministerio casi un mes después. Ese encuentro, como parte del proceso en marcha en el barrio, llevó además a la creación de un nuevo grupo de whatsapp local como “Comité de Emergencia”, integrado por referentes de las organizaciones, los equipos de salud locales, y organismos de Salud y Desarrollo.

El mes de junio comenzó con la noticia del primer fallecimiento en el barrio. Fue un mes de cambios constantes en los protocolos y en criterios de aislamiento. El aumento de casos implicó la saturación de los hoteles disponibles para personas con COVID, dando lugar a la discusión sobre la posibilidad de aislamientos domiciliarios en el barrio, en algunos casos demandados por las personas y familias afectadas (con temor de sufrir robos u ocupaciones en su ausencia), e implementados a partir de julio.

Revisando el proceso y los intercambios, encontramos que fue un momento de estrategia instalada, donde las duplas organizadas y los circuitos y la comunicación en marcha ayudaron al desarrollo de las tareas.

En julio, pasado el “pico” y con la sistematicidad de reuniones acompañando estrategias y reclamos, surgió de parte de las organizaciones y personas del barrio el pedido de información sobre fallecimientos. Dada la inexistencia de datos a nivel local, tomamos la tarea desde los equipos de salud del barrio, iniciando un relevamiento artesanal y un registro para sistematizar y compartir esa información. Esa demanda planteada da cuenta de algún

modo del vínculo sostenido, del rol que construimos, y la posibilidad y el desafío (aún en marcha) de dar respuesta y compartir los avances nos permite consolidar esas relaciones de confianza y apoyo mutuo desde un posicionamiento que refuerza nuestro lugar y el compromiso asumido como equipo.

5. Conclusiones, Preguntas y Discusión: “Estamos llenos de dudas”

Las estrategias y acciones propuestas desde los gobiernos frente a la pandemia, especialmente en CABA como 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.

Resulta central considerar el perfil epidemiológico de las poblaciones como “un producto de la huella de la historia” no solo del campo de la salud, “sino de otros campos donde la violencia simbólica naturaliza situaciones que profundizan las desigualdades sociales, y donde esa naturalización es funcional a la acumulación del capital económico de los agentes que requieren de esas desigualdades para incrementar su capital, lo cual a su vez actúa como determinante social sobre el PSEA”. (Spinelli, 2010, p. 278).

Es 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 reduccionista¹⁶: no se trata solo de enfermedades, sino de problemas sociales que en poblaciones con derechos vulnerados se enraizan en las desigualdades (Spinelli, 2010). Esto queda demostrado en los datos de la encuesta de seroprevalencia realizada en el barrio, donde, solo por poner un ejemplo, el 25% de la población refiere problemas en el acceso al agua, lo que también se vincula a la poca eficacia que tuvieron las medidas de prevención homogeneizantes que dejaron por fuera estas realidades.

La indefinición, demoras en la toma de decisiones, cambios en las áreas de responsabilidad de los equipos y de 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 por la necesidad de aumentar el personal de salud e incorporar promotoras comunitarias de salud bajo dependencia del GCBA para las tareas territoriales, nos planteaban que *“Lo de contratar nuevas promotoras rentadas para que*

¹⁶ Resulta relevante el marco conceptual que considera a la situación por el COVID como una “sindemia”, en tanto “refiere a problemas de salud sinérgicos que afectan la salud de una población en el contexto de inequidades sociales y económicas persistentes”. Manoukian y Elder, 2021.

trabajen en la temática no es posible” (06/05/2020), 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 finalmente terminaron implementándose con éxito.

5.1- Equipos en pandemia, roles en tensión: “Soy el único que piensa que esto no tiene sentido?”

Desde los equipos de salud nos encontramos con la necesidad constante de repensar nuestro rol frente a cambios en las tareas, con una profunda y continua incertidumbre, y el miedo que nos atravesaba. Afrontamos tensiones a 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.

Junto a organizaciones, familias e instituciones del barrio intentamos otras estrategias, anticiparnos y adaptar las propuestas del gobierno desde criterios propios, muchas veces sin poder plantear o aplicar a tiempo alternativas, o sin que sean escuchadas.

Desde los equipos de salud 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 frente a la pandemia conllevó debates en relación a lo que se pretendía desde el Ministerio y a nuestras perspectivas diferenciales, y también desde criterios de cada uno de nosotros desde nuestras disciplinas, roles y tareas. Las condiciones de trabajo aportaron malestar y conflictos: espacios reducidos, sin la provisión de elementos básicos 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.

Sostuvimos insistentemente el reclamo de información clara y estrategias de intervención construidas con los equipos locales; dispositivos y conectividad; comunicación y referencia con las UFUs para el abordaje de situaciones del barrio (remarcando las condiciones particulares de vida); 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 trabajando en el barrio; participación en los Comités de Emergencia. 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, con vaivenes, resistencias y reclamos por la falta de recursos frente a las necesidades, falta de dispositivos y conectividad, de encuadre y horarios. Sin

dejar de reclamar por nuestros derechos laborales, entendimos que desde los equipos locales conocíamos las situaciones del barrio para acompañar de otras formas los procesos de aislamiento. La comunicación y los vínculos que se generaron se extendieron mucho más allá de las recomendaciones de cuidado, asignación de turnos de testeo o envío de certificados o medicación: pudimos acercarnos a representaciones, ideas circulantes, miedos, trayectorias, recursos, redes, limitaciones, saberes y experiencias puestos en juego. La resistencia inicial a la implementación del plan DetectAr, tanto por la población como desde los equipos, fue dando paso progresivamente a la valoración del centro de testeo del barrio, que con lógicas y dinámicas propias permitió un abordaje más cercano y efectivo, en contacto directo con las organizaciones, referentes locales, equipos de salud y familias.

5.2- La importancia de trabajo en equipo y nuestros márgenes de acción

En un contexto complejo y desafiante, la grupalidad y el trabajo en equipo fueron elementos fundamentales para sostenernos, resistir y construir reclamos, sostener la tarea en los peores momentos, resignificar acciones y demandas, pensar alternativas, adaptar las estrategias y respuestas para acompañar mejor a la población y organizar nuestra labor diaria, hacer balances y apoyarnos.

Con alternadas y variables resistencias y temores -expresadas en chats, reuniones, charlas informales, o implícitas en las actitudes diarias-, y sin pretender 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 en lo cotidiano.

Pensamos nuestra tarea desde la idea de que “la salud se produce ‘en acto’. O sea, 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, no solamente en el *une a une* de la consulta individual sino también en los espacios comunitarios, de los equipos con la población, es fundamental para pensar la salud desde la integralidad. Mientras las tecnologías "duras" refieren a equipamientos, medicamentos, etc., y las "blanda-duras" a conocimientos estructurados, 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 en tanto “posibilitan actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto” (Merhy et al., 2006. p.151). Ese espacio de “trabajo vivo” implica la posibilidad de reinventar constantemente la autonomía de trabajadorxs y equipos en la producción de actos de salud, y en el marco de la relación intersubjetiva entre trabajadorxs y usuaries, “se construye y re-construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido” (Merhy et al., 2006, p.151).

Algo de esta construcción de vínculos y sentidos compartidos encontramos -al menos parcialmente- en ejemplos pequeños pero significativos como la demanda de información sobre las muertes por COVID en el barrio, y la posibilidad de construir una respuesta en conjunto. Así 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, construyendo estrategias para afrontar el proceso.

El trabajo en salud, basado en una relación entre personas y sujeto a manejos y decisiones de los trabajadorxs en su espacio autónomo de práctica, no es completamente controlable (Merhy et al., 2006). Esos márgenes de libertad en la tarea, pensados como equipo, nos permitieron trabajar en las respuestas y los modos de aplicar y llevar adelante las acciones de abordaje, buscando reformular las propuestas con lógicas y criterios construidos desde otras perspectivas, procurando un anclaje territorial y comunitario y una mirada 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 la 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 prácticas privadas de trabajadorxs y equipos en el marco de escenarios donde actores con distintas intencionalidades, grados de poder y capacidad de decisión, intervienen y disputan los sentidos del trabajo (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 las frustraciones, la impotencia, la bronca por no ser escuchados desde “arriba”, pero la satisfacción de pensarnos junto a, y en el barrio.

5.3- Políticas de arriba, estrategias de abajo...

La emergencia en salud es claramente preexistente a la declaración de la emergencia sanitaria por COVID19. La escasez de personal, infraestructura sanitaria, recursos básicos, articulación entre niveles de atención, son aspectos que reflejan el deterioro sistemático de la salud pública y de las condiciones de salud y trabajo de las y los trabajadores, resultado

del lugar secundario de las políticas sociales (salud, educación, etc.) frente a otros intereses políticos (Sy et al., 2020).

A partir de las condiciones locales de vida, de las características de la población del barrio y los grupos con los que trabajamos y de nuestras propias condiciones y lógicas de trabajo, en articulación con otros sectores y respondiendo (flexiblemente) a las políticas de nivel central, se fue construyendo el desarrollo 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 (por momentos con mayor reflexión crítica, en otros de manera más improvisada).

En nuestras tareas habituales, la pandemia nos llevó a instancias de “vértigo” impensadas, respondiendo y resolviendo situaciones o articulando estrategias en cualquier momento y lugar, por teléfono y whatsapp, sin horarios: “protocolos y rutinas de trabajo cambian a diario, responden y buscan adecuarse no solo a la norma que se establece desde el gobierno provincial y nacional, sino también a la demanda que emerge en cada uno de los barrios y en las poblaciones locales: las pre-existentes, las emergentes, las del miedo al COVID y las del COVID en sentido estricto” (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 (no epidemiológica) con el aumento de las fuerzas represivas, fue un eje de preocupación hacia afuera y hacia adentro, ilustrado por nuestras reflexiones y oposiciones a tareas que leíamos como propias de una “policía del COVID”. La tensión sobre nuestro rol tuvo varias aristas, como el rechazo a ese lugar de 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 potenciales reclamos en el marco de las crisis incrementadas-; o el encontrarnos bajo la asignación de implementar lógicas expulsivas desde el centro de salud, para evitar que las personas ingresen o soliciten atención, y tener que responder a modalidades de atención más bien hospitalarias - en tanto se nos instaba a atender solamente lo impostergable, en forma individual y en consultorio- relegando tareas del primer nivel vinculadas a la promoción de la salud, la prevención, desde el abordaje integral, grupal y comunitario.

Sentimos que ciertas acciones para la prevención del COVID nos hicieron “retroceder” en relación a nuestra perspectiva de salud integral y como derecho, con un componente subjetivo fuerte y valorado que queda invisibilizado. Desde la incomodidad y sorpresa por esa identificación, en retrospectiva, nos preguntamos: ¿por qué esta enfermedad no parece dejarnos margen para pensar la salud en estos términos? ¿será por nuestros propios riesgos de enfermar que tomamos otro posicionamiento, otra distancia? Pensamos en la discusión en relación al DetectAr y la compulsividad, en algunas acciones/ reacciones desde los equipos frente al no cumplimiento de las medidas preventivas de la población,

manifestadas como enojos, culpabilización, incomprensión, desaliento, resignación. También en esta línea, en la percepción del acompañamiento a las personas con contacto estrecho como una medida de control social, después transformada por nuestra propia reflexión e intervención situada.

La centralidad ineludible de la pandemia, del virus y el carácter agudo y urgente de la enfermedad, nos lleva a volver el foco de nuestras intervenciones y acciones hacia perspectivas o abordajes más propios de una idea de salud biomédica, biologicista, de una modalidad de prevención específica y clásica, de la epidemiología tradicional, nos corre muchas veces sin darnos cuenta de nuestras propuestas integrales, de miradas más complejas. Dejamos de lado no solamente lo “crónico” sino mucho de lo que hace a la promoción de la salud, a la complejidad y multidimensionalidad. Seguimos trabajando en interdisciplina, pero con una marcada preeminencia del saber médico y especializado desde el discurso público y social, desde las políticas, que muchas veces se replica también al interior de los equipos y en el barrio.

5.4- Nosotres y el Estado

Otro eje de tensión fue a partir de las contradicciones de nuestro lugar en relación a las múltiples “presencias estatales”, que implican atender a las diversas ideas e instituciones de Estado que se encarnan en prácticas, relaciones y conceptos de los grupos: “el Estado sólo puede ser aprehendido en sus múltiples presencias. En cada una de ellas, 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, 2015.11).

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 al modo en que “las intervenciones estatales en las villas interpelan las concepciones de ciudad como un todo, aún cuando su focalización las remita a espacios acotados” (Cravino, 2009. p.75). La implementación de acciones o programas refuerza y reproduce las estigmatizaciones de los que son objeto estos territorios, profundizando su status menor, diferenciándolos y

distanciándolos de la ciudad “formal”, mientras los procesos sociales que les involucran, en definitiva, sólo pueden entenderse dinámica y relacionamente.

A partir de diversos 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. El “Comité de Emergencia”, por ejemplo, pudo canalizar reclamos comunes frente al GCBA y plasmar denuncias conjuntas, incluidas las propias del equipo de salud, entre actores de líneas político- partidarias y posiciones diferenciadas. Este proceso muestra la generación de instancias de organización capitalizando -no sin conflicto- los puntos comunes de acuerdo al marco de relaciones y campo de fuerzas particular, pudiendo, en algunos casos, relegar a otros ámbitos puntos de mayor tensión en pos de fortalecer o priorizar aspectos específicos.

El espacio del Comité de Emergencia y de reunión quincenal fue clave para la organización y discusión de muchas situaciones. La incorporación de actores como la Escuela Media del barrio, aportó a considerar otras problemáticas, como la articulación de la asistencia alimentaria (por las entregas de mercadería a estudiantes) o cuestiones específicas de educación (necesidad de dispositivos y conectividad, modalidades de aprobación, inscripción, continuidad educativa), y la posibilidad de debatir y construir o apoyar reclamos. Las organizaciones sociales fueron un actor fundamental en el abordaje de la pandemia, como de todas las cuestiones barriales, y nuestras acciones estuvieron absolutamente vinculadas a la articulación con ellas. El análisis de este aspecto quedará para desarrollar a futuro, pero 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 las voces de la gente y a la toma de decisiones compartidas, debe analizarse en su concreción cotidiana. Su lugar como “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 también 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 vulnerados, como quienes residen en la Villa 21-24 y NHT Zavaleta. 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 cual formamos parte. La incertidumbre nos atravesó de tal forma que 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 de la pandemia: “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 aún con tensiones y contradicciones, supimos qué lugar queríamos ocupar: “pegaditxs al barrio”. Ese es nuestro lugar, el que venimos construyendo desde hace años y que a pesar de las lógicas médico hegemónicas que en ocasiones la pandemia nos impuso, no logramos desandar. Estas construcciones se intentaron horizontales, participativas, hacia dentro del equipo y con la población y las organizaciones del 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).

6. Bibliografía:

- Calvetti, J. M., Muñoz, E., Morales, Y., Paggoto, V., Vacchino, D., Luna, L., Salto, J., *Análisis de la seroprevalencia de COVID 19 en la villa 21/24 y Zavaleta. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Noviembre 2020.* Trabajo presentado en las 2das Jornadas Nacionales de Pediatría Social, Mayo 2021.
- Cravino, M. C. (2004) “El barrio concebido como comunidad. Reflexiones acerca de algunos supuestos presentes en la focalización territorial de políticas asistenciales”. *Cuaderno Urbano* N° 4, 75-98.
- Cravino, M. C. (2009) “Territorialidades en las villas en la Ciudad de Buenos Aires. Estado, mercado y relaciones sociales en la espacialidad barrial”, en Catenazzi, A., Quintar, A., Cravino, M.C. Da Representacao, N – Novik, A. (2009) *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. Recuperado de https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/11/ir_2020_1501.pdf

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. Recuperado de https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis_caba_2016_dic17_vf_1.pdf

Manoukian, D., y Malco. E. (2021). “Mortalidad por covid-19 y sinergia con enfermedades crónicas coexistentes en la provincia del Neuquén, Argentina, 2020”. *Rev Argent Salud Publica*.(13 Supl COVID-19):e32. En http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Manoukiane32.pdf

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*, Año 5, (8), pp. 1-25.

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). pp: 147 – 160.

Motta, J. M., & Ochoteco, P. (septiembre de 2010). “Intervenciones en el hábitat de la población en situación de pobreza”. 2° Congreso Iberoamericano de Teoría del Habitar. Llevado a cabo en Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia y ALTEHA.

Spinelli, H. (2010). “Las dimensiones del campo de la salud”. *Salud Colectiva* 6(3). pp. 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*. Buenos Aires, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús. Recuperado de: <http://vientosur.unla.edu.ar/index.php/lo-urgente-y-lo-emergente-en-la-salud-publica/>

Sy, A., Buriyovich, J., Zóttola, L. M., Suárez, M. E., Stival, M., ; Alonso, V., Ojeda, E. M., Lorenzetti, M. I., y Drovetta, R.I. (2021, junio, 18) “Episodios de una pandemia inconmensurable”, en *Revista Viento Sur*. Buenos Aires, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús. Recuperado de: <http://vientosur.unla.edu.ar/index.php/episodios-de-una-pandemia-inconmensurable/>